



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
Эндоскопические методы в хирургии

БЛОК 1
ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ
ДИСЦИПЛИНЫ ПО ВЫБОРУ

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 «Эндоскопические методы в хирургии»**

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);

Профессиональные (ПК) компетенции:

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)

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**

Курс/ се- местр	КОМПЕТЕ НЦИИ	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела:
2 курс, 3 се- местр	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9	Раздел 1 «Эндоскопические методы исследования и лечения органов пищеварения»	1. Фиброгастроуденоскопия 2. Фиброколоноскопия 3. Эндоскопические методы лечения ВРВП 4. Биопсия при эндоскопических вмешательствах
2 курс, 3 се- местр	УК-1, ПК-5, ПК-6	Раздел 2 «Эндоскопические методы исследования и лечения органов дыхания»	1. Фибробронхоскопия 2. Эндоскопические методы исследования в комплексной диагностике рака легких
2 курс, 3 се- местр	УК-1, ПК-5, ПК-6	Раздел 3 «Эндоскопические методы диагностики и лечения органов мочеполовой сферы»	1. Уретроскопия 2. Кольпоскопия 2. Гистероскопия
2 курс, 3 се- местр	УК-1, ПК-5, ПК-6	Раздел 4 «Лапароскопия»	1. Диагностическая лапароскопия 2. Лапароскопия в абдоминальной хирургии 3. Лапароскопия в урогинекологии

Контрольные задания текущего контроля

Раздел 1 «Эндоскопические методы исследования и лечения органов пищеварения»

Тестовые задания

Выберите один или несколько вариантов ответа:

Компетенции: УК-1, ПК-6

001. Показаниями к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки являются все перечисленные, исключая:

- а) Безуспешность консервативной терапии
- б) Наличие вокруг язвы фиброзного кольца
- в) Наличие вокруг язвы нависающих краев
- г) Гигантские язвы (свыше 3 см)
- д) Скопление в полости язвы продуктов распада

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

002. Эндоскопическое лечение язвенной болезни наименее эффективно при локализации язвы:

- а) В кардии
- б) В теле желудка
- в) В антральном отделе
- г) В пилорическом канале
- д) В луковице 12-перстной кишки

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

003. Местное эндоскопическое лечение целесообразно при язвах размерами:

- а) До 2.5 см, глубиной до 0.5 см
- б) До 1 см, глубиной до 1 см
- в) До 5 см, глубиной до 0.5 см
- г) До 0.5 см, глубиной до 0.2 см
- д) При любых размерах

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

004. Противопоказаниями к местному лечению язв являются все перечисленные, кроме:

- а) Длительно существующих язв
- б) Тяжелого общего состояния больного
- в) Нарушения свертываемости крови
- г) Подозрения на малигнизацию язвы
- д) Язвы, превышающие в диаметре 2.5 см и глубиной более 0.5 см

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

005. Противопоказанием к местному лечению язв желудка и 12-перстной кишки является:

- а) локализация за углом желудка
- б) Подозрение на малигнизацию
- в) Глубина более 0.2 см
- г) Длительно существующая язва
- д) Перифокальное воспаление вокруг язвы

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

006. Характер местного лечения зависит от всех перечисленных факторов, за исключением:

- а) Размеров язвы
- б) Локализации язвы
- в) Характера краев язвы
- г) Характера дна язвы
- д) Изменений окружающей слизистой оболочки

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

007. Задачи эндоскопического метода лечения язвенной болезни включают все перечисленное, за исключением:

- а) Способствовать заживлению язвы эпителизацией, а не рубцеванием
- б) Уточнения диагноза
- в) Отмены лекарственных препаратов, дающих нежелательные последствия
- г) Проведения лечения без отрыва от трудовой деятельности
- д) Сокращения сроков временной нетрудоспособности

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

008. Основное назначение масляных аппликаций состоит:

- а) В очищении язвы от некротических масс
- б) В защите грануляций от повреждения желудочным соком
- в) В профилактике кровотечений
- г) В противовоспалительном действии
- д) В дезинфицирующем действии

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

009. Количество масла, необходимое для однократной аппликации составляет:

- а) 5-10 мл
- б) 0.5 мл
- в) 3-4 мл
- г) 20-25 мл
- д) 100 мл

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

010. Наиболее ценным маслом при местном лечении язв является:

- а) Масло шиповника
- б) Вазелиновое масло
- в) Персиковое масло
- г) Оливковое масло
- д) Облепиховое масло

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

011. К пленкообразующим средствам, используемым при местном лечении язв, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Клея МК-6
 - б) Клея МК-7
 - в) Лифузолия
 - г) Феракрила
 - д) Статизоля
- Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-9

012. К факторам, предрасполагающим к развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Генетических
- б) Дисфункции вегетативной нервной системы
- в) Приема ulcerогенных препаратов
- г) Заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы
- д) Алиментарного

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-9

013. Уменьшению болей при язвенной болезни способствует все нижеперечисленное, кроме:

- а) Частого и дробного питания
- б) Постельного режима
- в) Местного применения холода
- г) Рвоты на высоте болей
- д) Приема антацидных препаратов

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-9

014. Причинами образования острых язв желудка могут быть все перечисленные, кроме:

- а) Заболевания ЦНС
- б) Стресса
- в) Курения
- г) Ожоговой болезни
- д) Приема ulcerогенных лекарственных препаратов

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

015. Для дисплазии характерно:

- а) Нормальное количество специализированных желез
- б) Уменьшение количества специализированных желез
- в) Отсутствие специализированных желез
- г) Увеличение специализированных желез
- д) Часть желез представлена молодыми клетками

Эталон ответа: а,в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

016. Для клинической картины кардиоспазма не характерна:

- а) Дисфагия
- б) Регургитация
- в) Рецидивирующие респираторные инфекции
- г) Анорексия
- д) Загрудинная боль

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

017. После прекращения желудочно-кишечного кровотечения скрытая кровь в кале может обнаруживаться в течение максимум:

- а) 5 дней
- б) 1 недели
- в) 2 недель
- г) 3 недель
- д) 5 недель

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

018. Антибиотики при местном лечении язв:

- а) Вводятся в подслизистый слой из 2-3 точек
- б) Вводятся в подслизистый слой из 1 точки
- в) Наносятся на поверхность язвы
- г) Применяются для промывания язвы
- д) Вводятся в мышечный слой из 2-3 точек

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

019. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антибиотики, кроме:

- а) Канамицина
- б) Пенициллина
- в) Цепорина
- г) Метилциллина
- д) Мономицина

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

020. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антисептики, кроме:

- а) Перекиси водорода
- б) Спирта
- в) 2% раствора соды
- г) Колларгола
- д) Фурацилина

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

021. Однократная доза гидрокортизона при местном эндоскопическом лечении язв желудка составляет:

- а) 5% - 10 мл
- б) 3% - 5 мл
- в) 1% - 10 мл
- г) 1% - 5 мл
- д) 0.1% - 2 мл

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

022. К средствам, используемым для усиления регенерации при местном лечении язв, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Сока каланхое
- б) Солкосерила
- в) Оксиферрискарбона
- г) Масла облепихи
- д) Ферракрила

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

023. Использовать солкосерил и оксиферрискарбон целесообразно:

- а) На начальном этапе для очищения язвы от некротических масс
- б) При проявлении стенозирования просвета пищеварительного канала
- в) При выраженном перифокальном воспалении
- г) При начальных признаках рубцевания
- д) После образования рубца

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

024. Противопоказанием к применению оксиферрискарбона при местном лечении язв является:

- а) Стенозирование просвета пищеварительного канала
- б) Длительное существование язвы
- в) Локализация язвы в 12-перстной кишке
- г) Диаметр язвы более 1 см
- д) Пожилой возраст

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

025. Однократная доза солкосерила при местном лечении язв желудка и 12-перстной кишки составляет:

- а) 1 мл
- б) 2 мл
- в) 3 мл
- г) 4 мл
- д) До 10 мл

Эталон ответа: г.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Ребенок 14 лет жалуется на многократную рвоту свежей кровью со сгустками в течение 3 часов. Последние 2 суток лечится амбулаторно по поводу ОРВИ. Принимал с целью снижения температуры аспирин.

1. Предварительный диагноз.
2. Метод эндоскопического исследования и лечение.

Эталон ответа:

1. Острая язва или желудка, или 12ПК.
2. На ФЭГДС выявляется источник кровотечения, при отсутствии эффекта от консервативной терапии проводится коагуляция дна язвы.

Задача № 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациент 58 лет в связи с чувством раннего насыщения и похуданием был направлен на гастроскопию на которой обнаружено образование в желудке. При биопсии диагностирована MALT лимфома низкой степени злокачественности и Hp инфекция. КТ и эндоскопическое УЗИ не выявило признаков запущенности процесса. Терапией выбора на данный момент является:

- а. Хирургическая гастрэктомия
- б. Облучение пораженной области
- в. Облучение брюшной полости с адьювантной химиотерапией
- г. Терапия, направленная на подавление Hp инфекции

Ответ: г



Задача № 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритроц. $2,7 \times 10^{12}$, Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастроуденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, не прямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. Тактика ведения больной?
4. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
5. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
6. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
7. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Эталон ответа:

1. Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из варикозно расши-

- ренных вен пищевода. Кровопотеря II степени. (I)
2. Вирусный, алкогольный, токсический (соли металлов, яды грибов, афлотоксин, промышленные яды)
 3. Зонд Блекмора, питуитрин 20ЕД в 200мл 5% глюкозы.
 4. Вызывает сужение артериол, приносящих кровь к непарным органам брюшной полости, отсюда уменьшается отток.
 5. Да. Склеротерапия, лигирование, диатермия.
 6. Если не остановится, то в экстренном.
 7. Операция Таннера (отсекают пищевод, затем пришивают назад), перевязка вен, транссекция аппаратом ПКС.

Задача №4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв – 100 г/л.

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии.
6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
7. Ваши рекомендации при выписке.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.
2. Гастродуоденальное кровотечение.
3. Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.
4. Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.
5. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.
6. Показанием к экстренной операции является профузное гастродуоденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе или рецидиве кровотечения после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций. При дуоденальном кровотечении язвенного генеза применяют прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой или резекцию желудка.
7. После выписки – наблюдение гастроэнтеролога, реабилитационный курс лечения в санаторных условиях.

Задача №5

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
5. Пути профилактики данного осложнения.

Эталон ответа:

1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость
2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.
3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.
4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Раздел 2 «Эндоскопические методы исследования и лечения органов дыхания»

Тестовые задания

Выберите один или несколько вариантов ответа:

Компетенции: УК-1, ПК-6

1. Показаниями к лечебной бронхоскопии являются все перечисленные, кроме:
 - а) Диффузного двустороннего бронхита I степени интенсивности воспаления
 - б) Диффузного двустороннего бронхита II степени интенсивности воспаления
 - в) Диффузного двустороннего бронхита III степени интенсивности воспаления
 - г) Осложненной кисты легкого
 - д) Недренирующегося абсцесса легкого

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

2. К осложнениям лечебной бронхоскопии относятся все перечисленные, кроме:
 - а) Ухудшение состояния больного
 - б) Подъем температуры после санации и кровохарканье

- в) Бронхоспазм
 - г) Реакция на санирующий раствор
- Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

3. При хроническом недренирующемся абсцессе легкого следует выполнять:

- а) Жесткую бронхоскопию под наркозом
- б) Бронхофиброскопию под наркозом
- в) Бронхофиброскопию под местной анестезией
- г) Бронхофиброскопию под рентгенологическим контролем с перфорацией стенки абсцесса щипцами
- д) Сочетанную жесткую и бронхофиброскопию под наркозом

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

4. Больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, следует санировать:

- а) Ежедневно
- б) Через день
- в) Через 2 дня
- г) Через 3 дня
- д) Через 6 дней

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

5. Лечебные бронхоскопии при хроническом абсцессе легкого следует выполнять:

- а) Через день
- б) Через 2 дня
- в) Через 3 дня
- г) Через 4 дня
- д) 1 раз в неделю

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

6. Лечебные бронхоскопии при бронхите II степени воспаления следует выполнять:

- а) через день
- б) Через 2 дня
- в) Через 3 дня
- г) Через 4 дня
- д) 1 раз в неделю

Эталон ответа: а

Компетенции: УК-1, ПК-6

7. При бронхите III степени воспаления следует выполнять лечебные бронхоскопии:

- а) через день
- б) Через 2 дня
- в) Через 3 дня
- г) Через 4 дня
- д) Через 5 дней

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

8. Для лечебных бронхоскопий используется:

- а) 3 группы веществ
- б) 4 группы веществ
- в) 5 групп веществ
- г) 6 групп веществ
- д) 7 групп веществ

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

9.Одномоментно в бронхиальное дерево можно ввести:

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

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

10. Наиболее эффективным для санационных бронхоскопий является:

- а) Риванол
- б) Фурациллин
- в) Диоксидин
- г) Фурагина калиевая соль
- д) Димексид

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

11. Антибиотики группы тетрациклинов не следует применять при бронхоскопии, т.к. они вызывают:

- а) ларингоспазм
- б) Бронхоспазм
- в) Кашлевой рефлекс
- г) Отек слизистой
- д) Аллергическую реакцию

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

12. При хроническом абсцессе легкого следует провести на курс:

- а) 1-2 санации
- б) 3-4 санации
- в) 5-6 санаций
- г) 7-8 санаций
- д) 9-10 санаций

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

13. При лечении больного с нагноившейся дренирующей кистой легкого следует стремиться:

- а) К снижению температуры
- б) К полной облитерации полости кисты
- в) К образованию сухой полости
- г) К уменьшению количества гнойного отделяемого
- д) К уменьшению размеров полости кисты

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

14. При эндоскопическом лечении хронического абсцесса легкого следует стремиться:

- а) К образованию острого абсцесса
- б) К полной облитерации полости абсцесса
- в) К уменьшению количества гнойного отделяемого
- г) К снижению температуры
- д) К образованию сухой полости

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

15. Показанием к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп является:

- а) Опухоль на ножке до 2 см в диаметре
- б) Опухоль на широком основании до 2 см в диаметре
- в) Ножка не видна, опухоль до 3 см в диаметре
- г) Кровоточащая опухоль 3 см в диаметре
- д) Опухоль полностью обтурирует в просвет бронха

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

16. Противопоказаниями к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли являются все перечисленные, за исключением:

- а) Роста по типу айсберга
- б) Опухоли на тонкой ножке или с широким основанием
- в) Гистологической картины, подозрительной на озлокачествление
- г) Кровоточащей опухоли

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

17. Удаление доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп оптимально выполнить:

- а) Под местной анестезией через бронхофиброскоп
- б) Под наркозом через бронхофиброскоп
- в) Под местной анестезией через жесткий бронхоскоп
- г) Под наркозом через жесткий бронхоскоп
- д) Под внутривенным обезболиванием через гибкий эндоскоп

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

18. Клиническая картина при инородных телах трахеи включает:

- а) Боли в грудной клетке
- б) Приступообразный кашель
- в) Постоянный кашель
- г) Кашель с мокротой
- д) Высокую температуру

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

19. При инородных телах бронха (свежеаспирированных) клиническая картина характеризуется:

- а) Приступообразным кашлем

- б) Кашлем с мокротой
 - в) Постоянным кашлем
 - г) Болями в грудной клетке
 - д) Высокой температурой
- Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

20. При давно аспирированных инородных телах бронхов клиническая картина характеризуется:

- а) Приступообразным кашлем
 - б) Постоянным кашлем без мокроты
 - в) Отсутствием кашля
 - г) Кашлем с мокротой
 - д) Стридорозным дыханием
- Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

21. Изменения в легких при частичной закупорке бронха инородным телом:

- а) Отсутствуют
 - б) Обтурационная эмфизема
 - в) Ателектаз легкого
 - г) Поликистоз легкого
 - д) Бронхоэктазы
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

22. К осложнениям при давно аспирированных инородных телах относятся все перечисленные, за исключением:

- а) Кровотечения
 - б) Ателектаза
 - в) Бронхиальных свищей и бронхоэктазов
 - г) Деформирующего бронхита
- Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

23. Эндоскопическая картина пневмокониозов характеризуется:

- а) Восходящим двусторонним диффузным бронхитом
 - б) Восходящим двусторонним частично диффузным бронхитом
 - в) Нисходящим двусторонним диффузным бронхитом, трахеитом
 - г) Строго ограниченным двусторонним бронхитом
 - д) Строго ограниченным односторонним бронхитом
- Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

24. При пневмокониозе во время бронхоскопии обнаруживается:

- а) Гипертрофический бронхит
 - б) Атрофический бронхит
 - в) I степень интенсивности воспаления
 - г) II степень интенсивности воспаления
 - д) III степень интенсивности воспаления
- Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-5

25. При туберкулезе бронхов эндоскопические изменения включают все перечисленное, кроме:

- а) Инфильтративного поражения слизистой оболочки бронхов
- б) Инфильтративно-язвенного поражения слизистой оболочки бронхов
- в) Бронхо-фистулезного процесса
- г) Рубцового стеноза
- д) Опухолеподобного поражения

Эталон ответа: д.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Больной 65 лет, курит около 45 лет. В течение последнего месяца отмечает одышку, особенно, при физической нагрузке, постоянный сухой кашель, однократно отмечалось кровохарканье. При осмотре: температура 37,2⁰С, периферические лимфоузлы не пальпируются. При аускультации легких выслушивается усиленное бронхиальное дыхание над верхней долей правого легкого. При проведении рентген-обследования диагностировано снижение пневматизации верхней доли правого легкого со смещением средостения вправо и расширением корня правого легкого. Укажите предположительный диагноз заболевания и составьте план обследования.

Ответы

Диагноз – центральный рак правого легкого. Обследование: ОАК, ОАМ, сахар крови, коагулограмма, ЭКГ, спирография, рентгенообследование легких (рентгенография, рентгеноскопия, томография), фибробронхоскопия с биопсией и цитологическим исследованием

Задача № 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

У женщины 52 лет появился мучительный сухой кашель. Температура тела не повышалась. Лечилась самостоятельно антибиотиками без эффекта. До этого считала себя здоровой. Участковый терапевт при осмотре патологии в легких не выявил. Общий анализ крови в норме. На обзорной рентгенограмме в III сегменте левого легкого определяется одиночное округлое образование с четкими границами и однородной структурой — так называемое «монетовидное образование».

1. Какие заболевания необходимо предположить в первую очередь?
2. Какие заболевания могут проявляться на рентгенограмме в виде «монетовидного образования» в легких?
3. Имеются ли рентгенологические признаки инфекционной природы этого образования?
4. Имеются ли рентгенологические признаки туберкулезной каверны?
5. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответы

1. Чаще всего такая тень выявляется при первичном раке легкого или метастазе из другого органа.
2. Дифференциальная диагностика проводится между многими заболеваниями: инфекционным воспалением, ревматоидным узелком, доброкачественной опухолью (гамартомой).
3. Для очага инфекционной природы характерно наличие воздушной бронхограммы (т. е. видны просветы бронхов). В данном случае структура однородная.
4. Отсутствие участка просветления на фоне тени позволяет исключить туберкулезную каверну.
5. Уточнение анамнеза. Анализ мокроты на атипичные клетки. Компьютерная томография органов грудной клетки. Фибробронхоскопия с промывными водами бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Онкопоиск для исключения первичной опухоли

в других органах. Определение онкомаркеров. Консультация онколога (у этой пациентки после дообследования была выявлена аденокарцинома толстой кишки с единичным метастазом в левое легкое)

Задача № 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 61 года обратилась к терапевту с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, повышение температуры, нарастающую одышку. При аускультации дыхание слева ниже угла лопатки резко ослаблено. На обзорной рентгенограмме в нижнем отделе левого легкого определяется однородная тень до IV ребра. Средостение смещено в сторону затенения.

1. Какие заболевания можно предположить в первую очередь до получения рентгенограммы?
2. Какие заболевания можно предположить после получения рентгенограммы?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответы

1. Левосторонняя пневмония, осложненная экссудативным плевритом.
2. Центральный рак левого легкого, обструкция долевого бронха слева пробкой из вязкой мокроты, осложненные ателектазом нижней доли левого легкого.
3. Компьютерная томография органов грудной клетки. Санационная фибробронхоскопия с исследованием промывных вод бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Консультация онколога.

Задача № 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

У пациентки 68 лет в течение 2 недель появилась и стала нарастать одышка. Других жалоб нет. В анамнезе многолетнее курение. Индекс курящего человека 15 пачек/лет. Несмотря на это, всегда чувствовала себя бодрой и здоровой. При аускультации дыхание слева ослаблено, хрипов нет. На обзорной рентгенограмме в области верхней доли левого легкого определяется снижение пневматизации. Просветы бронхов на фоне тени не определяются.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каким будет основное предположение относительно патологического процесса, развившегося у данной пациентки?
2. Почему затенение не интенсивное, а лишь снижена воздушность?
3. Какие рентгенологические признаки появляются в динамике при несвоевременном обращении пациентов?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Сформулируйте предварительный диагноз

Ответы

1. Учитывая, что единственной жалобой пациентки является нарастающая одышка, вероятнее всего, это связано с обтурацией левого верхнедолевого бронха опухолью.
2. Просвет левого верхнедолевого бронха обтурирован не полностью, поэтому снижение воздушности отражает гиповентиляцию верхней доли.
3. При полной обтурации бронха развивается ателектаз: пораженная доля уменьшается в размере, затенение становится однородным. Органы средостения смещаются в сторону ателектаза. Элевация купола диафрагмы на стороне поражения.
4. Фибробронхоскопия с биопсией. Консультация онколога.
5. Основной диагноз: «Центральный рак левого верхнедолевого бронха». Осложнение основного: «Ателектаз верхней доли левого легкого. ДНП»

Задача № 5

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 55 лет обратилась к терапевту после двух эпизодов кровохарканья. Курит по 15

сигарет в день в течение многих лет. На обзорной рентгенограмме в прямой проекции в средней части легочного поля определяется ограниченное затенение треугольной формы с вершиной, обращенной к корню. Горизонтальная междолевая щель смещена вниз. Купол диафрагмы подтянут кверху. В боковой проекции определяется интенсивное затенение, однородное по структуре.

1. Для какого патологического состояния данная рентгенологическая картина наиболее характерна?

2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз данной пациентки.

Ответы

1. Это типичная картина ателектаза средней доли правого легкого.

2. Рак среднедолевого бронха, инородное тело дыхательных путей, пневмония с ателектазом, ТЭЛА.

3. Фибробронхоскопия с промывными водами бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Компьютерная томография органов грудной клетки. Д-димеры.

4. Диагноз основной: «Центральный рак среднедолевого бронха». Осложнение: «Ателектаз средней доли. Рецидивирующее кровохарканье. ДНП».

Раздел 3 «Эндоскопические методы диагностики и лечения органов мочеполовой сферы»

Тестовые задания

Выберите один или несколько вариантов ответа:

Компетенции: УК-1, ПК-6

1. У больной в лоханке правой почки уратный камень, в левой – оксалатный камень, оба размером 20x25 мм. больной можно порекомендовать

1. растворение уратного камня справа, вторым этапом – ударно-волновую литотрипсию или пиелолитотомию слева

2. одномоментно пиелолитотомию с двух сторон

3. последовательно пиелолитотомию с интервалом в 2-3 месяца

4. пункционную нефролитолапосию слева и литолиз справа

5. дистанционную ударноволновую литотрипсию

Эталон ответа: 4

Компетенции: УК-1, ПК-6

2. Какой диаметр ригидных уретероскопов чаще всего используют для трансуретральной уретеропиелоскопии?

1. 8 Шр;

2. 11-18 Шр;

3. 20-28 Шр.

Эталон ответа: 1

Компетенции: УК-1, ПК-5

3. Что необходимо сделать перед трансуретральной уретеропиелоскопией?

1. изучить анамнез;

2. провести врачебный осмотр, так как анатомические и врожденные патологии могут усложнить или исключить ретроградные манипуляции;

3. выполнить визуализирующие методы обследования;

4. назначить непродолжительный профилактический курс антибиотиков (< 24 ч).

5. Все вышеперечисленное.

Эталон ответа: 5

Компетенции: УК-1, ПК-6

4. Что НЕ мешает проведению трансуретральной уретероскопии?

1. щелевидное устье мочеточника;
2. стриктура мочеточника;
3. гиперплазия предстательной железы больших размеров;
4. узость интрамурального отдела мочеточника;

Эталон ответа:1

Компетенции: УК-1, ПК-5

5. Зачем нужна страховочная струна при нефро-/уретероскопии?

1. в ней нет необходимости;
2. предотвращает ложный ход и помогает скорее устранить возникшие осложнения;
3. препятствует пузырно-мочеточниковому рефлюксу.

Эталон ответа:2

Компетенции: УК-1, ПК-6

6. Что нужно сделать при обнаружении крупного конкремента в мочеточнике?

1. усилить дистальную тракцию, захватив конкремент щипцами;
2. фрагментировать камень, удалить мелкие отломки;
3. перейти на открытую операцию;
4. вывести нефростому;

Эталон ответа:2

Компетенции: УК-1, ПК-6

7. Наиболее эффективной лазерной системой для удаления конкрементов является?

1. тулиевая;
2. ультразвуковая;
3. инфракрасная;
4. гольмиевая;
5. электромагнитная.

Эталон ответа:4

Компетенции: УК-1, ПК-6

8. Какая группа препаратов уменьшает неприятную симптоматику, связанную со стентированием мочеточника?

1. альфа-адреноблокаторы;
2. бетта-адреноблокаторы;
3. М-холинолитики;
4. диуретики.

Эталон ответа:1

Компетенции: УК-1, ПК-6

9. Самое грозное интраоперационное осложнение УРС?

1. повреждение слизистой мочеточника;
2. отрыв мочеточника;
3. кровотечение слизистой мочеточника;
4. миграция конкремента в лоханку почки.

Эталон ответа:2

Компетенции: УК-1, ПК-6

10. Что не относится к ранним осложнениям УРС?

1. стойкая гематурия;
2. почечная колика; 3. лихорадка или уросепсис;
4. стриктура мочеточника

Эталон ответа:4

Компетенции: УК-1, ПК-5

11. Для прогрессирующей трубной беременности характерно:

- а) Увеличение матки
- б) Колбовидное расширение одной из маточных труб с синюшной окраской расширенной ее части
- в) Расширение сосудов серозного покрова матки со стороны беременной трубы
- г) Расширение сосудов широкой связки матки со стороны трубной беременности
- д) Все перечисленное

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

12. Разрыв маточной трубы при нарушении трубной беременности сопровождается следующими эндоскопическими признаками:

- а) В брюшной полости жидкая кровь и массивные сгустки крови в полости малого таза
- б) Сгустки крови заполняют весь малый таз
- в) Из-за тампонады малого таза сгустками крови осмотреть придатки матки не удается
- г) При попытке смещения сгустков крови отмечается их равномерное фиксирование к серозным покровам малого таза и его органов
- д) Все перечисленное

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5

13. Эндоскопическими признаками нодозных изменений в маточной трубе являются:

- а) На серозе маточной трубы проксимальнее и дистальнее зоны ее расширения имеются белесоватого цвета рубцы, которые могут переходить на серозу широкой связки матки
- б) При натяжении маточной трубы участки деформации ее диаметра не исчезают
- в) Заполнение красителем участка деформации маточной трубы или поступление его дистальнее этой зоны при хромосальпингоскопии не происходит
- г) При хромосальпингоскопии может наблюдаться эндоваскулярное распространение красителя по матке или маточной трубе со стороны нодоза
- д) Все перечисленное

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

14. Для аденомиоза матки характерно все перечисленное, за исключением:

- а) Мозаичности окраски поверхности матки
- б) Наличия тонких плоскостных сращений между маткой и прилежащими органами
- в) Неравномерного фиброза серозного покрова матки
- г) Скопления серозной или серозно-геморрагической жидкости в виде мелких кистозных образований между тонкими фиброзными напластованиями, покрывающими серозный покров матки
- д) Наличия на серозном покрове матки очагов эндометриоидной имплантации

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

15. Для малых форм наружного эндометриоза характерно все перечисленное, кроме:
- а) Скопления в полости малого таза небольшого количества геморрагической жидкости
 - б) Наличия небольших синеватого цвета серозных гематом, в виде "глазков", на органах малого таза
 - в) Наличия небольших красноватого цвета кистоподобных образований в тканях яичников
 - г) Наложения гемосидерина на серозных покровах малого таза в виде небольших очагов коричневатой окраски
 - д) Наличия тонких "паутинообразных" сращений между органами малого таза
- Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

16. Для синдрома Алена - Мастерса характерны:
- а) Укорочение круглой связки матки
 - б) Сращение широкой связки матки с париетальной брюшиной боковой поверхности малого таза
 - в) Сращение задней поверхности матки с сигмовидной кишкой
 - г) Дефект париетальной брюшины дна малого таза
 - д) Атрезия одной из маточных труб
- Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

17. Для метастазов рака яичников наиболее характерными являются все перечисленные признаки, за исключением:
- а) локализации метастазов
 - б) Полиморфизма размеров
 - в) Мягкой консистенции
 - г) Серовато-красноватого цвета
 - д) Хорошо видимого перифокального сосудистого рисунка
- Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

18. Для нодоза маточных труб характерно:
- а) Извитость маточных труб и их деформация с участками расширения и сужения диаметра
 - б) Сочетание извитости маточных труб с уменьшением размеров матки
 - в) Серовато-белесоватый цвет стенки маточной трубы в зоне ее очагового расширения
 - г) Отсутствие болевых ощущений у больных при выполнении им хромосальпингоскопии
 - д) Правильно а) и в)
- Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

19. Нарушение трубной беременности по типу трубного аборта проявляется всеми перечисленными эндоскопическими признаками, кроме:
- а) Маточная труба, из которой произошел выкидыш, приобретает веретенообразную форму
 - б) На всем протяжении своего веретенообразного расширения маточная труба сохраняет синюшную окраску
 - в) В полости малого таза имеется скопление жидкой крови
 - г) Сгустки крови при трубном аборте небольшие и частично или полностью прикрывают только фибрин абортировавшей маточной трубы
 - д) На всем протяжении абортированной маточной трубы очагового уплотнения не определяется
- Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

20. К эндоскопическим признакам гематосальпинкса относятся все перечисленные, за исключением:

- а) Одна или обе маточные трубы в дистальных отделах веретенообразно расширены
- б) Окраска расширенных отделов маточных труб синюшная
- в) На всем протяжении расширения маточных труб очаговые уплотнения не определяются
- г) Фимбрии маточных труб с геморрагическими помарками
- д) Серозный покров маточных труб с резко выраженной гиперемией и инъекцией сосудов

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

21. Эндоскопические признаки апоплексии яичника характеризуются всем перечисленным, за исключением:

- а) В брюшной полости жидкая кровь
- б) В полости малого таза сгустки крови
- в) Сгустки крови локализуются только со стороны апоплексированного яичника
- г) Из-за сгустков крови, односторонне расположенных с разорванным яичником, маточную трубу проследить не удается
- д) Придатки матки, с противоположной стороны апоплексированного яичника, хорошо доступны осмотру

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

22. Макроскопические признаки склерокистоза яичников включают все перечисленное, кроме:

- а) Яичники равномерно увеличены в размерах
- б) Цвет белочной оболочки яичников сероватый с белесовато-маточным оттенком
- в) Поверхность яичников ровная
- г) Консистенция яичников плотная
- д) Яичники хорошо доступны осмотру в связи с тем, что обычно располагаются проксимальнее и впереди от матки

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

23. К эндоскопическим признакам поликистоза яичников относятся:

- а) Оба яичника увеличены в размерах
- б) На верхнем полюсе одного из яичников кистозное образование до 3 см в диаметре
- в) На нижнем полюсе другого яичника тоже кистозное образование диаметром до 2 см
- г) На стенке одного из кистозных образований прослеживается желтое тело
- д) На медиальном крае яичника прослеживаются мелкокистозные образования, напоминающие собой уплощенную виноградную гроздь

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5

24. Для склерокистоза яичников характерно:

- а) Неравномерное увеличение яичников
- б) Равномерное утолщение белочной оболочки яичников с наклонностью сосудов белочной оболочки яичников к варикозу
- в) Наличие видимых в тканях яичников созревающих фолликулов
- г) Наличие в белочной оболочке яичников отграниченных узлов выраженного фиброза

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-5

25. К эндоскопическим признакам поликистоза яичников относятся:

- а) Один из яичников увеличен в размерах
- б) Цвет увеличенного яичника диффузно сероватый с синеватым оттенком
- в) Венозные сосуды белочной оболочки яичников извиты с наклоном к варикозу
- г) На фоне видимых мелкокистозных изменений яичников в них просматриваются желтые тела на разных фазах своего развития
- д) На поверхности яичников видны небольшие тонкостенные кистоподобные образования, заполненные серозным содержимым

Эталон ответа: г.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 38 лет обратилась с жалобами на боли в области влагалища, иррадиирующие в крестец, прямую кишку, наружные половые органы, выраженную болезненность при половом акте и дефекации, усиление боли перед менструацией, периодические кровянистые выделения из прямой кишки.

ИЗ АНАМНЕЗА: 2 родов, 3 медицинских аборта. Около двух лет назад появились боли и темно-коричневые выделения до и после менструации, со временем наблюдалось нарастание симптомов.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки деформирована старыми разрывами. В заднем своде влагалища определяются синюшные «глазки» до 0,7 см, которые кровоточат при контакте. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, плотное безболезненное, подвижность его ограничена; в заднем своде пальпируется плотное, неподвижное, бугристое, резко болезненное образование около 8 см в диаметре. Придатки без особенностей.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое исследование наиболее информативно для уточнения распространенности процесса?
3. Какое лечение назначить данной пациентке?

Ответы

1. Внутренний эндометриоз.
2. Диагностическая лапароскопия.
3. Хирургическое: иссечение очагов эндометриоза.

Задача № 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 26 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и во время менструации, отсутствие беременности в течение 3 лет жизни без контрацепции.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации по 5–6 дней через 28–30 дней. Беременностей не было. Оперирована 4 года назад по поводу разрыва эндометриоидной кисты правого яичника. Произведена лапаротомия, резекция яичника.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизистые. Матка в положении retroflexio, ограничено подвижна, нормальных размеров, безболезненная; справа от матки пальпируется опухолевидное образование размером 8×6 см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, умеренно болезненное; левые придатки не увеличены.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?

2. Какое первоочередное лечение показано данной пациентке?

Ответы

1. Субсерозная миома матки.
2. Лапароскопическая кистэктомия.

Задача № 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

На прием обратилась молодая женщина 25 лет по поводу образования на левом яичнике, выявленного при УЗИ. Жалоб не предъявляет. Планирует беременность.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет. Менструации по 5–6 дней, через 27–28 дней умеренные, безболезненные. Беременностей не было. Сейчас 8-й день менструального цикла.

ПРИ УЗИ: тело матки 44×37×46 мм, спереди, М-эхо 7 мм, правый яичник 32×27×20 мм обычной структуры, левый яичник 65×86×59 мм, содержит гипоехогенное образование 50×65 мм с гиперэхогенной взвесью. При ЦДК кровотока в образовании не выявлен, пристеночного компонента нет. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Хирургическое лечение в каком объеме показано данной пациентке?
3. Какие мероприятия по восстановлению фертильности и профилактике рецидива заболевания проводятся после хирургического лечения?

Ответы

1. Эндометриома левого яичника.
2. Лапароскопическая кистэктомия.
3. КОК на 3–6 месяцев.

Задача № 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 42 лет обратилась с жалобами на болезненные и обильные менструации, темно-коричневые выделения из половых путей после менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: двое родов путем операции кесарева сечения. Менструации по 8–9 дней через 26–27 дней. Сейчас 24-й день цикла.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: при осмотре наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки чистая, выделения слизистые. При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до 10 недель беременности, бугристое, ограниченно подвижное, болезненное при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие.

ПРИ УЗИ: тело матки 109×90×100 мм, полость матки деформирована, М-эхо 13 мм, миометрий неоднородный с множеством кистозных включений в виде сот. Из задней стенки исходит интерстициальный узел 6×6,5 см, по правому ребру конгломерат узлов 5×7 см. Придатки без особенностей. В ОАК: гемоглобин 100 г/л, эритроциты 2,75×10¹²/л, лейкоциты 7,9×10⁹/л.

Что является причиной нарушений менструального цикла у данной пациентки?

2. Какой метод исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?

Ответы

1. Гиперплазия эндометрия.
2. Метросальпингографию.
3. ВМС «Мирена».

Задача 5

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на болезненные и обильные менструации, мажущие темно-коричневые выделения из половых путей после менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации по 7–8 дней через 28 дней, обильные в первые 3 дня, болезненные, принимает баралгин, ибупрофен. Не замужем. Беременностей не было. Сейчас 26-й день цикла.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизистые. При бимануальном исследовании матка увеличена до 5 недель беременности, шаровидной формы, чувствительная при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какой оптимальный объем обследований для уточнения диагноза?
3. Какое лечение назначить данной пациентке?

Ответы

1. Аденомиоз.
2. УЗИ органов малого таза, гистероскопия.
3. Гестагены в непрерывном режиме (визанна).

Раздел 4 «Лапароскопия»

Тестовые задания

Выберите один или несколько вариантов ответа:

Компетенции: УК-1, ПК-5

1. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, свободно лежащего в просвете пищевода, является:

- а) Дисфагия
- б) Боль
- в) Нарушение проходимости пищи
- г) Усиление саливации
- д) Осиплость голоса

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

2. Наиболее постоянным клиническим симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является:

- а) Дисфагия
- б) Боль
- в) Нарушение проходимости пищи
- г) Усиление саливации
- д) Осиплость голоса

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

3. Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять:

- а) через 2-3 ч
- б) Через 4-5 ч
- в) Через 6-8 ч
- г) Через 10-12 ч
- д) Через 24 ч

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

4. Из проглоченных волос образуются:

- а) Фитобезоары
- б) Трихобезоары
- в) Себобезоары
- г) Шеллакобезоары
- д) Пиксобезоары

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

5. Из переваренного жира образуются:

- а) Фитобезоары
- б) Трихобезоары
- в) Себобезоары
- г) Шеллакобезоары
- д) Пиксобезоары

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

6. У больного имеется безоар желудка в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела.

Ему показано:

- а) Хирургическое лечение
- б) Консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим
- в) Эндоскопическое лечение
- г) Консервативное лечение
- д) Динамическое наблюдение

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

7. Наиболее трудной для эндоскопического лечения является локализация сужения:

- а) В устье пищевода
- б) В шейном отделе
- в) В грудном отделе
- г) В области кардиоэзофагеального перехода
- д) В абдоминальном отделе

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

8 Поражение желудка чаще наблюдается при ожогах:

- а) Крепкими растворами кислот
- б) Крепкими растворами щелочей
- в) Солями тяжелых металлов
- г) Термических поражениях
- д) Лучевых поражениях

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

9. Предварительное наложение гастростомы показано при бужировании:

- а) Полыми бужами по металлической струне-направителю
- б) Через рот вслепую
- в) За "нитку"
- г) По "нитке"

д) Под контролем эзофагоскопа
Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

10. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются:

- а) Гладкие, блестящие рубцы
- б) Неровные, тусклые рубцы
- в) Инфильтрация слизистой оболочки
- г) Эластичность при инструментальной пальпации
- д) Выраженная контактная кровоточивость

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

11. Показаниями к удалению потерянных дренажей служат все перечисленные, за исключением:

- а) Обтурации их просвета
- б) Появления желтухи
- в) Признаков холангита
- г) Признаков острого холецистита
- д) Неотхождения в положенный срок

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

12. Эндоскопическими признаками лигатурного свища являются все перечисленные, кроме:

- а) Наличия лигатуры
- б) Дефекта слизистой с воспалительной инфильтрацией вокруг
- в) Гипергрануляций
- г) Фиброзно-гнойных наложений
- д) Ложных дивертикулов в области анастомоза

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

13. Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является:

- а) Бужирование вслепую
- б) Бужирование по струне
- в) Нормированное бужирование по струне
- г) Баллонная пневмо- и гидродилатация
- д) Рассечение стриктуры электроножом

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

14. Опасным периодом для эзофагоскопии при ожоге пищевода является:

- а) Первые 3-5 часов после ожога
- б) Первые сутки после ожога
- в) Первые трое суток после ожога
- г) 7-10-е сутки после ожога
- д) В течение месяца после ожога

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

15. Миграция лигатур может быть причиной всех перечисленных осложнений, кроме:

- а) Перитонита

- б) Пептической язвы анастомоза
 - в) Хронического рецидивирующего панкреатита
 - г) Рубцовой стриктуры анастомоза
 - д) Кровотечения в просвет культи желудка
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

16. Инородное тело следует удалять под общим обезболиванием во всех перечисленных случаях, за исключением:

- а) У детей
- б) У больных психическими заболеваниями
- в) В случае крупного предмета
- г) Если при повторных попытках не удастся провести инородное тело через кардию или одно из физиологических сужений
- д) При инородных телах с острыми концами и гранями

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

17. При удалении инородных тел могут быть использованы все перечисленные инструменты, кроме:

- а) Щипцов с зазубренными чашечками
- б) Эндоскопических ножниц
- в) Различных петель
- г) Корзинок
- д) Захватывающих устройств типа "крокодил", "крысиные зубы"

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

18. Лигатуры из верхних отделов пищеварительного тракта извлекаются:

- а) Металлической петлей
- б) Трехзубым грейфером
- в) Корзинкой
- г) Биопсионными щипцами
- д) Захватывающим устройством типа "пеликан"

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

19. Наиболее безопасным способом при рубцовых сужениях пищевода является бужирование:

- а) По металлической струне-направителю полыми бужами
- б) Через рот вслепую
- в) По "нитке"
- г) За "нитку"
- д) Под контролем эзофагоскопа

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

20. Способ бужирования рубцовых сужений пищевода по металлической струне-направителю предложен:

- а) Э.Н.Ванцяном и Р.А.Тоцаковым в 1965 г
- б) В.П.Башиловым в 1973 г
- в) Чангом в 1976 г

- г) Гаккером в 1970 г
 - д) Пламмером в 1972 г
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

21. Тактика лечения при очень плотных стриктурах предусматривает:

- а) Рассечение рубцовой ткани электроножом
- б) Баллонную пневмодилатацию
- в) Бужирование по струне
- г) Оперативное лечение
- д) Баллонную гидродилатацию

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

22. Эндоскопическое лечение стриктур пищевода невозможно:

- а) При полной облитерации пищевода
- б) При мембранозных стриктурах
- в) При фибринозном эзофагите
- г) При циркулярных стриктурах
- д) При трубчатых стриктурах

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

23. Эндоскопическая электроэксцизия рубцовой ткани в области стриктур пищевода проводится с помощью:

- а) Игольчатого электрода
- б) Металлической петли
- в) Эндоскопических ножниц
- г) Электроножа

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

24. Лечебная эндоскопия при рубцовых сужениях пищевода включает все перечисленное, за исключением:

- а) Извлечения инородных тел из области сужения
- б) Бужирования концом эндоскопа
- в) Бужирования коническими бужами под контролем эндоскопа
- г) Установления струны-направителя под контролем эндоскопа
- д) Эндоскопической электроэксцизии рубцовой ткани

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

25. Профилактическая дилатация пищевода после ожога показана через:

- а) 3 дня
- б) 1 неделю
- в) 2 недели
- г) 2 месяца
- д) 6 месяцев

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

26. Оптимальное давление при баллонной гидродилатации:

- а) 0.5 атмосферы
 - б) 1.5 атмосферы
 - в) 2 атмосферы
 - г) 3 атмосферы
 - д) 5 атмосфер
- Эталон ответа: д.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
5. Пути профилактики данного осложнения.

Ответы

1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость
2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.

3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача № 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области.

При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц

справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.

В общем анализе крови - анемия, эритроц. до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.

1. Проведите топическую диагностику источника макрогематурии.
2. О повреждении какого органа можно предполагать?
3. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
4. Какой метод лечения принципиально показан при данном виде травмы?

Ответ

1. Источником кровотечения (макрогематурии) является травмированная правая почка
2. Отрыв, надрыв или разрыв правой почки
3. Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ МПС, диагностическая лапароскопия, КТ правой почки
4. Метод лечения – только оперативный, оценка повреждения почки, ушивание, либо резекции ее в зависимости от вида травмы и степени повреждения.

Задача № 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела $38,7^\circ$. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены. Кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

Ответ:

1. Диагноз: Острый разлитой перитонит аппендикулярной этиологии.
2. Диагностическая программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование пациента, клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, определение группы крови и Rh-фактора, т.к. перитонит опасен развитием полиорганной недостаточности и необходима своевременная коррекция показателей гомеостаза.

При сомнительной клинике имеют диагностическое значение УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография живота, лапароскопия.

Задача № 4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Ребенок 12 лет, жалуется на запоры в течение 2-3 суток на протяжении 2-х последних месяцев. После акта дефекации в кале примеси свежей крови. Состояние ребенка удовлетворительное. Других жалоб нет.

1. Предварительный диагноз.
2. Методы эндоскопического исследования и лечение.
3. Дальнейшее наблюдение за ребенком.

Эталон ответа:

1. Полип прямой кишки.
2. Применяется ректороманоскопия, если полип расположен более проксимально, то фиброколоноскопия.
3. В зависимости от размеров и типа полипа проводится его удаление, или биопсия. 1 раз в 6 месяцев проводится контрольное эндоскопическое исследование.

Задача № 5

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Ребенок 5 лет жалуется на общую слабость, бледность кожных покровов, периодически после дефекации кал по типу "мелены". В общем анализе крови анемия 3 ст. У ребенка клинически увеличения селезенки на 7 см ниже реберной дуги.

1. Предварительный диагноз.
2. Исследовательские приемы.
3. Методы эндоскопического исследования и лечение.

Эталон ответа:

1. Синдром портальной гипертензии, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.
2. Дополнительно проводится УЗИ органов брюшной полости.
3. На ФЭГДС устанавливается источник кровотечения, проводится склерозирование варикозно-расширенных вен пищевода и желудка путем введения склерозирующих веществ с помощью иглы через канал эндоскопа.

**Оценочные средства
для промежуточной аттестации
по дисциплине «Эндоскопические методы в хирургии»**

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);

профессиональных (ПК) компетенций:

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)

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 - определение уровня сформированности компетенций в процессе освоения дисциплины

**ЭТАПЫ ФОРМИРОВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ В ПРОЦЕССЕ ОСВОЕНИЯ
ДИСЦИПЛИНЫ**

Курс/ семестр	КОМПЕТЕНЦИИ	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела:
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9	Раздел 1 «Эндоскопические методы исследования и лечения органов пищеварения»	1. Фиброгастродуоденоскопия 2. Фиброколоноскопия 3. Эндоскопические методы лечения ВРВП 4. Биопсия при эндоскопических вмешательствах
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-5, ПК-6	Раздел 2 «Эндоскопические методы исследования и лечения органов дыхания»	1. Фибробронхоскопия 2. Эндоскопические методы исследования в комплексной диагностике рака легких
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-5, ПК-6	Раздел 3 «Эндоскопические методы диагностики и лечения органов мочеполовой сферы»	1. Уретроскопия 2. Кольпоскопия 3. Гистероскопия
2 курс, 3 семестр	УК-1, ПК-5, ПК-6	Раздел 4 «Лапароскопия»	1. Диагностическая лапароскопия 2. Лапароскопия в абдоминальной хирургии 3. Лапароскопия в урогинекологии

Уровни сформированности компетенции 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	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	международную классификацию болезней (МКБ); методы клинической, инструментальной и лабораторной диагностики функционального состояния органов и систем организма, принципы дифференциальной диагностики заболеваний.	пользоваться международной классификацией болезней, интерпретировать полученные результаты 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.	методами диагностического обследования для выявления у пациентов основных патологических симптомов и синдромов заболеваний; алгоритмом постановки диагноза (основного, сопутствующего, осложненного) с учетом Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем;	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

3	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	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.	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 медикаментозное лечение, с учетом показаний и противопоказаний; предупредить нежелательные побочные эффекты.	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	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.
4	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья	принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья	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	Собеседование. Тестовые задания. Ситуационные задачи.

		окружающих	окружающих		своего здоро- вья и здоровья окружающих	
--	--	------------	------------	--	---	--

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «Эндоскопические методы в хирургии»
Тесты для промежуточной аттестации
Выберите один или несколько вариантов ответа:**

Компетенции: УК-1, ПК-5

001. Какие медицинские процедуры не относятся к миниинвазивной хирургии:

- а) Артроскопия;
- б) Ларингоскопия;
- в) Лапароскопия;
- г) Торакоскопия;
- д) Стереоскопия.

Эталон ответа: д

Компетенции: УК-1, ПК-6

002. К преимуществам лапароскопической хирургии не относится:

- а) Малая травматичность;
- б) Короткие сроки пребывания пациента в стационаре (2—3 суток),
- в) Быстрое восстановление после операции;
- г) Меньшая продолжительность оперативного вмешательства;

Эталон ответа: г

Компетенции: УК-1, ПК-6

003. Недостатки лапароскопической хирургии;

- а) Оптическое приближение зоны оперативного вмешательства;
- б) Искажение восприятия глубины раны;
- в) Тяжесть и громоздкость лапароскопических инструментов;
- г) Значительная травматичность оперативного вмешательства.

Эталон ответа: б

Компетенции: УК-1, ПК-6

004. Какое лапароскопическое оперативное вмешательство на сегодняшний день считается «золотым стандартом» в лечении патологии:

- а) Лапароскопическая резекция печени;
- б) Лапароскопическая холецистэктомия;
- в) Лапароскопическая панкреато-дуоденальная резекция;
- г) Лапароскопическая гемиколэктомия.

Эталон ответа: б

Компетенции: УК-1, ПК-6

005. Какой инструмент используется для создания первичного карбоксиперитонеума?

- а) Аквапуратор;
- б) Пушер;
- в) Игла Вереша;
- г) Троякар.

Эталон ответа: в

Компетенции: УК-1, ПК-6

006. Какое давление необходимо создать в брюшной полости при наложении первичного карбоксиперитонеума?

- а) 3 атм.;
- б) 5 мм рт. ст.;
- в) 20 мм рт. ст.;
- г) 13 мм рт. ст.

Эталон ответа: г

Компетенции: УК-1, ПК-6

007. Какая жидкость используется для аквапурации (промывания) брюшной полости в лапароскопических операциях?

- а) Физиологический раствор NaCl 0,9%;
- б) Спирт медицинский 70%
- в) Раствор глюкозы 5%.

Эталон ответа: а

Компетенции: УК-1, ПК-6

008. Какой прибор не входит стандартный набор лапароскопической стойки?

- а) Монитор;
- б) Источник холодного света;
- в) Устройство видеозаписи;
- г) Инсуффлятор;

Эталон ответа: в

Компетенции: УК-1, ПК-6

009. Что необходимо сделать при появлении в изображении избыточного количества бликов, мешающего работе хирурга?

- а) настроить «баланс белого» в опциях камеры или видеоблока;
- б) Проверить правильность подключения световода;
- в) Вручную повысить интенсивность в источнике света;
- г) Вручную снизить яркость в источнике света.

Эталон ответа: г

Компетенции: УК-1, ПК-6

010. Какой из «пассивных» электродов при монополярной коагуляции является наиболее безопасным для пациента?

- а) Резиновая пластина;
- б) Одноразовая самоклеящаяся пластина;
- в) Металлическая пластина со смоченной физиологическим раствором марлевой прокладкой;
- г) Металлическая пластина, смазанная электропроводящим гелем.

Эталон ответа: б

Компетенции: УК-1, ПК-6

011. Каким образом во время лапароскопической операции можно исправить некорректную цветопередачу?

- а) Поменять лампочку в источнике света;
- б) Протереть оптику (торец лапароскопа) стерильной марлей;
- в) Настроить «баланс белого» в опциях видеокамеры или видеоблока;
- г) Обратиться за технической поддержкой к производителю.

Эталон ответа: в

Компетенции: УК-1, ПК-9

012. К факторам, предрасполагающим к развитию язвенной болезни, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Генетических
- б) Дисфункции вегетативной нервной системы
- в) Приема ulcerогенных препаратов
- г) Заболеваний печени, желчных путей и поджелудочной железы
- д) Алиментарного

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-9

013. Уменьшению болей при язвенной болезни способствует все нижеперечисленное, кроме:

- а) Частого и дробного питания
- б) Постельного режима
- в) Местного применения холода
- г) Рвоты на высоте болей
- д) Приема антацидных препаратов

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-9

014. Причинами образования острых язв желудка могут быть все перечисленные, кроме:

- а) Заболевания ЦНС
- б) Стресса
- в) Курения
- г) Ожоговой болезни
- д) Приема ulcerогенных лекарственных препаратов

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

015. Показанием для лапароскопического рассечения спаек в брюшной полости является:

- а) Клинические проявления болевого синдрома в брюшной полости
- б) Запоры
- в) Метеоризм
- г) Появление болей, аналогичных тем, которые беспокоят больного в жизни, при избирательной нагрузке на выявленные спайки
- д) Видимые спайки в брюшной полости

Эталон ответа: г

Компетенции: УК-1, ПК-6

016. Показаниями к эндоскопической папиллосфинктеротомии (ЭПТ) является все перечисленное, кроме:

- а) Холедохолитиаза после холецистэктомии
- б) Доброкачественного ограниченного папиллярного стеноза
- в) Протяженного стеноза общего желчного протока
- г) Синдрома слепого мешка после холедоходуоденоанастомоза
- д) Камней общего желчного протока без доказанных камней в желчном пузыре

Эталон ответа: в

Компетенции: УК-1, ПК-6

017. Какие инструменты используются в лапароскопических операциях для остановки кровотечения? (4 ответа)

- а) Клипаппликатор;
 - б) Граспер с зубцами;
 - в) Граспер без зубцов;
 - г) Коагуляционный крючок;
 - д) Диссектор.
 - е) Эндоотсос.
 - ж) Игла Вереша.
- З) Биполярный коагулятор.

Эталон ответа: а,г,е,з

Компетенции: УК-1, ПК-6

018. Антибиотики при местном лечении язв:

- а) Вводятся в подслизистый слой из 2-3 точек
- б) Вводятся в подслизистый слой из 1 точки
- в) Наносятся на поверхность язвы
- г) Применяются для промывания язвы
- д) Вводятся в мышечный слой из 2-3 точек

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

019. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антибиотики, кроме:

- а) Канамицина
- б) Пенициллина
- в) Цепорина
- г) Метилциллина
- д) Мономицина

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

020. Для местного лечения язв применяются все перечисленные антисептики, кроме:

- а) Перекиси водорода
- б) Спирта
- в) 2% раствора соды
- г) Колларгола
- д) Фурацилина

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

021. Однократная доза гидрокортизона при местном эндоскопическом лечении язв желудка составляет:

- а) 5% - 10 мл
- б) 3% - 5 мл
- в) 1% - 10 мл
- г) 1% - 5 мл
- д) 0.1% - 2 мл

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

022. К средствам, используемым для усиления регенерации

при местном лечении язв, относятся все перечисленные, кроме:

- а) Сока каланхое
- б) Солкосерила
- в) Оксиферрискарбона
- г) Масла облепихи
- д) Ферракрила

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

023. Использовать солкосерил и оксиферрискарбон целесообразно:

- а) На начальном этапе для очищения язвы от некротических масс
- б) При проявлении стенозирования просвета пищеварительного канала
- в) При выраженном перифокальном воспалении
- г) При начальных признаках рубцевания
- д) После образования рубца

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

024. Противопоказанием к применению оксиферрискарбона

при местном лечении язв является:

- а) Стенозирование просвета пищеварительного канала
- б) Длительное существование язвы
- в) Локализация язвы в 12-перстной кишке
- г) Диаметр язвы более 1 см
- д) Пожилой возраст

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

025. Однократная доза солкосерила

при местном лечении язв желудка и 12-перстной кишки составляет:

- а) 1 мл
- б) 2 мл
- в) 3 мл
- г) 4 мл
- д) До 10 мл

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

26. Показаниями к лечебной бронхоскопии являются все перечисленные, кроме:

- а) Диффузного двустороннего бронхита I степени интенсивности воспаления
- б) Диффузного двустороннего бронхита II степени интенсивности воспаления
- в) Диффузного двустороннего бронхита III степени интенсивности воспаления
- г) Осложненной кисты легкого
- д) Недренирующегося абсцесса легкого

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

27. К осложнениям лечебной бронхоскопии относятся все перечисленные, кроме:

- а) Ухудшение состояния больного
- б) Подъем температуры после санации и кровохарканье
- в) Бронхоспазм
- г) Реакция на saniрующий раствор

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

28. При хроническом недренирующемся абсцессе легкого следует выполнять:

- а) Жесткую бронхоскопию под наркозом
- б) Бронхофиброскопию под наркозом
- в) Бронхофиброскопию под местной анестезией
- г) Бронхофиброскопию под рентгенологическим контролем с перфорацией стенки абсцесса щипцами
- д) Сочетанную жесткую и бронхофиброскопию под наркозом

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

29. Больных, находящихся на искусственной вентиляции легких, следует санировать:

- а) Ежедневно
- б) Через день
- в) Через 2 дня
- г) Через 3 дня
- д) Через 6 дней

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

30. Лечебные бронхоскопии при хроническом абсцессе легкого следует выполнять:

- а) Через день
- б) Через 2 дня
- в) Через 3 дня
- г) Через 4 дня
- д) 1 раз в неделю

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

31. Лечебные бронхоскопии при бронхите II степени воспаления следует выполнять:

- а) через день
- б) Через 2 дня
- в) Через 3 дня
- г) Через 4 дня
- д) 1 раз в неделю

Эталон ответа: а

Компетенции: УК-1, ПК-6

32. При бронхите III степени воспаления следует выполнять лечебные бронхоскопии:

- а) через день
- б) Через 2 дня
- в) Через 3 дня
- г) Через 4 дня
- д) Через 5 дней

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

33. Для лечебных бронхоскопий используется:

- а) 3 группы веществ
- б) 4 группы веществ

- в) 5 групп веществ
- г) 6 групп веществ
- д) 7 групп веществ

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

34. Одномоментно в бронхиальное дерево можно ввести:

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

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

35. Наиболее эффективным для санационных бронхоскопий является:

- а) Риванол
- б) Фурациллин
- в) Диоксидин
- г) Фурагина калиевая соль
- д) Димексид

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

36. Антибиотики группы тетрациклинов не следует применять при бронхоскопии, т.к. они вызывают:

- а) ларингоспазм
- б) Бронхоспазм
- в) Кашлевой рефлекс
- г) Отек слизистой
- д) Аллергическую реакцию

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

37. При хроническом абсцессе легкого следует провести на курс:

- а) 1-2 санации
- б) 3-4 санации
- в) 5-6 санаций
- г) 7-8 санаций
- д) 9-10 санаций

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

38. При лечении больного с нагноившейся дренирующей кистой легкого следует стремиться:

- а) К снижению температуры
- б) К полной облитерации полости кисты
- в) К образованию сухой полости
- г) К уменьшению количества гнойного отделяемого
- д) К уменьшению размеров полости кисты

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

39. При эндоскопическом лечении хронического абсцесса легкого следует стремиться:

- а) К образованию острого абсцесса
- б) К полной облитерации полости абсцесса
- в) К уменьшению количества гнойного отделяемого
- г) К снижению температуры
- д) К образованию сухой полости

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

40. Показанием к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп является:

- а) Опухоль на ножке до 2 см в диаметре
- б) Опухоль на широком основании до 2 см в диаметре
- в) Ножка не видна, опухоль до 3 см в диаметре
- г) Кровотоочащая опухоль 3 см в диаметре
- д) Опухоль полностью обтурирует в просвет бронха

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

41. Противопоказаниями к эндоскопическому удалению доброкачественной опухоли являются все перечисленные, за исключением:

- а) Роста по типу айсберга
- б) Опухоли на тонкой ножке или с широким основанием
- в) Гистологической картины, подозрительной на озлокачествление
- г) Кровотоочащей опухоли

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

42. Удаление доброкачественной опухоли бронха через эндоскоп оптимально выполнить:

- а) Под местной анестезией через бронхофиброскоп
- б) Под наркозом через бронхофиброскоп
- в) Под местной анестезией через жесткий бронхоскоп
- г) Под наркозом через жесткий бронхоскоп
- д) Под внутривенным обезболиванием через гибкий эндоскоп

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

43. Клиническая картина при инородных телах трахеи включает:

- а) Боли в грудной клетке
- б) Приступообразный кашель
- в) Постоянный кашель
- г) Кашель с мокротой
- д) Высокую температуру

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

44. При инородных телах бронха (свежеаспирированных) клиническая картина характеризуется:

- а) Приступообразным кашлем
- б) Кашлем с мокротой
- в) Постоянным кашлем

- г) Болями в грудной клетке
- д) Высокой температурой

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

45. При давно аспирированных инородных телах бронховклиническая картина характеризуется:

- а) Приступообразным кашлем
- б) Постоянным кашлем без мокроты
- в) Отсутствием кашля
- г) Кашлем с мокротой
- д) Стридорозным дыханием

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

46. Изменения в легких при частичной закупорке бронха инородным телом:

- а) Отсутствуют
- б) Обтурационная эмфизема
- в) Ателектаз легкого
- г) Поликистоз легкого
- д) Бронхоэктазы

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

47. К осложнениям при давно аспирированных инородных телах относятся все перечисленные, за исключением:

- а) Кровотечения
- б) Ателектаза
- в) Бронхиальных свищей и бронхоэктазов
- г) Деформирующего бронхита

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

48. Эндоскопическая картина пневмокониозов характеризуется:

- а) Восходящим двусторонним диффузным бронхитом
- б) Восходящим двусторонним частично диффузным бронхитом
- в) Нисходящим двусторонним диффузным бронхитом, трахеитом
- г) Строго ограниченным двусторонним бронхитом
- д) Строго ограниченным односторонним бронхитом

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

49. При пневмокониозе во время бронхоскопии обнаруживается:

- а) Гипертрофический бронхит
- б) Атрофический бронхит
- в) I степень интенсивности воспаления
- г) II степень интенсивности воспаления
- д) III степень интенсивности воспаления

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-5

50. При туберкулезе бронхов эндоскопические изменения включают все перечисленное, кроме:

- а) Инфильтративного поражения слизистой оболочки бронхов
- б) Инфильтративно-язвенного поражения слизистой оболочки бронхов
- в) Бронхо-фистулезного процесса
- г) Рубцового стеноза
- д) Опухолеподобного поражения

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

51. Эндоскопическими признаками поверхностного аппендицита являются все перечисленные, кроме:

- а) Гиперемии серозного покрова отростка
- б) Инъекции сосудов отростка
- в) Хлопьев фибрина на серозном покрове верхушки отростка
- г) Напряжения отростка
- д) Отека и инъекции сосудов брыжейки отростка

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

52. Парааортальный лимфаденит на уровне видимой при лапароскопии абдоминальной части аорты

может быть обусловлен всем перечисленным, за исключением:

- а) Терминального илеита
- б) Туберкулезного спондилеза
- в) Метастазов рака желудка
- г) Абдоминальной формы лимфогранулематоза
- д) Острого энтероколита

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

53. К эндоскопическим признакам катарального сальпингита относят все перечисленные, за исключением:

- а) Маточные трубы гиперемированы
- б) Отмечается диффузная инъекция серозного покрова маточных труб
- в) Фимбрии маточных труб отечные, ярко-красного цвета
- г) В полости малого таза небольшое количество мутноватого выпота
- д) Между ампулярным отделом одной из маточных труб и верхним полюсом яичника имеются рыхлые фибринные спайки

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

54. Прямыми эндоскопическими признаками флегмонозного аппендицита являются все перечисленные, исключая:

- а) Диффузную гиперемию червеобразного отростка
- б) Выраженное напряжение червеобразного отростка и отек его брыжейки
- в) Рыхлые спайки между червеобразным отростком и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки
- г) Фибрин на серозном покрове червеобразного отростка и серозе купола слепой кишки

д) Гнойный экссудат в нижних отделах брюшной полости

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

55. Косвенными эндоскопическими признаками деструктивного аппендицита являются все перечисленные, кроме:

- а) Гиперемии серозного покрова купола слепой кишки
- б) Гиперемии париетальной брюшины правой подвздошной ямки
- в) Гиперемии серозного покрова терминального отдела тощей кишки
- г) Рыхлых спаек между большим сальником и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки
- д) Гиперемии и отека большого сальника, сращенного с брюшиной правой подвздошной ямки

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

56. Эндоскопическими признаками хронического аппендицита могут быть все перечисленные, за исключением:

- а) Уплотнения серозного покрова червеобразного отростка в виде белесоватых полос
- б) Серозного выпота в правой подвздошной ямке
- в) Спаек между отростком и серозным покровом купола слепой кишки
- г) Спаек между отростком и париетальной брюшиной правой подвздошной ямки
- д) Червеобразный отросток имеет "четкообразную" форму за счет поперечных перетяжек

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-5

57. К эндоскопическим признакам терминального илеита относятся все перечисленные, исключая:

- а) окальную гиперемию купола слепой кишки
- б) Отсутствие перистальтики подвздошной кишки
- в) Увеличенные лимфатические узлы брыжейки подвздошной кишки
- г) Неравномерное вздутие подвздошной кишки и инъекцию сосудов ее брыжейки
- д) Гиперемию серозного покрова подвздошной кишки

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5

58. К эндоскопическим признакам пиосальпингса относятся все перечисленные, за исключением:

- а) Одна из маточных труб колбовидно расширена
- б) Ампулярный отдел этой маточной трубы в сращениях с широкой связкой матки
- в) Отмечается диффузная гиперемия серозного покрова деформированной маточной трубы
- г) На серозном покрове расширенной части маточной трубы пленки фибрина
- д) В полости малого таза серозно-гнойный выпот

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5

59. К эндоскопическим признакам гидросальпингса относятся:

- а) Маточные трубы в ампулярных отделах булавовидно расширены
- б) Фимбрии деформированных маточных труб не прослеживаются
- в) Цвет расширенной части маточных труб сероватый

г) Сосуды серозного покрова маточной трубы в зоне расширения с резко выраженной инъ-
екцией

д) В зоне деформации маточной трубы очагового уплотнения не определяется

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

60. Эндоскопическими признаками хронического сальпингита являются все перечисленные, исключая:

а) Маточные трубы извиты

б) Между яичником и маточной трубой хорошо васкуляризированные плоскостные спайки

в) Маточные трубы располагаются за маткой и плоскостными спайками, сращены с брюши-
ной малого таза

г) На серозе ампулярных отделов маточных труб кистоподобные образования, заполненные
серозным содержимым

д) Серозным содержимым заполнены кистоподобные образования в широкой связке матки

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

61. Для прогрессирующей трубной беременности характерно:

а) Увеличение матки

б) Колбовидное расширение одной из маточных труб с синюшной окраской расширенной ее
части

в) Расширение сосудов серозного покрова матки со стороны беременной трубы

г) Расширение сосудов широкой связки матки со стороны трубной беременности

д) Все перечисленное

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

62. Разрыв маточной трубы при нарушении трубной беременности сопровождается следу-
ющими эндоскопическими признаками:

а) В брюшной полости жидкая кровь и массивные сгустки крови в полости малого таза

б) Сгустки крови заполняют весь малый таз

в) Из-за тампонады малого таза сгустками крови осмотреть придатки матки не удается

г) При попытке смещения сгустков крови отмечается их равномерное фиксирование
к серозным покровам малого таза и его органов

д) Все перечисленное

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5

63. Эндоскопическими признаками нодозных изменений в маточной трубе являются:

а) На серозе маточной трубы проксимальнее и дистальнее зоны ее расширения имеются бе-
лесоватого цвета рубцы, которые могут переходить на серозу широкой связки матки

б) При натяжении маточной трубы участки деформации ее диаметра не исчезают

в) Заполнение красителем участка деформации маточной трубы или поступление его ди-
стальнее этой зоны при хромосальпингоскопии не происходит

г) При хромосальпингоскопии может наблюдаться эндоваскулярное распространение краси-
теля по матке или маточной трубе со стороны нодоза

д) Все перечисленное

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

64. Для аденомиоза матки характерно все перечисленное, за исключением:

- а) Мозаичности окраски поверхности матки
 - б) Наличия тонких плоскостных сращений между маткой и прилежащими органами
 - в) Неравномерного фиброза серозного покрова матки
 - г) Скопления серозной или серозно-геморрагической жидкости в виде мелких кистозных образований между тонкими фиброзными напластованиями, покрывающими серозный покров матки
 - д) Наличия на серозном покрове матки очагов эндометриоидной имплантации
- Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

65. Для малых форм наружного эндометриоза характерно все перечисленное, кроме:

- а) Скопления в полости малого таза небольшого количества геморрагической жидкости
- б) Наличия небольших синеватого цвета серозных гематом, в виде "глазков", на органах малого таза
- в) Наличия небольших красноватого цвета кистоподобных образований в тканях яичников
- г) Наложения гемосидерина на серозных покровах малого таза в виде небольших очагов коричневатой окраски
- д) Наличия тонких "паутинообразных" сращений между органами малого таза

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

66. Для синдрома Алена - Мастерса характерны:

- а) Укорочение круглой связки матки
- б) Сращение широкой связки матки с париетальной брюшиной боковой поверхности малого таза
- в) Сращение задней поверхности матки с сигмовидной кишкой
- г) Дефект париетальной брюшины дна малого таза
- д) Атрезия одной из маточных труб

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

67. Для метастазов рака яичников наиболее характерными являются все перечисленные признаки, за исключением:

- а) локализации метастазов
- б) Полиморфизма размеров
- в) Мягкой консистенции
- г) Серовато-красноватого цвета
- д) Хорошо видимого перифокального сосудистого рисунка

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

68. Для нодоза маточных труб характерно:

- а) Извитость маточных труб и их деформация с участками расширения и сужения диаметра
- б) Сочетание извитости маточных труб с уменьшением размеров матки
- в) Серовато-белесоватый цвет стенки маточной трубы в зоне ее очагового расширения
- г) Отсутствие болевых ощущений у больных при выполнении им хромосальпингоскопии
- д) Правильно а) и в)

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

69. Нарушение трубной беременности по типу трубного аборта проявляется всеми перечисленными эндоскопическими признаками, кроме:

- а) Маточная труба, из которой произошел выкидыш, приобретает веретенообразную форму
- б) На всем протяжении своего веретенообразного расширения маточная труба сохраняет синюшную окраску
- в) В полости малого таза имеется скопление жидкой крови
- г) Сгустки крови при трубном аборте небольшие и частично или полностью прикрывают только фибрин абортировавшей маточной трубы
- д) На всем протяжении абортированной маточной трубы очагового уплотнения не определяется

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

70. К эндоскопическим признакам гематосальпингса относятся все перечисленные, за исключением:

- а) Одна или обе маточные трубы в дистальных отделах веретенообразно расширены
- б) Окраска расширенных отделов маточных труб синюшная
- в) На всем протяжении расширения маточных труб очаговые уплотнения не определяются
- г) Фимбрии маточных труб с геморрагическими помарками
- д) Серозный покров маточных труб с резко выраженной гиперемией и инъекцией сосудов

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

71. Эндоскопические признаки апоплексии яичника характеризуются всем перечисленным, за исключением:

- а) В брюшной полости жидкая кровь
- б) В полости малого таза сгустки крови
- в) Сгустки крови локализуются только со стороны апоплексированного яичника
- г) Из-за сгустков крови, односторонне расположенных с разорванным яичником, маточную трубу проследить не удается
- д) Придатки матки, с противоположной стороны апоплексированного яичника, хорошо доступны осмотру

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

72. Макроскопические признаки склерокистоза яичников включают все перечисленное, кроме:

- а) Яичники равномерно увеличены в размерах
- б) Цвет белочной оболочки яичников сероватый с белесовато-маточным оттенком
- в) Поверхность яичников ровная
- г) Консистенция яичников плотная
- д) Яичники хорошо доступны осмотру в связи с тем, что обычно располагаются проксимальнее и впереди от матки

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-5

73. К эндоскопическим признакам поликистоза яичников относятся:

- а) Оба яичника увеличены в размерах
- б) На верхнем полюсе одного из яичников кистозное образование до 3 см в диаметре
- в) На нижнем полюсе другого яичника тоже кистозное образование диаметром до 2 см
- г) На стенке одного из кистозных образований прослеживается желтое тело
- д) На медиальном крае яичника прослеживаются мелкокистозные образования, напоминающие собой уплощенную виноградную гроздь

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5

74. Для склерокистоза яичников характерно:

- а) Неравномерное увеличение яичников
- б) Равномерное утолщение белочной оболочки яичников с наклонностью сосудов белочной оболочки яичников к варикозу
- в) Наличие видимых в тканях яичников созревающих фолликулов
- г) Наличие в белочной оболочке яичников отграниченных узлов выраженного фиброза

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-5

075. Наиболее постоянным симптомом инородного тела, свободно лежащего в просвете пищевода, является:

- а) Дисфагия
- б) Боль
- в) Нарушение проходимости пищи
- г) Усиление саливации
- д) Осиплость голоса

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-5

076. Наиболее постоянным клиническим симптомом инородного тела, внедрившегося в стенку пищевода, является:

- а) Дисфагия
- б) Боль
- в) Нарушение проходимости пищи
- г) Усиление саливации
- д) Осиплость голоса

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

077. Если инородное тело желудка не удалось обнаружить из-за наличия в желудке пищи, повторное исследование необходимо предпринять:

- а) через 2-3 ч
- б) Через 4-5 ч
- в) Через 6-8 ч
- г) Через 10-12 ч
- д) Через 24 ч

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

078. Из проглоченных волос образуются:

- а) Фитобезоары
- б) Трихобезоары
- в) Себобезоары
- г) Шеллакобезоары
- д) Пиксобезоары

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

079. Из переваренного жира образуются:

- а) Фитобезоары

- б) Трихобезоары
 - в) Себобезоары
 - г) Шеллакобезоары
 - д) Пиксобезоары
- Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

080. У больного имеется безоар желудка в сочетании со стенозом пилоробульбарного отдела. Ему показано:

- а) Хирургическое лечение
 - б) Консервативное лечение в сочетании с эндоскопическим
 - в) Эндоскопическое лечение
 - г) Консервативное лечение
 - д) Динамическое наблюдение
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-5

081. Наиболее трудной для эндоскопического лечения является локализация сужения:

- а) В устье пищевода
 - б) В шейном отделе
 - в) В грудном отделе
 - г) В области кардиоэзофагеального перехода
 - д) В абдоминальном отделе
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

082. Поражение желудка чаще наблюдается при ожогах:

- а) Крепкими растворами кислот
 - б) Крепкими растворами щелочей
 - в) Солями тяжелых металлов
 - г) Термических поражениях
 - д) Лучевых поражениях
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

083. Предварительное наложение гастростомы показано при бужировании:

- а) Полыми бужами по металлической струне-направителю
 - б) Через рот вслепую
 - в) За "нитку"
 - г) По "нитке"
 - д) Под контролем эзофагоскопа
- Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

084. Эндоскопическими признаками ожоговой стриктуры пищевода являются:

- а) Гладкие, блестящие рубцы
 - б) Неровные, тусклые рубцы
 - в) Инфильтрация слизистой оболочки
 - г) Эластичность при инструментальной пальпации
 - д) Выраженная контактная кровоточивость
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

085. Показаниями к удалению потерянных дренажей служат все перечисленные, за исключением:

- а) Обтурации их просвета
- б) Появления желтухи
- в) Признаков холангита
- г) Признаков острого холецистита
- д) Неотхождения в положенный срок

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-5

086. Эндоскопическими признаками лигатурного свища являются все перечисленные, кроме:

- а) Наличия лигатуры
- б) Дефекта слизистой с воспалительной инфильтрацией вокруг
- в) Гипергрануляций
- г) Фиброзно-гнойных наложений
- д) Ложных дивертикулов в области анастомоза

Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

087. Наиболее опасным методом лечения рубцовых стриктур пищевода является:

- а) Бужирование вслепую
- б) Бужирование по струне
- в) Нормированное бужирование по струне
- г) Баллонная пневмо- и гидродилатация
- д) Рассечение стриктуры электроножом

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

088. Опасным периодом для эзофагоскопии при ожоге пищевода является:

- а) Первые 3-5 часов после ожога
- б) Первые сутки после ожога
- в) Первые трое суток после ожога
- г) 7-10-е сутки после ожога
- д) В течение месяца после ожога

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

089. Миграция лигатур может быть причиной всех перечисленных осложнений, кроме:

- а) Перитонита
- б) Пептической язвы анастомоза
- в) Хронического рецидивирующего панкреатита
- г) Рубцовой стриктуры анастомоза
- д) Кровотечения в просвет культы желудка

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

090. Инородное тело следует удалять под общим обезболиванием во всех перечисленных случаях, за исключением:

- а) У детей
- б) У больных психическими заболеваниями

- в) В случае крупного предмета
 - г) Если при повторных попытках не удастся провести инородное тело через кардию или одно из физиологических сужений
 - д) При инородных телах с острыми концами и гранями
- Эталон ответа: д.

Компетенции: УК-1, ПК-6

091. При удалении инородных тел могут быть использованы все перечисленные инструменты, кроме:

- а) Щипцов с зазубренными чашечками
 - б) Эндоскопических ножниц
 - в) Различных петель
 - г) Корзинок
 - д) Захватывающих устройств типа "крокодил", "крысиные зубы"
- Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

092. Лигатуры из верхних отделов пищеварительного тракта извлекаются:

- а) Металлической петлей
 - б) Трехзубым грейфером
 - в) Корзинкой
 - г) Биопсионными щипцами
 - д) Захватывающим устройством типа "пеликан"
- Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

093. Наиболее безопасным способом при рубцовых сужениях пищевода является бужирование:

- а) По металлической струне-направителю полыми бужами
 - б) Через рот вслепую
 - в) По "нитке"
 - г) За "нитку"
 - д) Под контролем эзофагоскопа
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

094. Способ бужирования рубцовых сужений пищевода по металлической струне-направителю предложен:

- а) Э.Н.Ванцяном и Р.А.Тощачковым в 1965 г
 - б) В.П.Башиловым в 1973 г
 - в) Чангом в 1976 г
 - г) Гаккером в 1970 г
 - д) Пламмером в 1972 г
- Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

095. Тактика лечения при очень плотных стриктурах предусматривает:

- а) Рассечение рубцовой ткани электроножом
- б) Баллонную пневмодилатацию
- в) Бужирование по струне
- г) Оперативное лечение
- д) Баллонную гидродилатацию

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

096. Эндоскопическое лечение стриктур пищевода невозможно:

- а) При полной облитерации пищевода
- б) При мембранозных стриктурах
- в) При фибринозном эзофагите
- г) При циркулярных стриктурах
- д) При трубчатых стриктурах

Эталон ответа: а.

Компетенции: УК-1, ПК-6

097. Эндоскопическая электроэксцизия рубцовой ткани в области стриктур пищевода проводится с помощью:

- а) Игольчатого электрода
- б) Металлической петли
- в) Эндоскопических ножниц
- г) Электроножа
- д) Специальных щипцов

Эталон ответа: г.

Компетенции: УК-1, ПК-6

098. Лечебная эндоскопия при рубцовых сужениях пищевода включает все перечисленное, за исключением:

- а) Извлечения инородных тел из области сужения
- б) Бужирования концом эндоскопа
- в) Бужирования коническими бужами под контролем эндоскопа
- г) Установления струны-направителя под контролем эндоскопа
- д) Эндоскопической электроэксцизии рубцовой ткани

Эталон ответа: б.

Компетенции: УК-1, ПК-6

099. Профилактическая дилатация пищевода после ожога показана через:

- а) 3 дня
- б) 1 неделю
- в) 2 недели
- г) 2 месяца
- д) 6 месяцев

Эталон ответа: в.

Компетенции: УК-1, ПК-6

100. Оптимальное давление при баллонной гидродилатации:

- а) 0.5 атмосферы
- б) 1.5 атмосферы
- в) 2 атмосферы
- г) 3 атмосферы
- д) 5 атмосфер

Эталон ответа: д.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Ребенок 14 лет жалуется на многократную рвоту свежей кровью со сгустками в течение 3 часов. Последние 2 суток лечится амбулаторно по поводу ОРВИ. Принимал с целью снижения температуры аспирин.

1. Предварительный диагноз.
2. Метод эндоскопического исследования и лечение.

Эталон ответа:

1. Острая язва или желудка, или 12ПК.
2. На ФЭГДС выявляется источник кровотечения, при отсутствии эффекта от консервативной терапии проводится коагуляция дна язвы.

Задача № 2

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациент 58 лет в связи с чувством раннего насыщения и похуданием был направлен на гастроскопию на которой обнаружено образование в желудке. При биопсии диагностирована MALT лимфома низкой степени злокачественности и Hр инфекция. КТ и эндоскопическое УЗИ не выявило признаков запущенности процесса. Терапией выбора на данный момент является:

- а. Хирургическая гастрэктомия
- б. Облучение пораженной области
- в. Облучение брюшной полости с адьювантной химиотерапией
- г. Терапия, направленная на подавление Hр инфекции

Ответ: г



Задача № 3

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузлового цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритро. $2,7 \times 10^{12}$, Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастродуоденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пище-

вода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. Тактика ведения больной?
4. Методика постановки зонда Сенгстакена-Блэкмора.
5. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
6. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
7. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Эталон ответа:

1. Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Кровопотеря II степени. (I)
2. Вирусный, алкогольный, токсический (соли металлов, яды грибов, афлотоксин, промышленные яды)
3. Зонд Блекмора, питуитрин 20ЕД в 200мл 5% глюкозы.
4. Вызывает сужение артериол, приносящих кровь к непарным органам брюшной полости, отсюда уменьшается отток.
5. Да. Склеротерапия, лигирование, диатермия.
6. Если не остановится, то в экстренном.
7. Операция Таннера (отсекают пищевод, затем пришивают назад), перевязка вен, транссекция аппаратом ПКС.

Задача №4

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10⁹/л, Нв – 100 г/л.

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии.
6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
7. Ваши рекомендации при выписке.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.
2. Гастродуоденальное кровотечение.
3. Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.

4. Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.
5. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.
6. Показанием к экстренной операции является профузное гастродуоденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе или рецидиве кровотечения после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций. При дуоденальном кровотечении язвенного генеза применяют прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой или резекцию желудка.
7. После выписки – наблюдение гастроэнтеролога, реабилитационный курс лечения в санаторных условиях.

Задача №5

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
5. Пути профилактики данного осложнения.

Эталон ответа:

1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость
2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.
3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.
4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача № 6

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Больной 65 лет, курит около 45 лет. В течение последнего месяца отмечает одышку, особенно, при физической нагрузке, постоянный сухой кашель, однократно отмечалось кровохарканье. При осмотре: температура 37,2⁰С, периферические лимфоузлы не пальпируются. При аускультации легких выслушивается усиленное бронхиальное дыхание над верхней долей правого легкого. При проведении рентген-обследования диагностировано снижение пневматизации верхней доли правого легкого со смещением средостения вправо и расширением корня правого легкого. Укажите предположительный диагноз заболевания и составьте план обследования.

Ответы

Диагноз – центральный рак правого легкого. Обследование: ОАК, ОАМ, сахар крови, коагулограмма, ЭКГ, спирография, рентгенообследование легких (рентгенография, рентгеноскопия, томография), фибробронхоскопия с биопсией и цитологическим исследованием

Задача № 7

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

У женщины 52 лет появился мучительный сухой кашель. Температура тела не повышалась. Лечилась самостоятельно антибиотиками без эффекта. До этого считала себя здоровой. Участковый терапевт при осмотре патологии в легких не выявил. Общий анализ крови в норме. На обзорной рентгенограмме в III сегменте левого легкого определяется одиночное округлое образование с четкими границами и однородной структурой — так называемое «монетовидное образование».

1. Какие заболевания необходимо предположить в первую очередь?
2. Какие заболевания могут проявляться на рентгенограмме в виде «монетовидного образования» в легких?
3. Имеются ли рентгенологические признаки инфекционной природы этого образования?
4. Имеются ли рентгенологические признаки туберкулезной каверны?
5. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответы

1. Чаще всего такая тень выявляется при первичном раке легкого или метастазе из другого органа.
2. Дифференциальная диагностика проводится между многими заболеваниями: инфекционным воспалением, ревматоидным узелком, доброкачественной опухолью (гамартомой).
3. Для очага инфекционной природы характерно наличие воздушной бронхограммы (т. е. видны просветы бронхов). В данном случае структура однородная.
4. Отсутствие участка просветления на фоне тени позволяет исключить туберкулезную каверну.
5. Уточнение анамнеза. Анализ мокроты на атипичные клетки. Компьютерная томография органов грудной клетки. Фибробронхоскопия с промывными водами бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Онкопоиск для исключения первичной опухоли в других органах. Определение онкомаркеров. Консультация онколога (у этой пациентки после дообследования была выявлена аденокарцинома толстой кишки с единичным метастазом в левое легкое)

Задача № 8

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 61 года обратилась к терапевту с жалобами на кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой, повышение температуры, нарастающую одышку. При аускультации дыхание слева ниже угла лопатки резко ослаблено. На обзорной рентгенограмме в нижнем отделе левого легкого определяется однородная тень до IV ребра. Средостение смещено в сторону затенения.

1. Какие заболевания можно предположить в первую очередь до получения рентгенограммы?

2. Какие заболевания можно предположить после получения рентгенограммы?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Ответы

1. Левосторонняя пневмония, осложненная экссудативным плевритом.
2. Центральный рак левого легкого, обструкция долевого бронха слева пробкой из вязкой мокроты, осложненные ателектазом нижней доли левого легкого.
3. Компьютерная томография органов грудной клетки. Санационная фибробронхоскопия с исследованием промывных вод бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Консультация онколога.

Задача № 9

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

У пациентки 68 лет в течение 2 недель появилась и стала нарастать одышка. Других жалоб нет. В анамнезе многолетнее курение. Индекс курящего человека 15 пачек/лет. Несмотря на это, всегда чувствовала себя бодрой и здоровой. При аускультации дыхание слева ослаблено, хрипов нет. На обзорной рентгенограмме в области верхней доли левого легкого определяется снижение пневматизации. Просветы бронхов на фоне тени не определяются.

Обоснуйте ответы на следующие вопросы:

1. Каким будет основное предположение относительно патологического процесса, развившегося у данной пациентки?
2. Почему затенение не интенсивное, а лишь снижена воздушность?
3. Какие рентгенологические признаки появляются в динамике при несвоевременном обращении пациентов?
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Сформулируйте предварительный диагноз

Ответы

1. Учитывая, что единственной жалобой пациентки является нарастающая одышка, вероятнее всего, это связано с обтурацией левого верхнедолевого бронха опухолью.
2. Просвет левого верхнедолевого бронха обтурирован не полностью, поэтому снижение воздушности отражает гиповентиляцию верхней доли.
3. При полной обтурации бронха развивается ателектаз: пораженная доля уменьшается в размере, затенение становится однородным. Органы средостения смещаются в сторону ателектаза. Элевация купола диафрагмы на стороне поражения.
4. Фибробронхоскопия с биопсией. Консультация онколога.
5. Основной диагноз: «Центральный рак левого верхнедолевого бронха». Осложнение основного: «Ателектаз верхней доли левого легкого. ДНП»

Задача № 10

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 55 лет обратилась к терапевту после двух эпизодов кровохарканья. Курит по 15 сигарет в день в течение многих лет. На обзорной рентгенограмме в прямой проекции в средней части легочного поля определяется ограниченное затенение треугольной формы с вершиной, обращенной к корню. Горизонтальная междолевая щель смещена вниз. Купол диафрагмы подтянут кверху. В боковой проекции определяется интенсивное затенение, однородное по структуре.

1. Для какого патологического состояния данная рентгенологическая картина наиболее характерна?
2. С какими заболеваниями надо проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Сформулируйте наиболее вероятный диагноз данной пациентки.

Ответы

1. Это типичная картина ателектаза средней доли правого легкого.

2. Рак среднедолевого бронха, инородное тело дыхательных путей, пневмония с ателектазом, ТЭЛА.
3. Фибробронхоскопия с промывными водами бронхов на атипичные клетки. При наличии показаний — биопсия. Компьютерная томография органов грудной клетки. Д-димеры.
4. Диагноз основной: «Центральный рак среднедолевого бронха». Осложнение: «Ателектаз средней доли. Рецидивирующее кровохарканье. ДНП».

Задача № 11

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 38 лет обратилась с жалобами на боли в области влагалища, иррадиирующие в крестец, прямую кишку, наружные половые органы, выраженную болезненность при половом акте и дефекации, усиление боли перед менструацией, периодические кровянистые выделения из прямой кишки.

ИЗ АНАМНЕЗА: 2 родов, 3 медицинских аборта. Около двух лет назад появились боли и темно-коричневые выделения до и после менструации, со временем наблюдалось нарастание симптомов.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки деформирована старыми разрывами. В заднем своде влагалища определяются синюшные «глазки» до 0,7 см, которые кровоточат при контакте. При бимануальном исследовании: тело матки не увеличено, плотное безболезненное, подвижность его ограничена; в заднем своде пальпируется плотное, неподвижное, бугристое, резко болезненное образование около 8 см в диаметре. Придатки без особенностей.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое исследование наиболее информативно для уточнения распространенности процесса?
3. Какое лечение назначить данной пациентке?

Ответы

1. Внутренний эндометриоз.
2. Диагностическая лапароскопия.
3. Хирургическое: иссечение очагов эндометриоза.

Задача № 12

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 26 лет предъявляет жалобы на тянущие боли внизу живота, усиливающиеся перед и во время менструации, отсутствие беременности в течение 3 лет жизни без контрацепции.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации по 5–6 дней через 28–30 дней. Беременностей не было. Оперирована 4 года назад по поводу разрыва эндометриоидной кисты правого яичника. Произведена лапаротомия, резекция яичника.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизистые. Матка в положении retroflexio, ограниченно подвижна, нормальных размеров, безболезненная; справа от матки пальпируется опухолевидное образование размером 8×6 см, тугоэластической консистенции, малоподвижное, умеренно болезненное; левые придатки не увеличены.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какое первоочередное лечение показано данной пациентке?

Ответы

1. Субсерозная миома матки.
2. Лапароскопическая кистэктомия.

Задача № 13

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

На прием обратилась молодая женщина 25 лет по поводу образования на левом яичнике, выявленного при УЗИ. Жалоб не предъявляет. Планирует беременность.

ИЗ АНАМНЕЗА: менархе в 13 лет. Менструации по 5–6 дней, через 27–28 дней умеренные, безболезненные. Беременностей не было. Сейчас 8-й день менструального цикла.

ПРИ УЗИ: тело матки 44×37×46 мм, спереди, М-эхо 7 мм, правый яичник 32×27×20 мм обычной структуры, левый яичник 65×86×59 мм, содержит гипоэхогенное образование 50×65 мм с гиперэхогенной взвесью. При ЦДК кровотоков в образовании не выявлен, пристеночного компонента нет. Свободной жидкости в брюшной полости нет.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Хирургическое лечение в каком объеме показано данной пациентке?
3. Какие мероприятия по восстановлению фертильности и профилактике рецидива заболевания проводятся после хирургического лечения?

Ответы

1. Эндометриома левого яичника.
2. Лапароскопическая кистэктомия.
3. КОК на 3–6 месяцев.

Задача № 14

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 42 лет обратилась с жалобами на болезненные и обильные менструации, темно-коричневые выделения из половых путей после менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: двое родов путем операции кесарева сечения. Менструации по 8–9 дней через 26–27 дней. Сейчас 24-й день цикла.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: при осмотре наружные половые органы и влагалище без особенностей, шейка матки чистая, выделения слизистые. При бимануальном исследовании: тело матки увеличено до 10 недель беременности, бугристое, ограничено подвижное, болезненное при пальпации; придатки с обеих сторон не определяются, своды глубокие.

ПРИ УЗИ: тело матки 109×90×100 мм, полость матки деформирована, М-эхо 13 мм, миометрий неоднородный с множеством кистозных включений в виде сот. Из задней стенки исходит интерстициальный узел 6×6,5 см, по правому ребру конгломерат узлов 5×7 см. Придатки без особенностей. В ОАК: гемоглобин 100 г/л, эритроциты 2,75×10¹²/л, лейкоциты 7,9×10⁹/л.

1. Что является причиной нарушений менструального цикла у данной пациентки?
2. Какой метод исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какой метод лечения необходимо выбрать для данной пациентки?

Ответы

1. Гиперплазия эндометрия.
2. Метросальпингографию.
3. ВМС «Мирена».

Задача 15

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Пациентка 32 лет обратилась в женскую консультацию с жалобами на болезненные и обильные менструации, мажущие темно-коричневые выделения из половых путей после менструации.

ИЗ АНАМНЕЗА: менструации по 7–8 дней через 28 дней, обильные в первые 3 дня, болезненные, принимает баралгин, ибупрофен. Не замужем. Беременностей не было. Сейчас 26-й день цикла.

ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС: при осмотре в зеркалах шейка матки чистая, выделения слизистые. При бимануальном исследовании матка увеличена до 5 недель беременности, шаровидной формы, чувствительная при пальпации. Придатки с обеих сторон не увеличены, безболезненные, своды глубокие.

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какой оптимальный объем обследований для уточнения диагноза?
3. Какое лечение назначить данной пациентке?

Ответы

1. Аденомиоз.
2. УЗИ органов малого таза, гистероскопия.
3. Гестагены в непрерывном режиме (визанна).
- 4.

Задача № 16

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
5. Пути профилактики данного осложнения.

Ответы

1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость
2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.

3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача № 17

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области.

При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.

В общем анализе крови - анемия, эритроц. до $3,0 \cdot 10^{12}/л$.

1. Проведите топическую диагностику источника макрогематурии.
2. О повреждении какого органа можно предполагать?
3. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
4. Какой метод лечения принципиально показан при данном виде травмы?

Ответ

1. Источником кровотечения (макрогематурии) является травмированная правая почка
2. Отрыв, надрыв или разрыв правой почки
3. Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ МПС, диагностическая лапароскопия, КТ правой почки
4. Метод лечения – только оперативный, оценка повреждения почки, ушивание, либо резекции ее в зависимости от вида травмы и степени повреждения.

Задача № 18

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Вызов фельдшера скорой помощи к больному 17 лет на 3 день болезни. Жалобы на постоянные боли по всему животу, которые в начале заболевания локализовались в правой подвздошной области.

Объективно: состояние тяжелое, температура тела $38,7^\circ$. Многократная рвота застойным содержимым. Черты лица заострены. Кожа бледная. Слизистые сухие, язык обложен серым налетом. Пульс 120 ударов в минуту. Живот вздут, не участвует в акте дыхания. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение по всей передней брюшной стенке.

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Расскажите о диагностической программе в стационаре.

Ответ:

1. Диагноз: Острый разлитой перитонит аппендикулярной этиологии.
2. Диагностическая программа.

В стационаре проводят общеклиническое обследование пациента, клинические анализы крови и мочи, биохимические исследования крови, определение группы крови и Rh-фактора, т.к. перитонит опасен развитием полиорганной недостаточности и необходима своевременная коррекция показателей гомеостаза.

При сомнительной клинике имеют диагностическое значение УЗИ органов брюшной полости, обзорная рентгенография живота, лапароскопия.

Задача № 19

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Ребенок 12 лет, жалуется на запоры в течение 2-3 суток на протяжении 2-х последних месяцев. После акта дефекации в кале примеси свежей крови. Состояние ребенка удовлетворительное. Других жалоб нет.

1. Предварительный диагноз.
2. Методы эндоскопического исследования и лечение.
3. Дальнейшее наблюдение за ребенком.

Эталон ответа:

1. Полип прямой кишки.
2. Применяется ректороманоскопия, если полип расположен более проксимально, то фиброколоноскопия.
3. В зависимости от размеров и типа полипа проводится его удаление, или биопсия. 1 раз в 6 месяцев проводится контрольное эндоскопическое исследование.

Задача № 20

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6

Ребенок 5 лет жалуется на общую слабость, бледность кожных покровов, периодически после дефекации кал по типу "мелены". В общем анализе крови анемия 3 ст. У ребенка клинически увеличения селезенки на 7см ниже реберной дуги.

1. Предварительный диагноз.
2. Исследовательские приемы.
3. Методы эндоскопического исследования и лечение.

Эталон ответа:

1. Синдром портальной гипертензии, кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.
2. Дополнительно проводится УЗИ органов брюшной полости.
3. На ФЭГДС устанавливается источник кровотечения, проводится склерозирование варикозно-расширенных вен пищевода и желудка путем введения склерозирующих веществ с помощью иглы через канал эндоскопа.