



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г

Фонд оценочных средств по дисциплине	«Хирургия»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)
Квалификация (специальность)	врач общей врачебной практики (семейная медицина)
Форма обучения	Очная

Разработчики: кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Олег Владимирович Зайцев	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России Кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО	Заведующий кафедрой
Анна Викторовна Кошкина	к.м.н.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России Кафедра хирургии, акушерства и гинекологии ФДПО	Ассистент кафедры

Рецензенты:

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Сергей Николаевич Трушин	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России Кафедра факультетской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии	Заведующий кафедрой
Сергей Васильевич Тарасенко	Д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России Кафедра госпитальной хирургии	Заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по программам ординатуры и аспирантуры
Протокол № 7 от 26.06.2023г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023г.

Нормативная справка.

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 09.01.2023 № 16 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.54 Общая врачебная практика (семейная медицина)»
Порядком организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства образования и науки РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

**Фонды оценочных средств
для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций)
по итогам освоения дисциплины**

1. Оценочные средства для текущего контроля успеваемости

Примеры заданий в тестовой форме:

Для прободной язвы желудка в первые 6 часов не характерно:

- a) Исчезновение печеночной тупости;
- b) Доскообразный живот;
- c) «серп» газа под куполом диафрагмы;
- d) Вздутие живота;
- e) Резкие боли в животе;

У больной ПХЭС, поступила с механической желтухой тяжелой степени, явлениями интоксикации. Произведена чрезкожная чрезпеченочная холангиография (ЧЧХГ). Через 3 часа у больной боли в правой половине живота, тахикардия усилилась. АД 100/60 мм рт. ст. Какое осложнение ЧЧХГ возникло у больной?

- a) Острый холангит;
- b) Гепатаргия;
- c) Желчеистечение в брюшную полость;
- d) Болевой шок;
- e) Острый панкреатит;

Абсцесс Дугласова пространства после аппендэктомии характеризуется всеми признаками, кроме:

- a) Болей в глубине таза и тенезмов;
- b) Болезненности при ректальном исследовании;
- c) Ограничения подвижности диафрагмы;
- d) Нависания стенок влагалища или передней стенки прямой кишки;
- e) Гектической температуры;

Укажите наиболее характерные симптомы язвенного стеноза привратника:

- a) Рвота на высоте болей+похудание+дегтеобразный стул;
- b) Чувство тяжести в эпигастрии+рвота, приносящая облегчение+похудание;
- c) Рвота на высоте болей+ чувство тяжести в эпигастрии+запоры;
- d) Рвота на высоте болей +запоры+ рвота, приносящая облегчение;
- e) Все ответы правильные.

У больного 80 лет, находящегося в терапевтическом отделении по поводу повторного инфаркта миокарда, Вы диагностировали острый аппендицит. Ваша тактика:

- a) Аппендэктомия в экстренном порядке доступом Волковича-Дьяконова;
- b) Консервативная антибактериальная терапия;
- c) Лапароскопия, при подтверждении диагноза установить дренаж для введения антибиотиков;
- d) Операция из нижнесрединного доступа;
- e) Оперативное лечение следует предпринять только в случае прогрессирования перитонита;

Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

- a) Метастазы в печень опухолей;
- b) Рак головки поджелудочной железы;
- c) Рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей;
- d) Эхинококкоз печени;
- e) холедохолитиаз;

Выберите 3 признака, являющихся основными при синдроме приводящей петли:

- a) Чувство полноты и тяжести в эпигастрии после приема пищи+слабость,потливость,сердцебиение после приема пищи+рвота желчью, чувство горечи во рту+распирающие боли в правом подреберье+рвота желчью;
- b) слабость,потливость,сердцебиение после приема пищи+ рвота желчью+ночные боли в эпигастрии;
- c) Чувство полноты и тяжести в эпигастрии после приема пищи+слабость,потливость,сердцебиение после приема пищи+чувство горечи во рту;
- d) Чувство горечи во рту+распирающие боли в правом подреберье+ночные боли в эпигастрии;

Больной 28 лет поступил в клинику с картиной желтухи, появление которой отметил 4 дня назад. Болевой синдром не выражен. Дважды в анамнезе отмечал эпизоды желтухи. При лабораторном исследовании отмечает билирубинемия за счет непрямой фракции. При ультразвуковом исследовании патологии не выявляется. Активность трансаминаз и щелочной фосфатазы не выражены. Какой диагноз следует предположить?

- a) Синдром Жильбера;
- b) Гемохроматоз;
- c) Цирроз печени;
- d) Инфекционный гепатит;
- e) Механическая желтуха вследствие холедохолитиаза;

Типичными осложнениями острого аппендицита являются все, кроме:

- a) Местного перитонита;
- b) Воспаления дивертикула Меккеля;
- c) Разлитого перитонита;
- d) Аппендикулярного инфильтрата;
- e) Парааппендикулярного абсцесса;

Характерным лабораторным признаком острого неосложненного холецистита является:

- a) Гипербилирубинемия;
- b) Лейкоцитоз;
- c) Гипогликемия;
- d) Диастазурия;
- e) Глюкозурия;

Критерии оценки тестового контроля:

- Оценка «отлично» выставляется при выполнении без ошибок более 85 % заданий.
- Оценка «хорошо» выставляется при выполнении без ошибок более 65 % заданий.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок более 50 % заданий.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется при выполнении без ошибок равного или менее 50 % заданий.

Примеры ситуационных задач:

Задача

Больная, 56 лет, обратилась с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота. Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали, поднялась температура до 38. Пульс 92 удара в минуту. Стул был накануне нормальный, мочеиспускание не нарушено. В анамнезе подобных болей не было, ничем не болела. Объективно: язык сухой, обложен белым налетом, иктеричности нет. Больная при дыхании щадит живот в правой половине. При пальпации определяется болезненность и

напряжение мышц в правой подвздошной области и правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга в правой половине живота и симптом Ровзинга резко положительны. Френикус-симптом и симптом Грекова-Ортнера отрицательны. Анализ крови: лейкоциты – $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$, эритроциты – $4,0 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 130 г/л. Внутривенное введение физиологического раствора со спазмолитиками в течение 3 часов боли не сняло. Ваш диагноз? Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику? Дополнительное обследование? Ваше лечение?

Критерии оценки при решении ситуационных задач:

- Оценка «отлично» выставляется, если задача решена грамотно, ответы на вопросы сформулированы четко. Эталонный ответ полностью соответствует решению ординатора, которое хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «хорошо» выставляется, если задача решена, ответы на вопросы сформулированы недостаточно четко. Решение ординатора в целом соответствует эталонному ответу, но недостаточно хорошо обосновано теоретически.
- Оценка «удовлетворительно» выставляется, если задача решена не полностью, ответы не содержат всех необходимых обоснований решения.
- Оценка «неудовлетворительно» выставляется, если задача не решена или имеет грубые теоретические ошибки в ответе на поставленные вопросы

2. Оценочные средства для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

Форма промежуточной аттестации во 2 семестре – зачет

Порядок проведения промежуточной аттестации

Процедура проведения и оценивания экзамена

Зачет проходит в форме тестирования. Тестирование состоит из 30 вопросов, расположенных в системе Moodle. Время выполнения – 40 мин. Количество попыток – 3.

Критерии сдачи зачета:

«Зачтено» выставляется ординатору, который сдал тестирование на оценку «удовлетворительно», «хорошо» и «отлично».

«Не зачтено» выставляется ординатору, который сдал тестирование на оценку «не удовлетворительно».

Фонды оценочных средств

для проверки уровня сформированности компетенций (части компетенций) для промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

В процессе обучения в ординатуре происходит комплексное освоение компетенций.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Знать» (воспроизводить и объяснять учебный материал с требуемой степенью научной точности и полноты).

Хирургия органов брюшной полости

1. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и ДПК. Диагностика, тактика и лечение язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки. Особенности диагностики язвенной болезни в зависимости от локализации язвы (методы исследования, рентгенологическое, эндоскопическое и т.д.). Показания к хирургическому лечению. Предельные сроки консервативного лечения при желудочной 12-ти перстной язвах. Выбор метода лечения при дуоденальной язве и при язве желудка. Предоперационная подготовка. Техника резекций желудка. Техника операции пилоропластики (различные методы) в сочетании со стволовой ваготомией. Техника проксимальной селективной ваготомии. Послеоперационное ведение больных.

2. Прободная язва желудка и ДПК. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Предоперационная подготовка больных. Показания и выбор метода операции. Техника ушивания прободной язвы. Ошибки и опасности при лечении перфоративных язв желудка и 12-перстной кишки.

3. Пилородуоденальный стеноз

Классификация. Клиника, диагностика Хирургическая тактика

4. Каллезные и пенетрирующие язвы желудка и ДПК Каллезные язвы желудка и ДПК. Пенетрирующие язвы желудка и ДПК. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение.

5.Гастродуоденальные язвенные кровотечения Методы диагностики, эндоскопия. Методы определения степени кровопотери. Принципы заместительной и гемостатической терапии в зависимости от степени кровопотери. Способы временного гемостаза. Эндоскопический гемостаз. Показания к экстренной, отсроченной и плановой операции. Виды, техника радикальной и паллиативных операций с учетом локализации язвы, состояния и возраста больного, условий работы хирурга. Ведение после и дооперационного периода.

6.Неязвенные желудочно-кишечные кровотечения. Диагностика и тактика при эрозивном гастрите. Диагностика и тактика при синдроме Меллори Вейсса. Диагностика и тактика при острых язвах. Диагностика и тактика при варикозно-расширенных венах пищевода. Диагностика и тактика при разрыве аневризмы в ЖКТ. Диагностика и тактика при болезнях крови сосудов. Диагностика и тактика при медикаментозных язвах.

Диагностика и тактика при болезни Рандю-Ослера. Тактика хирурга при невыясненном источнике кровотечений.

7. Опухоли желудка. Доброкачественные опухоли желудка. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Рак желудка. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

8. Острый аппендицит. Классификация, эпидемиология, диагностика. Ошибки в диагностике и тактике при остром аппендиците. Особенности диагностики острого аппендицита в зависимости от локализации червеобразного отростка. Особенности клиники в пожилом, детском возрасте. Тактика хирурга в отношении к этой группе больных, особенности обследования и ведения послеоперационного периода. Аппендицит и беременность. Тактика хирурга при аппендиците в поздние сроки беременности и во время родов. Дифференциальная диагностика острого аппендицита с заболеваниями брюшной полости и грудной клетки. Диагностическая ценность лапароскопии, УЗИ и рентгенологической диагностики

9. Осложнения острого аппендицита. Виды осложнений острого аппендицита. Аппендикулярный инфильтрат. Особенности диагностики и тактики. Периаппендикулярный абсцесс. Забрюшинная флегмона. Пилефлебит. Диагностические, технические и тактические ошибки при осложнениях аппендицита.

10. Острая кишечная непроходимость. Спаечная болезнь. Дифференциальная диагностика механической и динамической кишечной непроходимости. Предоперационная подготовка. Основы коррекции биохимических изменений крови. Хирургическое лечение. Этапы операций. Методы декомпрессии кишечника. Выбор метода операции (рассечение спаек, показания к резекции кишки, наложение обходных анастомозов, кишечных свищей). Этапы и особенности операции. Техника операции при непроходимости, вызванной Меккелевым дивертикулом, заворотом толстой кишки, инвагинацией, ущемленной грыжей, раком толстой кишки, обтурацией кишки, инородными телами, воспалительными процессами, дивертикулами. Особенности ведения больного в послеоперационном периоде. Ошибки и осложнения в послеоперационном периоде. Спаечная болезнь. Причины, Дифференциальная диагностика форм спаечной болезни.

11. Острый холецистит. Классификация. Клиника и диагностика осложненных форм острого холецистита. Особенности предоперационной подготовки и оперативного лечения при местном и общем перитоните. Показания к холецистэктомии и холецистостомии, их виды. Принципы тактики при остром холецистите, осложненном холангитом, механической желтухой. Виды дренирования желчных путей. Показания к их применению. Особенности послеоперационного периода.

12. Желчнокаменная болезнь. Хронический холецистит. Калькулезный холецистит, холедохолитиаз, стеноз большого дуоденального соска. Вспомогательные методы обследования. Хирургическая тактика. Техника операции холецистэктомии от шейки и от дна. Лапароскопическая холецистэктомия. Постхолецистэктомический синдром. Холецистопанкреатиты. клиника, диагностика, хирургическая тактика.

13. Пропотной желчный перитонит. Клиника, диагностика, хирургическая тактика. Методы интраоперационного обследования органов гепатопанкреодуоденальной зоны. Малоинвазивные методы декомпрессии желчных путей. Показания к холедохотомии, дуоденотомии, папиллотомии, наложению билиодигестивных анастомозов. Показания к дренированию желчных путей и брюшной полости, методика дренирования.

14. Очаговые образования печени. Рак печени. Доброкачественные опухоли печени. Паразитарные и непаразитарные кисты печени. Рак печени. Гемангиомы печени. Диагностика, дифференциальная диагностика, хирургическая тактика.

15. Острый панкреатит. Классификация. Клиника, диагностика острого панкреатита. Консервативное лечение острого панкреатита с применением эндоскопических методов лечения. Показания к ранним операциям и их методики

(санация и декомпрессия желчных путей, абдоминализация поджелудочной железы, дренирование сальниковой сумки). Отсроченные операции. Показания, техника и объем отсроченных операций - дренирование сальниковой сумки, забрюшинного пространства, секвестроэктомия и резекция поджелудочной железы. Этапы операции. Поздние операции на поджелудочной железе: показания, техника выполнения и объем операции. Диагностика и хирургическое лечение осложнений острого панкреатита: поддиафрагмальных абсцессов, реактивных плевритов, межпетлевых абсцессов.

16. Хронический панкреатит. Псевдотуморозный панкреатит. Кальцинозный и калькулезный хронический панкреатит.

17. Кисты поджелудочной железы. Классификация. Диагностика. Показания к дренированию. Малоинвазивные методы лечения. Виды оперативных вмешательств.

18. Опухоли поджелудочной железы. Доброкачественные опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы.

19. Острый парапроктит. Хронический парапроктит, свищи прямой кишки. Острый парапроктит. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Хронический парапроктит. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

20. Свищи прямой кишки. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Геморрой, эпителиальный копчиковый ход. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.

21. Травма прямой кишки и промежности. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение.

22. Неспецифический язвенный колит. Болезнь Крона.

23. Опухоли ободочной и прямой кишки. Доброкачественные опухоли ободочной кишки. Рак ободочной кишки. Дифференциальная диагностика опухолей прямой кишки. Доброкачественные опухоли прямой кишки. Рак прямой кишки.

24. Травма живота. Открытая травма живота. Закрытая травма живота.

25. Пупочные грыжи, грыжи белой линии живота. Пупочные грыжи. Диагностика, дифференциальная диагностика. Методы оперативного лечения. Грыжи белой линии живота. Методы операций.

26. Паховые грыжи, бедренные грыжи. Паховые грыжи. Врожденные и приобретенные, прямые и косые. Дифференциальная диагностика. Особенности техники операции при врожденных грыжах. Выбор метода операции при косых и прямых паховых грыжах. Бедренные грыжи. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Оперативное лечение.

27. Послеоперационные грыжи. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению. Виды пластик. Аллопластика.

28. Ущемленные грыжи. Клиническая картина и диагностика ущемленных грыж. Хирургическая тактика. Особенности диагностики пристеночной формы ущемления грыж, интраоперационная диагностика ретроградных ущемлений, ущемлении сальника, червеобразного отростка, дивертикула Меккеля, мочевого пузыря, придатков матки, жировых подвесков. Общие принципы операций при ущемленных грыжах, этапы операций. Особенности хирургической тактики и методики операций с сомнительной жизнеспособностью ущемленных органов, с флегмоной грыжевого мешка и перитонитом. Показания к лапаротомии и ревизии органов брюшной полости. Ошибки при операциях по поводу ущемленных грыж.

29. Портальная гипертензия. Классификация. Клиника, диагностика. Динамическое наблюдение. Показания к оперативному лечению, виды операций.

30. Перитонит. Абдоминальные сепсис. Классификация. Патогенез перитонита и его стадийность в зависимости от длительности заболевания. Диагностика перитонитов в зависимости от этиологии, распространенности процесса, причины возникновения и стадии заболевания. Диагностическая программа. Абдоминальный сепсис. Особенности лечения и трудности диагностики гематогенных, туберкулезных, гинекологических, желчных и послеоперационных перитонитов. Принципы предоперационной подготовки.

Принципы хирургического лечения перитонитов. Показания к лапаротомии. Ведение больных с лапаростомной раной. Показания и методы дренирования брюшной полости. Методы декомпрессии кишечника. Послеоперационное ведение больных с перитонитом. Отграниченный перитонит. Причины абсцессов брюшной полости. Особенности диагностики и тактики при поддиафрагмальном абсцессе. Особенности диагностики и тактики при межкишечном абсцессе. Особенности диагностики и тактики при подпеченочном абсцессе. Особенности диагностики и тактики при абсцессе сальниковой сумки. Особенности диагностики и тактики при внутритазовом абсцессе.

31. Болезни оперированного желудка. Патофизиология. Классификация. Функциональные расстройства (демпинг синдром, синдром приводящей петли и др.) Клиника, диагностика, хирургическая тактика. Пептические язвы анастомозов, рецидив язвы. Клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.

32. Кишечные свищи. Технические и тактические ошибки, ведущие к образованию кишечных свищей. Особенности течения, предоперационной подготовки при высоких тонкокишечных свищах. Тактика при несформировавшихся кишечных свищах. Виды обтуратов и показания к их применению. Тонкокишечные свищи. Диагностика, предоперационная подготовка, методы закрытия тонкокишечных свищей. Ведение в послеоперационном периоде. Тактические, диагностические и технические ошибки при лечении кишечных свищей.

Хирургия органов грудной клетки

1. Гнойные заболевания легких. Абсцесс и гангрена легкого. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

2. Гнойные заболевания плевры. Плевриты, эмпиема плевры. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

3. Опухоли легкого. Доброкачественные опухоли легкого. Рак легкого.

4. Легочные кровотечения. Патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

5. Медиастиниты. Этиология. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Значение рентгенологического исследования. Дифференциальная диагностика. Методы консервативного лечения. Показания к хирургическому лечению. Виды операций.

6. Доброкачественные и злокачественные опухоли средостения. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.

7. Миастения как хирургическая проблема. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.

8. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Лечение.

9. Ахалазия кардии. Классификация. Клиника. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика с кардиоспазмом. Лечение.

10. Грыжи диафрагмы. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Грыжи диафрагмы. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

11. Травма пищевода. Закрытая травма пищевода. Открытая травма пищевода. Виды травм, классификация. Диагностика. Тактика в зависимости от уровня травмы.

12. Химические ожоги пищевода. Послеожоговые стриктуры пищевода. Классификация. Особенности ожогов кислотой и щелочью. Первая помощь при ожогах. Бужирование пищевода. Показания к созданию искусственного пищевода. Виды пластики пищевода.

13. Опухоли пищевода. Доброкачественные опухоли пищевода. Рак пищевода.

14. Закрытые травмы грудной клетки. Пневмоторакс. Плевропульмональный шок, понятие. Эмфизема средостения. Гемоторакс (гемопневмоторакс).

15. Открытые травмы грудной клетки. Классификация открытых повреждений. Диагностика повреждений легкого. Клиника. Диагностика. Лечение. Хирургические доступы при ранении легкого.

16. Повреждение сердца. Хирургические доступы при ранении сердца. Методика ушивания раны сердца. Шовный материал. Особенности накладывания шва на сердце.

Заболевания и повреждения сосудов

1. Варикозная болезнь. Этиология, патогенез, классификация. Дифференциальная диагностика. Лечение.
2. Тромбофлебиты. Посттромбофлебитический синдром. Флебит. Тромбофлебит. Илеофemorальный венозный тромбоз. Хроническая венозная недостаточность.
3. Тромбоэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, классификация. Клиника. Диагностика. Профилактика. Лечение. Консервативное. Хирургическое.
4. Облитерирующий эндартериит и облитерирующий атеросклероз. Этиология, патогенез, классификация. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Аневризмы сосудов. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Острая артериальная непроходимость. Эмболии и острые тромбозы артерий конечностей. Степени острой ишемии. Клиника ишемии конечностей. Показания и противопоказания к операциям на артериях конечностей. Виды операций. Острые нарушения мезентериального кровообращения.
7. Повреждения кровеносных сосудов. Повреждения вен. Повреждения артерий. Методы временного и стойкого гемостаза. Реконструктивные операции при повреждении сосудов.
8. Заболевания лимфатической системы нижних конечностей. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение заболеваний лимфатической системы.

Хирургическая инфекция

1. Инфицированные и гнойные раны, методы лечения гнойных ран. Патогенез раневого процесса. Классификация ран. Микробиология ран. Характеристика основных видов возбудителей раневой инфекции. Комплексное бактериологическое исследование гнойных ран. Микробиологические аспекты анаэробной неклостридиальной инфекции. Иммунология раневой инфекции. Характеристика раневого процесса. Местное и общее лечение.
2. Хирургическая инфекция кожи и подкожной клетчатки. Рожистое воспаление. Флегмона. Фурункул, карбункул, гидраденит. Паранефрит. Маститы.
3. Гнойные заболевания кисти. Панариции, диагностика, лечение. Флегмоны кисти, диагностика, лечение.
4. Хронические гнойно-воспалительные заболевания. Остеомиелиты. Трофические язвы. Гнойные свищи. Заболевания суставов. Туберкулез. Актиномикоз.
5. Клостридиальная и неклостридиальная анаэробная инфекция. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение.
6. Особые виды раневой инфекции. Столбняк. Бешенство. Раневая инфекция при сахарном диабете.
7. Хирургический сепсис. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика. Методы микробиологической диагностики. Лечение. Септический шок клиника, диагностика. Лечение.
8. Антибактериальная терапия в хирургии. Вопросы классификации антибактериальных препаратов. Механизмы действия. Показания к применению. Другие антибактериальные препараты. Принципы сочетанной антибактериальной терапии. Ошибки и осложнения при назначении антибактериальной терапии.

Онкология.

1. Общие вопросы онкологии. Структура и организация онкологической помощи в России. Современные представления о возникновении новообразований. Особенности диагностики при подозрении на онкологическую патологию. Современные методы лечения онкологических больных.

2. Рак щитовидной железы. Дифференциальная диагностика с доброкачественными заболеваниями. Лечебно-диагностическая тактика.

3. Рак молочной железы. Дифференциальная диагностика с доброкачественными заболеваниями. Лечебно-диагностическая тактика.

4. Рак кожи. Дифференциальная диагностика с доброкачественными заболеваниями. Лечебно-диагностическая тактика.

Травматология и ортопедия.

1. Травмы верхней конечности Переломы лопатки, ключицы. Вывихи плеча. Клиника, диагностика, лечение. Переломы плечевой кости. Классификация, клиника, диагностика. Осложнения. Хирургическая тактика. Диагностика и лечения вывихов предплечья. Перелом локтевого отростка; переломы венечного отростка локтевой кости; переломы головки и шейки лучевой кости. Диагностика, лечение. Переломо-вывихи костей предплечья (Монтеджи и Галеацци). Перелом лучевой кости в типичном месте. Диагностика, лечение.

2. Травмы таза и нижней конечности. Классификация ранений таза. Диагностика огнестрельных переломов костей таза с повреждением и без повреждения тазовых органов. Транспортная иммобилизация. Оказание медицинской помощи на этапах медицинской эвакуации. Хирургическая помощь при повреждениях тазобедренного сустава, бедра и голени в условиях поликлиники и стационара. Клиника, диагностика. Возможные осложнения и их профилактика. Лечение. Хирургическая помощь при повреждениях голени и стопы в условиях поликлиники и стационара.

3. Сочетанные травмы. Методы до- и интраоперационной диагностики сочетанных травм. Травматический шок. Торакоабдоминальные травмы. Клиника, диагностика, хирургическая тактика. Скелетная травма, повреждения позвоночника и торакоабдоминальные травмы. Клиника, диагностика, хирургическая тактика.

Черепно-мозговая травма и торакоабдоминальная травма. 4. Термические поражения Ожоги. Обморожения. Электротравма.

Анестезиология – реаниматология и клиническая трансфузиология.

1. Послеоперационная интенсивная терапия. Предупреждение синдромов критических состояний после операций.

2. Послеоперационное лечение болевого синдрома. Мультимодальные принципы послеоперационной анестезии.

3. Принципы современного полифункционального мониторинга в ближайшем послеоперационном периоде.

4. Современная технология сердечно-легочной реанимации.

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенции на уровне «Уметь» (решать типичные задачи на основе воспроизведения стандартных алгоритмов решения) и «Владеть» (решать усложненные задачи на основе приобретенных знаний, умений и навыков, с их применением в нетипичных ситуациях, формируется в процессе практической деятельности).

Примеры ситуационных задач

Задача

Больной Ж. 42 года, каменщик. Заболевание началось остро 18.04.98 г. с повышения температуры тела до 40°C, болей в грудной клетке, рвоты. Накануне злоупотреблял алкоголем в течение 7 суток. 21.04.98г. – через 3 дня после начала заболевания – госпитализирован в отделение терапии городской больницы, где при рентгенографии органов грудной клетки выявлено однородное, массивное затемнение, занимающее большую часть нижней доли правого лёгкого. Диагностирована сливная пневмония, назначена антибактериальная терапия. Через 10 дней (28.04.98г.) от начала заболевания появился кашель с выделением гнойной мокроты с неприятным запахом в количестве 200-300 мл в сутки. При контрольной рентгенографии на фоне массивного затемнения, занимающего всю среднюю и нижнюю доли правого лёгкого, видны

множественные, различных размеров, с горизонтальными уровнями полости деструкции. Состояние больного тяжёлое. Температура тела 39,6°, выраженные признаки гнойной интоксикации, частота дыхания 28-30 в мин. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. При перкуссии укорочение лёгочного звука в боковых и задненижних отделах правой половины грудной клетки, здесь же при аускультации резкое ослабление дыхания, свистящие хрипы, Пульс = 100 в мин. ритмичный. АД= 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень + 4 см.

Вопросы к заданию:

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Какой механизм возникновения деструкции лёгкого вероятнее всего имеет место в данном наблюдении и почему?
3. Перечислите "выраженные признаки гнойной интоксикации".
4. Составьте план дополнительного обследования больного Ж.
5. Какие изменения следует ожидать в данных дополнительного обследования?
6. Какие осложнения со стороны органов дыхания наиболее возможны в данной ситуации?
7. При каком осложнении показано дренирование плевральной полости?
8. Составьте план лечебных мероприятий.
9. В каком случае показано экстренное оперативное лечение?
10. Укажите возможные исходы и определите прогноз для данного наблюдения.

Задача

Больная Г., 43 года, дворник, злоупотребляет алкоголем. Заболевание началось остро 09.03.99г., когда после переохлаждения появилось лёгкое недомогание, слабость, сухой кашель. Температуру тела не измеряла, к врачам не обращалась, лечилась «народными средствами». Через 9 дней появились сильные боли в правой половине грудной клетки. 18.03.99г. госпитализирована в терапевтическое отделение городской больницы. При рентгенологическом исследовании диагностирована крупозная пневмония верхней доли правого лёгкого. 29.03.99г. начала откашливать гнойную коричневого цвета мокроту с неприятным запахом в количестве до 500 мл в сутки. При рентгенографии 29.03.99г. в верхней доле правого лёгкого выявлена полость деструкции 12x 10 см, имеющая периферическую локализацию, содержащая жидкость и пристеночный секвестр. 31.03.99г. состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в правом боку, резкая слабость, чувство нехватки воздуха, обморочное состояние. Состояние больной очень тяжёлое. Бледная, акроцианоз. Правая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания, межрёберные промежутки её сглажены. Голосовое дрожание резко ослаблено справа. При перкуссии справа в верхних отделах до уровня V ребра определяется тимпанит, ниже притупление. Границы сердечной тупости смещены влево. При аускультации резкое ослабление дыхания над правым лёгким, хрипов нет. Частота дыхания 32 в мин. Пульс 120 в мин. ритмичный, слабого наполнения. АД= 120/80 мм рт. ст. При рентгенографии: правое лёгкое полностью коллабировано, широкий горизонтальный уровень жидкости в плевральной полости, резкое смещение средостения влево.

Вопросы к заданию:

1. Поставьте развёрнутый диагноз на 29.03.99 г.
2. Какое осложнение развилось у больной 31.03.99 г.? Перечислите его основные клинические и рентгенологические признаки.
3. О чём говорят результаты перкуссии?
4. О чём говорят такие рентгенологические симптомы, как наличие горизонтального уровня жидкости в плевральной полости, резкое смещение средостения влево?
5. Чем опасно смещение средостения в противоположную сторону?
6. В чём заключается экстренная помощь больной 31.03.99г.?
7. Составьте план дообследования больной после оказания экстренной

помощи.

8. Составьте план лечебных мероприятий после оказания экстренной помощи.
9. Если лёгкое не удаётся расправить методами «малой торакальной хирургии», какое эндоскопическое лечение нужно выполнить для достижения этой цели?
10. Показания к операции? Содержание предоперационной подготовки? По каким критериям Вы будете судить о её эффективности?

11. Минимальный объём операции (учитывая деструкцию лёгкого и распространение гнойного процесса на плевральную полость).

Задача

Больной Р., 32 года, газосварщик, поступил в отделение торакальной хирургии с жалобами на резкую слабость, гипертермию до 38-39° С, боли в правой половине грудной клетке, кашель с выделением гнойной мокроты до 700 мл в сутки, рецидивирующее легочное кровотечение. Заболел 1,5 мес. назад на фоне злоупотребления алкоголем. К врачу не обращался в течение 2-х недель, затем в связи с высокой температурой тела (до 40° С) бригадой СМП доставлен в терапевтическое отделение городской больницы. В течение 1 месяца получал антибактериальное лечение по поводу крупозной пневмонии верхней доли правого лёгкого. Однако, несмотря на лечение, состояние больного прогрессивно ухудшалось, сохранялась фебрильная температура тела, выделялось большое количество гнойной мокроты с примесью крови. Рентгенологически на фоне воспалительной инфильтрации в верхней доле правого лёгкого появилась полость деструкции с горизонтальным уровнем жидкости и прогрессивно увеличилась в размерах. В связи с безуспешностью терапевтического лечения переведён в клинику для операции. Общее состояние тяжёлое. Больной истощён. Кожные покровы бледно-серые, цианоз губ. Грудная клетка бочкообразной формы, правая половина отстаёт при дыхании. При перкуссии притупление звука над правым легким; здесь же при аускультации дыхание ослаблено, прослушиваются влажные хрипы; слева дыхание жёсткое. Частота дыхания 38-40 в мин., сердечные тоны приглушены, пульс ритмичный, 110 в мин., АД=100/65 мм рт. ст. живот мягкий безболезненный, печень+2 см, голени и стопы обеих нижних конечностей отёчны. Анализ крови клинический: эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$, НЬ – 102 г/л, ЦП – 0,8, лейкоциты – $18,6 \times 10^9/л$: п-15%; с-72%; лимфоциты-10%; моноциты-3%; СОЭ=60 мм/ч. При рентгенологическом исследовании была диагностирована гигантская полость деструкции с горизонтальным уровнем жидкости, занимающая большую часть верхней доли правого лёгкого. В средней доле определяется сливная воспалительная инфильтрация с полостями деструкции. Через сутки после поступления внезапно началось лёгочное кровотечение, во время которого больной потерял около 500 мл крови. Кровотечение удалось остановить консервативными мероприятиями.

Вопросы к заданию:

1. Дайте развёрнутый диагноз основного заболевания, осложнений и сопутствующих заболеваний.
2. Что способствовало возникновению заболевания в данном наблюдении?
3. Какие недостатки лечения больного в терапевтическом отделении?
4. Почему у больного отмечаются отёки нижних конечностей?
5. Дайте трактовку клинического анализа крови. Какие бы анализы Вы назначили больному дополнительно и почему?
6. Ваш план лечения больного до возникновения лёгочного кровотечения.
7. Какие консервативные (медикаментозные) мероприятия применяют при лёгочном кровотечении? Какие сосуды чаще всего являются источником лёгочного кровотечения при гнойно-деструктивных процессах в лёгких? От чего чаще всего погибают больные при лёгочных кровотечениях?
8. Тактика врача специализированного отделения при неэффективности консервативного лечения.
9. Когда можно больного оперировать в плановом порядке?
10. Показания для экстренной операции.

11. Какие осложнения могут возникнуть в послеоперационном периоде?
12. Возможные исходы заболевания при отказе от операции?

Задача

Больной Ч., 36 лет, водитель грузовика, переведён в отделения торакальной хирургии из пульмонологического отделения с жалобами на слабость, потливость, кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл в сутки, повышение температуры тела до 37,6⁰С по вечерам. Заболел остро 1 месяц назад, когда после переохлаждения (ремонтировал грузовик лёжа на асфальте), появились боли в правой половине грудной клетки, гипертермия до 39⁰С, сухой кашель. Около недели лечился самостоятельно, принимал аспирин. Затем обратился к участковому терапевту, по направлению которого выполнена флюорография лёгких. Диагностирована шаровидная пневмония в S-2 правого лёгкого. Госпитализирован в пульмонологическое отделение, где получал антибактериальную терапию, симптоматическое и общеукрепляющее лечение. Однако в течение 2-х недель клинического эффекта не наблюдалось: сохранился кашель с трудноотделяемой гнойной мокротой с неприятным запахом до 50 мл в сутки, потливость, анорексия, головные боли, лихорадка до 38-39⁰С. Неделю назад, после очередного приступа кашля отошло большое количество гнойной мокроты с примесями крови. После этого больной стал отмечать улучшение в состоянии: появился аппетит, исчезли головные боли и запах от мокроты, температура тела повышается до 37,6⁰С, при этом сохраняется кашель с выделением слизисто-гнойной мокроты до 100 мл в сутки. При контрольной рентгеноскопии органов грудной клетки в S-2 правого лёгкого определяется на фоне незначительной воспалительной инфильтрации полость деструкции диаметром 3,5 см, наполовину заполняется жидкостью. При поступлении состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, цианоза нет. Грудная клетка правильной формы при перкуссии ясный лёгочный звук, при аускультации определяются сухие и влажные хрипы над верхней долей правого лёгкого, ЧДД=22 в мин., Ps=90 в мин., ритмичный, АД=110/70 мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Периферических отёков нет.

Вопросы к заданию:

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. В чём причина и какие патогенетические механизмы играли важную роль в возникновении деструкции лёгкого?
3. Опираясь на динамику клинической картины, объясните фазное клинического течения в данном наблюдении. Как называются фазы? Какая клиническая симптоматика характерна для I и II фазы?
4. Составьте план дополнительного обследования для уточнения характера заболевания и изучения других органов и систем.
5. С чем необходимо провести дифференциальную диагностику?
6. Составьте план лечебных мероприятий.
7. Какими лечебными мероприятиями можно улучшить санацию гнойной полости?
8. Укажите возможные исходы и определите прогноз для каждого из них в данном наблюдении.
9. Какие морфологические факторы определяют положительную динамику клинического течения и благоприятный исход?
10. При каком исходе данного наблюдения показано хирургическое лечение. Критерии готовности больного к операции?

Задача

Больной Я., 58 лет, грузчик. Госпитализирован в отделение с жалобами на тупые тянущие боли в нижних отделах правой половины грудной клетки, фебрильную температуру тела по вечерам, кашель с выделением гнойной мокроты до 150-200 мл в сутки с неприятным запахом. Из анамнеза установлено, что 8 месяцев назад, в августе-сентябре прошлого года, лечился в отделении пульмонологии с диагнозом «острый

абсцесс нижней доли правого лёгкого». Выписан с клиническим выздоровлением и до апреля этого года чувствовал себя удовлетворительно, работал. В начале апреля после переохлаждения повысилась температура тела до 38⁰С, появились насморк и кашель. Лечился амбулаторно под наблюдением участкового терапевта с диагнозом «ОРЗ». Однако состояние больного продолжало ухудшаться: сохранялась фебрильная лихорадка, появилась гнойная мокрота до 150-200 мл в сутки с неприятным запахом, тупые боли в нижних отделах правой половины грудной клетки. При ФЛГ лёгких в нижней доле правого лёгкого на фоне воспалительной инфильтрации выявлена полость деструкции диаметром 6 см с горизонтальным уровнем жидкости и толщиной стенок 1,5-2 см. Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледно-розовые, умеренный цианоз губ. Грудная клетка правильной формы, при дыхании несколько отстаёт её правая половина. При перкуссии притупление звука в задненижних отделах справа, здесь же при аускультации дыхание ослаблено, влажные и сухие хрипы, ЧД=24 в мин., пульс 96 в мин. ритмичный, АД=110/70 мм рт. ст. Печень не увеличена. Физиологические отправления в норме.

Вопросы к заданию:

1. Поставьте развёрнутый диагноз.
2. Какие стадии в клиническом течении данного варианта гнойно-деструктивного процесса имеются? Дайте их клиническую характеристику.
3. Дайте клинико-морфологическую характеристику термину «клиническое выздоровление». Опишите механизм развития имеющихся у больного нарушений в связи с заболеванием.
4. Какие осложнения возможны при данном варианте гнойно-деструктивного процесса?
5. Составьте план дополнительного обследования для уточнения характера заболевания и изучения других органов и систем.
6. Составьте план консервативных лечебных мероприятий. Цель консервативного лечения, является ли оно самостоятельным в данном наблюдении?
7. Какое лечение является радикальным в данном наблюдении? Когда можно проводить радикальное лечение? Перечислите основные критерии (с подробной характеристикой каждого) готовности больного к радикальному лечению и объём его выполнения.
8. Какие послеоперационные осложнения можно ожидать в данном случае?

Задача

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.

Вопросы к заданию:

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.

Задача

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, не отхождение 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. 4 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.

Вопросы к заданию:

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.

Задача

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – 16,2 x 10⁹/л, Эр – 3,4 x 10⁹/л, СОЭ 24 мм/ч.

Вопросы к заданию:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий
5. Принципы консервативной терапии
7. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
8. Экспертиза трудоспособности.

Задача

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита. Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 x 15 см, плотноэластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: Лейкоциты 14,1 x 10⁹/л, диастаза мочи – 512 ЕД.

Вопросы к заданию:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какая лечебно-диагностическая программа?
4. Показания к оперативному лечению. Виды операций.

Задача

У больного 38 лет после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Состояние тяжелое. Кожа лица гиперемирована, сухая. В легких жесткое дыхание, ослабленное слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика отсутствует. Стула не было. При ультрасонографии установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке скудное количество жидкости. Желчный пузырь не изменен. Холедох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

Вопросы к заданию:

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Ваша тактика:
 - основные направления консервативной терапии.
 - показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
5. Прогноз.

Задача

У больной 68 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались. Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты $10,2 \times 10^9/\text{л}$, билирубин крови 60 мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

Вопросы к заданию:

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Ваша тактика:
 - основные направления консервативной терапии.
 - показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
5. Прогноз.

Задача

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 положительн справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками. В общем анализе крови - анемия, эритроциты до $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$.

Вопросы к заданию:

1. Проведите топическую диагностику источника макрогематурии.
2. О повреждении какого органа можно предполагать?
3. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
4. Классификация данного вида травмы.
5. Какой метод лечения принципиально показан при данном виде травмы?
6. Каков характер оперативного вмешательства?
7. Каков характер оперативного вмешательства в зависимости от степени и характера травмы?

Задача

Больной К., 46 лет поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, головокружение, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи» дважды, темный жидкий стул на протяжении последних двух дней. Из анамнеза известно, что последние 5 дней находился на амбулаторном лечении по поводу бронхита. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. В течение последних 2 дней появилась нарастающая слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, дважды рвота «кофейной гущей», холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области. Per rectum – мелена

Вопросы к заданию:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Лечебно – диагностическая тактика?
3. В каких дополнительных методах обследования нуждается больной?
4. Определите тяжесть волевических нарушений.
5. Алгоритм дальнейших действий по лечению больного?

Задача

Больной С., 39 лет, доставлен в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота. Из анамнеза – двое суток назад отметил появление болей в животе. Постепенно боли локализовались в правой подвздошной области. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался. Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожа с землистым оттенком, черты лица заострены, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно – притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: Эр. -3,9 x 10¹²/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты – 17,5 x 10⁹/л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов. Лейкоцитарный индекс интоксикации равен 4.

Вопросы к заданию:

1. Ваш диагноз.
2. Объем дополнительного обследования.
3. Какова возможная причина развития данной патологии в конкретном случае?
4. Тактика хирурга. Обоснование выбора оперативного доступа и объема операции
5. Необходимость и объем предоперационной подготовки.
6. Особенности ведения послеоперационного периода.

Задача

Больная К., 72 лет поступила в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в подложечной области и правом подреберье, однократную рвоту желчью, сухость, горечь во рту. Рвота была 2 часа назад, не приносящая облегчения. Из анамнеза установлено, что в течение года больную

периодически беспокоят ноющие боли в правом подреберье, которые больная связывает с употреблением жирной, жареной, соленой, острой пищи. Не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась, лечилась в домашних условиях, принимала спазмолитики, без эффекта. Объективно: общее состояние тяжелое. Тучная. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Кишечные шумы выслушивается, ослаблены. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9/\text{л}$) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Вопросы к заданию:

1. О каком заболевании у больной можно думать?
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования Вы назначите при подтверждении диагноза?
3. Ваша тактика:
 - консервативная терапия.
 - оперативное лечение (характер, сроки выполнения)
4. Осложнения заболевания.
5. Экспертиза трудоспособности.