

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ/ПРАКТИКЕ**

**ХИРУРГИЯ**

Научная специальность: \_\_3.1.9. \_Хирургия\_\_\_\_\_

*код, наименование*

Кафедра: \_\_\_\_\_Госпитальной хирургии им. Б.А.Королева\_\_\_\_\_

Форма обучения: \_\_\_\_\_очная\_\_\_\_\_

Нижний Новгород  
2022

## 1. Фонд оценочных средств для текущего контроля успеваемости, промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине/практике

Настоящий Фонд оценочных средств (ФОС) по дисциплине «Наименование дисциплины/практики» является неотъемлемым приложением к рабочей программе дисциплины «Наименование дисциплины/практики». На данный ФОС распространяются все реквизиты утверждения, представленные в РПД по данной дисциплине.

*(Фонды оценочных средств позволяют оценить достижение запланированных результатов, заявленных в образовательной программе.*

*Оценочные средства – фонд контрольных заданий, а также описание форм и процедур, предназначенных для определения качества освоения обучающимися учебного материала.)*

## 2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине/практике используются следующие оценочные средства:

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	<u>Тестовые задания</u>	<i>Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.</i>	<i>Фонд тестовых заданий</i>
2	<i>Решение комплектов задач</i>	<i>Различают задачи и задания: а) репродуктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины; б) реконструктивного уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей; в) творческого уровня, позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения</i>	<i>Комплект разноуровневых задач и заданий</i>
3	<i>Реферат</i>	<i>Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов</i>	<i>Перечень тем рефератов</i>

		<i>теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее.</i>	
	<i>Собеседование</i>	<i>Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося по определенному разделу, теме, проблеме и т.п.</i>	<i>Вопросы по темам/разделам дисциплины</i>
	<i>Индивидуальный опрос</i>	<i>Средство контроля, позволяющий оценить степень раскрытия материала</i>	<i>Перечень вопросов</i>

### 3. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы и видов оценочных средств

Код и формулировка компетенции*	Этап формирования компетенции	Контролируемые разделы дисциплины	Оценочные средства
<i>код и наименование формируемой компетенции</i>			

*\* - не предусмотрены для программ аспирантуры*

### 4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: оценочное средство 1, оценочное средство 2 и т.д. (*перечислить формы, например, контрольная работа, организация дискуссии, круглого стола, реферат и т.п.*)

Оценочные средства для текущего контроля.

Оценочное средство 1

1. Тестовые задания

Оценочное средство 2

1. Ситуационные задачи

(преподавателем указываются все виды заданий для проведения текущего контроля, если это предусмотрено в РПД, по форме, приведенной ниже в качестве примера. Текущий контроль проводится в разрезе оценки компетенций, предусмотренных в РПД, а не тем или разделов дисциплины)

4.1. Задачи: Ситуационная задача № 1

1. Условие задачи.

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 –  $16,2 \times 10^9/\text{л}$ , Эр –  $3,4 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 24 мм/ч.

## 2. Контрольные вопросы или задания.

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.

Эталон ответа.

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или

колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.

5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.

6. Экспертиза трудоспособности проводится в зависимости от стадии онкопроцесса, характера проведенного лечения, индивидуальных возможностей реабилитации.

## Ситуационная задача № 2

### 1. Условие задачи.

Пациент 68 лет оперирован по поводу рака прямой кишки. Выполнена брюшно - промежностная экстирпация прямой кишки. На четвертые сутки после операции у больного внезапно возникла одышка, появилась боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком дыхании. Объективно: кожные покровы лица, шеи и плечевого пояса синюшны, яремные вены резко контурируются, тахикардия - 110 в минуту, артериальное давление 110/90 мм рт ст. На ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца. По данным рентгенографии легких, выполненной вскоре после ухудшения состояния - повышенная прозрачность легочного поля и укорочение корней легких.

### 2. Контрольные вопросы или задания.

1. О каком осложнении следует думать в этом случае?
2. Патогенез данного осложнения в этом конкретном случае?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо применить?
4. Какой объем мер неспецифической профилактики этого осложнения необходимо проводить таким больным?
5. В какой специфической (медикаментозной) профилактике нуждаются такие больные?

### Эталон ответа

- 1, 2. У больного развился острый глубокий тромбофлебит в нижних конечностях, что может привести к тромбэмболии легочной артерии.
3. Антикоагулянты, ГБО, сердечно-сосудистая терапия.
4. Неспецифическая профилактика – проведение мероприятий, ускоряющих венозный кровоток в нижних конечностях: ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде; эластическая компрессия н/конечностей; прерывистая пневмокомпрессия ног; применение «ножной педали», полноценное обезболивание.
1. Специфическая профилактика: применение
  - 1) прямых антикоагулянтов (нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины);
  - 2) низкомолекулярные декстраны в/в;
  - 3) дезагреганты.

### Ситуационная задача № 3.

#### 1. Условие задачи.

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин., язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

#### 2. Контрольные вопросы или задания.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
4. Назовите возможные радикальные операции?
5. Метода паллиативного лечения?
6. Задачи диспансерного наблюдения?

#### Эталон ответа

1. Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
2. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца. Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.
3. Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
4. В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
5. Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия

### Ситуационная задача № 4

#### 1. Условие задачи.

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем  $t$  тела до  $38^{\circ}C$ .

Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум

плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят.

В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t o. При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

## 2. Контрольные вопросы или задания.

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Этиопатогенез данной патологии?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования больной в данном случае?
5. Тактика лечения данного заболевания?
6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае? Послеоперационное ведение больной?

## Эталон ответа

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка
2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.
3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное  
Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера)
4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости
5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.
6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.
7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

## Ситуационная задача № 5.

### 1. Условие задачи.

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс

68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

## 2. Контрольные вопросы или задания.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
4. Назовите возможные радикальные операции?
5. Метода паллиативного лечения?
6. Задачи диспансерного наблюдения?

Эталон ответа

1. Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
2. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца.
  - a. Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.
3. Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
4. В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
5. Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия
6. Выявление рецидива

Ситуационная задача №6

Больной М, 36 лет, поступил в клинику с жалобами на опухолевидное образование в эпигастральной области. Опухолевидное образование возникло 3 года назад, постепенно увеличивается в размерах. Объективно: в эпигастральной области определяется опухолевидное образование 8х6 см, эластической консистенции, безболезненное, вправляющееся в брюшную полость. Там же имеется дефект в апоневрозе диаметром до 3 см. Другой патологии нет.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. На основании каких отличительных признаков вы поставили диагноз?
4. Составьте план обследования больного.
5. Какая операция показана данному больному и каковы этапы ее проведения?
6. Назначьте послеоперационное лечение.
7. Определите трудоспособность

Эталон ответа.

1. Грыжа белой линии живота.
2. Липома передней брюшной стенки.
  - 3.1. Дефект в апоневрозе.
  - 3.2. Образование вправляется в брюшную полость.



3.3. Выслушивается перистальтика

4. Клинические анализы крови и мочи, флюорография. ЭКГ, осмотр терапевта.

5. Грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по Сапешко или с использованием аллотрансплантата.

5.1. Обнажение и иссечение грыжевого мешка.

5.2. Ушивание грыжевых ворот.

5.3. Ушивание раны.

6. Анальгезирующая терапия, постельный режим. Принимать воду можно с первых суток, пищу – после восстановления функции кишечника.

7. Не трудоспособен в течение 1 месяца со дня операции.

Ситуационная задача №6

Больная П., 36 лет, поступила в клинику с жалобами на опухолевидное образование в левой паховой области. Больна 5 лет, образование постепенно увеличивается в диаметре. Объективно: слева, чуть ниже пупартовой связки имеется опухолевидное образование размером 5х3 см, вправляющееся в брюшную полость. Другой патологии не обнаружено.

1. О каком заболевании можно думать у данного больного?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. На основании каких отличительных признаков вы поставили диагноз?
4. Составьте план обследования больного.
5. Какая операция показана данной больной и каковы этапы ее проведения?
6. Назначьте послеоперационное лечение.

Эталон ответа

1. Левосторонняя бедренная грыжа.

2. Паховая грыжа, варикозное расширение большой подкожной вены, паховый лимфаденит.

3. Образование вправляется в брюшную полость, расположено ниже пупартовой связки, медиальнее бедренной артерии.

4. Клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, сахар крови, флюорография. ЭКГ, осмотр терапевта.

5. Грыжесечение с пластикой бедренного канала.

5.1. Обнажение и удаление грыжевого мешка.

5.2. Грыжесечение.

5.3. Подшивание пупартовой связки к лонной.

5.4. Послойное ушивание раны.

6. Анальгезирующая терапия в течение 1-3 дней. Жидкость можно принимать с первых суток после операции, пищу – после восстановления функции кишечника. Перевязки.

#### Ситуационная задача №7

Больная М, 46 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования в области операционного рубца по средней линии живота. 3 года назад перенесла операцию по поводу деструктивного холецистита, перитонита. Рана заживала вторичным натяжением. Объективно: по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка имеется операционный рубец, в центре которого опухолевидное образование диаметром до 15 см, эластической консистенции вправляющееся свободно в брюшную полость. При объективном исследовании другой патологии не обнаружено.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите причину развития заболевания.
3. Составьте план обследования больной.
4. Какова лечебная тактика?
5. В чем заключается особенность предоперационной подготовки?
6. В чем заключается методика выполнения операции?
7. Какое специфическое осложнение может развиваться после операции?

Эталон ответа.

1. Послеоперационная вентральная грыжа больших размеров.
2. Воспалительный процесс передней брюшной стенки.
3. Клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, сахар крови, флюорография. ЭКГ, осмотр терапевта.
4. Плановое оперативное вмешательство.
5. Ношение эластического корсажа (бандажа) для вправления содержимого грыжи в брюшную полость с целью адаптации сердечно-сосудистой и дыхательной системы к повышению внутрибрюшного давления.
6. Грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки с использованием аллотрансплантата.
7. Нагноение послеоперационной раны и отторжение трансплантата.

#### Ситуационная задача №8

Больной К., 35 лет, жалуется на наличие опухолевидного образования в правой паховой области, которое имеет тенденцию к увеличению при натуживании, физической нагрузке и опускается в мошонку, что вызывает боли и снижение трудоспособности.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику и каковы основные отличия от других образований мошонки?
3. По каким признакам Вы отдифференцируете косую и прямую грыжу?
4. Какова тактика в данном случае?

5. Если вы решили больного оперировать, укажите непосредственную подготовку его к операции и выберите метод обезболивания.
6. Укажите возможные послеоперационные осложнения.
7. Проведите экспертизу трудоспособности.

Эталон ответа.

1. Косая правосторонняя паховая грыжа.
  2. Пахово-мошоночную грыжу необходимо дифференцировать с водянкой оболочек яичка.
- Основные отличия:

Водянка имеет округлую, овальную, а не грыжевидную форму.

Консистенция – плотно-эластическая в отличие от мягко-эластической при грыже.

Поверхность гладкая.

Пальпаторно при водянке нельзя определить яичко и придаток.

Пальпаторно при водянке определяется верхний полюс, который отделен от пахового канала, при УЗИ – образование, содержащее жидкость. При грыже пальпируемое образование имеет "ножку".

Пахово-мошоночную грыжу необходимо дифференцировать с варикоцеле.

При варикоцеле обнаруживается "змеевидное" расширение вен семенного канатика, которые легко спадаются при надавливании, имеют "тестоватую" консистенцию.

При осмотре - асимметрия паховой области, наличие опухолевидного образования, увеличивающегося при натуживании, кашле.

При пальцевом исследовании пахового канала при грыже расширено наружное паховое кольцо, определяется положительный симптом «кашлевого толчка».

3.1. Форма и расположение грыжевого мешка: продолговатой, грыжевидной формы, располагается по ходу пахового канала; при прямой – округлой формы, располагается у медиальной части пупартовой связки.

3.2. Отношение к мошонке: косая - часто опускается в мошонку, прямая – редко.

3.3. Отношение грыжевого мешка к элементам семенного канатика. При косой – мешок в составе элементов семенного канатика, латеральнее. При прямой - грыжевой мешок расположен кнутри от семенного канатика.

4.1. Больного необходимо оперировать.

5.1. В день операции сбрить волосы на месте операционного поля.

5.2. Освободить мочевой пузырь.

5.3. Премедикация: Sol. Promedoli 2% - 1,0. Sol Athropini sulf. 0,1% - 1 мл п/к за 15-20 мин. перед операцией. Предпочтительно общее обезболивание.

6. Нагноение раны, кровотечение из раны, гематома мошонки.

7. При неосложненном течении послеоперационного периода выписка из стационара на 6-7 сутки, амбулаторное лечение 2-3 недели. Для лиц физического труда - ограничение по линии КЭК сроком на 2 мес., перевод на легкий труд.

#### Ситуационная задача №8

Больной Ш., 48 лет, предъявляет жалобы на резкие боли в области опухолевидного образования в левой паховой области. Грыженосительство 5 лет. Боли появились после подъема тяжести 8 часов назад, после чего появилась тошнота, имела место рвота до 6 раз. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37,2°C. По всей видимости, у больного наступило ущемление паховой грыжи.

1. Какие исследования необходимо провести такому больному?
2. Какова лечебная тактика при данной клинической картине?
3. Назовите особенности операции в такой ситуации.
4. Назовите критерии жизнеспособности кишки.
5. Укажите границы резекции кишки, если она некротизирована.
6. Перечислите возможные послеоперационные осложнения.

Эталон ответа.

1. Клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, протромбиновый индекс), сахар крови, рентгенография органов грудной и брюшной полости, ЭКГ, осмотр терапевта.

2. Показана экстренная операция.

3. Раскрывается грыжевой мешок, содержимое фиксируется. Затем раскрывается ущемляющее кольцо, в брыжейку кишки вводят раствор новокаина, кишка согревается.

4.1. Восстановление нормального цвета кишки.

4.2. Сохранение пульсации сосудов брыжейки ущемленного участка кишки.

4.3. Восстановление перистальтики.

5.1. Резецируется 30-40 см приводящего отдела от видимой границы некроза и 15-20 см отводящего отдела.

6.1. Со стороны раны - нагноение, кровотечение.

6.2. Внутрибрюшные – несостоятельность швов анастомоза.

6.3. Спаечная кишечная непроходимость.

6.4. Перитонит.

#### Ситуационная задача №9

Больная З., 56 лет поступила в клинику с жалобами на боли в области пупка. Пять лет назад отметила появление опухолевидного образования в области пупка, которое постепенно увеличивалось в размерах. Сначала образование вправлялось в брюшную полость. Три месяца назад вправляться перестало. Объективно: в области пупка

определяется опухолевидное образование 10x10 см, не вправляющееся в брюшную полость, эластическое, малоблезненное. При аускультации над ним выслушивается перистальтика. При клиническом обследовании другой патологии не обнаружено.

1. Каким заболеванием страдает данная больная?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. На основании каких отличительных признаков вы поставили диагноз?
4. Составьте план обследования больной.
5. Какая операция показана данной больной и каковы этапы ее проведения?
6. Назначьте послеоперационное лечение.

Эталон ответа.

1. Невправимая пупочная грыжа.

2.1. воспаление пупка.

2.2. метастазы рака в пупок.

3.1. Отсутствуют признаки воспаления.

3.2. Опухоль эластической консистенции.

3.3. Выслушивается перистальтика.

4. Анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, сахар крови, ЭКГ, флюорография, осмотр терапевта.

5. Грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по Мейо или с использованием аллотрансплантата.

5.1. Обнажение грыжевого мешка.

5.2. Вскрытие и иссечение грыжевого мешка после вправления содержимого в брюшную полость.

5.3. Ушивание грыжевых ворот.

5.4. Ушивание раны.

6. Анальгезирующая терапия. Принимать воду можно с первых суток, пищу – после восстановления функции кишечника.

#### 4.2. Тестовые задания

Выберете один или несколько ответов

1. Причинами возникновения острого панкреатита могут быть: 1. Дуоденостаз 2. Стеноз сфинктера Одди 3. Проявления аллергии 4. Заброс желчи в панкреатический проток 5. Инфекционные заболевания (гепатиты)

А. Верно 1,2,3,4,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,5

Д. Верно 1,2,3,4

2. При остром панкреатите возможны все указанные осложнения: 1. Абсцесс поджелудочной железы 2. Флегмона забрюшинной клетчатки 3. Ферментативный перитонит 4. Острая сердечная недостаточность 5. Обтурационная кишечная непроходимость

А. Верно 1,2,3,4,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 1,2,4,5

Г. Верно 2,3,4,5

Д. Верно 1,2,3,4

3. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует:

А. Ограничению патологического процесса в брюшной полости

Б. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство

В. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки

Г. Улучшению кровоснабжения железы

Д. Уменьшению активности протеолитических ферментов

4. Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:

А. Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы

Б. Блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе

В. Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови

Г. Купируют процессы кининообразования

Д. Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

5. При выведении больного из панкреатогенного шока должны осуществляться все указанные мероприятия: 1. Необходимость купировать болевой синдром 2. Восполнение обмена циркулирующей крови 3. Назначение больших доз антибиотиков 4. Проведение комплексной детоксикации 5. Лечение нарушения сократительной функции миокарда

А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 1,2,3,4,5

В. Верно 1,2,4,5

Г. Верно 2,3,4,5

Д. Верно 1,3,4,5

6. Исходом острого панкреатита могут быть все указанные заболевания: 1. Образование ложной кисты 2. Развитие хронического панкреатита 3. Появление сахарного диабета 4. Развитие кистозного фиброза железы 5. Возникновение инсуломы

А. Верно 1,2,4,5

Б. Верно 1,2,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,3,4,5

Д. Верно 1,2,3,4

7. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится:

А. В артериальной крови

Б. В венозной крови

В. В экссудате брюшной полости

Г. В лимфе

Д. В моче

8. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:

А. Беременность

**В. Хронический холецистит**

В. Алкоголизм

Г. Травма живота

Д. Применение кортикостероидов

9. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:

А. 16 единиц

Б. 32 единицы

**В. 64 единицы**

Г. 128 единиц

Д. 256 единиц

10. Для течения жирового панкреонекроза характерно: 1. Образование постнекротического инфильтрата 2. Изолированный пневмоторакс поперечно-ободочной кишки 3. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости 4. Положительный симптом Воскресенского 5. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника

А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 1,3,4,5

**В. Верно 1,2,4,5**

Г. Верно 1,2,3,4,5

Д. Верно 2,3,4,5

11. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:

А. Купирование болевого синдрома

Б. Снятие спазмы сфинктера Одди

**В. Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы**

Г. Уменьшение секреторной активной и отека поджелудочной железы

Д. Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию

12. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:

А. Травма живота

Б. Применение кортикостероидов

**В. Алкоголизм**

Г. Хронический холецистит

Д. Цирроз печени

13. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается: 1. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов 2. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов 3. Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов 4.

Активированием калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови 5. Наличием высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

А. Верно 1,2,3,4,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,4,5

**Д. Верно 1,2,3,4**

14. У больных перитонитом среди перечисленных осложнений наиболее часто встречается:

- А. Эвентрация
- Б. Образование кишечных свищей
- В. Тромбоэмболия легочной артерии
- Г. Формирования гнойников брюшной полости**
- Д. Пневмония

15. Ведущим в лечении больных перитонитом является:

- А. Хирургическое вмешательство**
- Б. Дезинтоксикационная терапия
- В. Рациональная антибиотикотерапия
- Г. Борьба с парезом кишечника
- Д. Устранение причин, приводящих к нарушению внешнего дыхания

16. Перфорация любого полого органа брюшной полости характеризуется: 1. Появлением резкой боли 2. Напряжением мышц передней брюшной стенки 3. Брадикардией 4. Френикус-симптомом 5. Симптомом Мейо-Робсона

- А. Верно 1,2,3,4,5
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4**

17. Тяжесть течения перитонита в наибольшей степени зависит от: 1. Массы тела больного 2. Характера микрофлоры 3. Степени выраженности интоксикации 4. Гиповолемии 5. Степени нарушения белкового, электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия

- А. Верно 2,3,4,5**
- Б. Верно 1,2,3,4
- В. Верно 1,2,4,5
- Г. Верно 2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4,5

18. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

- А. Стафилококка
- Б. Протея
- В. Кишечной палочки**
- Г. Смешанной флоры
- Д. Анаэробной флоры

19. Абдоминализация поджелудочной железы, производимая при остром панкреатите, способствует: 1. Ограничению патологического процесса в брюшной полости 2. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство 3. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в брыжейку толстой и тонкой кишки 4. Улучшению кровоснабжения железы 5. Уменьшению активности протеолитических ферментов

- А. Верно 1,2,3,5
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,4,5**
- Д. Верно 1,2,3,4

20. При отечной форме панкреатита во время лапароскопии можно обнаружить все следующие признаки, за исключением:

- А. Отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки
- Б. Уменьшения в размерах желчного пузыря**



В. Выбухания стенки желудка кпереди

Г. Гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости

Д. Серозного выпота в подпеченочном пространстве

21. Непосредственными причинами повреждений магистральных желчных протоков могут быть: 1. Врожденные аномалии и вариабельность топографии протоков 2. Воспалительно-инфильтративные изменения в области печеночно-двенадцатиперстной связки 3. Технические и тактические ошибки хирургов 4. Исследование протоков зондами, бужами, ложками и другими инструментами 5. Пальпаторное исследование протоков у больного с ущемленным в области папиллы камнем

А. Верно 2,3,4,5

Б. Верно 1,2,4,5

В. Верно 1,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,4,5'

Д. Верно 1,2,3,4

22. Незамеченные ранения гепатикохоледоха могут привести в послеоперационном периоде к тяжелым осложнениям: 1. Ограниченному или разлитому желчному перитониту 2. Образованию подпеченочных гнойников 3. Развитию наружного желчного свища 4. Тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии 5. Развитию поддиафрагмального абсцесса

А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,5

Д. Верно 1,2,3,4,5

23. Ликвидировать повреждения внепеченочных желчных протоков можно: 1. Ушив место повреждения протока отдельными швами атравматической иглой 2. Сшив проток на Т-образном дренаже 3. Сшив проток на Г-образном дренаже 4. Наложив билиодигестивный анастомоз 5. Наложив холецисто-гастроанастомоз

А. Верно 1,2,3,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,4,5

Д. Верно 1,2,3,4

24. Для холангита характерными являются: 1. Лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа 2. Потрясающие ознобы 3. Повышение потливости, жажда, сухость во рту 4. Увеличение селезенки 5. Увеличение печени

А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,4,5

Д. Верно 1,2,3,5

25. У больных холедохолитиазом могут возникнуть следующие осложнения: 1. Холангит 2. Обтурационная желтуха 3. Рубцовые изменения протока 4. Пролежни стенки протока 5. Рак желчного пузыря

А. Верно 1,2,3,4,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,5

Д. Верно 1,2,3,4

26. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:
- А. Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку
  - Б. Наложить холедоходуоденоанастомоз
  - В. После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока
  - Г. Вскрыть холедох и попытаться удалить камень, при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток**
  - Д. Наложить холедохоэнтероанастомоз
27. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является:
- А. Диетическое
  - Б. Медикаментозное
  - В. Хирургическое**
  - Г. Санаторно-курортное
  - Д. Лечение минеральными водами
28. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:
- А. Камнем пузырного протока
  - Б. Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
  - В. Вклиненным камнем большого дуоденального соска
  - Г. Вентильным камнем холедоха**
  - Д. Опухолью внепеченочных желчных протоков
29. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся: 1. Опухоли гепатопанкреатикодуоденальной области 2. Стеноз большого дуоденального сосочка 3. Холедохолитиаз 4. Дуоденальная гипертензия 5. Глистная инвазия
- А. Верно 1,2,4,5
  - Б. Верно 1,2,3,4,5
  - В. Верно 2,3,4,5
  - Г. Верно 1,2,3,5
  - Д. Верно 1,2,3,4**
30. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:
- А. Произвести холецистэктомию
  - Б. Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике
  - В. Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока**
  - Г. Наложить холецистостому
  - Д. Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка
31. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:
- А. Диетотерапия, применение спазмолитиков
  - Б. Санаторно-курортное лечение
  - В. Плановое хирургическое лечение**
  - Г. Лечение сахарного диабета и стенокардии
  - Д. Хирургическое лечение только по витальным показаниям
32. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате: 1. Холедохолитиаза 2. Сдавления общего желчного протока лимфоузлами 3. Отека головки поджелудочной железы 4. Холангита 5. Глистной инвазии общего желчного протока

- А. Верно 1,2,4,5
- Б. Верно 1,2,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5**
- Д. Верно 1,2,3,4

33. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует:

- А. Пероральная холецистография
- Б. Внутривенная холецистохолангиография
- В. Ретроградная (восходящая) холангиография**
- Г. Сцинтиграфия печени
- Д. Прямая спленопортография

34. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

- А. С желчно-каменной болезнью
- Б. Со стенозирующим папиллитом
- В. С забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз**
- Г. С псевдотуморозным панкреатитом
- Д. С опухолью головки поджелудочной железы

35. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и:

- А. Слепой кишкой
- Б. Малой кривизной желудка
- В. Двенадцатиперстной кишкой**
- Г. Тощей кишкой
- Д. Ободочной кишкой

36. Желчные камни чаще всего состоят:

- А. Из холестерина**
- Б. Из цистина
- В. Из оксалатов
- Г. Из солей желчных кислот
- Д. Из мочевой кислоты

37. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:

- А. С острым холециститом
- Б. С желчно-каменной болезнью**
- В. Со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта
- Г. С раком желчного пузыря
- Д. С хроническими неспецифическими заболеваниями легких

38. Пути проникновения инфекции в ткань печени являются: 1. Воротная вена 2. Печеночная артерия 3. Нижняя полая вена 4. Жёлчные протоки 5. Лимфатические сосуды

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,2,3,4,5
- В. Верно 1,2,4,5**
- Г. Верно 2,3,4,5
- Д. Верно 1,3,4,5

39. По воротной вене инфекция попадает в печень:

- А. Из воспалительных очагов органов брюшной полости**

- Б. Из большого круга кровообращения при гнойно-воспалительных заболеваниях отдаленных органов
- В. Из желчного пузыря при деструктивных формах острого холецистита
- Г. Из желчных протоков при гнойном холангите
- Д. Из левых отделов сердца при септическом эндокардите

40. Множество мелких абсцессов в печени, как правило, развиваются:

- А. При остром деструктивном холецистите
- Б. При заползании аскарид во внутривнутрипеченочные желчные протоки
- В. При нагноении вокруг инородного тела печени
- Г. При нагноении паразитарной кисты печени
- Д. При тяжелом гнойном холангите

41. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся: 1. Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.) 2. Чрезмерная подвижность органов врожденного или приобретенного характера 3. Наличие спаек, тяжелей, сращений 4. Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза 5. Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,2,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5
- Д. Верно 1,2,3,4,5

42. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся: 1. Удвоения кишечника 2. Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки 3. Ситус висцерус инвертус 4. Мобильный цекум 5. Мегадолихосигма

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 1,2,4,5
- Г. Верно 2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4,5

43. Назо-гастро-интестинальная интубация может сопровождаться развитием: 1.

Синуситов и отитов 2. Бронхитов и пневмонии 3. Тромбоза легочной артерии 4. Стеноза пищевода и гортани 5. Разрыва варикозно расширенных вен пищевода

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 1,2,4,5
- Г. Верно 2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4,5

44. Повышение внутрикишечного давления при острой кишечной непроходимости приводит к: 1. Ухудшению вентиляции легких 2. Дополнительной потере жидкости 3. Дополнительной потере белков и эритроцитов 4. Возникновению мезентеральных тромбозов 5. Развитию функциональной кишечной непроходимости

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,2,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5
- Д. Верно 1,3,4,5

45. Рентгенологическими признаками острой кишечной непроходимости являются: 1. Жидкость в кишечных петлях преобладает над газом 2. Вздутие кишечника нерезко выражено и, как правило, относится к той его части, в которой имеется препятствие 3. Значительное скопление жидкости и газа в желудке в связи с его расширением 4. Чаши Клойбера четко контурируются и, как правило, определяется в большом количестве 5. Диафрагма расположена на обычном уровне и хорошо подвижна

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 1,2,4,5**
- Г. Верно 2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4,5

46. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам: 1. Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут 2. Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0,25% раствора новокаина 3. Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли 4. Легкое поглаживание и перемещение кишки

- А. Верно 1,2,4
- Б. Верно 1,3,4
- В. Верно 2,3,4
- Г. Верно 1,2,3**
- Д. Верно 2,3

47. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов: 1. Деторсией 2. Сигмопексией 3. Мезосигмопликацией 4. Резекцией сигмовидной кишки 5. Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

- А. Верно 2,3,4,5**
- Б. Верно 1,2,3,4
- В. Верно 1,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,4,5

48. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает: 1. Одномоментную резекцию жизнеспособной; долихосигмы с наложением анастомоза 2. Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза 3. Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы 4. Операцию Гартмана или типа Гартмана 5. Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

- А. Верно 1,2,3,5
- Б. Верно 2,3,4,5
- В. Верно 1,2,3,4,5
- Г. Верно 1,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4**

49. Наибольшие нарушения водно-электролитного и белкового обмена имеют место:

- А. При спаечной кишечной непроходимости
- Б. При обтурационной кишечной непроходимости
- В. При странгуляционной кишечной непроходимости**
- Г. При паралитической форме динамической кишечной непроходимости
- Д. При спастической форме динамической кишечной непроходимости

201. При раке сигмовидной кишки, осложненном непроходимостью, целесообразна операция:

- А. Левосторонняя гемиколэктомия

- Б. Резекция сигмовидной кишки
- В. Цекостомия
- Г. Операция Гартмана**
- Д. Трансверзостомия

50. При перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела показано:

- А. Ушивание перфорации, наложение двухствольного ануса
- Б. Ушивание перфорации, дренирование брюшной полости
- В. Подведение тампонов к перфорации, наложение одноствольного ануса
- Г. Цекостомия, дренирование брюшной полости
- Д. Ушивание перфорации, двухствольная сигмостома, дренирование брюшной полости**

51. При раке верхнего ампулярного отдела прямой кишки сочетающимся с солитарным метастазом в печени выполняется:

- А. Низкая передняя резекция прямой кишки и химиотерапия
- Б. Экстирпация прямой кишки по Кеню-Майлсу
- В. Петлевая сигмостомия и химиотерапия
- Г. Низкая передняя резекция прямой кишки и резекция печени**
- Д. Петлевая сигмостомия, эмболизация ветвей печеночной артерии и химиотерапии

52. При выпадении инвагината через задний проход с некрозом кишки показана:

- А. Операция Микулича
- Б. Вправление инвагината ректоскопом
- В. Чрезбрюшинная резекция кишки после вправления инвагината
- Г. Чрезбрюшинная резекция толстой кишки без вправления инвагината
- Д. Сигмостома

53. При ранениях тонкой кишки обоснованным является:

- А. Ушивание ран
- Б. Энтеростомия
- В. Резекция тонкой кишки
- Г. Наложение трансверзоюноанастомоза**
- Д. Выполнение операции Майдля

54. Показанием к резекции тонкой кишки при травмах являются:

- А. Точечные кровоизлияния по серозной оболочке в области травмы
- Б. Сквозное ранение тонкой кишки
- В. Отрыв кишки от брыжейки на протяжении 4 см и более**
- Г. Гематома брыжейки
- Д. Обширная забрюшинная гематома

55. При свежих ранениях ободочной кишки показано:

- А. Ушивание раны
- Б. Ушивание раны и дренирование брюшной полости**
- В. Гемиколэктомия
- Г. Операция Лахея
- Д. Колостомия

56. Для определения жизнеспособности цианотичной неперестальтирующей, потерявшей тонус кишки при острой кишечной недостаточности, прибегают к следующим приемам: 1. Обогреванию кишки салфетками, смоченными горячим физиологическим раствором и выжиданию в течение 5 минут 2. Введению в брыжейку тонкой кишки 50-60 мм 0,25% раствора новокаина 3. Нанесение на серозный покров кишки кристаллов поваренной соли 4. Легкое поглаживание и перемещение кишки

- А. Верно 1,2,4

- Б. Верно 1,3,4
- В. Верно 2,3,4
- Г. Верно 1,2,3**
- Д. Верно 2,3

57. Операция по поводу заворота сигмовидной кишки может быть закончена любым из следующих оперативных приемов: 1. Деторсией 2. Сигмопексией 3. Мезосигмопликацией 4. Резекцией сигмовидной кишки 5. Выведением некротизированной сигмовидной кишки в рану с наложением анастомоза между приводящим и отводящим коленами

- А. Верно 2,3,4,5**
- Б. Верно 1,2,3,4
- В. Верно 1,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,4,5

58. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает: 1. Одномоментную резекцию жизнеспособной; долихосигмы с наложением анастомоза 2. Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза 3. Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы 4. Операцию Гартмана или типа Гартмана 5. Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

- А. Верно 1,2,3,5
- Б. Верно 2,3,4,5
- В. Верно 1,2,3,4,5
- Г. Верно 1,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4**

59. К предрасполагающим факторам, приводящим к развитию кишечной непроходимости, относятся: 1. Врожденные аномалии кишечной трубки (мальротация, дивертикул Меккеля, наличие щелей, отверстий в брыжейке и пр.) 2. Чрезмерная подвижность органов врожденного или приобретенного характера 3. Наличие спаек, тяжей, сращений 4. Изменение моторной функции кишечника с преобладанием спазма или пареза 5. Наличие различных образований, находящихся в просвете кишки, исходящие из ее стенки или соседних органов

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,2,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5**
- Д. Верно 1,2,3,4,5

60. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся: 1. Удвоения кишечника 2. Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки 3. Ситус висцерус инверзус 4. Мобильный цекум 5. Мегадолихосигма

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 1,2,4,5**
- Г. Верно 2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4,5

61. У больного 50 лет жалобы на сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить:

- А. Бронхит острый
- Б. Бронхоэктатическую болезнь
- В. Плеврит
- Г. Рак легкого**
- Д. Бронхит хронический

62. При наличии у больного абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод:

- А. Не имеющий никакого значения
- Б. Имеющий значение для уточнения диагноза.
- В. Имеющий лечебное значение
- Г. Имеющий лечебное и диагностическое значение**
- Д. Имеющий ограниченное применение, как вредный и опасный

63. При наличии гангренозного абсцесса размером 6х6 см в нижней доле правого легкого наиболее целесообразно:

- А. Госпитализировать в терапевтическое отделение
- Б. Начать лечение антибиотиками, витаминотерапию и пр.
- В. Немедленно сделать бронхоскопию
- Г. Сделать бронхографию
- Д. Назначить лечение в хирургическом отделении в течение двух недель, а затем радикальная операция**

64. Если на рентгенограммах определяется гиповентиляция сегмента, доли или всего легкого, в первую очередь врач обязан отвергнуть:

- А. Рак легкого**
- Б. Доброкачественную опухоль
- В. Эмфизему легкого
- Г. Инородное тело
- Д. Кисту легкого

65. Переднее средостение является излюбленным местом локализации:

- А. Энтерогенной кисты средостения
- Б. Бронхогенной кисты средостения
- В. Целомической кисты перикарда
- Г. Лимфогранулематоза средостения
- Д. Тимомы**

66. В реберно-позвоночном углу чаще всего локализуются такие образования, как:

- А. Липома средостения
- Б. Невринома средостения**
- В. Паразитарная киста средостения
- Г. Дермоидная киста средостения
- Д. Мезотелиома локальная

67. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются:

- А. Пневмотомия
- Б. Клиновидная резекция легкого
- В. Пневмэктомия**
- Г. Лобэктомия
- Д. Торакопластика

68. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктатической болезни является:

- А. Бронхография**
- Б. Рентгенография
- В. Рентгеноскопия
- Г. Томография
- Д. Компьютерная томография



69. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает:
- А. Верхние доли обоих легких
  - Б. Базальные сегменты нижних долей
  - В. Базальные сегменты нижних долей сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого**
  - Г. Среднюю долю
  - Д. Отдельные сегменты обоих легких
70. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол»:
- А. Является характерным только для бронхоэктатической болезни
  - Б. Может наблюдаться при других инфекционных заболеваниях легких и плевры**
  - В. Более характерен для пороков сердца
  - Г. Характерен для актиномикоза
  - Д. Характерен для туберкулеза
71. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является:
- А. Верхняя доля
  - Б. Средняя доля
  - В. Нижняя доля**
  - Г. Язычковый сегмент
  - Д. Любая доля и любой сегмент обоих легких
72. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является:
- А. Гемостатическая терапия
  - Б. Искусственный пневмоторакс
  - В. Пневмоперитонеум
  - Г. Тампонада дренирующего бронха
  - Д. Радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого**
73. У больного после нижней лобэктомии развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является:
- А. Плевральная пункция
  - Б. Назотрахеальная катетеризация
  - В. Микротрахеостомия
  - Г. Лечебная бронхоскопия**
  - Д. Дренирование плевральной полости
74. Наиболее характерным симптомом инфекционных заболеваний легких является:
- А. Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации
  - Б. Кашель с большим количеством гнойной мокроты**
  - В. Высокая температура
  - Г. Кровохарканье
  - Д. Симптом «барабанных палочек»
75. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:
- А. Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
  - Б. Первичная несостоятельность культи бронхе
  - В. Внутриплевральное кровотечение**
  - Г. Ателектаз легкого
  - Д. Напряженный пневмоторакс

76. При спонтанном пневмотораксе с полным коллапсом легкого дренирование плевральной полости целесообразно:

- А. По средней аксиллярной линии в 6 межреберье
- Б. Во 2-м межреберье по среднеключичной линии
- В. В 7-м межреберье по задней аксиллярной линии
- Г. В 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
- Д. 2 дренажа: во 2-м межреберье средне-ключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии**

77. При рентгенологическом исследовании больного был обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начинать:

- А. С плевральной пункции с аспирацией воздуха**
- Б. С дренирования плевральной полости
- В. С торакоскопии
- Г. С немедленной торакотомии
- Д. С симптоматического лечения

78. Больному 27 лет. Час назад среди полного здоровья появились сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии тимпанит. Средостение смещено вправо. У него необходимо заподозрить:

- А. Сухой плеврит
- Б. Инфаркт миокарда
- В. Тромбоз ветвей легочной артерии
- Г. Спонтанный неспецифический пневмоторакс**
- Д. Ущемленную диафрагмальную грыжу

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

- А. Торакоскопия
- Б. Рентгеноскопия и рентгенография легких**
- В. Плевральная пункция
- Г. Сканирование легких
- Д. Бронхоскопия

80. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается:

- А. С противовоспалительного лечения
- Б. С вагосимпатической блокады
- В. С плевральной пункции
- Г. С дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости**
- Д. С торакотомии

81. Маршевая проба проводится с целью выявления:

- А. Несостоятельных коммуникантных вен
- Б. Прходимости глубоких вен нижних конечностей**
- В. Недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
- Г. Тромбоза подколенной артерии
- Д. Острого тромбоза

82. Проба Претта проводится с целью выявления:

- А. Прходимости глубоких вен нижних конечностей
- Б. Недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
- В. Несостоятельных коммуникативных вен**
- Г. Острого тромбоза
- Д. Тромбоза подколенной артерии

83. Наиболее частыми симптомами тромбоза поверхностных вен нижних конечностей являются: 1. Дистальные отеки 2. Распирающие боли 3. Повышение температуры тела 4. Гиперемия кожи и отек по ходу вен 5. Резкая болезненность при пальпации

А. Верно 1,2,3,4

**Б. Верно 1,3,4,5**

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 3,4,5

Д. Верно 2,3,5

84. Тромбообразованию после полостных операций способствует: 1. Повышение фибринолитической активности 2. Ожирение 3. Гиподинамия 4. Онкологические заболевания 5. Ишемическая болезнь сердца

**А. Верно 2,3,4,5**

Б. Верно 1,2,3,4

В. Верно 1,3,4,5

Г. Верно 1,2,4,5

Д. Верно 3,4,5

85. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются: 1. Отеки дистальных отделов конечностей по вечерам 2. Перемежающаяся хромота 3. Признаки трофических расстройств кожи голени 4. Судороги по ночам 5. Видимое расширение подкожных вен

А. Верно 1,2,3,4

**Б. Верно 1,3,4,5**

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 3,4,5

Д. Верно 2,4,5

86. При несостоятельности коммуникантных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию:

А. Бебкока

Б. Нарата

В. Маделунга

Г. Троянова-Тренделенбурга

**Д. Линтона**

87. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное: 1. Назначение гепарина 2. Назначение дезагрегантов 3. Лечебная физкультура 4. Длительный постельный режим 5. Бинтование ног эластичным бинтом

А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 2,3,4,5

В. Верно 1,3,4,5

**Г. Верно 1,2,3,5**

Д. Верно 2,3,5

88. Операция Троянова-Тренделенбурга заключается:

**А. В перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника**

Б. В удалении подкожных вен методом тоннелирования

В. В удалении подкожных вен зондом

Г. В перевязке коммуникантных вен над фасцией

Д. В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

89. Операция Нарата заключается:

- А. В удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
- Б. В удалении подкожных вен методом тоннелирования**
- В. В удалении подкожных вен с помощью зонда
- Г. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- Д. В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

90. Операция Маделунга заключается:

- А. В удалении подкожных вен из лампасных разрезов на бедре и голени**
- Б. В удалении подкожных вен методом тоннелирования
- В. В удалении подкожных вен с помощью зонда
- Г. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- Д. В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

91. Операция Клаппа заключается:

- А. В удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
- Б. В удалении подкожных вен методом тоннелирования
- В. В удалении подкожных вен с помощью зонда
- Г. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом**
- Д. В надфасциальной перевязке коммуникантных вен

92. Операция Кокетта заключается:

- А. В удалении подкожных вен методом тоннелирования
- Б. В удалении подкожных вен с помощью зонда
- В. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- Г. В надфасциальной перевязке коммуникантных вен**
- Д. В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

93. Операция Линтона заключается:

- А. В удалении подкожных вен методом тоннелирования
- Б. В удалении подкожных вен с помощью зонда
- В. В чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
- Г. В надфасциальной перевязке коммуникантных вен
- Д. В субфасциальной перевязке коммуникантных вен**

94. Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается:

- А. Комбинированным оперативным методом**
- Б. Операцией Линтона
- В. Операцией Бебкока
- Г. Операцией Нарата
- Д. Операцией Маделунга

95. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя:

- А. Антибиотики
- Б. Спазмолитики
- В. Антикоагулянты**
- Г. Активные движения
- Д. Парентеральное введение больших объемов жидкостей

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

- А. Верно 1,2,3,5
- Б. Верно 1,3,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,4,5
- Д. Верно 1,2,3,4**

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

- А. Верно 2,3,4,5**
- Б. Верно 1,2,3,4
- В. Верно 1,2,3,5
- Г. Верно 2,3,4
- Д. Верно 1,3,4,5

98. Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:

- А. Абсцессов
- Б. Флегмон
- В. Флеботромбозов**
- Г. Лимфаденитов
- Д. Эндартериита

99. Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит:

- А. В необходимости профилактики лимфостаза
- Б. В необходимости воздействия на артериальный кровоток
- В. В ускорении кровотока по глубоким венам**
- Г. В профилактике трофических расстройств
- Д. В необходимости большей концентрации кровообращения

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

- А. Верно 1,3,4,5
- Б. Верно 1,2,4,5
- В. Верно 2,3,4,5
- Г. Верно 1,2,3,5**
- Д. Верно 2,3,4

## 5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации

Промежуточная аттестация проводится в виде зачета/дифференцированного зачета/экзамена (оставить нужное).

*Содержание оценочного средства (вопросы, темы рефератов, круглых столов и т.п.)*

*В случае если фонд оценочных средств для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по данной дисциплине представлен на Образовательном портале ПИМУ указать ссылку на этот электронный ресурс.*

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности (преподавателем указывает лишь те задания и иные материалы, которые им используются в рамках данной дисциплины)

5.1.1. Вопросы к экзамену по дисциплине \_\_\_\_\_ (если предусмотрен экзамен) **(В столбце «Код компетенции (согласно РПД) ставить прочерк)**

Вопрос	Код компетенции (согласно РПД)
1. Разрывы трахеи и бронхов и гемоторакс: классификация, методы диагностики, хирургическая тактика и методы лечения (эндоскопические, оперативные), послеоперационное ведение; ошибки, осложнения.	-
2. Видеоэндоскопические методы оперативного лечения, операции из мини-доступа; место торакоабсцессостомы в хирургии нагноительных заболеваний легких (показания, противопоказания).	-
3. Современные подходы к диагностике (хромобронхоскопия, флюоресцентная и ультразвуковая бронхоскопия) и лечению (фотодинамический метод, трахеобронхопластические и ангиобронхопластические операции, криохирургический и высокочастотный гипертермический методы) опухолей бронхолегочной системы.	-
4. Эндоскопические методы лечения (лазерное облучение, видеоэндоскопические операции).	-
5. Эндоскопические операции при остром аппендиците. Показания к этим операциям и осложнения.	-
6. Современные телевидеоэндоскопические и криохирургические методы лечения геморроя.	-
7. Эндоваскулярные методы хирургии для девитализации объемных процессов паренхиматозных органов.	-
8. Показания к протезированию брюшной стенки при грыжах.	-
9. Диагностика и лечение аппендикулярного инфильтрата.	-
10. Профилактика недостаточности культи главного бронха при пневмонэктомиях.	-
11. Новые технологии в лечении заболеваний желудочно-кишечного тракта.	-
12. Эндоскопические методы хирургического лечения осложненных форм острого аппендицита.	-
13. Дивертикулез толстой кишки: клиника, диагностика, лечение, осложнения.	-
14. Лечение больных облитерирующим атеросклерозом (консервативное, оперативное).	-
15. Особенности оперативного лечения ущемленных грыж. Методы определения жизнеспособности кишки.	-
16. Язвенные гастроуденальные кровотечения: клиника, диагностика, лечение.	-
17. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия острых венозных тромбозов	-
18. Особенности течения и диагностики острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка.	-

19.	Дифференциальный диагноз заболеваний, приводящих к хронической венозной недостаточности нижних конечностей.	-
20.	Рубцово-язвенные стенозы желудка и ДПК. Клиника, диагностика, патогенез обменных нарушений, их коррекция. Лечение.	-
21.	Лечение острого холецистита: показания к оперативному и консервативному методам лечения. Способы дренирования желчных путей.	-
22.	Виды механической кишечной непроходимости: высокая и низкая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, лечение.	-
23.	Альвеококкоз печени. Этиология, клиника, лечение.	-
24.	Рак прямой кишки. Клиника, диагностика, лечение	-
25.	Острая кишечная непроходимость: заворот, злообразование. Клиника, диагностика, лечение.	-
26.	Опухоли поджелудочной железы. Клиника, диагностика, лечение.	-
27.	Хронический панкреатит, формы. Этиология, клиника, лечение.	-
28.	Тромбозы и эмболии артерий конечностей. Клиническая картина в зависимости от стадии недостаточности кровообращения. Тактика, лечение.	-
29.	Послеоперационные грыжи. Диагностика, клиника, лечение.	-
30.	Классификация желтух. Клиника. Лабораторная и инструментальная диагностика.	-

## 6. Критерии оценивания результатов обучения

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
<b>Полнота знаний</b>	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки	Минимально допустимый уровень знаний. Допущено много негрубых ошибки	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Допущено несколько негрубых ошибок	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки, без ошибок
<b>Наличие умений</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи с негрубыми ошибками. Выполнены все задания, но не в полном объеме.	Продемонстрированы все основные умения. Решены все основные задачи с негрубыми	Продемонстрированы все основные умения, решены все основные задачи с отдельными несущественными и недочетами,

Результаты обучения	Оценки сформированности компетенций			
	неудовлетворительно	удовлетворительно	хорошо	отлично
			ошибками. Выполнены все задания, в полном объеме, но некоторые с недочетами	выполнены все задания в полном объеме
<b>Наличие навыков (владение опытом)</b>	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки	Имеется минимальный набор навыков для решения стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач с некоторыми недочетами	Продемонстрированы навыки при решении нестандартных задач без ошибок и недочетов
<b>Характеристики сформированности компетенции*</b>	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения профессиональных задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует минимальным требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по большинству практических задач	Сформированность компетенции и в целом соответствует требованиям, но есть недочеты. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения профессиональных задач, но требуется дополнительная практика по некоторым профессиональным задачам	Сформированность компетенции полностью соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в полной мере достаточно для решения сложных профессиональных задач
<b>Уровень сформированности компетенций*</b>	-	-	-	-

\* - не предусмотрены для программ аспирантуры

Для тестирования:

Оценка «5» (Отлично) - баллов (100-90%)

Оценка «4» (Хорошо) - балла (89-80%)

Оценка «3» (Удовлетворительно) - балла (79-70%)

Менее 70% – Неудовлетворительно – Оценка «2»



Разработчик(и):  
ФИО, должность, уч.степень, уч.звание

Дата «        »        202    г.

