

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

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ

Специальность: **31.05.01 ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО**

Кафедра **ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ И ТРАНСПЛАНТОЛОГИИ**

Форма обучения: **ОЧНАЯ**

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

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

2. Перечень оценочных средств

Для определения качества освоения обучающимися учебного материала по дисциплине «Факультетская хирургия» используются следующие оценочные средства: реферат, доклад, история болезни, тестирование, деловая/ролевая игра, контрольная работа, ситуационные задачи, собеседование по экзаменационным билетам.

№ п/п	Оценочное средство	Краткая характеристика оценочного средства	Представление оценочного средства в ФОС
1	Реферат	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определённой научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на неё.	Перечень тем рефератов
2	Доклад	Продукт самостоятельной работы студента, представляющий собой публичное выступление по представлению полученных результатов решения определенной учебно-практической, учебно-исследовательской или научной темы	Темы докладов, сообщений
3	История болезни	Клиническое обследование хирургического больного и оформление результатов обследования в виде медицинской учебной истории болезни	Перечень основных хирургических нозологий для написания истории болезни
4	Тесты	Система стандартизированных заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающегося	Фонд тестовых заданий
5	Деловая/ролевая игра	Совместная деятельность группы обучающихся и преподавателя под управлением преподавателя с целью решения учебных и профессионально-ориентированных задач путём игрового моделирования реальной проблемной ситуации. Позволяет оценивать умение анализировать и решать типичные профессиональные задачи.	Тема (проблема), концепция, роли и ожидаемые результаты по каждой игре
6	Контрольная работа	Средство проверки умений применять полученные знания для решения задач определённого типа по теме или разделу	Комплект контрольных заданий по вариантам
7	Ситуационные задачи	Способ контроля, позволяющий оценить критичность мышления и степень усвоения материала, способность применить теоретические знания на практике.	Перечень задач

	Собеседование	Средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объёма знаний обучающегося по определённому разделу, теме, проблеме и т.п.	Вопросы по темам/разделам дисциплины
--	---------------	---	--------------------------------------

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
УК-1,2,3,9 ОПК – 1,2,4, 5,7,8 ПК-1,2,3	Текущий	Раздел 1. Хирургическая клиника	
		Тема 1.1. Хирургические школы, структура и принципы работы хирургических отделений клиники	Реферат
		Тема 1.2. Деонтологические основы в хирургии, хирургическая документация	Доклад
УК-1,2,3,9 ОПК – 1,2,4, 5,7,8 ПК-1,2,3,4,5,6, 7,8,9, 11, 22, 23		Раздел 2. Хирургия органов брюшной полости	История болезни
		Тема 2.1. Острый и хронический аппендицит	Ситуационные задачи
		Тема 2.2. Желчно-каменная болезнь, острый холецистит	Ситуационные задачи
		Тема 2.3. Острый панкреатит	Ситуационные задачи
		Тема 2.4. Острая кишечная непроходимость	Ситуационные задачи
		Тема 2.5. Грыжи живота	Ситуационные задачи
		Тема 2.6. Перитонит	Ситуационные задачи
		Тема 2.7. Осложнённая язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	Ситуационные задачи
УК-1,2,3,9 ОПК – 1,2,4, 5,7,8 ПК-1,2,3,4,5,6, 7,8,9, 11, 22, 23		Раздел 3. Хирургия органов грудной полости	
		Тема 3.1. Хирургические болезни легких: острые и хронические нагноительные заболевания легких, острые и хронические заболевания плевры, рак легкого, легочные кровотечения, спонтанный пневмоторакс	Тест
		Тема 3.2. Хирургические заболевания пищевода: ахалазия кардии, рак пищевода.	Тест
УК-		Раздел 4. Хирургия прямой кишки	

1,2,3,9 ОПК – 1,2,4, 5,7,8 ПК- 1,2,3,4,5,6 ,7,8,9, 11, 22, 23		Тема 4.1. Острые и хронические заболевания прямой кишки	Контрольная работа
		Тема 4.2. Рак прямой кишки.	Контрольная работа
УК- 1,2,3,9 ОПК – 1,2,4, 5,7,8 ПК- 1,2,3,4,5,6 ,7,8,9, 11, 22, 23		Раздел 5. Варикозная болезнь вен нижних конечностей	
		Тема 5.1. Неосложненная варикозная болезнь вен нижних конечностей, хирургическое лечение	Контрольная работа
		Тема 5.2. Осложненная варикозная болезнь вен нижних конечностей (тромбофлебит, кровотечение, ХВН, острый тромбоз и эмболия вен)	Контрольная работа
УК- 1,2,3,9 ОПК – 1,2,4, 5,7,8 ПК- 1,2,3,4,5,6 ,7,8,9, 11, 22, 23		Раздел 6. Заболевания щитовидной железы	
		Тема 6.1. Простой и тиреотоксический зоб, рак щитовидной железы	Рольевые/ деловые игры
		Тема 6.2. Методы диагностики патологии щитовидной железы и методы хирургического лечения, интраоперационные и послеоперационные осложнения	Рольевые/ деловые игры
УК- 1,2,3,9 ОПК – 1,2,4, 5,7,8 ПК- 1,2,3,4,5,6 ,7,8,9, 11, 22, 23	Промежуточный	Раздел 1. Хирургическая клиника Раздел 2. Хирургия органов брюшной полости Раздел 3. Хирургия органов грудной полости Раздел 4. Хирургия прямой кишки Раздел 5. Варикозная болезнь вен нижних конечностей Раздел 6. Заболевания щитовидной железы	Тест, ситуационные задачи, собеседование

4. Содержание оценочных средств текущего контроля

Текущий контроль осуществляется преподавателем дисциплины при проведении занятий в форме: реферат, доклад, история болезни, тестирование, деловая/ролевая игра, контрольная работа, ситуационные задачи, собеседование по экзаменационным билетам.

4.1. Темы рефератов для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-9, ОПК – 1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3

1. Основные этапы развития хирургии
2. Хирургия Древнего мира
3. Хирургия в Средние века
4. Развитие хирургии до 19 века
5. Развитие хирургии в 19-20 веках
6. История асептики и антисептики
7. Развитие хирургии в России
8. Основные хирургические школы в России
9. Современная хирургия

10. Организация хирургической помощи
11. Правовое регулирование оказания хирургической помощи в РФ
12. Структура хирургического стационара
13. Принципы работы хирургических отделений клиники
14. Оказание хирургической помощи в условиях поликлиники
15. Принципы работы хирургического кабинета в поликлинике

4.2. Темы докладов для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-9, ОПК – 1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3

1. Вопросы деонтологии в хирургии
2. Личность врача в хирургии
3. Профессиональный и персональный имидж врача-хирурга
4. Общение в структуре профессиональной деятельности врача-хирурга
5. Психологический климат в хирургическом отделении
6. Отношения врач-пациент в хирургии
7. Роль и специфика общения в хирургии
8. Общение врача-хирурга в сложных коммуникативных ситуациях
9. Основная медицинская документация хирургического отделения стационара
10. Основная медицинская документация хирургического кабинета поликлиники
11. Отчётная документация в хирургии
12. Основы законодательства РФ, регламентирующие работу хирургической клиники
13. Работа с медицинскими информационными системами в хирургии
14. Основные статистические показатели работы хирургического стационара
15. Основные статистические показатели работы хирургического кабинета поликлиники

4.3. Написание истории болезни для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-9, ОПК–1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-22, ПК-23

Работа у постели больного: сбор жалоб, анамнеза, исследование объективного статуса. Работа с медицинской документацией. Оформление результатов обследования хирургического больного в виде медицинской учебной истории болезни.

4.4. Ситуационные для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-9, ОПК–1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-22, ПК-23

Ситуационная задача №1

Больная, 53 лет, страдает в течение 8 лет периодическими болями в области правого подреберья, однако чувствовала себя вполне удовлетворительно, почти не соблюдала диеты. За последний год приступы болей в правом подреберье стали беспокоить чаще и приобрели более затяжной характер. Стало трудно купировать боль. Больная правильного телосложения, повышенного питания. Отклонений в деятельности сердечно-сосудистой и легочной систем не выявлено. Живот умеренно болезненный в области правого подреберья. Пальпировать желчный пузырь не удается. Со стороны лабораторных исследований отклонений не отмечено.

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы исследования для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика?

Ситуационная задача №2

Больной, 54 года, поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, тошноту и рвоту, запоры, снижение аппетита. После еды боли обычно усиливаются, возникает ощущение тяжести в верхней половине живота. Испытывает отвращение к мясным продуктам, но с удовольствием ест кислую пищу. Около 10 лет болен язвенной болезнью желудка, неоднократно лечился амбулаторно. Обострения заболевания обычно начинались поздней осенью и длились около 2 месяцев, но последний год боли беспокоят постоянно. Значительное ухудшение состояния наступило с июня: усилились боли, резко снизился аппетит, рвота стала постоянно, катастрофически нарастает слабость. За 4 месяца потерял в весе 10 кг. При объективном обследовании отмечается значительное снижение веса: при росте 174 см вес 53 кг. Кожа дряблая, сухая, местами шелушится. Пальпация живота вызвала умеренную болезненность в эпигастральной области и выраженный симптом «плеска». При ректальном исследовании найдено несколько спавшихся геморроидальных узлов. Исследование других органов и систем патологии не выявило. Анализ крови: эр-ты – 3,8-10¹²/л, Нв – 100 г/л, Л 6-109/л. Анализ мочи - без особенностей. Общий белок сыворотки крови – 56 г/л, калий – 3,5 ммоль/л, диастаза мочи - 32 ед., мочевины - 4,8 ммоль/л, креатинин - 76 мкмоль/л. Рентгенокопия желудка: пищевод свободно проходим, желудок атоничен, нижняя граница его ниже гребешковой линии. Натощак в желудке большое количество жидкости. Эвакуация из желудка замедлена, луковица 12-перстной кишки деформирована. Через 24 часа в желудке значительное количество бария.

1. Чем вызвано состояние больного?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика?

Ситуационная задача №3

Больная, 65 лет, пенсионерка. Утром после завтрака появились острые боли в эпигастральной области с иррадиацией болей в грудь слева, в левом подреберье, в левую подвздошную область и спину. Тошнота, неоднократная рвота съеденной пищей, затем желчью. Дважды был жидкий стул без примеси слизи и крови. Поведение больной беспокойное. Объективно: общее состояние средней тяжести, на лице холодный пот. Степень ожирения - II-III. Со стороны сердечно-легочной системы патологии не найдено. АД 180/95 мм рт. ст., пульс 80 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Определяются синеватого цвета пятна на боковой поверхности живота. Перистальтический шум слабый. При пальпации – напряжение брюшной стенки в эпигастральной области, больше в левом подреберье. Печень, желчный пузырь не определяются. Слабоположительный симптом Блюмберга в левой половине живота. В правой подвздошной области имеется рубец после аппендэктомии, мочеиспускание не нарушено. Температура - 36,8°C, лейкоцитоз - 10,8·10⁹/л, диастаза мочи 256 ед.

1. Диагноз?
2. Для постановки диагноза какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. План лечения.

Ситуационная задача №4

Больной, 28 лет. Заболел три дня назад. Заболевание началось с болей в эпигастральной области, которые вскоре переместились в правую подвздошную область, тошнило, была однократная рвота. Никуда не обращался, боли стихли, но сегодня возобновились в правой нижней половине живота, поднялась температура до 38°C, газы стали плохо отходить, стул задержан. Имеется общая слабость, потливость. При осмотре: живот резко болезненный в правой подвздошной области. Здесь же определяется плотное болезненное опухолевидное образование, неподвижное, без четких границ. Положительный симптом Блюмберга. Температура 38,6°C.

1. Каков Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования вам нужны?
3. Какова ваша тактика?

Ситуационная задача №5

Больная, 65 лет, в анамнезе имеется гипертоническая болезнь. Четыре часа назад среди кажущегося благополучия появились боли в животе, возникла кратковременная потеря сознания, холодный липкий пот. Машиной скорой помощи доставлена в больницу. При поступлении: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 120 в минуту, слабого наполнения. АД 90/60 мм рт. ст. Живот несколько вздут, напряжен. При пальпации болезненность по всему животу, больше в левой половине. Слева от пупка нечетко пальпируется пульсирующее опухолевидное образование, над которым определяется грубый систолический шум. При перкуссии притупление перкуторного звука в отлогих местах.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика?
3. Дифференциальная диагностика?

Ситуационная задача №6

К вам в поликлинику обратился больной, 60 лет, с жалобами на боли в области желудка, пониженный аппетит, слабость, потерю веса, снижение работоспособности. Больной рассказал, что более 20 лет болел язвой желудка. Неоднократно лечился с временным успехом. В последний год характер болей изменился, они стали менее интенсивными, мало зависящими от приема пищи, как наблюдалось ранее, периодически отмечает отрыжку тухлым яйцом или воздухом. Объективно: несколько понижено питание, бледноват, живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Пальпаторно патологию установить не удается. Температура 36,6°C.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования помогут установить диагноз?
3. Ваши рекомендации больному?

Ситуационная задача №7

Больная, 35 лет. Заболела 8 часов назад. Отметила нерезкие боли в эпигастральной области, которые постепенно нарастали и спустя некоторое время локализовались в правой подвздошной области. Была однократная рвота. Боли усиливаются при кашле, ходьбе, повороте на левый бок. Больная замужем, имела 3 беременности, менструации были в срок. В прошлом подобных болей не было. При осмотре состояние удовлетворительное, держится тошнота, температура 37,8°C. Пульс 80 в минуту. Язык обложен, влажный. Живот при пальпации несколько напряжен в правой подвздошной области и здесь же резко болезненный. Положительные симптомы Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, Воскресенского.

1. Каков ваш диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования, какие?
3. Какова тактика лечения больных с таким заболеванием?

Ситуационная задача №8

Больной, 36 лет, поступил в клинику через 1,5 года после резекции желудка по способу Бильрот-П в модификации Финстерера, выполненной по поводу пенетрирующей язвы 12-перстной кишки. Больной жалуется на резкую слабость, потливость, дрожание рук, головокружение после приема пищи. Вначале отмеченные явления возникали при приеме молочных продуктов и сладких блюд. В дальнейшем появление состояния слабости отмечалось и на другие продукты. Несмотря на строгую диету, амбулаторное и

стационарное лечение, признаки слабости прогрессировали. За истекшее время потерял в весе 9 кг. Рентгеноскопия желудка выявила, что барий через 45 минут находится в терминальном отделе подвздошной кишки.

1. Чем вызвано тяжелое состояние больного?
2. Какие исследования вы бы назначили для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика?

Ситуационная задача №9

Больной, 63 лет, пенсионер. Внезапно возникли приступообразные боли в верхней половине живота, больше слева, с иррадиацией в левую половину грудной клетки. Одновременно появилась неукротимая рвота. Был жидкий стул. Боли возникли после приема жирной и острой пищи. Объективно: состояние средней тяжести. Степень ожирения III. Кожные покровы чистые. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы нет. АД 180/90 мм рт.ст., пульс 84 в 1 минуту. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезнен при пальпации в эпигастральной области и слева от пупка. Печень, желчный пузырь не определяются. Слабо положительный симптом Блюмберга в левой половине живота. Перистальтика кишечника слабая. Мочеиспускание учащенное. Температура 37,6°C, лейкоцитоз 11,3-10/л.

1. Диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для правильной постановки диагноза?
3. План лечения?

Ситуационная задача №10

Больная, 50 лет, поступила в приемный покой больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. 12 часов назад на работе после подъема тяжести почувствовала боли в животе, не очень сильные по своему характеру. Одновременно с болями отметила появление опухолевидного образования в правой паховой области. Боли не стихали. Больная обратилась в поликлинику с жалобами на боли в животе. Ей были сделаны инъекции обезболивающих и спазмолитических препаратов и рекомендовано полежать. Боли в животе несколько стихли, но через 2 часа приняли схваткообразный характер, сопровождались тошнотой. Дома больная легла в постель, прикладывала холод к животу, но улучшения не наступало, появилась рвота. Врач скорой помощи доставил больную с диагнозом «острая кишечная непроходимость».

1. Диагноз?
2. Имеются ли в действиях медперсонала ошибки?
3. Лечение?

Ситуационная задача №11

Больная, 49 лет. Заболела три дня тому назад. После обеда внезапно почувствовала острые боли в правом подреберье, иррадирующие в поясницу, лопатку, правое надплечье. Была неоднократная рвота желчью. После инъекции спазмолитиков врачом скорой помощи боли несколько уменьшились. На второй день заболевания появилась иктеричность склер. (Подобные приступы болей в правом подреберье с появлением желтухи были полгода тому назад). Затем больная заметила обесцвеченный кал и интенсивно окрашенную мочу. В день поступления в стационар с утра появились резкие приступообразные боли в области правого подреберья. На этот раз инъекции спазмолитиков боли не сняли. При пальпации живота имеется напряжение брюшной стенки справа. Из-за напряжения мышц живота не удается определить желчный пузырь и печень. В результате проведенной интенсивной терапии в стационаре боли в правом подреберье стихли, напряжение брюшной стенки уменьшилось, постепенно стала

исчезать желтуха. Лейкоцитоз $12,2 \cdot 10^9/\text{л}$. Диастаза мочи 16 ед. Общий билирубин крови 56 ммоль/л . Сахар крови - $4,8 \text{ ммоль/л}$.

1. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
2. Диагноз?
3. Тактика хирурга?

Ситуационная задача №12

Больной, 20 лет, шофер, ранее ничем не болевший, доставлен в приемное отделение товарищами по работе. Из анамнеза установлено, что в момент поднятия тяжести – менял у грузовика колесо – возникла острая боль в животе. Из-за болей не может громко говорить, лежит на правом боку с приведенными к животу коленями. Обращает на себя внимание страдальческое лицо пациента, покрытое каплями пота. Пульс 110 в 1 минуту, ритмичный. Дыхание поверхностное. Живот напряжен, «как доска», в дыхании не участвует. При пальпации болезнен, больше в правой подвздошной области, где определяется симптом Блюмберга. Лейкоцитоз $12 \cdot 10^9/\text{л}$.

1. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
2. Диагноз?
3. Лечение?

Ситуационная задача №13

Полная женщина, 48 лет. Жалуется на сильные боли в животе в эпигастральной области. Заболела накануне, боли появились после приема обильной жирной пищи. Ранее временами отмечала нерезкие боли в области правого подреберья, которые обычно проходили через 3-4 часа. Считала, что эти боли связаны с нарушением диеты. В момент осмотра – состояние тяжелое, лицо слегка цианотичное. Стонет от болей, несколько раз повторялась обильная рвота, которая не приносила больной облегчения. Живот умеренно вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастральной области и в области левого подреберья. Больная жалуется, что ее «как бы опоясало обручем». Положительный симптом Блюмберга. Температура нормальная. Пульс 100 в 1 минуту.

1. Какое заболевание может вызвать у больной такое тяжелое состояние?
2. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. План лечения?

Ситуационная задача №14

Больной, 47 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правой паховой области, где определяется болезненное образование. Из анамнеза установлено, что 2 года назад у больного появилась правосторонняя паховая грыжа, которая легко вправлялась в брюшную полость. Вчера после сильного кашля грыжа стала несколько больше, перестала вправляться, затем появились сильные боли, что заставило больного обратиться к врачу. Диагностирована ущемленная правосторонняя паховая грыжа, больному предложена операция. После премедикации грыжа вправилась, боли стихли.

Как поступить в данном случае:

1. Отпустить больного на амбулаторное лечение?
2. Выполнить грыжесечение?
3. Госпитализировать?

Ситуационная задача №15

Больной, 30 лет, поступил в клинику с жалобами на тошноту, рвоту, головокружение. Два дня назад внезапно потерял сознание, после чего была рвота темными массами типа «кофейной гущи». В течение последних 7 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, 6 лет назад больной был оперирован по поводу

перфоративной язвы – произведена операция ушивание язвы. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс 88 в 1 мин., АД 130/70 мм рт. ст. Живот правильной формы. От мечевидного отростка до пупка имеется послеоперационный рубец линейной формы. При пальпации живот мягкий, определяется легкая болезненность справа в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании каких-либо патологических образований не найдено. Анализ крови: эр-ты $-2,4 \cdot 10^{12}/л$, Нв 86 г/л, л – $12,3 \cdot 10^9 /л$, лейкоцитарная формула без особенностей. Анализ мочи без патологических изменений. Больному начата активная гемостатическая терапия. Перелито дробно 500 мл одногруппной крови. В последующие 2 дня у больного появился дегтеобразный кал, количество эритроцитов уменьшилось до $2,05 \cdot 10^9/л$, Нв 77 г/л, тромбоциты - 200000, протромбиновый индекс 97,9%.

1. Чем вызвано состояние больного?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Методы лечения?

Ситуационная задача №16

Больной, 40 лет, поступил с жалобами на резкие, схваткообразного характера боли в животе и рвоту. Заболел накануне, появились боли в животе, которые постепенно усиливались и стали нетерпимыми. Три раза была рвота, газы не отходят. Стул был за сутки до заболевания. При осмотре живот умеренно вздут, слегка напряжен, болезнен при пальпации во всех отделах. Симптом Блюмберга отрицателен, но определяется «шум плеска» при сотрясении брюшной стенки. Перистальтика звучная, редкая, слышна на расстоянии. Язык сухой, пульс 104 в минуту, лейкоцитоз $5,3 \cdot 10^9/л$, температура $36,8^{\circ}C$.

1. Диагноз заболевания?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача №17

Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и надключичную область, частую рвоту желчью. При поступлении: состояние больной средней тяжести, из-за болей в правом подреберье ведет себя беспокойно (часто меняет положение тела). Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. АД 130/100 мм рт. ст. Пульс 128 в 1 минуту, ритмичный, температура $37,4^{\circ}C$. Язык обложен белым налетом. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует. Пальпаторно выявляется некоторое напряжение в правом подреберье и резкая болезненность по среднеключичной линии ниже края реберной дуги. Пальпировать желчный пузырь из-за резкой болезненности не представляется возможным. Симптомы Кера, Ортнера, Мюсси положительные. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Анализ крови: лейкоцитоз - $11,4 \cdot 10^9/л$, незначительный сдвиг формулы крови влево. Диастаза мочи 16 ед.

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования Вы провели бы для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика в лечении?

Ситуационная задача №18

Больной, 34 лет, поступил в клинику в экстренном порядке с диагнозом желудочное кровотечение. Жалобы на резкую слабость, частую рвоту кровью. Из анамнеза установлено, что в детстве перенес болезнь Боткина. Однако в последующем считал себя здоровым. Объективно: бледен, покрыт липким потом. Пульс 100 в 1 минуту,

ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт.ст. Сердце – тоны ясные, ритмичные. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот большой, на передней брюшной стенке видна венозная сеть («голова медузы»). Пальпируется край печени. Перкуторно определяется асцит. Во время осмотра имели место позывы на рвоту. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружен кал черного цвета.

1. Диагноз?
2. План лечения?

Ситуационная задача №19

Больной, 43 лет, направлен из поликлиники с диагнозом острый аппендицит для оперативного лечения. Заболел 2 дня тому назад. Появились сильные боли в подложечной области, в последующем переместившиеся в правую подвздошную область. Боли не стихали, поднялась температура до 37,8°C, поэтому обратился к врачу. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, по поводу чего неоднократно находился на амбулаторном и стационарном лечении. Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот правильной формы, в дыхании участвует. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечное напряжение в правой подвздошной области. Здесь же положительный симптом Блюмберга. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, БартомьеМихельсона. Отправления не нарушены. Лейкоцитоз 14,8·10⁹/л.

1. Диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Лечение?

Ситуационная задача №20

Больной, физически крепкий мужчина, 50 лет. Внезапно отметил колющие боли в правом паху. Вскоре боли стали ощущаться по всей правой половине живота и в поясничной области справа, приняли необычайно острый, невыносимый характер. Из-за сильных болей больной то принимал коленно-локтевое положение, то вскакивал, бегал по комнате, стонал и не находил себе места. Жалуется на рези в мочеиспускательном канале, частые позывы на мочеиспускание. Больной покрыт потом, пульс 100 в минуту, температура нормальная, моча макроскопически без патологии.

1. Что может вызвать такие сильные боли?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Чем можно помочь этому больному?

Ситуационная задача №21

Больная, 46 лет, страдает варикозной болезнью нижних конечностей. 2 недели назад появились уплотнения по ходу варикозно расширенных вен. Лечилась амбулаторно. Утром, следуя на очередной прием к хирургу поликлиники, почувствовала резкую боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, кратковременно потеряла сознание. Машиной скорой помощи доставлена в больницу. Объективно: состояние тяжелое, сознание спутанное. Пульс до 140 в минуту, АД 80/60 мм рт.ст. Резкий цианоз лица и грудной клетки. Резкая одышка до 40 дыханий в минуту. По внутренним поверхностям бедер, по ходу большой подкожной вены бедра уплотнение, краснота.

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. Тактика лечения?
4. Дифференциальная диагностика?

Ситуационная задача №22

Больная, 43 лет, поступила в клинику с жалобами на раздражительность, дрожание пальцев рук, плаксивость, наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, значительную потерю веса за последнее время. Общее состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы бледно-розового цвета. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца глуховатые, при аускультации в легких жесткое дыхание, со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено. St. localis: на передней поверхности шеи определяется образование, которое смещается при глотании. При пальпации обнаружено диффузное увеличение щитовидной железы; безболезненна. Основной обмен +30%.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какие необходимо произвести исследования для уточнения диагноза?
3. Каковы врачебные рекомендации по лечению?

Ситуационная задача №23

Больной, 75 лет. Поступил с жалобами на болезненность внизу живота, чувство переполнения в мочевом пузыре, жажду, сухость во рту, бессонницу. Последние 5 лет вынужден 1-2 раза вставать ночью, т.к. ощущает в это время императивный позыв на мочеиспускание. Мочеиспускание с некоторой задержкой вначале, затем моча идет вялой тонкой струей. Последние 3-4 дня отметил ухудшение состояния, боли внизу живота, плохое мочеиспускание. На вопрос врача о возможности задержки мочи ответил, что, наоборот, он не может удержать мочу и моча у него постепенно идет, но отдельными каплями.

1. Какое заболевание создает такое состояние?
2. Что следует сделать для уточнения заболевания?
3. Что следует сделать для облегчения страданий больного, какие методы лечения этого заболевания?

Ситуационная задача №24

Больная, 42 года. В анамнезе варикозная болезнь правой нижней конечности. В течение недели наблюдалось острое респираторное заболевание. Внезапно появились резкие боли в области правого бедра, краснота и уплотнение по ходу варикозно расширенной большой подкожной вены. Объективно: на внутренней поверхности голени и бедра варикозно расширенные узлы. В подложечной области пигментация. В средней трети бедра краснота, уплотнение и резкая болезненность на протяжении 8-10 см. За последние сутки уплотнение распространилось вверх.

1. Диагноз?
2. Тактика лечения?

Ситуационная задача №25

Больной, 56 лет. Страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей в течение 3-х лет. Периодически лечится. Сутки назад внезапно во время ходьбы появилась боль и чувство онемения левой нижней конечности. Боли постепенно усиливались. Объективно: активен, сознание ясное. Пульсация на общей бедренной артерии определяется, на подколенной и артериях стопы – нет. Над общей бедренной артерией систолический шум.

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. Лечение?

Ситуационная задача №26

Больной, 18 лет, студент. Болен в течение 5-6 лет. Отмечает постоянно кашель с обильным отделением мокроты гнойного характера, иногда до 200 мл в сутки, жалуется на общую слабость, периодические головные боли и недомогание. В сырое время весной и осенью частые обострения с повышением температуры, кашлем, слабостью и общим недомоганием. Объективно: кожные покровы бледны, общая слабость, потливость. Пульс 76 в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД 120/80. Тоны сердца ясные, чистые. При перкуссии легких – ясный легочный перкуторный звук с наличием притупления в нижних отделах легких. В нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы. Живот мягкий, безболезненный, стул и диурез в норме. На рентгенограмме легких определяется усиленный легочный рисунок, особенно в нижних легочных полях с обеих сторон.

1. Каков диагноз заболевания?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Лечение?

Ситуационная задача №27

Больная, 30 лет. Заболела остро, час назад. Появились резкие боли внизу живота, головокружение. Спустя час с момента заболевания при вставании с постели потеряла сознание, упала. В сознание пришла в машине скорой помощи. Кружилась голова, тошнило, беспокоят боли внизу живота, больше справа, отдающие в прямую кишку, промежность. Не может лежать, чувствует себя лучше в положении сидя. Больная замужем, имеет одного ребенка. Последняя менструация была около 2-х месяцев назад. При осмотре – живот напряжен, слегка, болезненный в гипогастрии, здесь же положительный симптом Блюмберга. Бледна, покрыта холодным липким потом. АД 80/45 мм рт. ст., пульс 110 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичен.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования, какие? Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?

Ситуационная задача №28

Больной, 56 лет. Жалуется на боли в правой нижней конечности, в икроножных мышцах, особенно при ходьбе. Может пройти умеренным шагом 100-120 метров. Из-за боли в икроножных мышцах вынужден останавливаться. Боли в течение 1,5 лет. Год назад перенес инфаркт миокарда. Инвалид II группы. Объективно: сердце – тоны приглушены, ритм правильный. В легких дыхание везикулярное. Кожные покровы на нижних конечностях несколько бледноваты. Деформация ногтевых пластин. Оволосение голени скудное. Пульс на тыльной артерии и на задней большеберцовой не определяется, на общих бедренных – слабый. При аускультации грубый систолический шум на аорте, подвздошных и бедренных артериях.

1. Диагноз?
2. План обследования и лечения?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать?

Ситуационная задача №29

Больная, 44 года. Страдает ревматическим пороком сердца, мерцательной аритмией. Внезапно 2 часа назад появились резкие боли в обеих нижних конечностях, похолодание, чувство онемения. Сначала могла двигать пальцами и стопами. Через 1 час движения прекратились, боли усилились, стали нетерпимыми. Объективно: состояние тяжелое. Пульс аритмичен. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Кожные покровы нижних конечностей бледные с мраморным оттенком, на ощупь холодные.

Активные движения стоп отсутствуют, пассивные сохранены. Болевая чувствительность резко снижена до верхней трети бедра, тактильная сохранена. Пульсация артерий нижних конечностей не определяется.

1. Диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Какие ошибки наблюдаются в ведении подобных больных?

Ситуационная задача №30

В приемный покой больницы доставлен больной, 56 лет, с жалобами на откашливание мокроты с примесью крови. Последние два часа кровь выделяется полным ртом. Из рассказа больного выяснилось, что он давний курильщик. Год назад перенес пневмонию, после которой спустя 2-3 месяца стал покашливать, появилась потливость, быстро стал уставать. Других жалоб нет, температура нормальная. Три месяца назад в мокроте заметил прожилки крови. Не лечился. Объективно: бледен, кожа влажная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичен, АД 80/50 мм рт. ст. Правая половина грудной клетки отстает от левой при дыхании, перкуторно - укорочение перкуторного звука и крайне ослабленное дыхание в проекции верхнего легочного поля. Органы средостения слегка смещены вправо. Температура 36,8°C.

1. Какова, по-вашему, причина кровотечения?
2. Какие исследования нужны для постановки диагноза?
3. Какова ваша тактика?

Ситуационная задача №31

Вас вызвали на дом к больному, 45 лет, у которого вчера появились сильные боли распирающего характера в области левого бедра и голени. Сегодня боли усилились, появился выраженный отек стопы, голени и всего бедра, повысилась температура тела до 37,8°C. Больной не может ступить на ногу. Подобных болей раньше не было. Исследование показало, что левая нижняя конечность цианотична, более горячая на ощупь, чем правая. Окружность голени на 3 см больше, чем правой, бедра – на 2 см больше. Определяется болезненность по ходу сосудов бедра. Активные движения возможны, но болезненны. Пульсация на периферических артериях стопы ослаблена.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какие исследования нужны для уточнения диагноза?
3. Лечение?

Ситуационная задача №32

В поликлинику обратилась больная, 54 лет, с тем, что сама в правой молочной железе обнаружила безболезненную плотную опухоль. У больной менопауза в течение 10 лет. Раньше ничем не болела. Была замужем, беременностей не имела. Объективно: в верхне-наружном квадранте правой молочной железы имеется плотная бугристая опухоль, не спаянная с кожей. При пальпации безболезненная. В подмышечной области справа определяются увеличенные лимфатические узлы, слева увеличенных лимфоузлов нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования вам нужны для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
4. Какова тактика лечения подобных больных?

Ситуационная задача №33

Больной, 58 лет. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, иногда с прожилками крови. Болеет 6 месяцев, когда стал отмечать сухой, надсадный кашель со скудным количеством мокроты, одышку. В

последний месяц иногда стал отмечать примесь крови в мокроте. Курит с 15-летнего возраста. Три месяца назад обратился в поликлинику, где диагностировано воспаление верхней доли правого легкого. Объективно: при перкуссии легких притупление в области верхней доли правого легкого, здесь же резко ослабленное дыхание. На рентгенограммах легких определяется ателектаз верхней доли правого легкого.

1. Диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какие методы лечения этого заболевания?

Ситуационная задача №34

Больной 58 лет, в течение 10 лет страдавший язвенной болезнью желудка, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время похудел, что связывает с боязнью принимать пищу из-за возникающих после еды болей. Appetit остается хорошим.

Анализ крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено умеренное повышение общей кислотности и связанной соляной кислоты. При рентгенологическом исследовании обнаружено ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром около 2 см; стенка желудка вокруг ниши ригидна, складки слизистой оболочки не выражены.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие рентгенологические признаки не характерны для язвы?
4. Определите необходимые дополнительные методы обследования.
5. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?

Ситуационная задача №35

У больного 40 лет, более 10 лет страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в течение 2 недель отмечались боли в эпигастральной области, возникающие через 1-1,5 часа после приема пищи. Лечился самостоятельно – принимал альмагель перед едой. Последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появились слабость и головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Тошноты, рвоты не было. Стул был накануне, кал – обычной окраски. При осмотре. Кожные покровы бледные. Пульс 96 ударов в 1 минуту. АД 90 – 60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. При пальпации в эпигастральной области определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит - 38%, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,8.

Вопросы:

1. Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили?
2. Каковы действия врача поликлиники в данной ситуации?
3. Какие исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?
4. Определите показания к гемотрансфузии.
5. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?

Ситуационная задача №36

У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре. Кожные покровы бледные, сухие. Больная резко истощена. При обследовании диагностирована опухоль кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный

отдел пищевода, имеющая строение аденокарциномы. Над левой ключицей пальпируется плотное округлое опухолевидное образование до 3 см.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. О чем свидетельствует пальпируемое опухолевидное образование над левой ключицей?
3. Какие дополнительные методы следует применить для оценки распространенности процесса?
4. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

Ситуационная задача №37

Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся 5 дней назад. Изначально боли локализовались в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,90С. Затем боли мигрировали в правую подвздошную область и постепенно стихли, но совсем не прошли. Нарушения стула и мочеиспускания не было. При осмотре: язык влажный, температура 37,0С. При пальпации отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, где определяется плотное малоподвижное опухолевидное образование около 10 см в диаметре. Напряжения мышц нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, гематокрит - 38%, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9/л$.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какой симптом, характерный для данного заболевания, выявляется при сборе анамнеза?
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какова в данном случае должна быть лечебная тактика?

Ситуационная задача №38

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром появились сильные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость. Доставлена через 4 часа от начала заболевания. Температура 36,8С. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы отходят. Раньше подобного не отмечалось. При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, акроцианоз. Пульс 120 ударов в 1 мин. АД=100-60 мм рт ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтические шумы вялые. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Керте положительные. Анализ крови: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $12,8 \times 10^9/л$, панкреатическая амилаза – 750 ЕД/л.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Опишите симптомы, приведенные в задаче, и раскройте механизм их действия.
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Определите объем лечебных манипуляций в условиях приемного отделения.

Ситуационная задача №39

Больная 56 лет поступила в стационар с клинической картиной острого холецистита на 2 сутки от начала заболевания. Общее состояние больной средней тяжести. Температура 38,1С. Пульс 92 удара в 1 минуту. Живот болезненный только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Остальные отделы живота безболезненные. При ультразвуковом исследовании: желчный пузырь 12 x 6 см, стенка его утолщена до 0,5 см с двойным контуром, перивезикально выявляется ограниченное жидкостное скопление до 30,0 мл. Анализ крови: гемоглобин – 146 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \times 10^9/л$, панкреатическая амилаза – 30 ЕД/л. Больной назначена консервативная терапия (инфузионно-дезинтоксикационная, антибактериальная, симптоматическая). Через 10 часов внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота. Пульс 120 ударов в 1 минуту. Лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9/л$. При осмотре живот вздут, при пальпации определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине живота.

Вопросы:

1. Ваше мнение о правомерности начатого при поступлении консервативного лечения?
2. Соответствуют ли выявленные ультразвуковые данные воспалению желчного пузыря?
3. Развитие какого осложнения можно предположить?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

Ситуационная задача №40

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания при пальпации в эпигастральной области стал определяться умеренно болезненный плотный инфильтрат без четких границ. На фоне проводимой консервативной терапии (инфузионной и антисекреторной) он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания боли усилились, ухудшилось самочувствие, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре состояние больного тяжелое; кожные покровы бледные; над легкими выслушивается везикулярное дыхание без хрипов; пульс 96 ударов в 1 минуту, АД = 120 - 80 мм. рт. ст. Язык сухой, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, где определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные. Нб – 105 г/л, лейкоциты крови – $18 \times 10^9/л$, э – 3, ю – 1, п – 29, с – 52, л – 8, СОЭ – 48 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назовите этапы развития заболевания.
3. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
4. Назначение каких препаратов на этапе консервативного лечения могло бы избежать развития подобной ситуации?
5. Ваша тактика лечения?

Ситуационная задача №41

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 12 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, ухудшилось общее состояние, появилась гектическая температура с вечерними цифрами до 39,5С. Состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 108 ударов в 1 минуту. Язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастральной области и в левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются.

Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Пальпация в левом реберно-позвоночном углу резко болезненная. Лейкоциты крови – $20 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Возможные варианты оперативного пособия?
5. Определите объем консервативной терапии при данном осложнении.

Ситуационная задача №42

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная. Состояние больного удовлетворительное; кожные покровы обычной окраски; над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 72 удара в 1 минуту, АД = 120-80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый; живот не вздут, мягкий, при пальпации в эпигастриальной области пальпируется слегка болезненное, с четкими контурами, несмещаемое опухолевидное образование размером 10 x 10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и мочи существенных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Возможные варианты оперативного вмешательства.

Ситуационная задача №43

При поступлении в хирургическое отделение больной предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Пациент в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре: акроцианоз, частота дыхательных движений – 28 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, АД = 110-70 мм. рт. ст. Отмечена высокая, до 1200 ЕД/л, амилаземия. Заподозрен панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток выявлено снижение активности амилазы до нижних границ нормы, однако при этом состояние больного оставалось тяжелым, поведение неадекватное, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой, живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослабленные.

Вопросы:

1. Каково Ваше мнение о течение заболевания?
2. О чем может свидетельствовать снижение активности амилазы мочи?
3. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
4. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
5. Возможные варианты лечебных действий.

Ситуационная задача №44

При поступлении в отделение больной 42 лет предъявлял жалобы на периодические боли в животе (больше в верхних его отделах) схваткообразного характера, многократную рвоту. Боли появились остро за 4 часа до госпитализации после приема жирной и острой пищи. Через 1 час после появления болей началась рвота, рвотные массы носили «дуоденальный» характер. Из анамнеза известно, что 2 года назад больному произведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Год назад

находился на обследовании с подозрением на холедохолитиаз, хронический панкреатит – результаты обследования неизвестны. При осмотре в отделении состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,8оС. Частота дыхательных движений 20 в 1 минуту. Пульс 92 удара в 1 минуту. АД = 120 – 80 мм. рт. ст. Язык влажный. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и подреберьях. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Шума плеска нет. Печеночная тупость сохранена. Анализы: гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – $8,8 \times 10^9$ /л, амилаза мочи – 156 мг/чхмл.

Вопросы:

1. Какие заболевания следует дифференцировать между собой при такой клинической картине?
2. Укажите на патологические изменения в анализах.
3. Различна ли тактика лечения при этих заболеваниях?
4. Какие неинвазивные методы исследования следует применить при проведении дифференциальной диагностики?
5. Что позволит окончательно установить диагноз?

Ситуационная задача №45

Пациент 58 лет был оперирован по поводу эмболии левой бедренной артерии с хорошим результатом. Через 1 месяц вновь госпитализирован по поводу эмболии правой бедренной артерии, был оперирован. Через 1,5 месяца при ультразвуковом исследовании выявлено мешотчатое расширение брюшного отдела аорты с пристеночными тромботическими массами.

Вопросы:

1. Какова причина имевших место эмболических окклюзий артерий?
2. Какие заболевания являются наиболее частой причиной эмболических осложнений по большому кругу кровообращения?
3. Насколько вероятно развитие эмболии артерий верхних конечностей у данного больного?
4. Что не было сделано в первую госпитализацию?
5. Что нужно сделать для предотвращения повторных эмболий?

Ситуационная задача №46

Больная 48 лет, предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, практически не приносящую облегчения. Подобное состояние впервые. Из анамнеза известно, что больная страдает желчнокаменной болезнью. При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура – 36,7оС. Пульс 110 ударов в 1 минуту. АД = 100-60 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Пульсация аорты в эпигастральной области не определяется, на артериях нижних конечностей – отчетливая. Нарушений стула и мочеиспускания не отмечалось.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
3. Каков объем Ваших лечебных манипуляций на месте?
4. Возможно ли введение наркотических анальгетиков с целью обезболивания?
5. Какова Ваша дальнейшая тактика?

Ситуационная задача №47

Больной при поступлении предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту. Болен около суток. Заболевание началось внезапно. При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 96 ударов в 1 мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах. Где определяется поперечная резистентность мышц. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Пульсация аорты в эпигастральной области не определяется. При пальпации в левом реберно – позвоночном углу отмечается болезненность. Перистальтические шумы выслушиваются, ослабленные.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие симптомы, описанные у больного, помогли Вам поставить правильный диагноз?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования следует применить на первом этапе для подтверждения диагноза?
4. Какие методы исследования следует применить для выявления причины заболевания?
5. Какие методы исследования следует применить для определения клинико - анатомической формы заболевания?

Ситуационная задача №48

Больной поступил на третьи сутки от начала заболевания. Заболел остро, когда после погрешности в диете появились сильные боли в эпигастрии и левом подреберье, неукротимая рвота. При осмотре состояние больного тяжелое. Температура 37,0С. Кожные покровы бледные, акроцианоз, фиолетовые пятна на лице и на боковых стенках живота. Пульс 130 ударов в мин. АД 90/50 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и левом подреберье, где определяется слабopоложительный симптом Щеткина – Блюмберга. Перистальтические шумы ослабленные. Больному была выполнена срочная лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружено до 1000 мл геморрагического выпота, кровоизлияния на париетальной брюшине, геморрагическая имбиция забрюшинного пространства, на большом сальнике – бляшки жирового стеатонекроза, увеличенный напряженный желчный пузырь без признаков воспаления.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические проявления заболевания помогли бы установить данную форму заболевания до выполнения лапароскопии?
3. Какие лапароскопические манипуляции целесообразно выполнить в данном случае?
4. С помощью какого метода можно установить распространенность некроза в поджелудочной железе?
5. Какова должна быть тактика лечения?

Ситуационная задача №49

У больного 46 лет около суток назад появились сильные боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Температура тела не повышалась. При осмотре отмечена желтушность склер. В крови выявлено повышение активности амилазы до 63 мг/(ч мл) и билирубина до 52 мкмоль/л за счет его прямой фракции. При ультразвуковом исследовании установлен диагноз – хронический калькулезный холецистит, отечный панкреатит.

Вопросы:

1. Какой вид желтухи следует предположить?
2. Каковы наиболее вероятные причины желтухи?
3. Какой метод позволит точно установить причину желтухи?
4. Что возможно предпринять для ликвидации желтухи?
5. Укажите возможные нехирургические методы коррекции гипербилирубинемии.

Ситуационная задача №50

У больного 48 лет на третьи сутки после резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрировавшей в поджелудочную железу, отмечено ухудшение состояния. Появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, рвота. Пульс 116 ударов в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, болезненный в верхних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы ослабленные. Газы отходят, был стул. Гемоглобин 112 г/л. Лейкоциты: $8,4 \times 10^9$ /л; б – 3%, п – 4%; с – 76%; м – 8%; л – 9%. Амилаза крови 86 мг/(ч×мл).

Вопросы:

1. О каком осложнении послеоперационного периода можно думать?
2. Какие неинвазивные дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. Назначьте консервативное лечение.
4. Ваши действия при неэффективности консервативной терапии и ухудшении состояния больного.
5. Что возможно было предпринять с целью профилактики подобного осложнения?

Ситуационная задача №51

Больной 52 лет оперирован по поводу перитонита неясной этиологии. На операции обнаружено, что в брюшной полости около 1,2 л серозного выпота, на малом и большом сальнике пятна стеатонекроза. После вскрытия желудочно–ободочной связки установлено, что поджелудочная железа резко отечна, дольчатый рисунок железы отсутствует. Желчный пузырь резко напряжен, при надавливании плохо опорожняется, конкрементов не содержит, серозный покров его не изменен.

Вопросы:

1. С каким заболеванием встретился хирург?
2. О какой форме заболевания свидетельствуют выявленные бляшки стеатонекроза и характер выпота?
3. Каковы причины изменений, выявленных при осмотре желчного пузыря?
4. Что должен предпринять хирург?
5. Назначьте комплекс консервативной послеоперационной терапии.

Ситуационная задача №52

Больной 54 лет, поступившей с клинической картиной перитонита неясной этиологии, с диагностической целью выполнена лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружен геморрагический выпот, на сальнике - пятна стеатонекроза, имбиция кровью брыжейки поперечно-ободочной кишки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Что можно предпринять во время лапароскопии для уточнения диагноза?
3. Чем надо завершить лапароскопию?
4. Какие дополнительные методы исследования позволят уточнить локализацию и распространенность процесса в пораженном органе?
5. Назначьте консервативное лечение.

Ситуационная задача №53

У больной 66 лет через 1,5 часа после приема жирной пищи появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину. Несколько раз была рвота дуоденальным содержимым. При осмотре в отделении через 6 час от начала заболевания состояние больной средней тяжести. Температура 36,9С. Больная стонет от болей в животе. Пульс 96 ударов в 1мин. АД 115 – 70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется выраженная болезненность в эпигастральной области и левом подреберье. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Перистальтические шумы выслушиваются. Положительный симптом Мейо – Робсона. Лейкоциты крови 8,8 x 10⁹ /л.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Опишите симптом Мейо – Робсона и укажите причину его появления.
3. Какими лабораторными исследованиями крови и мочи можно подтвердить диагноз?
4. Какие неинвазивные методы исследования помогут уточнить диагноз?
5. Что можно предпринять с целью обезболивания у этой больной?

Ситуационная задача №54

Больной 54 лет оперирован в экстренном порядке по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита. На операции помимо острого флегмонозного калькулезного холецистита отмечено наличие бляшек стеатонекроза по большому и малому сальнику, поджелудочная железа отечная, увеличена, дольчатость ее не выражена. Была выполнена холецистэктомия, операция закончена дренированием подпеченочного пространства. На пятые сутки после операции состояние больного ухудшилось, развилась механическая желтуха.

Вопросы:

1. С каким заболеванием встретился хирург на операции?
2. Насколько полон, с Вашей точки зрения, объем хирургического вмешательства?
3. Каковы вероятные причины развития механической желтухи?
4. С помощью какого исследования можно уточнить причину желтухи?
5. Что возможно выполнить для разрешения желтухи?

Ситуационная задача №55

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота, первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8С. При объективном исследовании больного выявлены симптомы Кохера-Волковича, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова, Блюмберга. При мануальном исследовании rectum выявлена болезненность и нависание передней стенки rectum с симптомом флюктуации.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
2. Какие изменения могут быть выявлены при анализе крови?
3. Какие изменения могут быть выявлены при анализе мочи?
4. Какие симптомы могут быть выявлены при лапароскопии?
5. Какие изменения могут быть выявлены при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости?

Ситуационная задача №56

Женщина 35 лет. Около 2-х месяцев назад в левой молочной железе обнаружила уплотнение размерами 2,5 см. Подвижное, с кожей не связанное. В середине менструального цикла и перед менструацией появляется боль в молочных железах. Лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
2. Проведение маммограммы у больной позволит ли полностью исключить злокачественную опухоль?
3. Какое лечение следует назначить больной – консервативное или оперативное?
4. Какой объем оперативного вмешательства показан больной?
5. В каких случаях допустимо проведением резекции квадранта молочной железы при раке?

Ситуационная задача №57

Больная 36 лет, страдающая упорными запорами, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в области заднего прохода, которые появляются после акта дефекации и длятся около 1,5 ч после акта дефекации. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах. В возрасте 28 лет перенесла дизентерию.

Вопросы:

1. Какому заболеванию в большей степени соответствует указанная клиническая картина?
2. С каким заболеванием, прежде всего, следует дифференцировать данное заболевание?
3. Какой метод исследования с целью уточнения диагноза следует провести в первую очередь?
4. Показана ли данной больной фиброколоноскопия?
5. Какой фактор лежит в основе данного заболевания?

Ситуационная задача №58

Больной 61 года обратился к врачу с жалобами на боли в области заднего прохода, зуд в области промежности, выпадение из заднего прохода узлов во время акта дефекации, которые затем постепенно вправляются в прямую кишку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. С каким фактором могут быть связаны боли.
4. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза.
5. Какое лечение показано больному.

Ситуационная задача №59

Четыре месяца назад больному произведена операция по поводу острого парапроктита. Операция проводилась без предварительного введения в гнойную полость красящего препарата. В настоящее время имеется параректальный свищ с постоянным гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. В чем состоит причина образования свища?
3. Необходимые методы исследования?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение показано.

Ситуационная задача №60

Женщина 40 лет поступила в клинику с жалобами на наличие болезненного воспалительного инфильтрата слева от заднего прохода. Отмечаются признаки общей интоксикации, температура при поступлении 39,3С. При осмотре в области заднего прохода имеется воспалительный инфильтрат 6X5 см с участком размягчения в центре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Наиболее вероятная причина.
3. Необходимые методы исследования.
4. Какое лечение показано больному?
5. Что является основным этапом операции?

Ситуационная задача №61

У мужчины 32 лет, который 2 года страдает геморроем, после погрешности в диете возникли острые боли в области заднего прохода. Выпавшие геморроидальные узлы перестали вправляться в прямую кишку, отмечаются явления воспаления и отека в области выпавших узлов. Температура тела повысилась до 38,1С.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Почему заболевание обострилось после погрешности в диете?
4. Какие методы инструментального обследования показаны больному?
5. В каком лечении нуждается данный больной?

Ситуационная задача №62

Женщина 72 лет, страдающая циррозом печени с наличием асцита, жалуется на постоянные кровотечения из прямой кишки в момент акта дефекации. Гемоглобин крови 92 г/л. При осмотре прямой кишки с помощью ректальных зеркал обнаружено три внутренних геморроидальных узла.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое лечение показано больному?
4. Что лежит в основе данной патологии?
5. Как оценить данные осмотра прямой кишки ректальным зеркалом?

Ситуационная задача №63

У мужчины 50 лет при пальцевом исследовании прямой кишки обнаружено плотное бугристое подвижное образование, расположенное на высоте 5 см от заднего прохода, с выделением незначительного количества крови. При гистологическом исследовании - аденокарцинома. Отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
2. В каком объеме должно быть выполнено радикальное лечение?
3. Следует ли проводить больному предоперационную лучевую терапию?
4. Больному показана временная или постоянная колостома?
5. Проводят ли в послеоперационном периоде лучевую терапию?

Ситуационная задача №64

У больного 52 лет, поступившего в стационар с картиной острой кишечной непроходимости на 4 сутки от начала заболевания, во время операции обнаружена

опухоль ректосигмоидного отдела, полностью обтурирующая просвет кишки. При ревизии органов брюшной полости установлено, что опухоль подвижна, отдаленных метастазов не обнаружено.

Вопросы:

1. Какую операцию необходимо выполнить больному?
2. Какой метод исследования позволяет определить наличие кишечной непроходимости?
3. Поражение какого отдела толстой кишки чаще осложняется кишечной непроходимостью?
4. Как проводить декомпрессию кишки у данного больного?
5. Операцию следует провести одномоментно или поэтапно?

Ситуационная задача №65

При осмотре врачом выездной бригады «скорой помощи» у пациентки 96 лет в области пупка определяется округлое выпячивание диаметром до 8 см, резко болезненное при пальпации, плотно-эластическое, не вправляемое в брюшную полость, кожа над ним слегка гиперемирована. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Давность заболевания - 1 час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Каковы должны быть действия врача?
4. Применение каких обезболивающих препаратов допустимо при этой патологии?
5. Возможно ли, учитывая старческий возраст пациентки и небольшую давность заболевания, попытаться «вправить» это образование в брюшную полость?

Ситуационная задача №66

У пациента 65 лет в течение 5 лет имела место правосторонняя паховая грыжа, свободно вправляющаяся в брюшную полость. Последние 2 месяца грыжа перестала вправляться в брюшную полость. Болевого синдрома не было. При осмотре в правой паховой области определяется грыжевидное выпячивание 7 x 8 см, мягко-эластическое, не вправляемое в брюшную полость, симптом кашлевого толчка положительный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует положительный симптом кашлевого толчка?
3. Необходимо ли вправить грыжу в брюшную полость?
4. Ваши рекомендации по лечению.
5. Ваше отношение к использованию грыжевого бандажа в данной ситуации.

Ситуационная задача №67

Больная 63 лет, предъявляет жалобы на схваткообразные боли в животе, возникшие 6 часов назад, многократную рвоту, не приносящую облегчения (сначала съеденной пищей, а затем слизью). Стула не было, газы отходят скудно. Из анамнеза известно, что больная длительное время страдает хроническим рецидивирующим калькулезным холециститом. В желчном пузыре диагностировано наличие конкремента диаметром до 4 см (по данным УЗИ). Последнее обострение холецистита, которое отмечено больной 6 дней назад, характеризовалось выраженным болевым синдромом, повышением температуры и интоксикацией. Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 104 удара в минуту, слабого наполнения, ритмичен. АД - 160/100 мм. рт. ст. Живот вздут неравномерно, асимметричен. Временами видна видимая перистальтика, во время которой больная стонет от боли. В области правого подреберья

отмечается дефанс и нечеткие симптомы раздражения брюшины. Кроме этого, в брюшной полости определяется инфильтрат размером 20 x 15 см малоподвижный и болезненный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования больного.
3. Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать патологическое состояние больной.
4. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
5. Составьте план лечения.

Ситуационная задача №68

Мужчина 41 года голодал в течение суток, а затем очень плотно пообедал. Через 30 минут появились сильные боли в животе, постоянного характера, сопровождающиеся многократной рвотой. Госпитализирован через 6 часов от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичные. Пульс – 112 ударов в 1 минуту слабого наполнения и напряжения, АД – 85 - 60 мм. рт. ст., температура тела – 37,0С, лейкоциты крови - $21 \times 10^9/\text{л}$. Стула нет, газы не отходят, язык сухой. Живот асимметрично вздут в правой половине. В отлогих местах живота определяется притупление перкуторного. Симптомы раздражения брюшины положительные. Определяется шум плеска. При мануальном ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования.
3. Назовите эпонимные транскрипции описанных в ситуации симптомов.
4. Составьте план лечения больного.
5. Опишите действия во время операции

Ситуационная задача №69

Больная поступила в хирургическое отделение с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Больна более суток. Из анамнеза известно, что ранее оперирована по поводу спаечной кишечной непроходимости. Состояние средней тяжести, язык суховат. Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Живот вздут, перистальтика вялая, газы не отходят. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Определите тактику лечения больной.
5. Какой вид оперативного вмешательства, при необходимости такового, предпочтителен в данном случае, и почему?

Ситуационная задача №70

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

Вопросы:

1. Каким по происхождению является варикозное расширение вен у этой больной?
2. Каким является данное расширение вен по направлению?
3. Ваш предварительный диагноз?
4. Укажите степень (стадию) хронической венозной недостаточности и назовите проявления характерные для этой степени.
5. Достаточно ли имеющейся информации для постановки окончательного диагноза и определения лечебной тактики? Если нет, то какую дополнительную информацию Вы хотели бы иметь?

Ситуационная задача №71

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100\60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – сглаженность печеночной тупости.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В чем основное сходство и основное отличие между клиническими проявлениями в представленной ситуации и наблюдаемыми при почечной и печеночной коликах, остром панкреатите, инфаркте миокарда, тромбозе и эмболии сосудов брыжейки, базальной пневмонии и спонтанном пневмотораксе?
3. В чем сходство и различие между перфорацией опухоли и перфорацией язвы?
4. Имеются ли различия в клинических проявлениях при перфорации дуоденальной язвы и язвы желудка?
5. Чем объясняются нередко возникающие ошибки в диагностике перфорации гастродуоденальной язвы и острого аппендицита?

Ситуационная задача №72

Пациент 51 года поступил в стационар с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, чувство быстрого насыщения, отрыжку тухлым, резкое похудание. Из анамнеза известно, что в течение 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями. За три недели до госпитализации появились вышеописанные жалобы, лечился амбулаторно теми же лекарственными средствами, которые ранее принимал при обострении заболевания. Однако эффекта не было, периодически стала возникать обильная рвота остатками пищи, съеденной накануне. Объективно: Сознание ясное. Кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Отмечается бледность кожных покровов и слизистых. Истощен. В левой надключичной области пальпируется безболезненное неоднородное плотное образование 1,0x1,6 см. Пульс 100 в мин., ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 90/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, определяется “шум плеска” натошак ниже уровня пупка. Диурез 500 мл. Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит - 35%, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9/л$. К⁺ - 2,3 ммоль/л, Na⁺ - 139,0 ммоль/л, мочевины 12,3 ммоль/л, креатинин 145 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз. Причина значительной потери массы тела.

2. Дайте интерпретацию клинико-лабораторным и инструментальным методам обследования
3. План обследования, ожидаемые изменения при инструментальных исследованиях
4. План лечебных мероприятий. Коррекция вводно-электролитных нарушений.
5. Оцените прогноз

Ситуационная задача №73

В приемное отделение доставлена беременная 28 лет с жалобами на боли в правых отделах живота, тошноту, однократную рвоту. Больна в течение 12 часов. Боли появились в эпигастральной области, затем сместились в правую половину живота, была однократно рвота, температура 37,5С. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, пульс 94 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правой мезогастральной области. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные в правой мезогастральной области. Матка в нормальном тонусе увеличена до 30 недель беременности. Положение плода продольное, предлежание тазовое, сердцебиение плода 150 уд/мин, ясное, ритмичное, шевеление плода активное. Выделения из половых путей светлые слизистые.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз
2. Необходимые дополнительные методы исследования
3. Лечебная тактика
4. Оцените состояние плода
5. Возможные осложнения беременности при данной патологии

Ситуационная задача №74

У пациентки в гинекологическом отделении на 3-е сутки после операции ампутации матки появилась локальная гиперемия и болезненность при пальпации в средней трети левого бедра по медиальной поверхности. Болезненность отмечается и по медиальной поверхности голени. Температура тела 38,00С. Отека конечности нет. Пульсация на периферических сосудах сохранена.

Вопросы:

1. Какой диагноз у больной?
2. Какие симптомы позволяют установить данный диагноз?
3. Какое исследование подтверждает диагноз?
4. Какова профилактика данного заболевания?
5. Какова тактика лечения данного заболевания?

Ситуационная задача №75

На приеме в поликлинике к Вам обратился больной 68 лет с жалобами на резкие боли в левой голени, онемение стопы. 5 лет пациент страдает ишемической болезнью сердца, около года отмечает нарушение сердечного ритма. При осмотре левая голень и стопа бледные, отека нет, холодные на ощупь. Пульсация на передней и задней большеберцовых артериях не определяется. Трофических нарушений на коже нет.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы заболевания подтверждают Ваш диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какой метод исследования подтверждает Ваш диагноз?
5. Какое лечение показано больному?

Ситуационная задача №76

Больная 56 лет, поступила с подозрением на аппендицит с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясницу, гипертермию до 38,2, учащенное мочеиспускание через 10 часов от начала заболевания. Заболевание началось остро, перемещения болей не отмечала. Живот не вздут, симметричен, мягкий, незначительно болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Симптом поколачивания слабоположительный справа.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
2. Какие дополнительные анамнестические данные необходимо выявить?
3. Какие лабораторные методы обследования надо назначить?
4. Какие инструментальные методы обследования надо провести?
5. Консультация каких специалистов необходима?

Ситуационная задача №77

Больной 41 года, поступил через неделю от начала заболевания с жалобами на незначительные боли в правой подвздошной области, субфебрильную гипертермию. Заболевание началось с болей в эпигастральной области, которые спустя несколько часов переместились в правую подвздошную область, была 1-кратная рвота. За медицинской помощью не обращался, лечился самостоятельно анальгетиками. Спустя 3 дня интенсивность болей уменьшилась, появилась субфебрильная гипертермия. В связи с сохраняющимися болями в животе, обратился в приемный покой. Живот не вздут, мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области, где пальпируется опухолевидное образование без четких размеров и границ. Симптом Щеткина отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исходы данного заболевания вам известны?
3. Какие дополнительные методы исследования надо провести?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Ваша тактика лечения?

Ситуационная задача №78

Больной 34 лет, поступил с клинической картиной аппендикулярного инфильтрата через неделю от начала заболевания. Диагноз подтвержден при УЗИ. При пальпации в правой подвздошной области определялось плотное, умеренно болезненное, малоподвижное образование без четких границ, отмечалась субфебрильная гипертермия. Начата консервативная антибактериальная, противовоспалительная терапия. Однако, спустя трое суток, состояние больного ухудшилось, боли в правой подвздошной области усилились, гипертермия приобрела гектический характер, отмечено нарастание лейкоцитоза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика лечения?
4. Характер операции?
5. Дальнейшая тактика лечения больного?

Ситуационная задача №79

Больной Б., 57 лет, поступил с подозрением на острый аппендицит с жалобами на периодически возникающие незначительные боли в правой подвздошной области, тошноту, слабость, потерю аппетита, похудание. Отмечает указанные жалобы в течение

полугода. За медицинской помощью не обращался. При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется плотное, неподвижное, безболезненное опухолевидное образование около 5 см в диаметре. В клиническом анализе крови гемоглобин- 86 г/л, лейкоциты – 8000.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
4. Какие осложнения данного заболевания возможны?
5. Ваша тактика лечения?

Ситуационная задача №80

Больной 68 лет обратился к врачу с жалобами на чувство неудобства и болевые ощущения внизу живота, запоры. При осмотре в паховой области справа выше пупартовой связки выявляется припухлость округлой формы размером 4 x 6 см, мягкой консистенции, вправимое в брюшную полость.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какой целью проводят перкуссию и аускультацию грыжевого образования?
3. Что такое симптом кашлевого толчка?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Показано ли оперативное лечение?

Ситуационная задача №81

Больной 46 лет обратился с жалобами на болевые ощущения в левом паху. При осмотре выше паховой связки выявлена припухлость овальной формы размером 5 x 3 x 3 см, увеличивающаяся в положении стоя и при натуживании. При осмотре и пальпации установлено косое направление пахового канала. Симптом «кашлевого толчка» положительный, элементы семенного канатика располагаются медиальнее грыжевого выпячивания.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы консервативного лечения?
4. Какие методы хирургического лечения?
5. Опишите пластику по Лихтенштейну

Ситуационная задача №82

У больного 30 лет внезапно появились сильные боли в правой паховой области, многократная рвота. В анамнезе у больного в течение 20 лет имеется паховая грыжа. Самостоятельно вправить содержимое грыжи в брюшную полость, что ранее с легкостью выполнялось больным, на этот раз не удалось. Грыжевое выпячивание увеличилось в размерах, стало напряженным и болезненным при пальпации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какой целью проводят перкуссию и аускультацию грыжевого образования?
3. Какие осложнения встречаются при наружных грыжах живота?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Какие виды натяжной пластики при паховых косых грыжах проводятся?

Ситуационная задача №83

Больной 22 лет обратился к врачу по поводу болезненного овоидного образования, расположенного в правой половине мошонки. Верхний полюс этого образования хорошо прощупывается. Оно не вправляется в брюшную полость и при натуживании и кашле не меняется в размерах. Перкуссия его выявляет тупой звук, а пальпация – тугую эластичность.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие органы брюшной полости могут быть содержимым мешка при ущемленной паховой грыже?
3. От чего зависит невправимость грыжи?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Ваш план лечения?

Ситуационная задача №84

Больная, 56 лет, доставлена в клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела. Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приёма жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы болей. При осмотре: больная повышенного питания, кожа и слизистые оболочки розового цвета. Частота дыхания 20/мин, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 92/ мин, температура тела 37,80 С. Язык суховат, обложен желтым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 5x8 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

- 1, Какие заболевания приводят к возникновению острых болей в правом подреберье?
2. Что следует исключить в первую очередь?
3. Какие данные объективного осмотра кажутся Вам наиболее значимыми?
4. Какие методы обследования следует провести?
5. Дальнейшая тактика хирурга?

Ситуационная задача №85

Женщина 58 лет. В течение 15 лет периодически после приема жирной пищи отмечает сильные боли в правом подреберье с последующем повышением температуры, тошнотой, рвотой. В последние 3 года стала отмечать желтуху, кожный зуд, длительный субфебрилитет, осталгии, артралгии. Печень на 4 см выступает из подреберья, болезненная, уплотнена, край закруглен. Селезенка не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Анализ крови: лейкоциты – 9,5 x 10⁹ /л, СОЭ – 36 мм/час. Связанный билирубин – 88 мкмоль/л, свободный - 30 мкмоль/л. АСТ – 160 мкмоль/л, АЛТ – 178 мкмоль/л, ЩФ – 204 мкмоль/л, протромбин – 52%, холестерин – 8,7 ммоль/л. При УЗИ – камень в расширенном гепатикохоledохе.

Вопросы:

1. Какой ведущий синдром имеется у больной?
2. Форма желтухи?
3. Как объяснить гиперферментэмию?
4. Что является причиной заболевания?
5. Ваш диагноз? Лечение?

Ситуационная задача №86

У больного 62 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5С, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от $15,0 \cdot 10^9$ /л до $18,0 \cdot 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования следует провести?
3. Тактика лечения?
4. Дайте обоснование избранной тактики лечения?
5. Какие варианты хирургического лечения возможны?

Ситуационная задача №87

У больной 48 лет, после жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38,3С, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Ортнера. Лейкоцитов в крови $12,0 \cdot 10^9$ /л. После назначения спазмолитиков, инфузионной терапии состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность осталась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов в крови стало $6,0 \cdot 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
3. Дальнейшая тактика?
4. Какие варианты хирургического лечения возможны?
5. В чем состоят назначения в послеоперационном периоде?

Ситуационная задача №88

Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38,3С. Заболела 3 дня назад после приема жирной пищи. Пульс 112 в мин. Язык сухой, Кожа и склеры субиктеричны. В правом подреберье в точке Кера определяется резко болезненное напряженное округлое образование 12х8х6 см. Положительные симптомы Ортнера. Мерфи, Мюсси и симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что представляет собой определяемое образование в правом подреберье?
3. Расскажите об имеющихся симптомах?
4. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
5. Тактика хирурга?

Ситуационная задача №89

У больного с панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,50 С. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо-Робсона резко положительный. Лейкоциты крови $20 \cdot 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Методы лечения?
5. Что такое симптом Мейо-Робсона?

Ситуационная задача №90

Больная 45 лет, страдающая калькулезным холециститом, поступила в клинику с болями в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера. Отмечает повторную рвоту. Состояние средней тяжести, иктеричность склер и кожного покрова. Тахикардия, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. Из лабораторных данных обращает на себя внимание лейкоцитоз и высокий уровень амилазы крови.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы инструментального исследования следует применить в первую очередь?
3. Ваша тактика лечения?
4. Рациональный способ лечения?
5. Дальнейшее ведение больной?

4.5. Тестовые вопросы для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-9, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-22, ПК-23

1. Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:
 1. Аппендикулярный инфильтрат
 2. Вторая половина беременности
 3. Геморрагический диатез
 4. Распространенный перитонит

2. Для острого аппендицита не характерен симптом:
 1. Ровзинга
 2. Воскресенского
 3. Мерфи
 4. Образцова
 5. Бартомье-Михельсона

3. При осмотре больного Вы установили диагноз «острый аппендицит», перитонеальных симптомов нет. Для выполнения аппендэктомии оптимальным доступом будет:
 1. Доступ по Федорову.
 2. Доступ по Пфаненштилю.
 3. Нижнесрединная лапаротомия.
 4. Доступ Волковича-Дьяконова.
 5. Доступ Пирогова

4. Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается:
 1. С серозного покрова.
 2. Со слизистой червеобразного отростка.
 3. С мышечного слоя червеобразного отростка.
 4. С купола слепой кишки.

5. С лимфатических узлов илеоцекальной области.
5. Первичный гангренозный аппендицит развивается вследствие:
1. Тромбоза нижней брыжеечной артерии.
 2. Стеноза устья подвздошно-ободочной артерии.
 3. Неспецифического артериита висцеральных ветвей аорты.
 4. Участвия в воспалительном процессе бактериоидной инфекции.
 5. Тромбоза артерии червеобразного отростка.
6. На амбулаторном приеме Вы заподозрили у больной острый катаральный аппендицит. Что целесообразно предпринять?
1. Экстренно госпитализировать больную в хирургический стационар.
 2. Назначить спазмолитики и повторно осмотреть больную через 4-6 часов.
 3. На следующее утро проконтролировать динамику температуры тела и лейкоцитов в крови.
 4. Назначить антибактериальную терапию и повторно осмотреть больную на следующий день
 5. Наблюдать больную амбулаторно и госпитализировать при ухудшении состояния.
7. Что проходит в паховом канале у мужчин:
1. Семенной канатик
 2. Бедренная артерия
 3. Круглая связка
 4. Подвздошно-паховый нерв
 5. Бедренная вена
8. При ущемленной абдоминальной грыже независимо от состояния больного показано:
1. Спазмолитики и теплая ванна
 2. Наблюдение
 3. Антибиотики и строгий постельный режим
 4. Обзорная рентгенография брюшной полости
 5. Экстренная операция
9. К Рихтеровскому ущемлению относится:
1. Ущемление кишки в области дуоденоеюнального перехода.
 2. Ущемление перекрученной сигмовидной кишки.
 3. Ущемление желудка в диафрагмальной грыже.
 4. Пристеночное ущемление кишки.
 5. Ущемление Меккелева дивертикула.
10. Укажите признаки ущемленной грыжи:
- а. Можно определить размеры грыжевых ворот
 - б. Резкие боли в области грыжевого выпячивания.
 - в. Невправимость грыжи.
 - г. Плотная консистенция грыжевого выпячивания.
 - д. Положительный симптом "кашлевого толчка".
- Выберите правильную комбинацию ответов:
1. а, б, в
 2. б, в, д
 3. б, в, г
 4. а, г, д

5. а, в

11. Назовите радикальную операцию при калькулезном холецистите:

1. Холецистэктомия
2. Холецистостомия
3. Удаление камней из желчного пузыря
4. Внутреннее дренирование холедоха
5. Наружное дренирование холедоха

12. Симптом Ортнера это:

1. Болезненность при пальпации в правом подреберье
2. Болезненность при надавливании в месте прикрепления правой кивательной мышцы к груди
3. Усиление болей на вдохе
4. Безболезненная пальпация увеличенного желчного пузыря
5. Болезненное поколачивание ребром ладони по правой реберной дуге

13. К осложнениям острого холецистита относят все, кроме:

1. Варикозного расширения вен пищевода
2. Механической желтухи
3. Холангита
4. Подпеченочного абсцесса
5. Перитонита

14. У больной, поступившей в клинику с острым холециститом, в последующие три дня появились ознобы, желтуха, гипертермия. Симптомов перитонита нет. Какое осложнение могло развиться у больной?

1. Стеноз большого дуоденального соска
2. Эмпиема желчного пузыря
3. Подпеченочный абсцесс
4. Перфорация желчного пузыря
5. Гнойный холангит

15. Наиболее опасным осложнением острого деструктивного холецистита является:

1. Цирроз печени
2. Разлитой перитонит
3. Острый панкреатит
4. Рубцовая стриктура холедоха
5. Подпеченочный абсцесс

16. Выявление при лапароскопии серозного выпота и бляшек стеатонекроза соответствует:

1. Отечному панкреатиту
2. Жировому панкреонекрозу
3. Геморрагическому панкреонекрозу
4. Гнойному панкреатиту
5. Такие изменения не характерны для острого панкреатита

17. Ваша дальнейшая тактика при остром деструктивном панкреатите?

1. Инфузионная терапия без антибактериальной терапии

2. Только антибактериальная терапия
3. Экстренная операция
4. Динамическое наблюдение
5. Лапароскопия

18. Больной поступил в клинику с подозрением на острый панкреатит. Укажите наиболее информативный метод диагностики заболевания:

1. целиакография
2. ультразвуковое исследование
3. лапароцентез
4. термография
5. гастродуоденоскопия

19. Наиболее информативным методом исследования при остром панкреатите является:

1. обзорная рентгеноскопия брюшной полости
2. лапароскопия
3. гастродуоденоскопия
4. определение амилазы крови и мочи, УЗИ

20. Больной в течение 10 лет страдает хроническим панкреатитом, отмечает частые поносы, похудание, боли после еды. Укажите характерные признаки нарушения внешнесекреторной деятельности поджелудочной железы:

1. сухость кожных покровов
2. диабет
3. креато- и стеаторея
4. расширение вен передней брюшной стенки
5. почечно-печеночная недостаточность

21. Спустя 6 месяцев после перенесенного панкреонекроза у больного 45 лет при УЗИ выявлена киста тела поджелудочной железы 3x4 см. Укажите начальный вариант лечения:

1. цистоэнтероанастомоз
2. наружное дренирование под контролем УЗИ
3. панкреатодуоденальная резекция с пломбировкой протоков
4. марсупиализация
5. цистогастростомия

22. Укажите наиболее информативный метод исследования при острой кишечной непроходимости:

1. обзорная рентгенография брюшной полости
2. фиброколоноскопия
3. гастроскопия
4. ангиография
5. УЗИ

23. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при:

1. Завороте
2. Узлообразовании
3. Инвагинации

4. Динамической непроходимости
5. Обтурации желчным камнем

24. Появление симптома «шума плеска» при острой кишечной непроходимости объясняется:

1. Наличием выпота в брюшной полости
2. Скоплением жидкости и газа в приводящей петле кишечника
3. Скоплением жидкости и газа в отводящей петле кишечника
4. Наличием свободного газа в брюшной полости
5. Все перечисленное неверно

25. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости являются:

1. Инородные тела
2. Желчные камни
3. Опухоли
4. Спайки брюшной полости
5. Гельминты

26. Исчезновение болей и появление «мелены» при дуоденальной язве характерно для:

1. Пилородуоденального стеноза
2. Перфорации язв
3. Малигнизации язвы
4. Кровотечения
5. Пенетрации в поджелудочную железу

27. Объясните причину появления напряжения мышц в правой подвздошной области, возникающего при прободной язве 12ПК:

1. Рефлекторные связи через спинномозговые нервы
2. Скопление воздуха в брюшной полости
3. Затекание кислого желудочного содержимого по правому боковому каналу
4. Развивающийся разлитой перитонит
5. Висцеро-висцеральные связи с червеобразным отростком

28. Выберите осложнение язвенной болезни желудка, для которого характерно вынужденное положение больного с приведенными к животу ногами, доскообразное напряжение брюшных мышц:

1. Пенетрация язвы в малый сальник
2. Прикрытая перфорация
3. Перфорация в свободную брюшную полость
4. Пенетрация в поджелудочную железу
5. Декомпенсированный стеноз привратника, протекающий с выраженными водно-электролитными нарушениями

29. Симптомами прободной язвы желудка являются:

- а. "Кинжальная" боль
- б. Доскообразный живот
- в. Многократная рвота
- г. Положительный симптом «исчезновения печеночной тупости»

д. Схваткообразные боли в верхней половине живота

Правильным будет:

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

30. У больного 65 лет, страдающего 4 года язвенной болезнью, диагностирована прободная язва 12ПК. Давность заболевания 15 часов. Какая операция предпочтительна в этом случае?

1. Ушивание перфорации
2. Стволовая ваготомия с пилоропластикой по Финнею
3. Резекция желудка
4. Гастроэнтероанастомоз
5. Антрумэктомия вместе с язвой 12ПК

31. При перфорации кишки, связанной с язвенным колитом, показано:

1. ушивание перфорации
2. проксимальная колостомия
3. тотальная колэктомия и илеостомия
4. резекция сегмента кишки с перфорацией
5. выведение петли с перфорацией из брюшной полости

32. Дивертикулез обычно наблюдается:

1. в пищеводе
2. в желудке
3. в 12ПК
4. в подвздошной кишке
5. в ободочной кишке

33. Дивертикул Меккеля может быть причиной:

1. инвагинации
2. кишечной непроходимости
3. перфорации
4. кровотечения
5. все перечисленное верно

34. К облигатным предракам ободочной кишки относят:

1. ювенильные полипы
2. одиночный полип ободочной кишки
3. регионарный энтерит
4. терминальный илеит
5. диффузный семейный полипоз

35. Для заворота сигмовидной кишки характерны следующие симптомы, кроме:

1. схваткообразных болей
2. асимметрии живота

3. "шума плеска"
4. симптома Цеге фон Мантейфеля
5. диареи.

36. Разлитой гнойный перитонит может быть следствием всех перечисленных заболеваний, кроме:

1. перфорации дивертикула Меккеля
2. деструктивного аппендицита
3. стеноза большого дуоденального соска
4. рихтеровского ущемления грыжи
5. острой кишечной непроходимости

37. Для поздней стадии перитонита характерно все перечисленное, кроме:

1. вздутия живота
2. гиповолемии
3. исчезновения кишечных шумов
4. гипопротейнемии
5. усиленной перистальтики

38. К осложнениям острого перитонита относятся шок, сепсис, шоковое легкое, пневмония, а также:

1. печечно-почечная недостаточность
2. гиперкоагуляция
3. диспротеинемия
4. острое расширение желудка
5. тромбоз легочной артерии.

39. Наиболее радикальным методом в лечении острого тромбоза геморроидальных узлов следует считать:

1. склеротерапию
2. пресакральную новокаиновую блокаду
3. антикоагулянты
4. оперативное вмешательство
5. применение холода

40. Наиболее рациональным лечением рака прямой кишки является:

1. химиотерапия
2. симптоматическое лечение
3. рентгено-радиотерапия
4. комбинированное лечение
5. хирургическое вмешательство

41. Зоб у лиц одной биогеохимической области определяется как:

1. эпидемический
2. спорадический
3. острый струмит
4. эндемический
5. массовый тиреотоксикоз

42. Какой из перечисленных симптомов не является проявлением тиреотоксикоза:
1. экзофтальм
 2. увеличение массы тела
 3. тахикардия
 4. тремор рук
 5. симптомы Грефе, Мебиуса и Штельвага
43. При фиброаденоме молочной железы показана:
1. простая мастэктомия
 2. ампутация молочной железы
 3. секторальная резекция
 4. радикальная мастэктомия
 5. лучевая терапия
44. Укажите наиболее редкую причину развития мастопатий:
1. гиперандрогенемия
 2. гиперэстрогенемия
 3. гипоандрогенемия
 4. гипозэстрогенемия
 5. психопатии
45. Укажите оптимальный объем операции при узловом эутиреоидном зобе:
1. энуклеация узла
 2. резекция доли железы
 3. субтотальная резекция железы
 4. тиреоидэктомия
 5. операция Крайля
46. Как устанавливается диагноз «распространенный перитонит» до операции:
1. анамнестически
 2. клинически
 3. рентгенологически
 4. при ректальном исследовании
 5. лабораторными и биохимическими анализами
47. Самой частой причиной перитонита является:
1. острый аппендицит
 2. прободная язва
 3. сальпингит
 4. странгуляция тонкой кишки
 5. рак желудка
48. Эпителиальный копчиковый ход:
1. связан с крестцом
 2. связан с копчиком
 3. оканчивается слепо в подкожной клетчатке межягодичной области

4. расположен между задней поверхностью прямой кишки и передней поверхностью крестца

5. сообщается с просветом прямой кишки

49. Для исследования свищей прямой кишки применяется:

1. наружный осмотр и пальпация
2. пальцевое исследование прямой кишки
3. прокрашивание свищевого хода и зондирование
4. фистулография
5. все перечисленное

50. Для хронического парапроктита наиболее характерным признаком является:

1. гематурия
2. наличие свищевого отверстия на коже промежности
3. выделение алой крови в конце акта дефекации
4. боли внизу живота
5. диарея.

№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа	№ тестового задания	№ эталона ответа
1	1	21	2	41	4
2	3	22	1	42	2
3	4	23	4	43	3
4	2	24	2	44	5
5	5	25	4	45	2
6	1	26	4	46	2
7	1	27	3	47	1
8	5	28	3	48	3
9	4	29	3	49	5
10	3	30	1	50	2
11	1	31	1		
12	5	32	5		
13	1	33	5		
14	5	34	5		
15	2	35	5		
16	2	36	3		
17	3	37	5		
18	2	38	1		
19	4	39	4		
20	3	40	4		

4.6. Темы контрольных работ для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-9, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-22, ПК-23

1. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.

2. Клиника острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка.
3. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с заболеваниями органов мочеполовой системы.
4. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с заболеваниями органов пищеварительной системы.
5. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с заболеваниями органов дыхательной и сердечно-сосудистой систем.
6. Острый аппендицит. Лечение. Подготовка к операции. Послеоперационное ведение больных.
7. Осложнения острого аппендицита. Классификация, причины, диагностика, лечение, профилактика.
8. Аппендикулярный инфильтрат. Причины, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
9. Аппендикулярный абсцесс. Причины, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Пилефлебит.
10. Особенности острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте. Диагностика, лечение.
11. Особенности острого аппендицита у детей. Диагностика, лечение.
12. Особенности острого аппендицита у беременных, дифференциальный диагноз, диагностика, лечение.
13. Хронический аппендицит. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
14. Паховые грыжи. Анатомия пахового канала. Этиопатогенез, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз.
15. Косая паховая грыжа, клиника, диагностика. Методы операций.
16. Прямая паховая грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.
17. Принципы пластики пахового канала при косой и прямой паховых грыж.
18. Бедренная грыжа. Анатомия бедренного канала. Диагностика, дифференциальный диагноз.
19. Грыжи белой линии живота, клиника, диагностика, лечение.
20. Пупочная грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
21. Послеоперационные вентральные грыжи. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Осложнения грыж. Клиника ущемленной грыжи, дифференциальный диагноз, диагностика, лечение. Ложное ущемление.
23. Ущемленная грыжа. Хирургическая тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи. Мнимое вправление ущемленной грыжи.
24. Виды ущемления грыж. Механизм ущемления. Патологические изменения в ущемленном органе.
25. Оперативное вмешательство при ущемленной грыже, особенности. Признаки нежизнеспособности ущемленного органа.
26. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Патогенез, клиника, причины неудач консервативного лечения. Группы риска.
27. Показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и 12перстной кишки. Показания к хирургической терапии по С.С. Юдину.
28. Методы оперативных вмешательств при язвенной болезни желудка и 12перстной кишки. Виды желудочно-кишечных анастомозов при резекции желудка.
29. Ранние послеоперационные осложнения при резекции желудка. Их профилактика и лечение.
30. Поздние осложнения после операции на желудке. Синдром приводящей петли.

31. Болезни оперированного желудка, классификация, лечение.
32. Гастродуоденальные кровотечения (язвенная болезнь, эрозивный гастрит, синдром Маллори-Вейса, варикозное расширение вен пищевода, опухоли), клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
33. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная кровотечением, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к консервативному и оперативному лечению.
34. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная перфорацией. Клиника, Клиника, диагностика, эндоскопическая и видеолапароскопическая картина, дифференциальный диагноз, лечение. Виды операций.
35. Прикрытая перфоративная язва. Клиника, эндоскопическая и видеолапароскопическая картина, особенности лечения.
36. Стеноз привратника. Причины, патогенез водно-электролитных и других нарушений, клиника, лечение.
37. Язвенная болезнь желудка, осложненная онкопроцессом, ранняя диагностика. Предраковые состояния.
38. Желчнокаменная болезнь. Патогенез камнеобразования, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
39. Острый холецистит, классификация, клиника различных форм, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение острого холецистита.
40. Хирургическое лечение острого холецистита. Показания к оперативному вмешательству, предоперационная подготовка, типы операций. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии.
41. Желчнокаменная болезнь: осложнения (холедохолитиаз, свищи желчевыводящих путей, синдром Миризи, стриктура фатерова сосочка и др.), диагностика, лечение, профилактика.
42. Холедохолитиаз. Клиника, диагностика. Показания и виды дренирования желчных путей.
43. Механическая желтуха. Причины, патогенез расстройств, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Особенности оперативных вмешательств и профилактика осложнений.
44. Холангиты. Причины, клиника, диагностика, лечение.
45. Хронический холецистит. Патанатомия. Клиническое течение, диагностика, показания к операции. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии.
46. Острый панкреатит, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лапароскопическая картина.
47. Острый панкреатит. Консервативное лечение. Методы неспецифической детоксикации (форсированный диурез, лимфосорбция и др.). Профилактика рецидивов (диета, режим, санаторно-курортное лечение, трудовая реабилитация).
48. Острый панкреатит. Показания к хирургическому лечению. Характероперативных вмешательств и их исходы.
49. Панкреонекроз: жировой, геморрагический, смешанный. Клиника, диагностика, лечение. Роль видеолапароскопии в диагностике панкреонекроза.
50. Хронический панкреатит (свищи, кисты, опухоли). Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению, виды операций.
51. Кишечная непроходимость, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
52. Динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.

53. Обтурационная кишечная непроходимость. Причины, патогенез, особенности нарушений водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, дифференциальный диагноз, диагностика.
54. Странгуляционная кишечная непроходимость, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
55. Инвагинация. Причины, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
56. Заворот тонкой кишки. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
57. Узлообразование. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
58. Заворот сигмовидной кишки. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
59. Заворот слепой кишки. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
60. Спаечная кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
61. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости. Виды операций. Показания к резекции кишки.
62. Острый перитонит. Классификация. Анатомо-физиологические сведения о брюшине. Этиология. Пути распространения инфекции. Роль защитных механизмов.
63. Острый перитонит. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
64. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных перитонитом. Борьба с нарушениями гемодинамики, интоксикацией, парезом кишечника.
65. Острый разлитой гнойный перитонит. Особенности оперативных вмешательств. Показания к дренированию брюшной полости. Показания к программным санированиям брюшной полости.
66. Поддиафрагмальный абсцесс. Причины, клиника, диагностика, лечение.
67. Межкишечный абсцесс. Причина, клиника, диагностика, лечение.
68. Неспецифический язвенный колит. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение.
69. Дивертикулез толстой кишки. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, осложнения, лечение.
70. Полип и полипоз толстой кишки. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
71. Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
72. Кишечные свищи. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
73. Повреждения пищевода. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
74. Эзофагит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
75. Кардиоспазм и ахалазия пищевода. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
76. Ожоги, стриктуры пищевода. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
77. Дивертикулы пищевода. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
78. Геморрой. Осложнения, дифференциальный диагноз, современные способы лечения, профилактика.
79. Анальная трещина, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
80. Паранекроз. Этиопатогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.
81. Заболевания молочной железы: мастопатия, гинекомастия, фиброаденомы. Клиника, диагностика, лечение.
82. Неосложненная варикозная болезнь вен нижних конечностей, хирургическое лечение.
83. Осложненная варикозная болезнь вен нижних конечностей (тромбофлебит, кровотечение, ХВН, острый тромбоз и эмболия вен).
84. Врожденные венозные дисплазии, клиника, диагностика, лечение.
85. Повреждения магистральных вен конечностей.
86. Варикозная болезнь вен нижних конечностей, клиника, диагностика, лечение.
87. Посттромбофлебитический синдром, клиника, диагностика, лечение.
88. Трофические язвы венозной этиологии, клиника, диагностика, лечение.

89. Острый тромбоз поверхностных вен, клиника, диагностика, лечение.

90. Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей, клиника, диагностика, лечение.

4.7. Ролевые/деловые игры для оценки компетенций: УК-1, УК-2, УК-3, УК-9, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7, ОПК-8, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-11, ПК-22, ПК-23

1. Ролевая/деловая игра «Диагностика хирургической патологии щитовидной железы».

В ходе деловой игры, которая организуется на практическом занятии обучающийся демонстрирует навыки интерпретации данных расспроса, осмотра, физикальных методов исследования, инструментальных и лабораторных данных для того, чтобы верифицировать хирургическую патологию щитовидной железы и определить лечебную тактику.

2. Ролевая/деловая игра «Диффузный токсический зоб».

В ходе деловой игры, которая организуется на практическом занятии обучающийся демонстрирует навыки интерпретации данных расспроса, осмотра, физикальных методов исследования, инструментальных и лабораторных данных для того, чтобы верифицировать диффузный токсический зоб у пациента и определить лечебную тактику.

3. Ролевая/деловая игра «Многоузловой токсический зоб».

В ходе деловой игры, которая организуется на практическом занятии обучающийся демонстрирует навыки интерпретации данных расспроса, осмотра, физикальных методов исследования, инструментальных и лабораторных данных для того, чтобы верифицировать многоузловой токсический у пациента и определить лечебную тактику.

4. Ролевая/деловая игра «Тиреоидиты».

В ходе деловой игры, которая организуется на практическом занятии обучающийся демонстрирует навыки интерпретации данных расспроса, осмотра, физикальных методов исследования, инструментальных и лабораторных данных для того, чтобы верифицировать тиреоидиты у пациента и определить лечебную тактику.

5. Ролевая/деловая игра «Доброкачественные опухоли щитовидной железы».

В ходе деловой игры, которая организуется на практическом занятии обучающийся демонстрирует навыки интерпретации данных расспроса, осмотра, физикальных методов исследования, инструментальных и лабораторных данных для того, чтобы верифицировать доброкачественную опухоль щитовидной железы у пациента и определить лечебную тактику.

6. Ролевая/деловая игра «Злокачественные опухоли щитовидной железы».

В ходе деловой игры, которая организуется на практическом занятии обучающийся демонстрирует навыки интерпретации данных расспроса, осмотра, физикальных методов исследования, инструментальных и лабораторных данных для того, чтобы верифицировать злокачественную опухоль щитовидной железы у пациента и определить лечебную тактику.

7. Ролевая/деловая игра «Заболевания паращитовидных желез».

В ходе деловой игры, которая организуется на практическом занятии обучающийся демонстрирует навыки интерпретации данных расспроса, осмотра, физикальных методов исследования, инструментальных и лабораторных данных для того, чтобы верифицировать заболевания паращитовидных желез у пациента и определить лечебную тактику.

5. Содержание оценочных средств промежуточной аттестации: тест, ситуационные задачи, собеседование

Промежуточная аттестация в 7-м семестре 4-го проводится в виде зачета

Промежуточная аттестация в 8-м семестре 4-го проводится в виде экзамена

5.1 Перечень контрольных заданий и иных материалов, необходимых для оценки знаний, умений, навыков и опыта деятельности: тесты по разделам тестовые задания, ситуационные задачи и вопросы для собеседования.

5.1.1. Тестовые вопросы с вариантами ответов к зачёту и экзамену по дисциплине «Факультетская хирургия» представлены в п. 4.5

5.1.2. Тестовые вопросы с вариантами ответов к зачёту и экзамену по дисциплине «Факультетская хирургия» представлены в п. 4.4

5.1.3. Перечень вопросов для собеседования на экзамене по дисциплине «Факультетская хирургия»:

1. Анатомо-физиологические сведения о молочной железе. Классификация заболеваний. Методы обследования.

2. Острый гнойный мастит. Клиника, диагностика, лечение.

3. Мастопатия. Причины, классификация, клиника, диагностика, лечение, профилактика.

4. Доброкачественные опухоли (фиброаденома, липома). Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

5. Рак молочной железы. Пути метастазирования, формы (узловые, диффузные, инфильтрующие, рак Педжета, маститоподобный рак, рожеподобный, панцирный рак.) Классификация международная и по стадиям. Диагностика, лечение, профилактика.

6. Этиология и патогенез острого аппендицита.

7. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.

9. Лечение. Показания и противопоказания к аппендэктомии.

10. Осложнения острого аппендицита (инфильтраты, гнойники илеоцекальной области, межкишечный абсцесс, поддиафрагмальный, тазовый пилефлебит). Клиника, диагностика, лечение.

11. Особенности клинического проявления острого аппендицита у детей, людей пожилого и старческого возраста, беременных женщин.

12. Хронический аппендицит - клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

13. Острый аппендицит (подготовка больных к операции, ведение послеоперационного периода, результаты оперативного лечения).

14. Ранние осложнения после операции по поводу острого аппендицита. Клиника, лечение.

15. Рак ободочной кишки. Классификация (по анатомическим формам роста и гистологическому строению, стадии процесса, клиническому течению). Клиника. Осложнения (непроходимость, перфорация, кровотечения). Диагностика. Дифференциальная диагностика. Объёмы операции, показания к ним. Принципы послеоперационной подготовки.

16. Трещина прямой кишки. Причины, клиника, диагностика, лечение.

17. Паранекротиты и параректальные свищи. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение.

18. Полипы прямой кишки и полипоз. клиника, диагностика, лечение.

19. Рак прямой кишки. Классификация (по анатомическим формам роста и гистологическому строению, стадии процесса, клиническому течению). Клиника. Осложнения (непроходимость, перфорация, кровотечения). Диагностика. Дифференциальная диагностика. Объёмы операции, показания к ним. Принципы послеоперационной подготовки и течения. Лучевая терапия и химиотерапия.

20. Общая симптоматика грыж. Диагностика, лечение, принципы операций, противопоказания к операции, подготовка к операции, послеоперационный период, причины рецидива грыж, профилактика.

21. Грыжи - определение, элементы грыжи, этиология, патогенез, классификация (по происхождению, локализации, течению).

22. Паховые грыжи. Анатомия пахового канала. Прямая, косая, врожденная паховые грыжи. Диагностика и диф.диагностика, методы операций (пластика по Ру, Боброву, Мартынову, Спасокукоцкому, Бассини).
23. Бедренные грыжи - причины, клиника, диагностика, методы операций (Бассини, Руджи).
24. Пупочные грыжи - клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, Методы операции (Лексер, Мейо, Сапежко). Особенности у детей.
25. Грыжи белой линии живота - анатомические данные, клиника, диагностика, дифдиагностика, методы операций.
26. Послеоперационные грыжи - причины возникновения, диагностика, методы операций (Сапежко, аллопластика).
27. Невправимость грыжи - определение, клиника, диагностика, методы лечения.
28. Ущемленная грыжа, определение, патологоанатомические изменения в ущемлённом органе (странгуляционная борозда, изменения в ущемлённой кишке, приводящей петле, ишемический некроз) виды ущемлений, клиника, диагностика, лечение.
29. Дифференциальная диагностика ущемленной грыжи.
30. Ретроградное, пристеночное ущемление грыж, особенности клиники, диагностика, методы лечения.
31. Мнимое вправление и ложное ущемление грыж. Определение, понятия, лечение.
33. Методы определения жизнеспособности ущемленной кишки.
- 34.-Тактика хирурга при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи (при осмотре на дому, приемном отделении, в стационаре - на операционном столе).
35. Воспаление грыжи - причины, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
36. Скользящие грыжи - особенности оперативной техники при скользящих грыжах.
37. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы - классификация (скользящие, паразофагальные), клиника, диагностика и лечение. Осложнения, показания к операции
- 38.Странгуляционная кишечная непроходимость, определение, причины, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, виды операций, показания к резекции кишечника.
39. Кишечная непроходимость. Определение, классификация (по происхождению, патогенезу, локализации), методы обследования, диагностика, лечение.
40. Острая кишечная непроходимость вследствие обтурации (определение, причины, патогенез, клиника, методы обследования, дифференциальная диагностика, лечение). Особенности нарушений водно-электролитного баланса и КЩС.
41. Инвагинация кишечника (определение, виды, причины, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, методы обследования и лечения). Виды операций.
42. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с ОКН. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника, гидроионными нарушениями, изменениями КЩС.
43. Динамическая кишечная непроходимость – этиология, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
44. Динамическая кишечная непроходимость, как симптом острых заболеваний органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства.
45. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Показания и выбор метода хирургического лечения больных

46. Облитерирующий эндартериит, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение. Показания и выбор метода хирургического лечения больных
47. Аневризма грудной и брюшной аорты. Классификация, диагностика, лечение.
51. Артериальные тромбозы и эмболии. Отличие, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
52. Консервативное и хирургическое лечение острой артериальной непроходимости (эмболии, тромбозы).
54. Варикозная болезнь вен нижних конечностей - этиология, патогенез, классификация. Диагностика, лечение склерозирующая терапия, оперативное (показания, противопоказания).
55. Осложнения варикозного расширения вен, клиника, диагностика, лечение.
58. Тромбофлебиты нижних конечностей, определение, классификация, этиология, патогенез, клиника тромбофлебита поверхностных вен, диагностика, опасности, осложнения, врачебная тактика. Профилактика.
59. Острый тромбоз глубоких вен нижних конечностей, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение (консервативное, хирургическое). Профилактика
60. Тромбэмболия легочной артерии. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, профилактика, лечение.
63. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки этиология, патогенез, стадии, клиника и диагностика. принципы консервативного и хирургического лечения.
65. Оперативные методы лечения язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки, показания, выбор метода операции. Виды анастомозов при резекции желудка (Бильрот-1,2, Финстерера, Бальфура, Ру, ваготомия).
66. Каллезная и пенетрирующая язва желудка и 12-перстной кишки (клиника, диагностика, лечение).
67. Рубцово-язвенный стеноз выходного отдела желудка (степени стеноза, клиника, диагностика, лечение). Нарушения КЩС
68. Прикрытая перфорация язвы желудка и 12-перстной кишки клиника, диагностика, хирургическая тактика при них.
69. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки, классификация, клиника (первичный шок, стадия эйфори, стадия разлитого перитонита), диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
71. Кровоточащая язва, классификация кровотечений, клиника желудочно-кишечного кровотечения, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
72. Синдром Меллори-Весса, этиология, клиническая картина, диагностика, лечение.
74. Неэпителиальные опухоли желудка, классификация, клиника, диагностика, лечение.
75. Рак желудка. Патологоанатомическая и гистологическая классификации. Стадии рака желудка. Синдром малых признаков. Осложнения, клиника, диагностика
76. Пути метастазирования при раке желудка. Особенности клинической картины рака желудка в зависимости от локализации опухоли в желудке и формы роста.
78. Рак желудка, оперативное лечение (резекция желудка, гастрэктомия)
81. Желчнокаменная болезнь, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение, показания к операции, методы операций (холецистостомия, холецистэктомия, холедохотомия, дренирование общего желчного протока).
82. Осложнения желчнокаменной болезни.
83. Дифференциальная диагностика механической и паренхиматозной желтухи.
84. Холангиты. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.
85. Острый холецистит. Классификация, клиника, диагностика, лечение. Показания к оперативному лечению.

86. Холемиа и ахолия, происхождение, осложнения, особенности операций у желтушных больных, предоперационная подготовка, лечение.
87. Хронический холецистит. Клиника, диагностика, лечение.
88. Водянка и эмпиема желчного пузыря. Клиника, диагностика, лечение.
89. Острый панкреатит, этиология, патогенез, патологическая анатомия острого панкреатита.
90. Значение лабораторных методов в диагностике острого панкреатита.
91. Острый панкреатит, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
93. Осложнения острого панкреатита (абсцедирование, панкреатический свищ, ложная киста, перитонит), дифференциальный диагноз
94. Общие принципы лечения острого панкреатита, показания к операции.
95. Кисты поджелудочной железы, Классификация, клиника, диагностика, лечение, принципы хирургического лечения.
97. Хроническая эмпиема плевры. Определение, клиника, диагностика, лечение, причины перехода острой эмпиемы в хроническую.
98. Острый гнойный плеврит. Определение, понятия, классификация по этиологическому фактору, распространенность процесса. Пути проникновения инфекции в плевральную полость., клиника, диагностика, лечение, показания к дренированию плевральной полости.
99. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Клиника, диагностика, лечение.
100. Острый абсцесс легких. Определение, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, виды операций.
101. Гангрена легких. Определение, Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, виды операций.
102. Бронхоэктатическая болезнь. Определение, понятия, классификация, этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, показания к хирургическому лечению, виды операций.
103. Рак лёгкого, этиология, патогенез, пути метастазирования классификация, клиника. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
104. Доброкачественные опухоли лёгких, клиника, диагностика, лечение (резекция лёгкого, резекция бронха, эндоскопическое удаление опухоли).
108. Пиопневмоторакс. Причины. Острая, мягкая и стёртая формы. Тотальный, ограниченный, клапанный, напряжённый, диагностика, лечение.
109. Перитонит. Определение, сведения о брюшине, классификация перитонитов.
110. Острый гнойный перитонит, источники. Клиника, диагностика, лечение.

6. Критерии оценивания результатов обучения

Для зачета:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.

Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.
Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

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»

Для экзамена:

Результаты обучения	Критерии оценивания	
	Не зачтено	Зачтено
Полнота знаний	Уровень знаний ниже минимальных требований. Имели место грубые ошибки.	Уровень знаний в объеме, соответствующем программе подготовки. Могут быть допущены несущественные ошибки
Наличие умений	При решении стандартных задач не продемонстрированы основные умения. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы основные умения. Решены типовые задачи, выполнены все задания. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Наличие навыков (владение опытом)	При решении стандартных задач не продемонстрированы базовые навыки. Имели место грубые ошибки.	Продемонстрированы базовые навыки при решении стандартных задач. Могут быть допущены несущественные ошибки.
Мотивация (личностное отношение)	Учебная активность и мотивация слабо выражены, готовность решать поставленные задачи качественно отсутствуют	Проявляется учебная активность и мотивация, демонстрируется готовность выполнять поставленные задачи.

Характеристика сформированности компетенции	Компетенция в полной мере не сформирована. Имеющихся знаний, умений, навыков недостаточно для решения практических (профессиональных) задач. Требуется повторное обучение	Сформированность компетенции соответствует требованиям. Имеющихся знаний, умений, навыков и мотивации в целом достаточно для решения практических (профессиональных) задач.
Уровень сформированности компетенций	Низкий	Средний/высокий

Полный комплект оценочных средств для дисциплины «Название дисциплины» представлен на портале СДО Приволжского исследовательского медицинского университета – <https://sdo.pimunn.net/course/view?id=2544>

Разработчик(и):

Загайнов Владимир Евгеньевич, доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии и трансплантологии.

Рябова Елена Николаевна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры факультетской хирургии и трансплантологии.

Дата «1» февраля 2023 г.