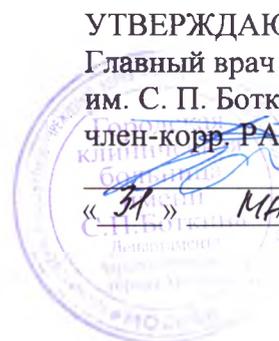


**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
города Москвы
Городская клиническая больница имени С. П. Боткина
Департамента здравоохранения города Москвы**

УТВЕРЖДАЮ
Главный врач ГБУЗ ГКБ
им. С. П. Боткина ДЗМ,
член-корр. РАН, д.м.н., проф.:
/А.В. Шабунин/
« 31 » МАРТА 2021 г.



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

**выпускников основной профессиональной образовательной
программы высшего образования – программы подготовки кадров
высшей квалификации в ординатуре по специальности
31.08.67 Хирургия**

Блок 3

«Государственная итоговая аттестация»

**Базовая часть – трудоемкость 3 зачетных единицы
(108 академических часов)**

Москва 2021

Рецензент:

Парфенов Игорь Павлович, д.м.н., профессор кафедры хирургии РМАНПО,
главный врач ГKB им. В.В. Вересаева ДЗМ, Заслуженный врач РФ.

Содержание

I. Общие положения

II. Требования к государственной итоговой аттестации

III. Государственная итоговая аттестация

IV. Критерии оценки ответа

V. Рекомендуемая литература

I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Программа государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия разработана на основании:

– Федерального закона от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.08.2014 № 1110 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2014, № 34417);

– Приказа Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры» (зарегистрировано в Минюсте России 28.01.2014 № 31136);

– Приказа Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (зарегистрировано в Минюсте России 11.04.2016 № 41754);

– Устава ГКБ им. С.П. Боткина;

– иных локальных нормативных актов, регулирующих организацию и проведение государственной итоговой аттестации.

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы – Блок 3. Государственная итоговая аттестация – и завершается присвоением квалификации врач-хирург.

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

ГИА является завершающим этапом обучения и предусмотрена в 4 семестре обучения в соответствии с утвержденным учебным планом программы обучения.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия составляет 3 зачетных единицы: подготовка к государственному экзамену и государственная итоговая аттестация в форме государственного экзамена.

Целью государственной итоговой аттестации обучающихся по образовательной программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия является установление уровня подготовки выпускников к решению профессиональных задач и соответствия их подготовки требованиям Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования.

Задачи государственной итоговой аттестации:

- оценка степени готовности выпускника к решению профессиональных задач;
- принятие решения о присвоении выпускнику квалификации по результатам государственной итоговой аттестации и выдаче ему документа о высшем образовании.

II. ТРЕБОВАНИЯ К ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия должна выявлять теоретическую и практическую подготовку врача-хирурга в соответствии с требованиями ФГОС ВО по специальности.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план программы ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия.

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается документ об образовании и о квалификации, подтверждающий получение высшего образования по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.67 Хирургия.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по неуважительной причине или в связи с получением оценки «неудовлетворительно», отчисляются из организации с выдачей справки об обучении как не выполнившие обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

Обучающиеся, не прошедшие государственную итоговую аттестацию в связи с неявкой на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы (отмена рейса, отсутствие билетов), погодные условия или в других случаях, перечень

которых устанавливается организацией самостоятельно), вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения государственной итоговой аттестации.

Лицо, не прошедшее государственную итоговую аттестацию, может повторно пройти государственную итоговую аттестацию не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения государственной итоговой аттестации, которая не пройдена обучающимся.

Для повторного прохождения государственной итоговой аттестации указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный организацией, но не менее периода времени, предусмотренного календарным учебным графиком для государственной итоговой аттестации по соответствующей образовательной программе.

Для обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее - индивидуальные особенности).

Для проведения государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются государственные экзаменационные комиссии, которые состоят из председателя, секретаря и членов комиссии.

Для проведения апелляций по результатам государственной итоговой аттестации в ГКБ им. С.П. Боткина создаются апелляционные комиссии, которые состоят из председателя и членов комиссии.

Государственная экзаменационная и апелляционная комиссии (далее вместе - комиссии) действуют в течение календарного года.

ГКБ им. С.П. Боткина самостоятельно устанавливает регламенты работы комиссий.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

ГКБ им. С.П. Боткина утверждает составы комиссий не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации.

Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается из числа лиц, не работающих в ГКБ им. С.П. Боткина, и имеющий ученую степень доктора наук (в том числе ученую степень, полученную в иностранном государстве и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание профессора соответствующей области профессиональной деятельности, либо представителей органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления в сфере охраны здоровья.

Председателем апелляционной комиссии является руководитель организации (лицо, исполняющее его обязанности, или лицо, уполномоченное руководителем организации, - на основании распорядительного акта организации).

Председатели комиссий организуют и контролируют деятельность комиссий, обеспечивают единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении государственной итоговой аттестации.

Государственная экзаменационная комиссия состоит не менее чем из 5 человек, из которых не менее 50 процентов являются ведущими специалистами - представителями работодателей и (или) их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности (далее - специалисты) и (или) представителями органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные - лицами, относящимися к профессорско-преподавательскому составу данной организации, и (или) иных организаций и (или) научными работниками данной организации и (или) иных организаций, имеющими ученое звание и (или) ученую степень и (или) имеющими государственное почетное звание (Российской Федерации, СССР, РСФСР и иных республик, входивших в состав СССР), и (или) лицами, являющимися лауреатами государственных премий в соответствующей области.

В состав апелляционной комиссии включаются не менее 4 человек из числа педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, и (или) научных работников данной организации, которые не входят в состав государственных экзаменационных комиссий.

На период проведения государственной итоговой аттестации для обеспечения работы государственной экзаменационной комиссии из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу организации, научных работников или административных работников организации, председателем государственной экзаменационной комиссии назначается ее секретарь. Секретарь государственной экзаменационной комиссии не является ее членом. Секретарь государственной экзаменационной комиссии ведет протоколы ее заседаний, представляет необходимые материалы в апелляционную комиссию.

Основной формой деятельности комиссий являются заседания. Заседание комиссий правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии.

Заседания комиссий проводятся председателями комиссий.

Решения комиссий принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссий и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

Решения, принятые комиссиями, оформляются протоколами.

В протоколе заседания государственной экзаменационной комиссии по приему государственного аттестационного испытания отражаются перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов государственной экзаменационной комиссии о выявленном в ходе

государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося.

Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем. Протокол заседания государственной экзаменационной комиссии также подписывается секретарем государственной экзаменационной комиссии.

Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве организации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственный экзамен проводится по утвержденной организацией программе, содержащей перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен, и рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену, в том числе перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена (далее - предэкзаменационная консультация).

Не позднее чем за 30 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания ГКБ им. С.П. Боткина утверждает распорядительным актом расписание государственных аттестационных испытаний (далее - расписание), в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающегося, членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий, руководителей и консультантов выпускных квалификационных работ.

Результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, - на следующий рабочий день после дня его проведения.

Порядок апелляции.

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию в письменном виде апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласия с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;

об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации обучающегося, подавшего апелляцию, в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

III. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

- 1) междисциплинарного тестирования;
- 2) устного собеседования по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

Государственная итоговая аттестация осуществляет оценку сформированности у обучающихся компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия (уровень подготовки кадров высшей квалификации) путём оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре (далее – программа ординатуры) по специальности 31.08.67 Хирургия, и характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач соответствующих квалификации – врач-хирург.

Перечень компетенций, оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (далее – УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее – ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных

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

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

– готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

– готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

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

лечебная деятельность:

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

– готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

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

психолого-педагогическая деятельность:

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

организационно-управленческая деятельность:

– готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

– готовность к участию в оценке качества оказания медицинской

помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

– готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

I этап. Междисциплинарное тестирование

Междисциплинарное тестирование осуществляется по утвержденным оценочным материалам, разработанным в соответствии с паспортом компетенций обучающихся по специальности 31.08.67 Хирургия. Индивидуальное тестирование обучающегося включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры

Инструкция: выберите один правильный ответ:

Необходимость и сроки временного перевода на другую работу по болезни рабочего или служащего определяют:

- А. профсоюзные органы;
- Б. клинично-экспертная комиссия (далее – КЭК);
- В. заведующий отделением;
- Г. бюро медико-социальной экспертизы (далее – БМСЭ);
- Д. правильно Б и В;

Ответ Д.

Двигательная иннервация мимических мышц лица осуществляется:

- А. лицевым нервом;
- Б. тройничным нервом;
- В. подъязычным нервом;
- Г. добавочным нервом.

Ответ А.

Наиболее частой причиной портальной гипертензии у взрослых является:

- А. тромбоз селезеночной или воротной вены;
- Б. опухолевые поражения печени;
- В. цирроз печени;
- Г. легочная или сердечно-сосудистая недостаточность;
- Д. синдром Бадд-Киари.

Ответ В.

Варикозно расширенные вены пищевода и желудка можно установить с помощью:

- А. лапароскопии;

- Б. пневмомедиастинографии;
- В. спленопортографии;
- Г. рентгеноскопии пищевода и желудка;
- Д. динамической гепатобилиосцинтиграфии.

Ответ В.

Тампонирование подпеченочного пространства после холецистэктомии показано:

- А. при остром деструктивном холецистите;
- Б. при неушитом ложе удаленного желчного пузыря;
- В. при кровотечении из ложа желчного пузыря;
- Г. при редких швах ложа удаленного желчного пузыря.

Ответ В.

К преимуществам эндотрахеального наркоза относится все перечисленное, кроме:

- А. оптимальной искусственной вентиляции легких;
- Б. обеспечения проходимости дыхательных путей;
- В. предупреждения развития бронхоспазма и остановки сердца;
- Г. достижения максимально необходимой релаксации мышц.

Ответ В.

Фентанил является:

- А. мощным анальгетиком, действующим 20-25 минут;
- Б. анальгетиком короткого действия (2-3 минуты);
- В. нейролептиком;
- Г. препаратом выраженного психотропного действия;
- Д. антидепрессантом.

Ответ А.

Основным показанием к гемотрансфузии является:

- А. парентеральное питание;
- Б. стимуляция кроветворения;
- В. значительная анемия от кровопотери;
- Г. дезинтоксикация;
- Д. иммунокоррекция.

Ответ В.

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

- А. торакоскопия;
- Б. рентгеноскопия и рентгенография легких;
- В. плевральная пункция;

Г. сканирование легких;
Д. бронхоскопия.
Ответ В.

К ранним симптомам тромбоза мезентериальных сосудов относится:
А. жидкий стул с примесью крови;
Б. рвота;
В. боль в животе с иррадиацией в спину;
Г. дряблость передней брюшной стенки;
Д. псоас- симптом.
Ответ А.

Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит:
А. лицевых вен;
Б. глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза;
В. глубоких вен верхних конечностей;
Г. поверхностных вен нижних конечностей;
Д. поверхностных вен верхних конечностей.
Ответ Б.

Наиболее достоверным клиническим проявлением перфоративной язвы желудка является:
А. рвота;
Б. желудочное кровотечение;
В. напряжение мышц передней брюшной стенки, отсутствие печеночной тупости;
Г. частый жидкий стул;
Д. икота.
Ответ В.

К абсолютным показаниям к хирургическому лечению язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме:
А. перфорации;
Б. кровотечения, не останавливаемые консервативными мероприятиями;
В. малигнизации;
Г. большой глубины «ниши» пенетрирующей язвы, выявляемой при рентгенологическом исследовании;
Д. декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка.
Ответ Г.

Злокачественную трансформацию наиболее часто претерпевают:
А. язвы луковицы 12-перстной кишки;
Б. постбульбарные язвы;

- В. язвы малой кривизны желудка;
 - Г. язвы большой кривизны желудка;
 - Д. язвы всех указанных локализаций.
- Ответ В.

О наличии прободения язвы желудка или 12-перстной кишки позволяет судить:

- А. доскообразный живот;
- Б. сильные боли в эпигастрии;
- В. боли в поясничной области;
- Г. лейкоцитоз до 15 000;
- Д. желтушное окрашивание склер и кожных покровов.

Ответ А.

Напряжение мышц в правой подвздошной области, нередко возникающее при прободной язве 12-перстной кишки, можно объяснить:

- А. скоплением воздуха в брюшной полости, в частности в правой подвздошной области;
- Б. развивающимся разлитым перитонитом;
- В. висцеро-висцеральным рефлексом с червеобразного отростка;
- Г. затеканием содержимого по правому боковому каналу;
- Д. рефлекторными связями через спинномозговые нервы.

Ответ Г.

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

- А. демпинг-синдрома;
- Б. гипогликемического синдрома;
- В. синдрома «малого желудка»;
- Г. пептической язвы анастомоза;
- Д. Синдрома приводящей петли.

Ответ Г.

Для синдрома Меллори–Вейса характерно образование язв-трещин:

- А. в кардиальном отделе желудка;
- Б. в антральном отделе желудка;
- В. в пилорическом отделе желудка;
- Г. в теле желудка;
- Д. в зоне кардиоэзофагеального перехода.

Ответ Д.

При ожогах стоп наиболее часто поражаются:

- А. сухожилия разгибателей пальцев стопы;
- Б. сухожилия сгибателей пальцев стопы;

- В. пяточная кость;
 - Г. ахиллово сухожилие;
 - Д. правильно А, Г.
- Ответ Д.

При лечении хронической каллезной анальной трещины наиболее эффективным является:

- А. пресакральная блокада;
 - Б. введение новокаина со спиртом под трещину;
 - В. пальцевое растяжение сфинктера по Рекомье;
 - Г. иссечение трещины;
 - Д. иссечение трещины с дозированной сфинктеротомией.
- Ответ Д.

Эризепеллоид отличается от рожистого воспаления:

- А. локализацией;
 - Б. наличием зуда;
 - В. нарушением функции органа;
 - Г. отсутствием гипертермии и локальной болезненности;
 - Д. правильно Б, Г.
- Ответ Д.

Инструкция: выберите правильный ответ по схеме:

- А. если правильно ответы 1,2,3
- Б. если правильно ответы 1,3
- В. если правильно ответы 2, 4
- Г. если правильно ответы 4
- Д. если правильно ответы 1,2,3,4

Больной М., 82 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в правом подреберье. Заболел около 6 суток назад. В анамнезе ИБС, гипертоническая болезнь. При осмотре состояние больного тяжелое, тахикардия, ЧСС 98 в минуту. Температура тела 37,8⁰. При пальпации определяется болезненность в правом подреберье, в той же области пальпируется инфильтрат. Перитонеальные симптомы отрицательные. По данным УЗИ желчный пузырь увеличен, толстостенный, в его шейке лоцируется конкремент до 1,5 см в диаметре; вокруг желчного пузыря, в подпечёночном пространстве определяется инфильтрат. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Больному по неотложным показаниям следует провести хирургическое лечение в объёме:

1. лапаротомия, холецистэктомия;
2. лапароскопическая холецистэктомия;
3. лапароскопия, дренирование подпечёночного пространства;
4. холецистостомия под контролем УЗИ.

Ответ- Г

Инструкция: Установите соответствие между позициями, представленными в обозначенных колонках. Для каждого буквенного компонента левой колонки выберите пронумерованный элемент правой колонки. Каждый пронумерованный элемент правой колонки может быть выбран один раз, более одного раза или не выбран совсем:

Механизм действия	Противоопухолевые препараты
А. реакции алкилирования молекул ДНК Б. Нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты В. Подавление синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы Г. Денатурации тубулина - белка микротрубочек Д. Образовании сшивок молекул ДНК	1. противоопухолевые антибиотики 2. антиметаболиты 3. растительного происхождения

Ответы: 1-Д, 2-Б, 3-Г

Укажите признанный орган по стандартизации на международном уровне.

- а) Международный форум по аккредитации;
- б) Евро-Азиатское сотрудничество государственных метрологических учреждений;
- в) Международная организация по стандартизации (ИСО);
- г) Европейский комитет по стандартизации.

Ответ: в

Председателем врачебной комиссии медицинской организации может быть назначен:

- а) руководитель медицинской организации;
- б) заместитель руководителя медицинской организации;
- в) руководитель структурного подразделения медицинской организации;
- г) врач-терапевт.

Ответ: а, б, в

II этап. Устное собеседование по дисциплинам и (или) модулям образовательной программы, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников

Устное собеседование является одной из форм проведения государственного экзамена. Основой для устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

1. Контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника.
2. Контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника.
3. Ситуационная задача, выявляющая сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия.

Перечень контрольных вопросов, выявляющих теоретическую подготовку выпускника

1. Теоретические основы организации здравоохранения.
2. Трансфузиология и роль службы крови в системе медицинской помощи населению Федеральный закон от 20.07.2012 № 125-ФЗ (ред. от 28.06.2014) «О донорстве крови и ее компонентов» (Собрание законодательства Российской Федерации, 23.07.2012, № 30, ст. 4176).
3. Врачебная тайна. Взаимоотношения врача, больного и лиц, окружающих больного. Ятрогения.
4. Особенности хирургической обработки ран лицевого отдела головы.
5. Грудная стенка (форма груди, слои грудной стенки). Грудная полость: легкие и органы средостения
6. Брюшная полость, брюшинный мешок. Свободные пространства брюшной полости. Этажи брюшной полости.
7. Роль лабораторных и лучевых методов исследования в диагностике заболеваний забрюшинных органов и органов таза.
8. Виды, способы и методы анестезии. Местные анестетики. Холиномиметики и холинолитики. Миорелаксанты. Спинальная анестезия.
9. Приемы и методы поддержания и восстановления жизненных функций организма.
10. Парентеральное питание, инфузионная терапия, гемотрансфузии, замена крови или ее части.
11. Нагноительные заболевания легких и плевры. Принципы диагностики и лечения.
12. Спонтанный пневмоторакс. Врачебная тактика. Показания к хирургическому лечению.
13. Понятие о плеврите и эмпиеме плевры. Методы диагностики. Показания к хирургическому лечению.
14. Классификация рака легкого. Методы обследования. Паллиативные и радикальные операции.
15. Злокачественные опухоли пищевода и кардии. Клиника. Дифференциальная диагностика. Современное состояние хирургии рака пищевода.

16. Механизм повреждения грудной клетки. Виды пневмотораксов. Плевропульмональный шок. Профилактика. Лечение.

17. Открытые и закрытые повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника. Диагностика. Особенности хирургической тактики.

18. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Врачебная тактика. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных пособий.

20. Острая кишечная непроходимость. Принципы диагностики и лечения.

21. Цирроз печени. Классификация. Неотложные операции при портальной гипертензии.

22. Механическая желтуха. Лабораторные и инструментальные методы диагностики. Эндоскопические и миниинвазивные методы лечения.

23. Тактика хирурга при остром холецистите.

24. Острый панкреатит. Классификация. Патоморфология. Современные принципы диагностики и лечения.

25. Рак поджелудочной железы. Классификация. Клиника, диагностика. Хирургические методы лечения.

Перечень контрольных заданий, выявляющих практическую подготовку выпускника

1. Дайте описание клинической симптоматики и хирургической тактики при остром аппендиците.

2. Дайте описание клинической симптоматики и хирургической тактики при острой кишечной непроходимости.

3. Дайте описание клинической симптоматики и хирургической тактики при желудочно-кишечном кровотечении.

4. Перечислите лекарственные препараты первого ряда для оказания экстренной помощи при остром панкреатите.

5. Перечислите лекарственные препараты для купирования болевого синдрома в послеоперационном периоде.

6. Показания к тампонированию брюшной полости.

7. Опишите методику санации брюшной полости при разлитом перитоните.

8. Опишите технику выполнения лапаротомии.

9. Опишите алгоритм диагностического поиска при сепсисе.

10. Опишите диагностику и хирургическую тактику при послеоперационных жидкостных скоплениях и гнойниках брюшной полости.

11. Назовите последовательность действий хирурга при ущемленной вентральной грыже с флегмоной грыжевого мешка.

12. Опишите хирургическую тактику при тупой травме грудной клетки.

13. Опишите хирургическую тактику при тупой травме живота.

14. Перечислите принципы антибактериальной терапии в ургентной хирургии.

15. Опишите тактика хирурга при сегментарном мезентериальном тромбозе.

16. Перечислите показания к хирургическому лечению при деструктивном панкреатите.

17. Выберите оперативную тактику в лечении острого холецистита.

18. Опишите методику ревизии органов брюшной полости при лапаротомии.

19. Опишите методики остановки кровотечения из паренхиматозных органов.

20. Перечислите показания к релапаротомии в раннем послеоперационном периоде.

Ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций выпускника, регламентированных образовательной программой ординатуры:

№1. Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. Диагноз и дополнительные методы исследования.
2. Определение степени острой кровопотери.
3. Методы определения групповой принадлежности крови.
4. Тактика, лечения.
5. Объем инфузионно-трансфузионной терапии.
6. Методы определения совместимости при переливании донорской крови.
7. Возможные осложнения при гемотрансфузии.
8. Понятие об универсальном доноре и исключение из него.

Ответы

1. Острое ЖК кровотечение. ФГС, общий анализ крови
2. По Алговеру (индекс шока PS/сАД) если < 1 – лёгкая кровопотеря, 1 – средней тяжести, > 1 – тяжёлая (в норме 0,5). По ЦВД в норме 5-10 мм в столба, снижается при кровопотере 15-20% ОЦК. Клинически по пульсу,

АД, клинике, по лабораторным показателям Ht, Hb удельный вес крови. У данного больного тяжёлая кровопотеря около 1,5 л

3. Стандартными изогемагглютинирующими сыворотками, цоликлоны.
4. Консервативная – гемостатическая терапия, ФГС в приёмном покое
5. На догоспитальном этапе 0,5 л полигюкина, 0,5 л лактосола, 0,5 физ раствор, (10 мл эр массы на кг и 10 мл плазмы на кг, коллоидов 20 мл на кг, кристаллоидов 10 мл на кг). На госпитальном 4 л: 1 л полигюкина, 2 л кристаллоидов, 1 л крови.
6. Совместимость по АВ0, совместимость по Rh, биологическая проба.
7. Тромбоэмболия, воздушная эмболия, посттрансфузионные реакции (пирогенные, антигенные, аллергические), собственно осложнения гемотрансфузии (гемотрансфузионный шок, синдром массивных гемотрансфузий, цитратная и калиевая интоксикация), инфекционные осложнения (СПИД, гепатиты).

№2. В приемное отделение больницы доставлен больной, мужчина 35 лет с жалобами на сильную боль в эпигастральной области. В течение нескольких лет отмечает боли в эпигастрии, изжогу. Во время поездки в метро внезапно почувствовал резкую боль в верхних отделах живота; которая была настолько сильной, что на некоторое время пациент потерял сознание. Положение больного вынужденное: лежит на правом боку, приведя колени к животу. Язык сухой. При пальпации отмечается доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки. “Печеночная тупость” перкуторно не определяется.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). С какими заболеваниями диагноз необходимо дифференцировать?
- в). Какими методами исследований можно подтвердить диагноз?
- г). Показана ли больному экстренная операция?
- д). Какие операции применяют в данной ситуации?

Ответ:

а). У больного клиническая картина перфоративной язвы гастродуоденальной зоны.

б). Диагноз необходимо дифференцировать с острым панкреатитом, с разрывом селезёнки и острым холециститом.

в). Диагноз подтверждается с помощью выполнения обзорной рентгенографии органов брюшной полости и ЭГДС.

г). Больному показана экстренная операция.

д). В подобной ситуации при наличии хронической язвы и отсутствии перитонита выполняют резекцию желудка, либо ушивание перфоративной язвы в связи с тяжелым состоянием больного и наличием перитонита, Распространён также метод – иссечение перфоративной язвы со стволовой или селективной ваготомией и пилоропластикой по Гейнике - Микуличу, Финнею или Жабуюлю.

№3. Ночью в клинику доставлен больной 30 лет, с жалобами на общую слабость, головокружение, ощущение "шума в ушах" и "мелькания мушек" перед глазами. Больной бледен, вял адинамичен. Раннее подобных явлений не было. Но в последнее время больной отмечает некоторый желудочный дискомфорт, иногда изжогу и боли в области желудка натощак. После приема пищи эти явления исчезают. Был жидкий стул черного цвета.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз?
- в). О чем свидетельствует наличие стула черного цвета?
- г). При помощи какого метода исследования можно подтвердить диагноз?
- д). Каковы особенности комплексного лечения?

Ответ:

- а). Кровотоочащая язва двенадцатиперстной кишки.
- б). Диагноз необходимо дифференцировать с синдромом Меллори - Вейса и циррозом печени, осложнённым кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода.
- в). Наличие стула черного цвета свидетельствует о кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта.
- г). Диагноз подтверждается при выполнении ЭГДС.
- д). Особенности комплексного лечения включают применение консервативной гемостатической терапии и проведение оперативного лечения (резекцию желудка либо прошивание кровоточащего сосуда в язве).

№4. На прием в поликлинике к Вам обратилась женщина 60 лет. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка, с пониженной кислотностью. В последнее время стала отмечать слабость, недомогание, отвращение к мясной пище, похудание. При осмотре: тургор кожи снижен, кожные покровы умеренно бледной окраски. Рентгенологическое исследование желудка выявило дефект наполнения бариевой взвеси в антральном отделе желудка.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз?
- в). При помощи какого метода исследования можно подтвердить диагноз?
- г). О каком возможном осложнении можно предположить?
- д). Какое лечение показано больной?

Ответ:

- а). Рак желудка.
- б). Диагноз необходимо дифференцировать полипом желудка и язвенной болезнью.

в). С целью выявления данной патологии необходимо выполнение ЭГДС с прицельной биопсией и по результатам гистологического исследования можно подтвердить диагноз.

г). Можно предположить о развитии анемии на фоне раковой интоксикации и наличии субкомпенсированного стеноза выходного отдела желудка.

д). Больной показано проведение консервативной терапии и оперативного лечения в объеме резекции желудка.

№5. В поликлинике к Вам обратился больной, 58 лет с жалобами на похудание, рвоту накануне съеденной пищей, слабость. В течение 20 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Неоднократно находился в стационарах гастроэнтерологического профиля. При осмотре: больной резко истощен, тургор кожи снижен. Пульс 88 ударов в 1 мин слабого наполнения. Определяется "шум плеска" в эпигастральной области. Граница желудка резко увеличена. Отмечается задержка стула.

Вопрос:

а). Ваш предварительный диагноз?

б). С какими заболеваниями диагноз необходимо дифференцировать?

в). О каком осложнении язвенной болезни можно предположить?

г). Каким методом исследования можно подтвердить наличие возникшего осложнения.

д). Какие операции можно применить в данном случае?

Ответ:

а). Язвенная болезнь желудка осложненного стенозом выходного отдела желудка.

б). Диагноз необходимо дифференцировать с раком желудка.

в). На основании клинической картины можно предположить о наличии стеноза выходного отдела желудка.

г). При помощи рентгенологического исследования с применением бариевой взвеси можно подтвердить наличие стеноза выходного отдела желудка.

д). В данном случае выполняется резекция желудка, а при тяжёлом состоянии больного – наложение гастроэнтероанастомоза.

№6. Больной длительное время находится в гастроэнтерологическом отделении. Страдает язвенной болезнью желудка в течение 12 лет. В настоящее время диагноз язвенной болезни подтвержден при эзофагогастродуоденоскопии. Однако, несмотря на проводимое лечение у больного сохраняются упорные резкие боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, боли проходят только после приема обезболивающих препаратов и соды, а также больной отметил, что боли исчезли во время рентгенологического исследования желудка.

- а). Ваш диагноз?
- б). О каком возможном осложнении можно предположить?
- в). Какие методы исследования показаны больному?
- г). Какими методами исследования можно подтвердить наличие возникшего осложнения?

д). Ваша лечебная тактика?

Ответ:

- а). Язвенная болезнь желудка
- б). Пенетрация язвы
- в). Больному показаны ЭГДС, рентгенологическое исследование желудка с применением бариевой взвеси, УЗИ органов брюшной полости.
- г). При помощи рентгенологического исследования с применением бариевой взвеси и КТ органов брюшной полости.
- д). Рекомендовать оперативное лечение.

№7. Больной 60 лет обратился с жалобами на похудание, слабость дискомфорт в эпигастральной области. При обследовании - рентгенологически: обширный дефект наполнения в области малой кривизны тела желудка с оттеснением его влево от позвоночника, а анализе крови НВ 85 г/л, СОЭ 35 мм/час

Вопрос:

- а). Ваш предварительный диагноз?
- б). Какие дополнительные исследования необходимо выполнить больному?
- в). Чем объяснить жалобы больного?
- г). Чем объяснить изменения клинических показателей крови?
- д). Какой объем оперативного лечения показан больному?

Ответ:

- а). Рак тела желудка.
- б). ЭГДС с биопсией из участка подозрительного на рак; УЗИ печени и лапароскопия с целью выявления метастазов.
- в). Жалобы больного обусловлены появлением симптомов «малых признаков».
- г). Изменения в крови обусловлены раковой интоксикацией.
- д). При отсутствии метастазов опухоли показана гастрэктомия, при неоперабельном раке - симптоматическая терапия.

№8. Больная, 72 года, обратилась с жалобами на нарушение переваривания пищи: отрыжку "тухлым", распирающие боли в эпигастральной области после еды, и рвоту съеденной пищей. В последнее время вызывает рвоту сама, после чего проходят распирающие боли в эпигастрии. При осмотре у больной наблюдается кахексия, бледность кожных покровов, тургор ее снижен, в левой надключичной области пальпируется плотный единичный подкожный лимфатический узел размерами 1.0 x 1.0 см, в

эпигастральной области над пупком плотный подвижный инфильтрат без четких границ.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Чем объяснить характер жалоб больной?
- в). Чем объяснить появление единичного лимфоузла вышеуказанных размеров левой подключичной области?
- г). Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
- д). Какой прогноз заболевания и какое лечение показано больной?

Ответ:

- а). Стенозирующий рак антрального отдела желудка.IV-стадия.
- б). Характер жалоб больного обусловлен нарушениями процессов пищеварения вследствие опухолевого процесса и стеноза выходного отдела желудка.
- в). Появление единичного лимфоузла размерами 1.0 X 1.0см в левой надключичной области обусловлено метастазированием опухоли.
- г). Больной показано рентгенологическое исследование с изучением пассажа бария из желудка, ЭГДС с биопсией из участка подозрительного на рак желудка и УЗИ брюшной полости с целью выявления метастазов рака.
- д). Прогноз заболевания неблагоприятный, показано паллиативное лечение _ обходной гастрэнтероанастомоз и симптоматическая терапия.

№9. Больной 68 лет, в течение 20 лет, страдающий язвенной болезнью желудка доставлен по экстренным показаниям в хирургический стационар по поводу желудочно-кишечного кровотечения. От операции по поводу язвы отказывался, лечился неоднократно амбулаторно и стационарно. Данное кровотечение возникло впервые. За последние полгода похудел на 10 кг, стал отмечать боли в области печени, увеличение живота. При осмотре отмечается кахексия, бледность кожных покровов, склеры желтушны, печень выступает из-под реберной дуги на 3 см под, определяется ненапряженный асцит. Нв70 г/л, в прямой кишке - мелена.

Вопрос:

- а). Ваш предварительный диагноз?
 - б). Стадия заболевания?
 - в). Методы его уточнения?
 - г). О каком симптоме свидетельствует мелена?
 - д). Какое лечение необходимо провести?
- Ответ:
- а). Перерождение язвы желудка в рак, осложнённый кровотечением вследствие изъязвления опухоли.
 - б). IV-стадия.
 - в). ЭГДС с прицельной биопсией и последующими гистологическими исследованиями биоптатов, УЗИ органов брюшной полости и лапароскопии.
 - г). Наличие мелены, свидетельствует о кровотечении из опухоли.

д). Показано проведение симптоматической терапии.

№10. Больной 63 лет отметил нарушение прохождения пищи в конце глотания, при этом - боли за грудиной. Обратился в поликлинику, где было сделано рентгенологическое исследование и обнаружен циркулярный дефект наполнения в кардиальном отделе желудка протяженностью 1,5 см диаметром 0,5 см. При биопсии обнаружена аденокарцинома желудка при УЗИ, рентгенографии грудной клетки, лапароскопии патологии не найдено.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). С каким заболеванием необходимо дифференцировать диагноз?
- в). С какой целью выполнялась лапароскопия?
- г). Ваше лечение?
- д). Прогноз заболевания?

Ответ:

- а). Рак кардиального отдела желудка.
- б). Диагноз необходимо дифференцировать с язвенной болезнью желудка.
- в). Лапароскопия выполнялась с целью выявления метастазов рака.
- г). Больному показано оперативное лечение в объеме проксимальной резекции желудка.
- д). Прогноз заболевания при выполнении радикальной операции благоприятный.

№11. Больному 45 лет, была выполнена эндоскопическая полипэктомия из желудка по поводу солитарного полипа задней стенки антрального отдела. При гистологическом исследовании в верхушке полипа обнаружены клетки аденокарциномы, в остальных отделах слизистая без патологических изменений.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какие дополнительные исследования показаны больному?
- в). Какое лечение показано больному?
- г). Какой объем операции показан больному?
- д). Какой прогноз заболевания?

Ответ:

- а). Малигнизация полипа желудка.
- б). Больному показано УЗИ органов брюшной полости с целью исключения метастазов опухоли в брюшной полости.
- в). Больному показано наблюдение онкологом в поликлинике и ЭГДС 2 раза в год
- г). Оперативное лечение показано только при прогрессировании заболевания
- д). Прогноз заболевания благоприятный.

№12. Больная В., 55 лет через 3-4 часа после ужина среди полного здоровья ощутила острую боль в правом подреберье, иррадиирущую в правую лопатку. Дважды была рвота с примесью желчи.

Вызванный врач "скорой помощи", на 3-й день заболевания, обратил внимание на страдальческое выражение лица, повышение температуры до 38,5 градусов, тахикардию, обложенный белым налетом язык. Пальпация живота в правом подреберье резко болезненна, здесь же определяется напряжение мышц, положительный симптом Ортнера, френикус-симптом. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен, в других отделах живота пальпация безболезненна.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какое решение должен принять врач "скорой помощи"?
- в). Какие методы исследования необходимо выполнить в стационаре?
- г). Какие методы лечения можно применить в данном случае?
- д). Какой объем оперативного лечения показано?

Ответ:

- а). У больной острый холецистит.
- б). Больную срочно необходимо госпитализировать в хирургическую клинику. Перед транспортировкой следует ввести спазмолитики (атропин 0.1%-1.0; папаверин 2%-2.0)
- в). Больной показано выполнение УЗИ органов брюшной полости клиничко-биохимическое исследование крови.
- г). Комплексное лечение: с применением консервативной терапии и оперативного лечения, в зависимости от полученных результатов УЗИ и биохимических показателей крови.
- д). Объем операции - холецистэктомия.

№13. Больная М., 34 года, на протяжении длительного времени, болеет хроническим калькулезным холециститом с периодическими обострениями, которые протекают по типу кратковременной, желчной колики с ознобами. Дважды наблюдалась кратковременная желтуха. Больной неоднократно предлагалось оперативное лечение.

Вопрос:

- а). О каком осложнении ЖКБ можно думать?
- б). С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
- в). Какие методы исследования и манипуляции следует выполнить до операции?
- г). Сформулируйте развернутый полный клинический диагноз.
- д). Ваша тактика?

Ответ:

а). У больной заболевание осложнилось холедохолитиазом, с признаками холангита.

б). Дифференциальный диагноз необходимо проводить с острым гепатитом и острым панкреатитом.

в). Показано выполнение УЗИ органов брюшной полости, желчных путей и РХПГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией.

г). Полный диагноз: Желчно-каменная болезнь: обострение хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаз, холангит.

д). Необходимо выполнение ЭРХПГ, удаление конкрементов из холедоха, проведение консервативной противовоспалительной терапии. В случае невозможности при ЭРПГ удаления конкрементов из холедоха показана лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия и дренирование холедоха.

№14. У больного К.45 лет, при осмотре обнаружен увеличенный, слегка болезненный желчный пузырь. Из анамнеза выяснено, что около 3 недель - назад возникли острые кратковременные боли в правом подреберье. После этого больной периодически испытывает тупую боль, чувство тяжести в правом подреберье. Желтухи нет. При пальпации в правом подреберье обнаружено малоболезненное, плотноэластической консистенции образование с гладкой поверхностью, перитонеальных симптомов нет. При УЗИ - резко увеличенный желчный пузырь с наличием камня в шейке; желчные протоки не расширены.

Вопрос:

а). Ваш диагноз?

б). С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз?

в). Показано ли больному экстренное оперативное лечение?

г). Какую операцию выполняют в подобных случаях?

д). Какой прогноз заболевания?

Ответ:

а). У больного картина острого холецистита (водянка желчного пузыря).

б). Диагноз необходимо дифференцировать с острым панкреатитом и опухолью гепатодуоденальной зоны.

в). Больному показано экстренное оперативное лечение.

г). Больному показано выполнение холецистэктомии.

д). Прогноз заболевания благоприятный при экстренном выполнении холецистэктомии.

№15. Больная Т., 63 лет, многие годы страдает ЖКБ, подтвержденной данными УЗИ. Два дня назад повторился очередной приступ боли в правом подреберье, повысилась температура, была рвота.

Объективно: состояние тяжелое, кожные покровы бледные АД 120/80мм.рт.ст. Ps-120 ударов в минуту, ритмичный. При пальпации живот резко болезнен, напряжение мышц живота в правой половине. Перкуторно: в

отлогих местах живота - притупление. Отчетливо определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга по правой половине живота.

В показателях крови - лейкоцитоз ($19,6 \times 10^9$ л) выраженный нейтрофильный сдвиг формулы влево, токсическая зернистость.

Вопрос:

- а). Поставьте диагноз?
- б). О каком осложнении можно подумать?
- в). Чем объяснить изменения в показателях крови?
- г). Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.
- д). Ваша тактика?

Ответ:

- а). У больной острый деструктивный холецистит.
- б). Развился диффузный перитонит.
- в). Причиной изменений в показателях крови является интоксикация на фоне перитонита и острого холецистита.
- г). УЗИ брюшной полости, лапароскопия.
- д). Показана экстренная операция под наркозом из срединного доступа, холецистэктомия, санация и дренирование желчного пузыря, интубация тонкой кишки.

№16. Больная Т. 80 лет, в течение последних лет отмечает частые приступы печеночной колики. При обследовании данными УЗИ диагностирована ЖКБ. В связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями: постинфарктного кардиосклероза, ИБС, гипертонии, мерцательной аритмией оперативное лечение не предлагалось, проводилась консервативная терапия. Однако последовал болевой приступ, купировать который консервативно, не удалось. Сохраняется боль в правом подреберье, появилась температура, при УЗИ – картина острого холецистита.

Вопрос:

- а). Каковы Ваши действия?
- б). О чем свидетельствует наличие высокой температуры?
- в). Какие дополнительные методы исследования показано выполнить больной?
- г). Лечебная тактика?
- д). Какой прогноз заболевания?

Ответ:

- а). Немедленная госпитализация в хирургическую клинику.
- б). Наличие высокой температуры свидетельствует о деструктивном процессе.
- в). Больной показано выполнение ультразвукового исследования органов брюшной полости, клинико-биохимического исследования крови, развернутой коагулограммы и ЭКГ.

г). Учитывая высокий риск операции у данной больной, целесообразно произвести малоинвазивное вмешательство – дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ.

д). Прогноз благоприятный, при возможности проведения малоинвазивного вмешательства, при невозможности его выполнения больной, по жизненным показаниям, показано проведение открытой операции в объеме холецистэктомии, что может осложниться в послеоперационном периоде, на фоне сопутствующей патологии, тромбоэмболией ветвей лёгочной артерии, инсультом и инфарктом.

№17. Больной О., 45 лет, после праздничного ужина, около 6 часов утра почувствовал нарастающую боль в верхней половине живота, иррадирующую в спину. Отмечалась многократная рвота, которая не принесла облегчения, боль усилилась. Появилась слабость, сердцебиение, живот стал увеличиваться в размерах, появилась одышка при малейшей нагрузке. Вызвана "скорая помощь". При обследовании врач выявил снижение АД -100/ 60 мм рт. ст. пульс 120 ударов в минуту, холодный пот на лбу, иктеричность склер, живот напряжен в верхней половине, отмечается положительный симптом Керте.

Вопрос:

а). Ваш диагноз?

б). С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

в). Что должен предпринять врач скорой помощи?

г). Какие методы исследования необходимо проводить в клинике?

д). Чем объяснить характер жалоб больного?

Ответ:

а). Острый панкреатит, панкреатогенный шок, механическая желтуха.

б). Диагноз необходимо дифференцировать с острым холециститом, с острой кишечной непроходимостью, с почечной коликой, сопровождающейся парезом кишечника, с перитонитом, абдоминальной формой инфаркта миокарда и токсическим гепатитом.

в). Обезболить ненаркотическими анальгетиками, начать в/в инфузионно-детоксикационную терапию, доставить больного в стационар.

г). Необходимо выполнить клиничко-биохимические исследования крови, ЭКГ, УЗИ, органов брюшной полости, КТ и лапароскопию.

д). Характер жалоб больного обусловлен острым панкреатитом, панкреатогенным шоком и интоксикацией.

№18. Больная М., 56 лет, страдает хроническим калькулезным холециститом с периодическими обострениями 1-2 раза в год, ожирением. После употребления жирной острой пищи, через 4 часа появилась боль в левой половине живота с иррадиацией в спину, опоясывающего характера. Тошнота, рвота не приносящая облегчения. При осмотре врача скорой помощи отмечена гиперемия лица, иктеричность склер, тахикардия до 100 ударов в минуту, АД

- 140/80 мм. рт. ст., вздутие живота, вялая перистальтика, газы не отходят, симптомов раздражения брюшины нет, но в эпигастральной области пальпируется болезненный инфильтрат.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?
- в). В какой последовательности можно провести исследования?
- г). Чем обусловлена иктеричность склер?
- д). Ваша тактика?

Ответ:

а). Острый холецистопанкреатит.
б). Диагноз подтверждается данными УЗИ брюшной полости, КТ и лапароскопии.

в). При наличии по данным УЗИ свободной жидкости в брюшной полости показана лапароскопия; при отсутствии по данным УЗИ жидкости в брюшной полости показано дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ или РХПГ, выполнение КТ.

г). Иктеричность склер обусловлена механической желтухой.

д). Применение консервативной, противовоспалительной терапии, а при абсцедировании воспалительного инфильтрата – дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

№19. Больной м. 54 года поступил в клинику с жалобами на боль в животе, тошноту, многократную рвоту, отсутствие стула и газов. Боль появилась через 12 часов после употребления спиртных напитков. При УЗИ выявлен сальниковый бурсит, увеличение поджелудочной железы с признаками очаговой деструкции в области головки, свободная жидкость в брюшной полости. АД 90/40 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту, одышка до 28 д./мин

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Чем обусловлено отсутствие стула и газов?
- в). Что является причиной тахикардии, одышки и снижения артериального давления?
- г). В каком отделении должен лечиться больной?
- д). Принципы патогенетической - направленной терапии.

Ответ:

а). Панкреонекроз, панкреатогенный шок, динамическая кишечная непроходимость.

б). Парезом кишечника.

в). Причиной тахикардии, одышки и снижения артериального давления является панкреатогенный шок.

г). Больной должен лечиться в отделении реанимации.

д). Должна проводиться интенсивная терапия, направленная на: купирование болевого синдрома, остановку прогрессирующего ферментолиза (применение ингибиторов протеаз), коррекцию гиповолемии, эндотоксикоза, микроциркуляторных и гемореологических нарушений, поддержание асептичности течения патологического процесса в поджелудочной железе и форсированный диурез.

№20. Больной К. 50 лет, поступил в клинику через неделю с момента заболевания с жалобами на боль в животе, без четкой локализации, тошноту, многократную рвоту. При опросе и осмотре больного выявлено, что больной алкоголик, много дней подряд употреблял алкогольные напитки. В эпигастральной области пальпируется инфильтрат, который распространяется от левого подреберья до позвоночника, где имеется болезненная инфильтрация и отек тканей. В формуле крови воспалительные изменения с нейтрофильным сдвигом влево до 25%.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальный диагноз?
- в). Какие исследования нужно провести для уточнения диагноза?
- г). Какие осложнения являются характерными для этого заболевания в этот период?
- д). Принципы патогенетической терапии.

Ответ:

- а). Панкреонекроз.
- б). Диагноз в первую очередь необходимо дифференцировать с острой кишечной непроходимостью и перфорацией полого органа.
- в). Для уточнения диагноза необходимо выполнить УЗИ органов брюшной полости и КТ.
- г). Флегмона забрюшинного пространства слева. Гнойно-некротические изменения в поджелудочной железе, и парапанкреатической клетчатке.
- д). Принципы патогенетической терапии направлены на проведение инфузионно-детоксикационной терапии с применением антибиотиков, противовоспалительных препаратов, антиферментных и обезболивающих средств, препаратов, улучшающих реологические свойства крови и поддерживающие форсированный диурез.

№21. Больной М. 56 лет, страдающий язвенной болезнью желудка, поступил в отделение с жалобами на боль в верхней половине живота, тошноту и рвоту, через 12 часов с момента заболевания. Боль появилась после употребления жирной пищи, постепенно. При осмотре кожные покровы бледноваты, лоб покрыт холодным потом, пульс 120 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт. ст. Живот вздут, положительный симптом Керте, Щеткина.

Кишечные шумы вялые, газы не отходят. В крови нейтрофильный сдвиг, п. \я нейтрофилов до 12%.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). С какими заболеваниями необходимо в первую очередь провести дифференциальный диагноз?
- в). Какие методы исследования показано использовать?
- г). Чем обусловлено сдвиг лейкоцитарной формулы влево?
- д). Принципы патогенетической терапии?

Ответ:

- а). Панкреонекроз, ферментативный перитонит, панкреатогенный шок.
- б). С перфорацией полого органа.
- в). Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ брюшной полости, ЭГДС, лапароскопия.
- г). Сдвиг лейкоцитарной формулы влево обусловлен интоксикацией на фоне ферментативного перитонита, панкреатогенного шока и интоксикацией.
- д). Больной должен находиться в отделении реанимации, где необходимо проводить интенсивную дезинтоксикационную терапию с применением обезболивающих препаратов, антибиотиков, антиферментных препаратов, препаратов улучшающих реологические свойства крови и поддерживающих форсированный диурез.

№22. У больной 48 лет, в течение двух лет периодически появляется выпячивание ниже паховой складки. За 2 часа до поступления в приемное отделение выпячивание увеличилось в размерах, стало резко болезненным. При осмотре в паховой области определяется выпячивание 3x4 см, резко болезненное при пальпации, напряженное, не вправляется в брюшную полость.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
 - б). С каким заболеванием необходимо дифференцировать диагноз?
 - в). Какие симптомы подтверждают диагноз?
 - г). Какие исследования необходимо выполнить в клинике?
 - д). Какова тактика лечения больного?
- Ответ:
- а). Ущемлённая бедренная грыжа.
 - б). С паховым лимфаденитом.
 - в). Увеличение в размерах выпячивания ниже паховой области, болезненность и невправимость в брюшную полость.
 - г). Выполнение обзорного рентгенологического исследования органов брюшной полости.
 - д). Больной показана экстренная операция- грыжесечение.

№23. У больного 55 лет, во время кашля появились сильные боли по всему животу, при этом увеличилось и стало болезненным выпячивание в правой паховой области. Была рвота, появилось вздутие живота. При пальпации живот болезненный в нижних отделах. В правой паховой области определяется опухолевидное образование 5х3 см, тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации, невправимое в брюшную полость.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какие симптомы подтверждают диагноз?
- в). О каком осложнении можно предположить?
- г). Какое исследование показано выполнить с целью уточнения диагноза?
- д). Тактика лечения?

Ответ:

- а). У больного ущемленная паховая грыжа.
- б). Наличие при пальпации живота болезненности, наличие в правой паховой области опухолевидного образования 5.0х3.0см, тугоэластичной консистенции, болезненного при пальпации, невправимого в брюшную полость.
- в). Можно предположить о развитии острой кишечной непроходимости.
- г). С целью подтверждения диагноза показано выполнение обзорной рентгенографии органов брюшной полости.
- д). Показана экстренная операция - грыжесечение.

№24. У пожилой женщины в течение 10 лет определяется выпячивание в области пупка, размером 8х10 см, последние годы исчезающее при любом положении тела. Боли в области выпячивания не беспокоят. При пальпации образование имеет дольчатый характер, мягко-эластическую консистенцию, безболезненно.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
 - б). С каким заболеванием необходимо дифференцировать диагноз?
 - в). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
 - г). Ваша лечебная тактика?
 - д). Какую операцию показано выполнить?
- Ответ:
- а). У больной невправимая пупочная грыжа
 - б). Диагноз необходимо дифференцировать с липомой передней брюшной стенки.
 - в). Наличие безболезненного образования, мягко-эластичной консистенции, невправимого в брюшную полость подтверждает диагноз.
 - г). Показано грыжесечение в плановом порядке.
 - д). Показано выполнить операцию грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Мейо или по Сапежко.

№25. У больного 43 лет, при подъеме тяжести, появились сильные боли по всему животу. При этом в левой паховой области появилось болезненное опухолевидное образование 3x4 см. Была рвота. При осмотре: живот не вздут. При пальпации определяется болезненность в левой половине. В паховой области определяется выпячивание, напряженное, резко болезненное.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
- в). О каком осложнении можно предположить?
- г). Какое исследование показано выполнить с целью подтверждения диагноза?
- д). Лечебная тактика?

Ответ:

- а). У больного ущемлённая левосторонняя паховая грыжа.
- б). Наличие в левой паховой области болезненного опухолевидного образования размерами 3.0 X 4.0 см., направленного в брюшную полость.
- в). Учитывая в анамнезе наличие рвоты можно предположить о развитии острой кишечной непроходимости.
- г). С целью подтверждения диагноза показана обзорная рентгенография органов брюшной полости.
- д). Больному показана экстренная операция грыжесечение и устранение острой кишечной непроходимости.

№26. У больной 40 лет, находящейся в гинекологическом отделении с диагнозом правосторонний аднексит, появились боли в левой паховой области. При пальпации, ниже паховой области слева, определяется болезненное, мягко-эластичной консистенции образование размерами 4.0x3.0 см, которое не вправляется в свободную брюшную полость. Боль сопровождается рвотой, живот вздут, кишечные шумы ослаблены.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). С каким заболеванием необходимо проводить в первую очередь дифференциальный диагноз?
- в). О развитии, какого осложнения можно предположить?
- г). Каким исследованием можно подтвердить диагноз?
- д). Ваша тактика?

Ответ:

- а). Левосторонняя ущемлённая паховая грыжа.
- б). Диагноз необходимо дифференцировать с паховым лимфаденитом
- в). Учитывая данные клинической картины: наличие рвоты, вздутие живота и ослабление кишечных шумов можно предположить о развитии острой кишечной непроходимости.
- г). С помощью применения обзорной рентгенографии органов брюшной полости можно подтвердить диагноз.

д). Больной показана экстренная операция _ грыжесечение и устранение острой кишечной непроходимости.

№27. Больная К. 41 г., доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на интенсивные боли в животе, носящие схваткообразный характер, задержку стула и газов. Трижды была рвота. Заболевание началось остро. В клинику доставлена через 7 часов от начала заболевания. 20 лет назад перенесла кесарево сечение., 2 г назад аппендэктомию (послеоперационный период осложнился нагноением раны). Пульс 110 уд/ мин., пониженного наполнения, АД 110/70. Язык сухой, обложен грязным налетом. Живот незначительно вздут, главным образом, в центральных отделах, при пальпации мягкий, диффузно резко болезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный Симптом "шума плеска" отчетливо положительный. Стул был однократный сразу после появления болей в животе. Амбула прямой кишки пустая.

Вопрос:

- а). Какой Ваш предполагаемый клинический диагноз
- б). Как трактовать наличие шума плеска»?
- в). С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?
- г). Каким методом исследования можно подтвердить диагноз?
- д). Тактика лечения?

Ответ:

- а). Острая спаечная тонкокишечная непроходимость.
- б). Наличие «шума плеска» свидетельствует о скоплении жидкости и газа в проксимальных отделах тонкой кишки, т.е. выше места препятствия.
- в). Диагноз необходимо дифференцировать с острым панкреатитом.
- г). Выполнение рентгенологического диагноза подтверждает диагноз.
- д). Больной показано выполнение экстренной операции.

№28. Больной Н., 68 лет поступил в клинику с жалобами на сильные боли в животе схваткообразного характера, задержку стула в течение 4 дней около 7 часов назад отметил прекращение отхождения газов. Была однократная рвота. Из анамнеза известно, что длительное время страдает запорами, в последние 1,5 мес. у больного неустойчивый стул, иногда с примесью слизи и прожилками крови. Кожные покровы бледные. Пульс 120 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Язык суховат. Живот асимметричен, выражено вздутие правой половины живота. Положительные симптомы Вааля, Склярова, «шума плеска". Амбула прямой кишки пустая, расширена, тонус сфинктера снижен. При обзорной рентгенографии брюшной полости правые отделы ободочной и поперечная кишки резко раздуты, в их проекции определяются широкие чаши Клойбера, мелкие множественные уровни в тонкой кишке.

Вопрос:

- а). Чем объяснить наличие симптомов Валя, Склярова и «шума плеска»?

- б). Чем обусловлена асимметрия живота?
- в). О чем свидетельствует наличие стула с прожилками крови?
- г). Поставьте клинический диагноз?
- д). Как лечить данное заболевание?

Ответ:

а). Наличие симптомов Валя, Склярова и «шума плеска» объясняется острой кишечной непроходимостью.

б). Асимметрия живота вызвана опухолью брюшной полости, которая привела к явлениям кишечной непроходимости (резко раздутые петли кишечника выше места препятствия, содержащие жидкость и газ).

в). Наличие стула с примесью крови свидетельствует о кровотокающей опухоли брюшной полости у данного больного.

г). Острая обтурационная толстокишечная непроходимость, опухоль левой половины ободочной кишки. Для подтверждения диагноза показана срочная ирригоскопия.

д). Больному показано оперативное лечение, лапаротомия, удаление опухоли с обязательным выведением колостомы.

№29. Больной А. 40 лет, поступил с жалобами на постоянные боли в животе, неукротимую рвоту со зловонным запахом. Более в течение трех дней. Со второго дня заболевания боль приняла постоянный характер и распространилась по всему животу. Рвота стала обильной, частой, с неприятным запахом. Отмечает задержку стула и газов с первого дня заболевания. Больной адинамичный. Кожные покровы бледные, с землистым оттенком. Черты лица заострены. Пульс 150 ударов в минуту слабого наполнения, с отдельными экстрасистолами. АД 100/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Живот вздут, болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Кишечные шумы не высушиваются. При пальцевом исследовании прямой кишки ее ампула расширена, пустая, сфинктер паретичный, на перчатке кровь со слизью.

Вопрос:

- а). Какое заболевание можно предположить у больного.
- б). О каком осложнении свидетельствует положительный симптом Щеткина-Блюмберга?
- в). Какой период заболевания можно подозревать у больного?
- г). Какой метод исследования необходимо выполнить с целью подтверждения диагноза?
- д). Лечение данного заболевания?

Ответ:

а). Острая странгуляционная кишечная непроходимость.

б). Симптом Щеткина-Блюмберга свидетельствует о развитии разлитого перитонита.

в). У больного терминальная стадия перитонита, период выраженного эндотоксикоза.

г). Рентгенологическое исследование органов брюшной полости подтверждает диагноз.

д). Больному показано экстренное оперативное вмешательство после тщательной предоперационной подготовки.

№30. Больной 3.,52 лет, поступил в клинику с направительным диагнозом острый панкреатит. Заболел около 8 часов назад. При поступлении жалуется на разлитые интенсивные боли в животе. Стул был до появления болей, газы отходят плохо. Подобный болевой приступ возник впервые. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается болезненность в эпигастрии и околопупочной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При пальцевом исследовании прямой кишки - сфинктер тоничен, ампула пустая. При обзорной рентгенографии брюшной полости обнаружены несколько чаш Клойбера. При УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах тонкостенный, напряженный, включений не содержит. Поджелудочная железа значительно увеличена в размерах, плотная, отечная. Корень брыжейки тонкой и поперечной ободочной кишки отечен. Механического препятствия прохождению содержимого по кишечнику не выявлено.

Вопрос:

а). Сформулируйте клинический диагноз?

б). На основании анамнеза, клинической картины и проведенных исследований о каком осложнении можно предположить?

в). Какой метод исследования подтверждает диагноз?

г). О чем свидетельствует наличие чаш Клойбера при рентгенологическом исследовании?

д). Как необходимо лечить данное заболевание?

Ответ:

а). Острый панкреатит.

б). Динамическая кишечная непроходимость.

в). Данные УЗИ подтверждают клинический диагноз.

г). Наличие чаш Клойбера свидетельствуют о парезе кишечника.

д). Лечение: интенсивная инфузионная терапия острого панкреатита, декомпрессия желчевыводящих путей.

№31. Больной С., 82 лет, поступил в клинику с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, однократную рвоту. Считает себя больным около 1 суток, заболевание развилось постепенно, когда появились разлитые боли в животе, которые периодически усиливались. Стул, с предрасположенностью к запорам, был до появления болей, за 4 часа до поступления в больницу перестали отходить газы. Живот вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность во всех отделах живота. Грыжевое выпячивание напряженное, невраивимое в брюшную полость, симптом кашлевого толчка отрицательный.

Вопрос:

- а). Поставьте клинический диагноз.
- б). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
- в). С каким заболеванием нужно дифференцировать диагноз?
- г). Какое исследование подтверждает наличие острой кишечной непроходимости?
- д). Как лечить данное заболевание?

Ответ:

- а). Ущемленная паховая грыжа. Острая странгуляционная кишечная непроходимость в грыжевом мешке.
- б). Диагноз подтверждается наличием болезненного грыжевого выпячивания невыправляющегося в свободную брюшную полость, и жалобами на рвоту, схваткообразные боли в животе, отсутствием отхождения газов.
- в). Диагноз необходимо дифференцировать с острым панкреатитом.
- г). Рентгенологическое исследование подтверждает наличие острой кишечной непроходимости.
- д). Больному показано экстренное оперативное вмешательство

№32. Больной 17 лет доставлен в приемный покой городской больницы с жалобами на боли в эпигастрии, рвоту, через 2 часа после заболевания. С приемом пищи появление болей не связывает. Состояние удовлетворительное, пульс 90 ударов в минуту, АД 120/70 мм. рт. ст. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в области пупка, кишечные шумы отчетливые, синдром Щеткина отрицательный. Температура тела 37,2. Стул и мочеотделение не нарушены. Заболел впервые. В крови - лейкоцитоз 12000. Анализ мочи без изменений.

Вопрос:

- а). Какое заболевание наиболее вероятно?
- б). С какими заболеваниями диагноз необходимо дифференцировать?
- в). Ваша тактика?
- г). Какое исследование необходимо выполнить с целью подтверждения диагноза?
- д). Какой объем операции показан больному?

Ответ:

- а). Наиболее вероятно, что у больного эпигастральная фаза острого аппендицита.
- б). Диагноз необходимо дифференцировать с острым гастритом и острым мезаденитом.
- в). Необходимо больного госпитализировать в хирургическое отделение для динамического наблюдения.
- г). С целью подтверждения диагноза показана лапароскопия.
- д). В случае подтверждения диагноза показана аппендэктомия.

№33. Больная 28 лет доставлена в больницу с жалобами на боли в нижней половине живота. Боли возникли внезапно по всему животу, имели постоянный характер. Нарушений стула не было. Задержки месячных нет. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,8. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, больше справа, симптом Щеткина слабо положительн. Тахикардии нет. АД 120/70 мм. рт.ст. Диурез в норме, анализ крови - лейкоцитоз 13000.

Вопрос:

- а). Какое заболевание наиболее вероятно?
- б). О каком осложнении свидетельствует симптом Щеткина – Блюмберга?
- в). Что необходимо сделать для верификации диагноза?
- г). Ваша тактика?
- д). Какой объем операции показан больному?

Ответ:

а). Дифференциальный диагноз необходимо провести между острым аппендицитом и острым воспалением придатков матки, первый диагноз более вероятен, так как боли возникли по всему животу.

б). Симптом Щеткина – Блюмберга свидетельствует о наличии перитонита.

в). Вагинальное и ректальное исследование поможет верификации диагноза.

г). В сомнительных случаях показана лапароскопия.

д). При подтверждении диагноза острого аппендицита, осложнившегося перитонитом, больной показана лапаротомия, аппендектомия, санация и дренирование брюшной полости.

№34. Больной 27 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, жидкий стул, высокую температуру.

Боли возникли внезапно, около 12 часов до поступления в больницу. Рвоты не было. Температура тела 37,6. Объективно: живот вздут, резко болезненный во всех отделах, больше справа, здесь же определяется выраженная "мышечная защита" положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какое осложнение данного заболевания возникло?
- в). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
- г). Какое исследование может подтвердить диагноз?
- д). Ваша тактика?

Ответ:

а). Наиболее вероятно, что у больного острый деструктивный аппендицит атипичной локализации.

б). Перитонит.

в). Наличие боли в животе сопровождающейся высокой температурой и положительный симптом Щеткина- Блюмберга.

г). Выполнение лапароскопии.

д). Показано срочное оперативное вмешательство – лапаротомия, аппендэктомия из срединного доступа.

№35. Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе. Заболел остро 4 дня назад, лечился самостоятельно от "отравления". Боли, возникшие в подложечной области, постепенно стихли. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,6. Язык обложен. Живот умеренно вздут несколько болезненный в правой паховой-подвздошной области. Здесь же пальпируется плотное малоболезненное, не смещаемое образование 12x12 см округлой формы. В анализе крови - лейкоцитоз 12 000.

Вопрос:

а). Ваш диагноз?

б). Какое осложнение возникло?

в). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?

г). Какие методы исследования показаны для подтверждения диагноза?

д). Лечебная тактика?

Ответ:

а). Острый аппендицит.

б). Аппендикулярный инфильтрат.

в). Длительность заболевания 4 суток, боли в подложечной области, высокая температура, образование, определяемое при пальпации в правой пахово-подвздошной области.

г). С целью подтверждения диагноза показано УЗИ органов брюшной полости.

д). Больного следует госпитализировать в хирургическое отделение. Лечение консервативное. При абсцедировании инфильтрата показано оперативное лечение.

№36. Больной 36 лет 4 дня назад перенес аппендэктомию по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция завершена ушиванием послеоперационной раны наглухо. Жалуется на боли в ране, высокую температуру озноб. Состояние средней тяжести. Язык сухой. Живот вздут, ригидный, болезненный в нижних отделах, кишечные шумы отчетливые, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. При ревизии послеоперационной раны на 3 сутки отделяемого не получено.

Вопрос:

а). Чем вызвано отклонение в течение послеоперационного периода.

б). Чем обусловлен сухой язык у больного?

в). Какие исследования необходимо выполнить?

г). Является ли наличие воспалительного инфильтрата показанием к операции?

д). Ваша тактика при наличии послеоперационного абсцесса брюшной полости?

Ответ:

а). Необходимо исключить гнойное осложнение в брюшной полости (инфильтрат, абсцесс).

б). Наличие сухого языка обусловлено присутствием интоксикации:

в). Необходимо выполнить ректальное обследование и УЗИ брюшной полости.

г). При наличии воспалительного инфильтрата в брюшной полости показано проведение консервативно-противовоспалительной терапии с применением антибиотиков. Оперативное лечение не показано.

д). При осложнении послеоперационного периода формированием абсцесса в брюшной полости показано оперативное лечение.

№37. Больная 70 лет госпитализирована в хирургическое отделение через неделю после появления болей в животе. При осмотре выявлены признаки острого аппендицита, больная оперирована. По вскрытии брюшной полости хирург обнаружил плотный инфильтрат.

Вопрос:

а). Чем обусловлен воспалительный инфильтрат в брюшной полости?

б). С помощью какого метода можно выявить наличие воспалительного инфильтрата в брюшной полости?

в). Дальнейшие действия хирурга?

г). Когда показано выполнение аппендэктомии?

д). Какое исследование показано выполнить перед плановой аппендэктомией?

Ответ:

а). Воспалительный инфильтрат в брюшной полости является осложнением острого аппендицита.

б). Метод УЗИ органов брюшной полости позволяет выявить инфильтрат в брюшной полости.

в). Брюшная полость ушивается. Больного лечат консервативно.

г). После устранения инфильтрата больному следует выполнить аппендэктомию в плановом порядке (Через 3-4 месяца).

д). Перед плановой аппендэктомией показано выполнение УЗИ брюшной полости, малого таза, мочевыводящей системы и ирригоскопии.

№38. Больной 23 года 3 часа назад получил удар в живот ногой. Жалуется на боли в животе, сухость во рту, тошноту, слабость. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. АД 120/60 мм рт. ст. пульс 110 уд. в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный.

Язык сухой обложен серым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный во всех отделах. Перкуторно определяется тимпанит, печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечные шумы единичные, слабые.

Вопрос:

а). О каком осложнении свидетельствует наличие симптома Щеткина – Блюмберга?

б). О каком осложнении свидетельствует отсутствие печёночной тупости?

в). Ваш диагноз?

г). Ваши действия?

д). Показана ли больному экстренная операция?

Ответ:

а). О перитоните

б). О перфорации полого органа.

в). Закрытая травма живота. Разрыв и перфорация полого органа.

Разлитой перитонит.

г). Срочная госпитализация в хирургический стационар

д). Больному показано экстренное хирургическое лечение.

№39. Больной 29 лет - жалуется на боли по всему животу. Боли появились около 22 часов тому назад с последующей локализацией их в правой подвздошной области, затем распространялись по всему животу. Состояние больной средней тяжести. Пульс в среднем 120 ударов в минуту. Язык сухой обложен серым налетом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации напряжен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость сохранена. Аускультативно кишечные шумы не выслушиваются.

Вопрос:

а). Ваш предварительный диагноз?

б). С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

в). Какие обследования необходимы с целью уточнения диагноза?

г). Ваши действия?

д). Показана ли экстренная операция данному больному?

Ответ:

а). Разлитой перитонит на фоне деструктивного аппендицита.

б). Диагноз необходимо дифференцировать с острым сальпингофортиом осложнённым пелвиоперитонитом и перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки.

в). С целью уточнения диагноза показано выполнение лапароскопии.

г). Госпитализация в хирургический стационар для хирургического лечения.

д). Больной показана лапаротомия, аппендэктомия, интубация тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости.

№40. Больная 65 лет в течение 3-х суток беспокоят боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, тошнота, эпизодически рвота. Боли усилились после приема пищи. Температура 38 по вечерам, сильная слабость. Дома принимала спазмолитики. 5 часов тому назад состояние больной резко ухудшилось, появились боли по всему животу, чувство страха, одышка, рвота.

Объективно: Кожные покровы бледные, покрыты липким потом, температура 39,5. Пульс 120 ударов в минуту. Язык сухой. Живот умеренно вздут. Пальпаторно - резкая болезненность и напряжение мышц, больше в правой половине живота, положительный симптом Щеткина - Блюмберга в этой же зоне.

Вопрос:

а). Ваш диагноз?

б). С каким заболеванием в первую очередь следует провести дифференциальный диагноз?

в). Какие исследования необходимо выполнить с целью уточнения диагноза?

г). Ваша тактика?

д). Показано ли больной оперативное лечение?

Ответ:

а). Деструктивный холецистит. Диффузный перитонит.

б). Диагноз необходимо дифференцировать с острым панкреатитом, острым аппендицитом, перфоративной язвой желудка и 12- перстной кишки.

в). С целью уточнения диагноза необходимо выполнить УЗИ органов брюшной полости, ЭГДС, а при их неэффективности лапароскопию.

г). Срочная госпитализация в хирургическое отделение для хирургического лечения.

д). Больной показана лапаротомия, холецистэктомия, интубация тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости.

№41. Больной 36 лет. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Около 2-х недель усилились изжога, боли в эпигастрии на голодный желудок. Около 2-х часов назад появились резкие кинжальные боли в эпигастрии, однократно наблюдалась рвота съеденной пищей. Жалуется на боли по всему животу режущего характера, затруднен вдох из-за болей в животе, слабость. Объективно: кожные покровы бледные. Выражение лица страдальческое, лежит в вынужденной позе на боку с приведенными к животу ногами. Пульс 68 ударов в минуту АД 100/60 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Язык сухой чистый. Живот не участвует в акте дыхания. При пальпации резко напряжен и болезненный во

всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перкуторно – “печеночная тупость” отсутствует.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какими симптомами подтверждается Ваш диагноз?
- в). С каким заболеванием диагноз необходимо дифференцировать?
- г). Какие методы исследования показаны больному?
- д). Ваша лечебная тактика?

Ответ:

- а). Перфоративная язва. Перитонит, реактивная фаза.
- б). Диагноз подтверждается наличием в анамнезе язвенной болезни 12-перстной кишки, кинжальных и режущих болей в животе, отсутствием “печеночной тупости” при перкуссии, резкой болезненностью и напряженностью живота и появлением симптома Щеткина –Блюмберга.
- в). Диагноз необходимо дифференцировать с острым панкреатитом.
- г). Больному показано выполнение обзорной рентгенографии органов брюшной полости и ЭГДС.
- д). Госпитализация в хирургическое отделение и экстренная операция.

№42. У молодой женщины внезапно возникли боли в нижнем отделе живота слева. Боли носят постоянный характер, иррадируют в прямую кишку. Последние 2 года лечилась в женской консультации. Объективно: состояние удовлетворительное температура 38, пульс 102 удара в минуту. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания.

Пальпаторно - в нижнем отделе живота напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей нижней половине живота. Симптомы Ровзинга, Ситковского отрицательные. Боль при пальпации передней стенки прямой кишки. При вагинальном исследовании, усиление болей внизу живота при смещении шейки матки.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). С каким заболеванием в первую очередь необходимо диагноз дифференцировать?
- в). О чем свидетельствует наличие симптома Щеткина- Блюмберга.
- г). Какой метод исследования подтверждает Ваш диагноз?
- д). Ваши действия?

Ответ:

- а). Разрыв пиосальнинга, пельвиоперитонит вышедший за пределы малого таза.
- б). Диагноз необходимо в первую очередь дифференцировать с острым аппендицитом.
- в). Наличие симптома Щеткина-Блюмберга свидетельствует о развитии перитонита.

- г). Выполнение лапароскопии подтверждает диагноз.
- д). Срочная госпитализация в гинекологическое отделение и оперативное лечение.

№43. У больного 35 лет после переохлаждения появилась высокая температура до 39 градусов, кашель со скудной мокротой, боли в правой верхней половине грудной клетки. При аускультации в этом отделе дыхание ослаблено, при перкуссии притупление. Клиническая картина не меняется в течение 10 дней.

Вопрос:

- а). Ваш предварительный диагноз?
- б). Какие признаки заболевания подтверждают ваш диагноз?
- в). Обязательна ли госпитализация в стационар?
- г). Методы обследования и лечения?
- д). Какое лечение показано больному?

Ответ:

а). У больного вероятнее всего пневмония, формируется абсцесс верхней доли правого лёгкого.

б). Высокая температура, боль в нижних отделах левой половины грудной клетки, кашель со зловонным запахом и обильная мокрота, амфорическое дыхание.

в). Рентгенологическое исследование _ рентгенограммы в прямой и боковой проекции, томография, анализы мочи, крови, и мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, цитологическое исследование мокроты.

г). Противовоспалительная, дезинтоксикационная и антибактериальная терапия с применением лечебной бронхоскопии не реже 2- раз в неделю.

д). В случае неэффективности проводимой терапии больному показана пункция полости абсцесса и дренирование с помощью троакара.

№44. В течение 3-х недель у больного высокая температура до 39 градусов боли в левой половине грудной клетки снизу. Кашель со скудной мокротой. Накануне появился кашель с обильным выделением зловонной мокроты. При аускультации в области нижней доли левого легкого выслушивается "амфорическое" дыхание.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
- в). Какие методы исследования показаны больному?
- г). Тактика лечения?
- д). Показана ли пункция и дренирование полости абсцесса или оперативное лечение?

Ответ:

а). У больного - сформировавшийся абсцесс нижней доли левого лёгкого, вскрывшийся в бронхиальное дерево.

б). Высокая температура, боль в нижних отделах левой половины грудной клетки, кашель со зловонным запахом и обильная мокрота, амфорическое дыхание.

в). Рентгенологическое исследование - рентгенограммы в прямой и боковой проекции, томография, анализы мочи, крови и мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, цитологическое и бактериологическое исследование мокроты.

г). Противовоспалительная, дезинтоксикационная и антибактериальная терапия с применением лечебных бронхоскопий не реже 2-х раз в неделю.

д). В случае неэффективности проводимой терапии больному показана пункция полости абсцесса и дренирование с помощью троакара через грудную стенку; оперативное лечение показано при больших размерах полости абсцесса в лёгком.

№45. У больного 40 лет высокая температура до 39, ознобы, резкая потливость, боли в правой верхней половине грудной клетки. Положение вынужденное - полусидящее. Кашель с кровянистой зловонной мокротой. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Отмечается цианоз губ, акроцианоз. Дыхание до 28 в 1 минуту. При аускультации - справа в верхних отделах разнокалиберные влажные хрипы.

Вопрос:

а). Ваш диагноз

б). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?

в). Какие методы исследования показаны больному?

г). Чем обусловлено увеличение размеров печени?

д). Тактика лечения?

Ответ:

а). Гангрена, верхней доли правого легкого.

б). Диагноз подтверждается симптомами - высокая температура, полусидящее положение, боли в грудной клетке, наличием цианоза и кровянистой мокротой со зловонным запахом.

в). Показано рентгенологическое обследование.

г). Причиной увеличения размеров печени является интоксикация.

д). Проведение катетера в правую ветвь легочной артерии для введения антибиотиков и проведения дезинтоксикационной терапии. Лечебные бронхоскопии.

№46. Больной жалуется на слабость, субфебрильную температуру, кашель с выделением мокроты до 50-70 мл. Все эти явления возникли после перенесенной пневмонии слева 3 месяца назад.

При аускультации в области верхней доли левого легкого дыхание ослаблено с амфорическим оттенком, грубые сухие хрипы. При перкуссии небольшое притупление звука.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какими симптомами подтверждается Ваш диагноз?
- в). С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

г). Какие исследования показаны больному?

д). Тактика лечения?

Ответ:

а). Хронический абсцесс нижней доли левого легкого.

б). Анамнестические данные и данные осмотра: субфебрильная температура, кашель с выделением мокроты, сухие хрипы, ослабление дыхания с амфорическим оттенком, а также притупление перкуторного звука позволяют подтвердить диагноз.

в). Диагноз необходимо дифференцировать с туберкулёзом и раком лёгких.

г). Показано рентгенологическое исследование лёгких и обследование мокроты на чувствительность и флору к антибиотикам, цитологическое и бактериологическое исследование мокроты с целью исключения рака и туберкулёза лёгких.

д). Больному показано оперативное лечение. В целях подготовки больного к операции - лечебные бронхоскопии, введение антибиотиков внутритрахеально. Операция в объеме лобэктомии.

№47. У больного 60 лет в течение 10 дней высокая температура до 39 градусов боли в правой половине грудной клетки, кашель со скудной мокротой. Накануне состояние внезапно ухудшилось, усилились боли в грудной клетке, появилась выраженная одышка до 26 в 1 минуту. Положение вынужденное - полусидящее, цианоз губ, акроцианоз. Тахикардия до 120 ударов в 1 минуту. Одутловатость лица и шеи. При аускультации дыхание справа резко ослаблено, перкуторно - тупость в нижних отделах грудной клетки и тимпанит в верхних отделах. Перкуторно средостение смещено влево.

Вопрос:

а). Ваш диагноз.

б). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?

в). С какими заболеваниями в первую очередь необходимо дифференцировать диагноз?

г). Какие исследования показаны больному?

д). Тактика и лечения?

Ответ:

а). Клиника правостороннего гидроторакса со смещением средостения, вероятнее всего вследствие прорыва абсцесса в плевральную полость.

б). Диагноз подтверждается следующими симптомами – высокая температура до 39 градусов, одышка тахикардия, ослабленное дыхание,

вынужденное положение, цианоз и укорочение перкуторного звука в нижних отделах грудной клетки.

в). Диагноз необходимо дифференцировать в первую очередь со спонтанным пневмотораксом и туберкулёзом лёгких.

г). Рентгенография грудной клетки.

д). Экстренное дренирование правой плевральной полости с промыванием полости антисептиками. Массивная противовоспалительная и дезинтоксикационная терапия. Дренирование активное.

№48. Больной М. 54 лет. Жалуется - на слабость, временами субфебрильную температуру до 37,5. Кашель с небольшим количеством мокроты. Отмечает, что по ночам просыпается и откашливает мокроту, после чего вновь засыпает. Кожные покровы с землистым оттенком. Пальцы в виде барабанных палочек. Периодически в мокроте - прожилки крови. При аускультации в нижней доле левого легкого выслушиваются влажные мелкопузырчатые и сухие хрипы, исчезающие после кашля.

Вопрос:

а). Ваш диагноз?

б). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?

в). С каким заболеванием диагноз необходимо дифференцировать?

г). Какие методы исследования показаны больному?

д). Ваша тактика лечения?

Ответ:

а). У больного бронхоэктатическая болезнь.

б). Диагноз подтверждается следующими симптомами - субфебрильная температура, скудная мокрота, пальцы в виде барабанные палочки и наличие влажных хрипов при аускультации.З.

в). Диагноз необходимо дифференцировать с раком легкого и туберкулезом.

г). Показано рентгенологическое обследование, включая обязательную бронхографию, для определения объема поражения легочной ткани и формы бронхоэктазов.

д). Лечебные бронхоскопии для санации бронхиального дерева. Оперативное лечение в объеме нижней лобэктомии слева.

№49. Студент IV курса медицинского института приглашен к соседу, своему 21-летнему приятелю, который после поднятия тяжести ощутил резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку.

Объективно: состояние средней тяжести, вынужденное положение, частота дыхания 24 в 1 минуту. Пульс 92 в 1 минуту АД 110/70. При аускультации дыхание справа резко ослаблено, перкуторно - тимпанит, пальпация грудной стенки безболезненна.

Вопрос:

а). Ваш диагноз.

- б). Какими симптомами подтверждается Ваш диагноз?
- в). Нуждается ли больной в госпитализации в стационар?
- г). Какой метод исследования подтверждает Ваш диагноз?
- д). Ваши лечебные мероприятия?

Ответ:

- а). Спонтанный пневмоторакс.
- б). Резкая боль в левой половине грудной клетки, ослабленное дыхание, одышка, увеличение частоты дыхания.
- в). Больной нуждается в обязательной госпитализации в стационар, в торакальное отделение.
- г). Для подтверждения диагноза показана рентгенография легких, торакоскопия.
- д). Больному показана пункция или дренирование плевральной полости.

№50. У больной С., 69 лет, страдающей ИБС, стенокардией, внезапно после кашля появились острые боли в левой половине грудной клетки. Травму грудной клетки отрицает.

Состояние средней тяжести, больная напугана. Легкий цианоз лица, одышка. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный. АД 160/90. Тоны сердца приглушены. Дыхание везикулярное, но слева ослабленное. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Голосовое дрожание и бронхофония ослабление слева.

Вопрос:

- а). Какой Ваш диагноз?
- б). Какие симптомы подтверждают ваш диагноз?
- в). С каким заболеванием необходимо в первую очередь проводить дифференциальный диагноз?
- г). Какие методы исследования показаны больному?
- д). Какие лечебные мероприятия следует выполнять?

Ответ:

- а). Спонтанный пневмоторакс.
- б). Диагноз подтверждается следующими симптомами-Внезапно появившиеся боли в левой половине грудной клетки, одышка, ослабленное дыхание, ослабление голосового дрожания и отставание грудной клетки слева в акте дыхания.
- в). С учетом указания на сердечную недостаточность необходимо исключить инфаркт миокарда.
- г). Рентгенография грудной клетки подтвердит диагноз спонтанного пневмоторакса.
- д). Введение анальгетиков, нитроглицерина, выполнение ЭКГ позволит исключить инфаркт миокарда.

№51. У больного 45 лет с правосторонней пневмонией температура тела внезапно поднялась до 39 градусов, резко ухудшилось общее самочувствие, появились одышка, обильная потливость, одышка, резкие боли в груди справа при углублении дыхания, отрывистый сухой кашель.

Положение больного вынужденное, полусидящее, на правом боку. Дыхание - 28 в 1 минуту, поверхностное. Пульс 120 в 1 минуту, ритмичный. Осмотр выявил отставание при дыхании, нижних отделов грудной клетки справа, нижние межреберья справа расширены и сглажены. При перкуссии резкое приглушение звука с V межреберья. Дыхание в этом месте резко ослаблено.

Вопрос:

- а). Ваш диагноз?
- б). Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
- в). Чем объясняется расширение межреберных промежутков?
- г). Какие исследования показаны больному?
- д). Ваша тактика?

Ответ:

- а). Острая эмпиема плевры справа.
- б). Высокая температура, одышка, отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, расширение межреберных промежутков.
- в). Расширение межреберных промежутков объясняется эмпиемой плевры справа
- г). Рентгенография легких.
- д). Плевральная пункция справа

Примеры экзаменационных билетов для собеседования

Билет

1. Тактика хирурга при остром холецистите.
2. Опишите хирургическую тактику при тупой травме грудной клетки.
3. Ситуационная задача: Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты $12 \times 10^9/\text{л}$., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузионной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - 37,4°C. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется пете-хиальная сыпь, температура тела 39,8°C,

потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты 30×10^9 /л, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

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

Ответы

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

IV. КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ОТВЕТА ВЫПУСКНИКА

4.1. Критерии оценки при междисциплинарном тестировании:

Отлично – правильных ответов 90-100%.

Хорошо – правильных ответов 80-89%.

Удовлетворительно – правильных ответов 70-79%.

Неудовлетворительно – правильных ответов 69% и менее.

4.2. Критерии оценки ответов обучающихся при собеседовании:

Характеристика ответа	Оценка
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, проявляющаяся в свободном оперировании понятиями, умении выделить существенные и несущественные его признаки, причинно-следственные связи. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ формулируется в терминах науки, изложен научным языком, логичен, доказателен, демонстрирует авторскую позицию обучающегося.	Отлично
Дан полный, развернутый ответ на поставленный вопрос, показана совокупность осознанных знаний об объекте, доказательно раскрыты основные положения темы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Знание об объекте демонстрируется на фоне понимания его в системе данной науки и междисциплинарных связей. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные обучающимся самостоятельно в процессе ответа или с помощью преподавателя.	Хорошо
Дан недостаточно полный и недостаточно развернутый ответ. Логика и последовательность изложения имеют нарушения. Допущены ошибки в раскрытии понятий, употреблении терминов. Обучающийся не способен самостоятельно выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Обучающийся может конкретизировать обобщенные знания, доказав на примерах их основные положения только с помощью преподавателя. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	Удовлетворительно
Дан неполный ответ, представляющий собой разрозненные знания по теме вопроса с существенными ошибками в определениях. Присутствуют фрагментарность, нелогичность изложения. Обучающийся не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины. Отсутствуют выводы, конкретизация и доказательность изложения. Речь неграмотная. Дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа обучающегося не только на поставленный вопрос, но и на другие вопросы дисциплины.	Неудовлетворительно

4.3. Критерии уровней подготовленности к решению профессиональных задач:

Уровень	Характеристика
Высокий (системный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с опорой на знания современных достижений медико-биологических и медицинских наук, демонстрируется понимание перспективности выполняемых действий во взаимосвязи с другими компетенциями
Средний (междисциплинарный)	Действие осуществляется на уровне обоснованной аргументации с использованием знаний не только специальных дисциплин, но и междисциплинарных научных областей. Затрудняется в прогнозировании своих действий при нетипичности профессиональной задачи
Низкий (предметный)	Действие осуществляется по правилу или алгоритму (типичная профессиональная задача) без способности выпускника аргументировать его выбор и обосновывать научные основы выполняемого действия.

V. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная:

1. Хирургия: учебник. Ковалев А.И. 2013. - 576 с.: ил.
2. Общая хирургия: учебник + CD. Петров С.В. 3-е изд., перераб. и доп. 2010. - 768 с.: ил.
3. Топографическая анатомия и оперативная хирургия : учебник. - В 2 т. / под общ. ред. акад. РАМН Ю.М. Лопухина. - 3-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - Т. 1. -832 с.: ил.
4. Хирургические болезни: учебник + CD. Черноусов А.Ф., Ветшев С.П., Егоров А.В. / Под ред. А.Ф. Черноусова. 2010. - 664 с.: ил.
5. Хирургические болезни: учебник. В 2-х томах. Том 2 / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. 2009. - 400 с.

Дополнительная:

1. Неотложная хирургия груди и живота / Под ред. Бисенкова Л.Н., Зубарева П.Н. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 512 с.
2. 50 лекций по хирургии / Под ред. В.С. Савельева. – М., Медиа Медика. – 2003. – 406 с.
3. Основы оперативной хирургии / Под ред. С.А. Симбирцева. – СПб.: «Гиппократ», 2002. – 632 с.
4. Емельянов С.И., Протасов А.В., Рутенбург Г.М. Эндохирургия паховых и бедренных грыж. – СПб.: ООО «Фолиант», 2000. – 176 с.
5. Ороховский Д.Н. Основные грыжесечения. Донецк, 2001.

6. Вербицкий В.Г., Багненко С.Ф., Курыгин А.А. Желудочно-кишечные кровотечения язвенной этиологии: патогенез, диагностика, лечение. – СПб.: Политехника, 2004. – 242 с.
7. Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский П.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. – М.: Медпрактика-М, 2002. — 244 с.
8. Руководство по хирургии печени и желчевыводящих путей. Под ред. А.Е. Борисова. В 2-х томах, СПб: Скифия, 2003.
9. Основы колопроктологии / Под ред. Г.И. Воробьева. – М.: ООО «Медицинское информационное агенство», 2006. – 432 с.
10. Гостищев В.К., Сажин В.П., Авдовенко А.П. Перитонит. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 240 с.
11. Федоров И.В., Зыятдинов К.Ш., Сигал Е.И. Оперативная лапароскопия. «Триада-Х», М., 2004, 464 с
12. Госпитальная хирургия: практикум /под ред.А.М.Игнатова, Н.В. Путова. – М.: Питер, 2003. – 800 с.
13. Хирургические инфекции: руководство /под ред. И.А.Ерьюхина, Б.Р.Гельфанда, С.А. Шляпникова. – М.: Питер, 2003. – 853 с.
14. Госпитальная хирургия: практикум /под ред.А.М.Игнатова, Н.В. Путова. – М.: Питер, 2003. – 800 с.
15. НАЙХУС, Л.М. Боль в животе: рук-во по неотложной диагностике заболеваний органов брюшной полости: пер.с англ. – М.: БИНОМ, 2000 – 320с.

*Информационные ресурсы, программное обеспечение
и профессиональные базы данных:*

1. Оперативная хирургия <http://meduniver.com/Medical/Xirurgia/6.html>
2. Электронные книги по хирургическим болезням <http://meduniver.com/Medical/Book/46.html>
3. Электронная медицинская библиотека по абдоминальной хирургии <http://surgerycom.net/>
4. Энциклопедия по хирургии <http://www.ixv.ru/library/encyclopedia/>
5. Хирургия.Журналим.Н.И.Пирогова <http://www.mediasphera.ru/journals/pirogov/>
6. Лекции; методические пособия; ситуационные задачи; тесты: <http://lech.mma.ru/faculties/lech/cath/facsurg2/ucheb/lecheb>
7. Хирургия печени, желчных протоков и поджелудочной железы <http://www.polysalov.vipvrach.ru/>
8. Университетская информационная система Россия URL: <http://www.cir.ru/index.jsp>
9. Поисковый ресурс Медскейп: <http://www.medscape.com/>
- 10.Public Library of Science. Medicine: портал крупнейшего международного научного журнала открытого доступа:<http://www.plosmedicine.org/home.action>
- 11.Российская научная электронная библиотека: <http://elibrary.ru/defaultx.a>

Windows ОС (Windows 10 Pro)
LibreOffice
MS Office 2013
1С: Университет ПРОФ. Ред.2.2
Консультант врача. Электронная медицинская библиотека
КИС ЕМИАС
МИС Медиалог
Парус Бюджет 8 (СКУУ ЕМИАС)
ПО "Интеллект"
Kaspersky Anti-Virus Suite
- <http://www.medline.ru/>
- <http://www.medlinks.ru/>
- <http://www.rosminzdrav.ru/>
- <http://minzdrav.donland.ru/>
- <http://www.who.int/ru/>
- <http://www.edu.ru/>
- <http://school-collection.edu.ru/>
<http://freemedicaljournals.com>
- <http://www.freebooks4doctors.com>
- <http://health.ebsco.com/dynamed-content/ebola>