Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра хирургии с курсами онкохирургии, эндоскопии, хирургической патологии, клинической трансплантологии и органного донорства

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.67 Хирургия

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

- Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- приказ 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)»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;
- приказ Министерства образования и науки Российской Федерации 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».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

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

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

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.67 Хирургия выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, 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**:

- 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 следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

- готовностью 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);
- готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

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

Лечебная деятельность:

- готовностью к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи (ПК-6);
- готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

Реабилитационная деятельность:

- готовностью 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:

- готовностью 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:

- готовностью к применению основных принципов организации и управления в

сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

- готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

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

3. Структура государственной итоговой аттестации

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

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

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

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны может

1) витамин D
2) витамин C
3) витамин A
4) витамин B6
5) витамин E

2. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной

1) 250 мл
2) 500 мл
3) 1000 мл
4) 1500 мл
5) 2000 мл

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

- контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;
- контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;
- ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.67 Хирургия.

Примеры контрольных вопросов:

1. Болезнь оперированного желудка: демпинг-синдром; патогенез, клиника, диагностика, лечение.

2. Ишемическая болезнь органов брюшной полости.

Примеры контрольных заданий:

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

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

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность болей нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

Вопросы:

1. Варианты диагноза?
2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?
3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании?
5. Определите трудоспособность.

Ситуационная задача № 2.

Мужчина 30 лет получил удар тупым предметом по голове. Терял сознание на несколько минут. Самостоятельно добрался до дома, лег спать. Утром жена не смогла разбудить. «Скорой помощью» доставлен в приемный покой ЦРБ. При госпитализации заторможен, сопротивляется осмотру, речевой контакт невозможен. При защитных движениях определяется снижение мышечной силы в правых конечностях. В левой височной области кожа осаднена. Левый зрачок шире правого. Пульс 48 в мин.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Лечебная тактика в ЦРБ.
5. Принципы оперативного вмешательства.
6. Прогноз.

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Геворков А. Р. Основы микрохирургии / Геворков А. Р., Мартиросян Н. Л., Дыдыкин С. С., Элива Ш. Ш. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 96 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-0982-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970409824.html

2. Гостищев В. К. Клиническая оперативная гнойная хирургия: руководство для / В. К. Гостищев – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 448 с. – ISBN 978-5-9704-3750-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437506.html

3. Кузин М. И. Хирургические болезни: учебник / под ред. М. И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 992 с. – ISBN 978-5-9704-3371-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433713.html

4. Олейников П. Н. Руководство по амбулаторной хирургической помощи / под ред. П. Н. Олейникова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 416 с. – ISBN 978-5-9704-4448-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444481.html

5. Родоман Г. Е. Общая хирургия: основные клинические синдромы / Г. Е. Родоман, Т. И. Шалаева, И. Р. Сумеди, Т. Е. Семенова, Е. К. Наумов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 168 с. – ISBN 978-5-9704-3956-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439562.html

6. Яблонский П. К. Национальные клинические рекомендации. Торакальная хирургия / под ред. П. К. Яблонского – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-3212-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432129.html

Дополнительная литература:

1. Бояринцев В. В. Хирургический больной: мультидисциплинарный подход / под ред. Бояринцева В. В., Пасечника И. Н. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 336 с. – ISBN 978-5-9704-5752-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457528.html

2. Бронштейн А. С. Пожилой хирургический больной / А. С. Бронштейн, О. Э. Луцевич, В. Л. Ривкин, А. В. Зеленин – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 272 с. («Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-3064-4. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430644.html

3. Дыдыкин С. С. Современные хирургические инструменты: справочник / С. С. Дыдыкин, Е. В. Блинова, А. Н. Щербюк – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 144 с. – ISBN 978-5-9704-3742-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437421.html

4. Затевахин И. И. Абдоминальная хирургия / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 912 с. – ISBN 978-5-9704-4404-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444047.html

5. Затевахин И. И. Программа ускоренного выздоровления хирургических больных. Fast track / под ред. И. И. Затевахина, К. В. Лядова, И. Н. Пасечника. – Москва:

ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 208 с.: ил. – (Серия «Библиотека врача-специалиста»). – ISBN 978-5-9704-5250-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970452509.html

6. Кузнецов Н. А. Основы клинической хирургии: практическое руководство / Под ред. Н. А. Кузнецова. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 672 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-1113-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411131.html

7. Кузнецов Н. А. Прогнозирование в плановой хирургии / Н. А. Кузнецов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 336 с. – ISBN 978-5-9704-4005-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440056.html

8. Разумовский А. Ю. Детская хирургия / под ред. А. Ю. Разумовского; отв. ред. А. Ф. Дронов – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 784 с. – ISBN 978-5-9704-3803-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438039.html

9. Ревишвили А. Ш. Криохирургия / под ред. А. Ш. Ревишвили, А. В. Чжао, Д. А. Ионкина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 376 с. – ISBN 978-5-9704-4976-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449769.html

10. Савельев В. С. Сосудистая хирургия. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 464 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-4905-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449059.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.67 Хирургия

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Хирургия /50	**1. Снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны может** 1) витамин D 2) витамин С 3) витамин А 4) витамин В6 5) витамин Е. **2. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной** 1) 250 мл 2) 500 мл 3) 1000 мл 4) 1500 мл 5) 2000 мл **3. Больному с АВ (IV) по жизненным показаниям необходимо перелить кровь. Определить резус-фактор нет ни времени, ни возможности. Ему следует переливать кровь** 1) АВ(IV) резус+ 2) АВ(IV) резус- 3) В(III) резус+ 4) А(II) резус- 5) О(I) резус- **4. Послеоперационные инфекции у больных после операции на кишечнике вызываются прежде всего такими безусловными анаэробами** 1) как кишечная палочка 2) как стафилококк 3) как стрептококк 4) как бактероиды д) как клебсиелла **5. Наиболее важным фактором для выживания больных с изолированной газовой гангреной является** 1) раннее применение антибиотиков 2) раннее очищение раны от омертвевших тканей и/или ампутация 3) раннее применение гипербарической оксигенации; 4) все перечисленное **6. Из перечисленного ниже может уменьшить зараженность воздуха в операционной** 1) поточно-приточная вентиляция

		2) ультрафиолетовое облучение 3) и то, и другое 4) ни то, ни другое **7. Нейротоксическим действием обладают** 1) пенициллин и линкомицин 2) кефзол и пенициллин 3) полимиксин В и стрептомицин 4) линкомицин и стрептомицин 5) стрептомицин и кефзол **8. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируется** 1) оксациллин 2) эритромицин 3) канамицин 4) метациклин 5) пенициллин **9. Гидротермическая деструкция Гассерова узла проводится** 1) через круглое отверстие 2) через овальное отверстие 3) через яремное отверстие 4) через остистое отверстие **10. Типичным уровнем перевязки наружной сонной артерии является** 1) сразу в области бифуркации общей сонной артерии 2) выше отхождения язычной артерии 3) ниже отхождения лицевой артерии 4) ниже отхождения язычной артерии **11. Футляр для сосудисто-нервного пучка шеи образует в основном** 1) поверхностная фасция 2) глубокая (предпозвоночная) фасция 3) собственная фасция 4) срединная (внутренностная) фасция **12. Местом формирования диафрагмального нерва является** 1) ромбовидная ямка 2) мосто-мозжечковый угол 3) шейное сплетение 4) плечевое сплетение **13. При синдроме передней лестничной мышцы основной жалобой больных являются боли, имеющие типичное распространение от шеи или надплечья по ульнарной поверхности руки. Зона распространения этих болей обусловлена** 1) сдавлением подключичной артерии в межлестничном промежутке в пределах острого угла между лестничной мышцей и первым ребром 2) сдавлением локтевого нерва 3) сдавлением кожно-мышечного нерва 4) сдавлением первичных нервных стволов плечевого сплетения, формирующихся из С7-С8

		14. Затек гноя под подлопаточную мышцу при гнойном воспалении плечевого сустава развивается 1) посредством синовиального выворота вдоль сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча 2) по ходу подлопаточной мышцы, прикрепляющейся своим сухожилием в полости плечевого сустава 3) через слизистую сумку подлопаточной мышцы, всегда сообщающейся с полостью плечевого сустава 4) за счет слабости фиброзной капсулы синовиальной оболочки сустава **15. Резко выраженное приведение плеча при флегмонах, локализующихся в рыхлой клетчатке между большой и малой грудной мышцами, отмечается за счет сокращения** 1) дельтовидной мышцы 2) подлопаточной мышцы 3) малой грудной мышцы 4) большой грудной мышцы **16. При экссудате в локтевом суставе выпячивание его сумки отмечается по бокам локтевого отростка и сухожилия трехглавой мышцы. Участки выпячивания, в которых капсула сустава покрыта только фасцией и кожей, располагаются** 1) в области локтевого отростка 2) в участке между локтевым отростком, сухожилием трехглавой мышцы и латеральной группой мышц предплечья 3) и то, и другое 4) ни то, ни другое **17.Наиболее неблагоприятной локализацией рака молочной железы в силу анатомических особенностей, путей лимфооттока и метастазирования является** 1) наружне-верхняя 2) наружне-нижняя 3) внутренне-верхняя 4) внутренне-нижняя **18. Причиной послеоперационных парезов органов брюшной полости после правосторонней пульмоэктомии является повреждение** 1) диафрагмального нерва 2) пограничного симпатического ствола 3) правого блуждающего нерва 4) большого чревного нерва справа **18. Сосудом, сдавливающим нижнюю часть 12-перстной кишки и нарушающим ее проходимость, является** 1) верхняя брыжеечная артерия и вена 2) верхняя брыжеечная артерия и нижняя брыжеечная вена 3) средняя артерия ободочной кишки 4) левая артерия ободочной кишки **19. При выполнении операции геморроидэктомии**

		следует помнить, что в зоне геморроидальных узлов располагаются кавернозные тельца, в лакуны которых впадают ветви 1) нижней прямокишечной артерии 2) пупочной артерии 3) нижней ягодичной артерии 4) нижней брыжеечной артерии **20. Перевязка внутренней подвздошной артерии в связи с особенностями ее топографии может быть осложнена расположением рядом с ней** 1) маточной трубы 2) мочеточника 3) наружной подвздошной артерии 4) всего перечисленного **21. Распространение гнойно-воспалительного процесса из клетчаточного пространства, расположенного под большой ягодичной мышцей, в область малого таза, происходит** 1) через малое седалищное отверстие 2) через щель под проксимальной частью сухожилия большой ягодичной мышцы 3) через над- и подгрушевидные отверстия 4) по ходу седалищного нерва **22. Общим отличительным признаком всех бедренных грыж является** 1) выход их над паховой складкой 2) расположение внутри от бедренной вены 3) наличие выпячивания на бедре 4) выход их из-под паховой складки **23.Под апоневрозом подошвы располагается** 1) два клетчаточных пространства 2) три клетчаточных пространства 3) четыре клетчаточных пространства 4) пять клетчаточных пространств **24. Относительными показаниями к операции при язвенной болезни желудка являются все перечисленные, кроме** 1) больших размеров язвы 2) язвы большой глубины (пенетрирующей) 3) низкой кислотности желудочного сока 4) безуспешности консервативного лечения **25. Для синдрома Меллори-Вейса характерно образование трещин** 1) в абдоминальном отделе пищевода 2) в кардиальном отделе желудке 3) в антральном отделе желудка 4) в пилорическом отделе желудка **26. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается** 1) тахикардия 2) схваткообразная боль

		3) локализованная, умеренная боль 4) внезапно возникшая интенсивная боль **27. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует** 1) сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку 2) наложить холедоходуоденоанастомоз 3) после дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока 4) вскрыть холедок и попытаться удалить камень; при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток **28. Желчный камень, вызвавший обтурационную кишечную непроходимость, попадает в просвет кишки чаще всего через фистулу между желчным пузырем и** 1) слепой кишкой 2) малой кривизной желудка 3) двенадцатиперстной кишкой 4) тощей кишкой **29. Основным видом оперативного вмешательства при солитарных абсцессах печени является** 1) резекция доли или сегмента печени 2) наложение билиодигестивного соустья 3) вскрытие и дренирование абсцесса 4) трансплантация печени **30. Больная 36 лет поступила с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 100 мл в сутки, кровохарканье в течение последних 5 лет, повышение температуры до 38°С, слабость, одышку. Больна около 10 лет. В детстве неоднократно болела двусторонней пневмонией. Мокрота выделяется «полным ртом», особенно при наклоне вниз. Состояние удовлетворительное. Слабо положительный симптом «часовых стекол». Над нижней долей левого легкого укорочение перкуторного звука, масса сухих хрипов. На рентгенограммах легких - средостения смещено влево, «оголен» правый край позвоночника, усилен и деформирован легочный рисунок в нижнем легочном поле с обеих сторон. Наиболее вероятный диагноз** а) хроническая пневмония б) хронический деформирующий бронхит в) хроническая абсцедирующая пневмония г) бронхоэктатическая болезнь д) туберкулез легкого **31. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является** 1) гемостатическая терапия 2) искусственный пневмоторакс 3) пневмоперитонеум

		4) тампонада дренирующего бронха 3) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого **32. Самое частое осложнение в первые часы острого инфаркта миокарда** 1) отек легких 2) нарушение ритма 3) острая сердечно-сосудистая недостаточность 4) кардиогенный шок 5) разрыв сердца **33. При каких типах кардиоспазма показано хирургическое лечение** 1) кардиоспазм с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы 2) после кардиодилатации эффект в течение 2 лет 3) сужение кардии с S-образным удлинением пищевода 4) длительное течение, осложненное эзофагитом 5) длительное течение без потери веса, небольшое расширение пищевода **34. Какие осложнения наиболее опасны после стационарного лечения по поводу флеботромбоза нижних конечностей** 1) тромбэмболия легочной артерии 2) варикоз подкожных вен 3) ишемическая гангрена стопы 4) ишемический инсульт **35. Амбулаторный хирург должен знать, что послеоперационный тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии** 1) сосудов головного мозга 2) коронарных артерий 3) легочной артерии 4) легочных вен 5) артерий почек и печени **36. При долечивании в поликлинике после перенесенной операции у больного с высоким риском тромбэмболических осложнений включает все, кроме** 1) антикоагулянтов 2) дезагрегантов 3) лечебной физкультуры 4) длительного постельного режима 5) компрессионной терапии нижних конечностей **37. В отдаленном послеоперационном периоде при лечении в условиях поликлиники для профилактики тромбэмболии легочной артерии у больного после флебэктомии не применяют** 1) дезагреганты 2) антикоагулянты 3) гемодилюцию 4) компрессионную терапию нижних конечностей **38. При исследовании больного в поликлинике заподозрена аневризма грудного отдела аорты. Какие**

		симптомы не характерны для данного заболевания 1) боли в области сердца 2) аритмия 3) межреберная невралгия 4) одышка и кашель 5) дисфагия **39. На прием к хирургу принесли больного с постоянными сильными болями в животе. Из анамнеза выявлено, что болен 3 часа. Объективно: гемодинамика нестабильная, пульс-90 в 1 мин., на уровне пупка пальпируется пульсирующее образование, пульс на бедренных артериях ослаблен. Больной бледен. Какое заболевание можно заподозрить** 1) язвенное кровотечение 2) панкреонекроз 3) расслаивающая аневризма аорты 4) инфаркт миокарда 5) мезентериальный тромбоз **40. При осмотре в поликлинике больного, 45 лет, выявлены: желтуха, асцит, спленомегалия, черный оформленный стул, анемия. В анамнезе перенес пневмонию, болезнь Боткина, аппендэктомию. Какое заболевание может обусловить такую клинику** 1) язвенная болезнь желудка 2) желче-каменная болезнь 4) синдром Бадд – Хиари 5) лейкоз **41. Незамеченное во время операции повреждение большого грудного лимфатического протока ведет к лимфорее и скоплению лимфы в грудной полости. Какая из перечисленных процедур показана в первую очередь в таком случае** 1) реоперация и перевязка протока 2) реоперация и восстановление проходимости протока 3) пункция и дренирование плевральной полости с назначением парентерального питания 4) радиоактивное облучение зоны протока дозой 2000 рад с целью остановить лимфорею 5) лимфангиография с целью уточнения места лимфорреи **42. Расслаивающая аневризма аорты обычно бывает связана со следующими заболеваниями и состояниями, исключая** 1) беременность 2) медиоцистонекроз 3) кальцинированный медиосклероз 4) синдром Марфана 5) артериальная гипертония **43. У больного 40 лет через год после операции по поводу правосторонней паховой грыжи вновь появилось грыжевое выпячивание. Ваши действия** 1) наблюдение, операция при ущемлении грыжи

		2) операция при прогрессирующем увеличении грыжи 3) наблюдение, исключение тяжелой физической нагрузки 4) плановая операция до развития осложнений или увеличения грыжи 5) рекомендация ношения бандажа **44. Различают следующие виды заживления ран** 1) путем вторичного рассасывания гематомы 2) путем биологического слипания тканей 3) вторичным натяжением; первичным натяжением; под струпом 4) под повязкой; под гипсовой лонгетой **45. Прошивание языка с последующей его фиксацией в выдвинутом положении показано при угрозе асфиксии** 1) стенотической 2) дислокационной 3) аспирационной 4) обтурационной **46. При наличии у умершего гноящейся раны бедра и регионарного тромбофлебита обнаружены множественные гнойники в органах. Такое осложнение называется** 1) абсцесс 2) флегмона 3) затеки 4) септицемия д) септикопиемия **47. В первую очередь у больного с открытым переломом и кровотечением из поврежденной крупной артерии следует осуществить** 1) иммобилизацию конечности 2) введение сердечных и сосудосуживающих средств 3) введение наркотиков для обезболивания 4) наложение жгута на конечность 5) наложение давящей повязки на рану конечности **48. При хронических венозных окклюзиях верхних конечностей операцией выбора является** 1) тромбэктомия 2) резекция I ребра, скаленотомия 3) аутовенозное шунтирование, устранение причины тромбоза 4) аутовенозное протезирование 5) аутовенозное шунтирование, наложение временной артериовенозной стомы и устранение причины тромбоза **49. В случаях хронического гепатита при начальных стадиях цирроза печени можно выполнять все перечисленные типы операций, за исключением** 1) портокавального анастомоза 2) артериализации печени 3) периартериальной симпатэктомии печеночной артерии 4) перевязки селезеночной артерии

		50. При сформировавшемся циррозе печени с системной портальной гипертензией целесообразны 1) периартериальная симпатэктомия 2) перевязка селезеночной артерии 3) портокавальные анастомозы 4) все перечисленное 5) только 1) и 2)
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи 5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная

		физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это** 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Гигиена и эпидемиология чрезвычайных ситуаций /5	**1. К задачам медицинской экспертизы продовольствия относится все, кроме** 1) оценка товарных качеств продовольствия, его соответствие сертификатам, санитарным нормам, срокам реализации; 2) выявление признаков и оценка степени испорченности продуктов с целью предотвращения пищевых отравлений, инфекционных заболеваний с пищевым механизмом передачи, гельминтозов (плановая, периодическая, спорадичная экспертиза) 3) витаминизация основных и дополнительных пайков 4) экстренная медицинская экспертиза продовольствия при расследовании причин пищевых отравлений, инфекционных заболеваний, в условиях катастроф, других чрезвычайных ситуаций, при применении неприятелем средств массового поражения во время войны 5) с целью выявления заражения или отравления отступающим неприятелем продовольствия с

		диверсионной целью **2. При расчете потребности формирований (и/или потерпевшего населения при чрезвычайной ситуации) в воде учитывают** 1) оперативную обстановку 2) время года 3) наличие пригодной для использования воды 4) наличие технических средств для ее добычи, хранения и перевозки 5) все верно **3. Землетрясение относится к одному из видов катастроф** 1) природных 2) техногенных 3) антропогенных 4) социальных **4. В качестве табельных средств для обеззараживания воды используются** 1) таблетки Пантоцид 2) таблетки Аквасепт 3) таблетки Рапосепт **5. Способы хлорирования воды** 1) хлорирование нормальными дозами 2) гиперхлорирование 3) хлорирование с преаммонизацией гипохлорирование
5.	Микробиология /5	**1. Условиями, стимулирующими капсулообразование у бактерий, являются** 1) рост бактерий в организме человека или животных 2) рост на синтетических средах 3) культивирование при низких температурах 4) рост на средах, содержащих количество углеводов **2. Для определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам в практических лабораториях наиболее широко используют** 1) метод диффузии в агар с применением дисков 2) метод серийных разведений в жидкой питательной среде 3) метод серийных разведений в плотной питательной среде 4) ускоренный метод с кровью 5) ускоренный метод с ТТХ **3. Морфологические признаки коринебактерии дифтерии** 1) ветвящиеся тонкие нити 2) кислотоустойчивые полиморфные палочки 3) палочки с булавовидными утолщениями, расположенные под углом 4) грамотрицательные диплококки 5) палочки овоидной формой с биполярной окраской **4. Серотипирование применяют для возбудителей ИСМП, кроме** 1) Streptococcus гр. А

		2) Klebsiella 3) St. Pneumoniae 4) Acinetobacter **5. Препараты для экстренной профилактики в очаге холеры, кроме** 1) интерферон 2) тетрациклин 3) эритромицин 4) доксициклин 5) левомицетин
6.	Забор, хранение и транспортировка органов и тканей человека для трансплантации /20	**1. Какие указанные заболевания или патологические состояния могут являться абсолютным противопоказанием к ортотопической трансплантации печени** 1) активная инфекция вне печени и желчных путей 2) внепеченочные метастазы рака печени 3) операции на печени и желчных путях в анамнезе 4) хронические заболевания сердца и легких в терминальной стадии 5) правильно 1), 2), 4) **2. В каких случаях производится мультиорганный забор органов у донора** 1) при биологической смерти 2) при клинической смерти 3) при смерти мозга 4) при коме первой степени. **3. Методы длительной консервации донорских органов** 1) физический – гипотермический 2) физический – гипертермический 3) химический 4) метод перфузии донорского органа охлажденной кровью (350-400 мл) реципиента **4. Оптимальные температурные параметры для длительной консервации донорских органов** 1) от +3 до +5° С 2) от +15 до - 15° С 3) от +20 до +38° С 4) от -15 до +22° С **5. Реперфузионное повреждение донорского органа возникает** 1) непосредственно после эксплантации донорского органа до его имплантации реципиенту 2) в течение консервации донорского органа 3) после включения донорского органа в кровоток реципиента 4) после приема реципиентом иммуносупрессивных препаратов в посттрансплантационном периоде **6. Что является необязательным в комплексе критериев для установления диагноза смерти мозга** 1) полное и устойчивое отсутствие сознания (кома), атония всех мышц

		2) цианоз носогубного треугольника 3) отсутствие реакции зрачков на прямой яркий свет, неподвижность глазных яблок 4) отсутствие электрической активности мозга при электроэнцефалографическом исследовании **7. Эффективность и удовлетворительный исход предстоящей реципиенту трансплантации зависит от** 1) воздействия на функцию донорского органа в организме пациента-донора с констатированной смертью мозга путем патогенетически обоснованных лечебных мер 2) решения проблем, касающихся ускоривания организационных вопросов на этапах оценивания пациента потенциального донора, тактики его ведения, кондиционирования и непосредственно забора и консервации донорских органов 3) от качества выполненной перфузии и консервации донорского органа при его эксплантации 4) все вышеперечисленные варианты верны **8. Какого из методов консервации изолированных органов и тканей не существует** 1) биологическая перфузия кровью, предусматривающая поддержание метаболической активности в органах в нормотермическом режиме (34-38°С) 2) метод консервации, повышающий процессы метаболизма в клетках и тканях донорского органа, биологической питательной средой 3) метод глубокого охлаждения (криоконсервация), основанный на обеспечении условий максимально полного обратимого прекращения метаболической активности в трансплантате путем хранения его при температуре ниже 0°С (хранение в замороженном состоянии) 4) гипотермическая консервация органов, основанная на обеспечении сниженной метаболической активности трансплантата путем хранения его при температуре от 3 до 5°С **9. В каких случаях производится мультиорганный забор органов у донора** 1) при биологической смерти 2) при клинической смерти 3) при смерти мозга 4) при коме первой степени **10. К органконсервирующим растворам относятся все нижеперечисленные, кроме** 1) кустодиол (HTK) 2) виаспан (UW) 3) евро-коллинз (EC) 4) омнипак (Omnipac) **11. Противопоказанием для трансплантации части печени от живого донора, являются заболевания донора, кроме**

		1) аутоиммунный гепатит 2) заболевания крови 3) масса тела донора превышает массу тела реципиента на 15% 4) психическое заболевание **12. Основной целью холодового метода консервации для длительного хранения донорского органа является** 1) подавление иммунных комплексов в донорском органе с целью профилактики реакции «трансплантат против хозяина» после пересадки 2) повышение образования свободных кислородных радикалов для адекватной оксигенации донорского органа после трансплантации 3) снижение апоптоза и некроза, а также подавление метаболизма, обменных процессов в клетках, тканях донорского органа 4) лизис клеток крови донора в органе **13. Перфузия консервирующим раствором донорской почки во время эксплантации осуществляется через** 1) почечную вену 2) почечную артерию 3) мочеточник 4) одновременно через почечную артерию и мочеточник. **14. Противопоказанием для трансплантации части печени от живого донора, относящегося к самому донору, является** 1) аутоиммунный гепатит 2) возраст = 58 лет 3) масса тела донора превышает массу тела реципиента на 15% 4) хронический тонзиллит **15.Основные компоненты органконсервирующего раствора «Кустодиол» это** 1) гистидин, триптофан, кетоглутарат 2) лактобионат, раффиноза, глютатион 3) аспартат, десферал, кальций 4) натрий, магний, калий **16. Органконсервирующий раствор «Виаспан» или раствор Висконсинского Университета (UW) эквивалентно** 1) экстрацеллюлярной жидкости в ткани организма 2) интрацеллюлярной жидкости в ткани организма; 3) экстрацеллюлярной или интрацеллюлярной жидкости в ткани организма в ткани организма в зависимости от длительности тепловой ишемии 4) экстрацеллюлярной или интрацеллюлярной жидкости в ткани организма в ткани организма в зависимости от длительности холодовой ишемии **17. К чему может привести длительная холодовая консервация (+4С) донорской почки более 24 часов после трансплантации?**

		1) обледенению трансплантата 2) некрозу трансплантата 3) отсроченной функции трансплантата 4) сморщиванию трансплантата **18. Какое средство не используется при консервации донорского органа?** 1) кустодиол 2) UW-раствор 3) Euro-Collins – раствор 4) формалин 1.5% **19. Основной задачей, решаемой в ходе оценки и непосредственно получения органа у живого-родственного донора, является** 1) получение качественного трансплантата с достаточно длинными артериальными, венозными сосудами 2) достижение удовлетворительных исходов трансплантации реципиенту путем получения качественного, полноценного трансплантата с максимальным количеством окружающих его тканей для благоприятных условий регенераций у реципиента 3) гарантия безопасности донора, как в ближайшем, так и в отдаленном послеоперационном периоде 4) получение качественного трансплантата с достаточно длинными дигестивными полыми окончаниями **20. Допустимая продолжительность холодовой ишемии для донорской почки человека** 1) 4-8 часов 2) 10-16 часов 3) 24- 32 часов 32-48 часов
7.	Повреждения магистральных сосудов, первая доврачебная, специализированная медицинская помощь /10	**1. Характерные признаки артериального кровотечения** 1) кровь тёмного цвета, вытекает ровной струёй 2) кровь алого цвета, вытекает пульсирующей струёй 3) кровоточит вся поверхность, вытекает в виде небольших капель **2. В полевых условиях при ранении голени с сильным пульсирующим кровотечением возможно** 1) наложить тугую повязку из чистой ткани и ваты 2) перетянуть бедренную артерию 3) наложить тугую стерильную повязку 4) перетянуть подколенную артерию косынкой **3. Биологическое средство местного применения для остановки кровотечения** 1) викасол 2) гемостатическая губка 3) нативная плазма 4) хлористый кальций **4. Развитием воздушной эмболии опасно кровотечение из** 1) пищевода 2) вен голени

		3) крупных вен шеи 4) плечевой артерии **5. Механический способ окончательной остановки кровотечения** 1) применение фибриногена 2) наложение артериального жгута 3) наложение сосудистого шва 4) применение гемостатической вискозы **6. При массивном внутреннем кровотечении пульс** 1) урежается 2) учащается 3) не изменяется **7. Сонная артерия при кровотечении из нее прижимается к** 1) височной кости 2) углу нижней челюсти 3) поперечному отростку VI шейного позвонка 4) теменной кости **8. Артериальное кровотечение из раны в верхней трети предплечья можно остановить путем сгибания руки** 1) в плечевом суставе 2) в плечевом и локтевом суставах 3) в локтевом суставе 4) в лучезапястном суставе **9. Общим симптомом большой кровопотери не является** 1) бледность кожных покровов 2) слабый, частый пульс 3) увеличение гемоглобина 4) падение артериального давления **10. Признаком кровотечения в плевральную полость является** 1) отставание больной стороны при экскурсии грудной клетки и притупление перкуторного звука 2) алая пенистая кровь из полости рта 3) рвота «кофейной гущей» 4) кровохарканье

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Болезнь оперированного желудка: демпинг-синдром; патогенез, клиника, диагностика, лечение.
2. Ишемическая болезнь органов брюшной полости.
3. Анатомия толстой кишки.
4. Кровотечения. Классификация, методы определения объема кровопотери. Способы временной и постоянной остановки кровотечений.
5. Пластика пахового канала по Жирару-Спасокукоцкому.

6. Острые тромбозы и эмболии магистральных сосудов нижних конечностей: клиника, дифференциальная диагностика, лечение, антикоагулянтная и фибринолитическая терапия.

7. Эндоскопические критерии скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

8. Открытый и клапанный пневмоторакс. Патофизиология, клиника, диагностика, лечение.

9. Пластика пахового канала по Бассини.

10. Эндемический зоб. Этиология, клиника, диагностика, лечение. Спорадический зоб.

11. Эндоскопические критерии эзофагита.

12. Петля по Ру: области применения.

13. Сущность лечебно-диагностического комплекса при кишечной непроходимости

14. Острая и хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей. Клиника диагностика, лечение.

15. Рентгенологическая картина ахалазии кардии и кардиоспазма.

16. Современные классификации опухолевых нарушений толстокишечной проходимости.

17. Виды пластики при бедренных грыжах.

18. Спонтанный пневмоторакс. Причины развития, клиника, диагностика, первая помощь, лечение.

19. Эндоскопический гемостаз при кровотечениях из варикозно расширенных вен пищевода и желудка.

20. Физиологические особенности опухолевых нарушений толстокишечной проходимости.

21. Закрытая травма органов грудной клетки. Диагностика. Тактика.

22. Гнойные заболевания пальцев кисти. Классификация. Методы хирургического пособия.

23. Эндоскопическая картина синдрома Меллори-Вейса.

24. Сущность лечебно-диагностического комплекса при кишечной непроходимости.

25. Ущемленная грыжа. Клиника. Диагностика. Тактика.

26. Химические ожоги пищевода и желудка. Оказание первой помощи. Консервативное и хирургическое лечение.

27. Эндоскопическая диагностика пищевода Баретта.

28. Виды послеоперационной ранней кишечной непроходимости.

29. Ущемленная паховая грыжа, осложненная перитонитом.

30. Гнойные заболевания кисти. Классификация флегмон по анатомическим признакам.

31. Косвенные эндоскопические признаки острого панкреатита.

32. Травматический шок. Объем противошоковых мероприятий при оказании первой врачебной помощи. Показания и противопоказания к оперативному вмешательству при шоке.

33. Флегмона грыжевого мешка при ущемленной паховой грыже.

34. Острая непроходимость тонкой кишки. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика.

35. Эндоскопические признаки болезни Крона.

36. Заворот мегадолихосигмы. Лечебная тактика.

37. Геморрой. Клиника, диагностика, лечение.

38. Тонкокишечная непроходимость. Варианты.

39. Эндоскопические признаки НЯКа.

40. Классификация хронического колостаза.

41. Варианты тактики хирурга при ущемленной грыже и тяжелом соматическом состоянии больного.

42. Хирургическая тактика при тонкокишечной непроходимости.

43. Ожоги. Классификация; периоды ожоговой болезни, принципы лечения.

44. Ожоговый шок, его особенности, принципы лечения.

45. Основные причины несостоятельности межкишечных анастомозов.

46. Вентральная грыжа. Варианты пластики.

47. Лечебно-диагностические мероприятия при тонкокишечной непроходимости.

48. Редкие формы полипозов (синдром Пейтца-Егерса, синдром Гарднера).

49. Особенности завершения операций после обширных резекций подвздошной кишки.

50. Лапароскопическое грыжесечение.

51. Варианты тонкокишечных анастомозов.

52. Клинико-эндоскопические признаки ворсинчатого полипа.

53. Особенности формирования энтероцекоанастомозов.

54. Тактика хирурга при ущемленной вентральной и послеоперационной грыже.

55. Интраоперационная и послеоперационная декомпрессия тонкой и толстой кишки. Виды.

56. Дифференциальная диагностика желтухи.

57. Острый панкреатит. Клиника, диагностика, лечение. Показания к хирургическому лечению.

58. Классификация хирургической инфекции.

59. Дренирование брюшной полости после операции тонкокишечной непроходимости.

60. Лапароскопия: виды, показания, противопоказания к экстренной лапароскопии.

61. Хронический панкреатит. Классификация, патогенез, клиника, диагностика, лечение.

62. Аэробные микроорганизмы, основные представители.

63. Хирургические доступы при остром аппендиците.

64. Показания, абсолютные и относительные противопоказания к лапароскопической холецистэктомии.

65. Кисты и свищи поджелудочной железы. Диагностика, лечение.

66. Анаэробные микроорганизмы: клостридиальная и неклостридиальная инфекция. Диагностика.

67. Осложнений при аппендэктомии – интраоперационные.

68. Показания и противопоказания к лапароскопии при острых заболеваниях органов брюшной полости.

69. Хирургические формы язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Методы хирургического лечения.

70. Основные принципы лечения анаэробной неклостридиальной инфекции. Санитарно-противоэпидемический режим.

71. Послеоперационные осложнения после аппендэктомии – ранние.

72. Причины механической желтухи.

73. Лечебная тактика при илеофеморальном флеботромбозе.

74. Частота и последствия возникновения инфекции в области хирургического вмешательства.

75. Послеоперационные осложнения аппендэктомии – поздние.

76. Интраабдоминальные осложнения лапароскопий.

77. Профилактика ТЭЛА.

78. Основные принципы применения антибиотиков для профилактики инфекции в области хирургического вмешательства.

79. Аппендикулярный инфильтрат. Клиника, диагностика.Хирургическая тактика.

80. Осложнения лапароскопической холецистэктомии.

81. Формы варикозной болезни.

82. Острые гастродуоденальные кровотечения. Дифференциальная диагностика, хирургическая тактика.

83. Синдром портальной гипертензии. Классификация, клиника, осложнения, принципы лечения.

84. Причины кровотечений во время лапароскопической холецистэктомии и методы их остановки.

85. Роль мышечно-венозной помпы и клапанного аппарата глубоких вен в механизме венозного оттока в норме.

86. Прободная язва желудка. Клиника, диагностика, методы лечения.

87. Варианты тактики лечения при аппендикулярном инфильтрате.

88. Причины повреждения внепеченочных желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии и методы их профилактики.

89. Принципы современной антибактериальной терапии.

90. Этиопатогенез и диагностика раневой инфекции.

91. Травма селезенки. Клиника, диагностика. Тактика.

92. Наиболее типичные виды повреждений внепеченочных желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии и методы их профилактики.

93. Роль функциональных проб в диагностике клапанной недостаточности подкожных и глубоких вен.

94. Эпидемиология и классификация системного воспалительного ответа.

95. Травма тонкой кишки. Клиника. Диагностика. Тактика.

96. Причины формирования подпеченочных жидкостных образований после лапароскопической холецистэктомии, методы их лечения и профилактики.

97. Роль УЗДГ и ангиосканнирования в диагностике клапанного аппарата подкожных и глубоких вен.

98. Лечение генерализованных воспалительных осложнений.

99. Травма брыжейки тонкой кишки. Тактика.

100. Желчеистечение после лапароскопической холецистэктомии, причины диагностика и методы лечения.

101. Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. Клиника, диагностика, лечение.

102. Дезинтоксикационная и трансфузионная терапия хирургической инфекции.

103. Закрытая травма органов брюшной полости. Диагностика. Тактика.

104. Черепно-мозговая травма. Степени тяжести. Показания к оперативному лечению.

105. Виды ангиографических исследований.

106. Неспецифический язвенный колит. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению.

107. Закрытая травма забрюшинного пространства. Диагностика. Тактика.

108. Показания к лапароскопии при остром панкреатите.

109. Степени хронической артериальной недостаточности по Фонтане, Покровскому А.В. и принятые в РБ.

110. Методы экстракорпоральной детоксикации хирургических инфекций.

111. Закрытая травма органов брюшной полости и мочевого пузыря. Клиника. Диагностика. Тактика.

112. Возможные осложнения, связанные с введением иглы Вериша и первого троакара при лапароскопической холецистэктомии.

113. Особенности клиники и рентгенологической диагностики толстокишечной непроходимости.

114.Поражение собственно кожи: фурункулы и фурункулез, рожистое воспаление, эризепилоид.

115.Сочетанная травма органов брюшной полости и почек. Клиника. Диагностика. Тактика.

116.Преимущества и недостатки лапароскопической аппендэктомии.

117.Дифференциальная диагностика рецидивирующих неязвенных кровотечений в пищеварительном тракте.

118.Поражение подкожной клетчатки: карбункул, гидраденит, абсцесс, целлюлит.

119.Сочетанная травма органов брюшной полости и малого таза. Клиника. Диагностика. Тактика.

120.Алгоритм лечебной тактики при травме сосуда.

121. Посттромбофлебитический синдром – понятие.

1.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

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.
21. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: обморок; эпилептический припадок; эпилептический статус.
22. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острое нарушение мозгового кровообращения.
23. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: паническая атака; гипертонический криз.
24. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: инфаркт миокарда; тромбоэмболия легочной артерии.

25. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: кома (в том числе проведение дифференциального диагноза между церебральной и соматической комой).

26. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: миастенический криз, холинергический криз.

27. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острые аллергические реакции.

28. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: черепно-мозговая и спинальная травма.

29. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острый болевой синдром.

30. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: острая интоксикация алкоголем и его суррогатами, психотропными препаратами.

31. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: психомоторное возбуждение различного генеза.

32. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: депрессивный статус.

33. Методика оказания первой врачебной помощи при следующих неотложных состояниях: клиническая смерть.

34. Заполнение и ведение разделов клинической истории болезни.

35. Выписка из истории болезни.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность болей нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца. Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

Вопросы:

1. Варианты диагноза?
2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?
3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании?
5. Определите трудоспособность.

Задача 2.

Мужчина 30 лет получил удар тупым предметом по голове. Терял сознание на несколько минут. Самостоятельно добрался до дома, лег спать. Утром жена не смогла разбудить. «Скорой помощью» доставлен в приемный покой ЦРБ. При госпитализации заторможен, сопротивляется осмотру, речевой контакт невозможен. При защитных движениях определяется снижение мышечной силы в правых конечностях. В левой височной области кожа осаднена. Левый зрачок шире правого. Пульс 48 в мин.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Лечебная тактика в ЦРБ.
5. Принципы оперативного вмешательства.
6. Прогноз.

Задача 3.

Мужчина 30 лет получил удар по шее и затылку верхушкой упавшего дерева. Сознания не терял. Почувствовал прохождение «электрического тока», затем онемение и слабость в конечностях. Через 20 минут движения в конечностях восстановились. Доставлен в ЦРБ в кабине лесовоза в положении сидя. Жалуется на боли и ограничение движения в шейном отделе позвоночника. Вынужден держать голову руками. Имеется снижение мышечной силы в рука и ногах, снижение болевой чувствительности в кистях обеих рук, ногах и туловище с уровня реберных дуг. Мочевой пузырь переполнен. Самостоятельно помочиться не может.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Лечебная тактика.
4. Транспортная иммобилизация и положение пострадавшего при транспортировке.
5. Где должны лечиться больные в условиях г. Ярославля.
6. Принципы хирургического лечения.
7. Прогноз и экспертиза трудоспособности.

Задача 4.

Мужчина 36 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через 30 минут после получения травмы с жалобами на боли в области лица, правой руки, передней поверхности груди, переднебоковой поверхности живота справа, правой ноги, озноб, жажду, тошноту, осиплость голоса.

Обстоятельства травмы: при сварочных работах в гараже произошло воспламенение промасленной одежды. С помощью соседей по гаражам пламя удалось потушить, снять тлеющую одежду и вызвать «Скорую помощь». Первая медицинская помощь не оказывалась.

В машине «Скорой помощи» в/в введено 1 мл 2 % раствора омнопона, наложены контурные повязки. Вы – дежурный врач ЦРБ.

При осмотре: больной в сознании, возбужден, эйфоричен, неповрежденные покровы бледно-серые. Выраженный озноб. Пульс 96 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст., температура тела $36{,}2^0$ С, ЧДД 30 в минуту. Мочи нет, в том числе по катетеру. Лицо – на щеках копоть, очаговые пузыри с прозрачным содержимым, участки слущенного эпителия, морщины – белые, волосы в носу опалены, голос осипший, зев гиперемирован, во рту и в носовых ходах – следы копоти. В области передней поверхности груди и живота справа определяется гиперемия с большими эпидермальными пузырями с прозрачным и геморрагическим содержимым, частично вскрывшимися и занимающими 1/4 указанных зон. На правом предплечье струп по всей окружности – плотный буро-коричневый струп с просвечивающими кожными сосудами, кисть – выраженный отек, ткани синюшно-бледные, по тылу кисти – единичный большой пузырь с геморрагическим содержимым. Правое плечо – коричневый струп и несколько больших пузырей с кровянистым содержимым – в нижней трети, в средней и верхней – десквамированный эпидермис, эрозивно кровоточащая поверхность - поражена передняя и наружная поверхность. На правом бедре по передненаружной поверхности имеется плотный коричневый струп от верхней до нижней трети поверхности с просвечивающими сосудами, остальная поверхность – чередование слущенного эпидермиса и больших пузырей с геморрагическим и студенистым содержимым. Вся правая голень покрыта плотным циркулярным струпом с коагулированными сосудами. Стопа резко отечна, синюшна, пульсация на артериях стопы не определяется. По тылу стопы – небольшой эпидермальный пузырь с

прозрачным содержимым. Ожоговая поверхность на голени, предплечьи, передненаружной поверхности бедра справа безболезненны.

Общий анализ крови: эр. – 6,2 х 10^{12}; Нв – 220 г/л; ц. п. – 1,2; л. – 12,2 х 10^{9}; СОЭ – 25 мм/час.

Вопросы:

1. Диагноз при поступлении.
2. Первая и доврачебная помощь.
3. С помощью каких проб можно определить глубину ожога?
4. Тактика и план лечения. Правило трех катетеров. Критерии выхода из ожогового шока.
5. Какие экстренные врачебные манипуляции необходимо выполнить?
6. Прогноз ожоговой болезни.

Задача 5.

Женщина 32 лет, преподаватель музыки, поскользнулась и упала с упором на разогнутую правую кисть. Почувствовала резкую боль, «хруст» в области кистевого сустава. Самостоятельно добралась до травматологического пункта через 20 минут. При осмотре: штыковидная деформация с выпиранием дистального конца лучевой кости кпереди; умеренно выраженный отек в нижней трети предплечья и у основания кисти; резкая локальная болезненность при пальпации и нагрузке по оси; активные движения в кистевом суставе невозможны; почти полностью отсутствует функция пальцев.

Вы врач травмпункта.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Первая медицинская и доврачебная помощь.
3. План обследования больной.
4. Клинический диагноз
5. Методика закрытой ручной репозиции, наложения гипсовой повязки.
6. План лечения.
7. Порядок выполнения рентгенограмм.
8. Профилактика сосудистых, нейро-вегетативных расстройств.

Задача 6.

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой ЦРБ на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм рт. ст., пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл.

В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен – то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80 и 45 мм рт. ст., пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?

3. Оказание помощи в районной больнице.
4. Принципы оперативного пособия.
5. Сроки реабилитации.

Задача 7.

Мужчина 42 лет в состоянии алкогольного опьянения упал, поскользнувшись на улице, подвернув правую стопу кнаружи. Почувствовал резкую боль, «хруст». С помощью знакомых добрался до дома, приступая на поврежденную ногу. Через 5 часов протрезвел и вызвал «Скорую помощь» из-за болей и невозможности приступать на правую ногу. Вы врач «Скорой помощи».

При осмотре правая стопа находится в положении пронации с отклонением кнаружи от оси голени. В нижней трети правой голени и на стопе – значительный плотный отек, окружность голеностопного сустава резко увеличена, кожа бледно-синюшная, напряжена, по передне-наружной поверхности стопы – эпидермальный пузырь 3х2 см с серозно-геморрагическим содержимым. Правая стопа холоднее левой, пульсация на тыльной артерии стопы и задней большеберцовой отчетливая, движения и чувствительность в пальцах стопы сохранены. При пальпации определяется резкая болезненность в области внутренней лодыжки и по проекции малоберцовой кости в ее нижней трети на 7 см выше края лодыжки. Здесь же прощупываются края костных отломков.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Первая медицинская и доврачебная помощь.
3. Первая врачебная помощь.
4. Куда доставляется пострадавший: травмпункт, травматологический стационар?
5. План обследования больного.
6. Клинический диагноз.
7. Первичная лечебная иммобилизация. План лечения.

Задача 8.

Сержант 20 лет получил сквозное пулевое ранение средней трети левого плеча. Почувствовал сильную боль, рука перестала функционировать, повисла вдоль тела. При попытке движений – резкая болезненность, необычная деформация, похрустывание, подвижность в средней трети плеча. Из раны – обильное непульсирующего характера выделение темной крови с каплями жира. Кисть теплая, отсутствует активное противопоставление первого пальца. Пульс на лучевой артерии сохранен.

Раненый доставлен на МПП в стабильном тяжелом состоянии бледный, ЧДД 26 в мин, пульс 100 в мин, АД 100/60 мм рт. ст. Левая рука прибинтована к телу, повязка обильно промокла кровью. Мочился самостоятельно.

Рентгенограммы прилагаются.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Медицинская помощь на этапах эвакуации.
3. Первая врачебная помощь (подробно) – Вы врач перевязочной МПП.
4. Профилактика раневой инфекции.
5. Особенности квалифицированной и специализированной помощи.

Задача 9.

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.

Вопросы:

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.

Задача 10.

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 12х 10^9/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°С. 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°С, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм рт.ст., ЧСС 128 уд в мин., лейкоциты 30х10^9/л, мочевой пузырь пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевина 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

Вопросы:

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояние.
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.

Задача 11.

Больной поступил в клинику на третьи сутки от начала сильных болей в левой ноге. Четкие признаки гангрены голени и стопы. Пульсация на бедренной артерии отсутствует.

Вопросы:
1. Ваш диагноз.
2. План лечения.

Задача 12.

Рядовой Б 29 лет. Получил ожог напалмом и от загоревшейся одежды. При поступлении на ПМП состояние пострадавшего очень тяжелое. Возбужден. Пытается приподняться с носилок. Одышка, хриплый кашель, сильная жажда, афония. Пульс 124 в мин., среднего наполнения. Лицо отечное, кожа гиперемирована, на щеках и ушах пузыри. Обгоревшая одежда местами прилипла к коже. Ожог захватывает почти полностью бедра, половые органы, правую ягодицу, весь живот, правую половину грудной клетки, большую часть спины, всю правую руку и левую кисть. Почти на всей поверхности ожога кожа серая, с желтоватым оттенком, сухая, частично закопченная, местами со слущенным эпидермисом, видна сеть тромбированных вен.

Вопросы:
1. Ваш диагноз.
2. Лечебно-тактические мероприятия.

Задача 13.

Поступил больной с пульсирующими болями в области заднего прохода, высокой температурой, отек распространяется на промежность и на внутренние поверхности ягодичных областей.

1. Действия хирурга.
2. Диагноз.

Задача 14.

У больной с 35-недельной нормально протекающей беременностью появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура 37,8° С. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется при пальпации резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицателен. Лейкоцитов в крови $16{,}0 \times 10^9$ в 1 мкл. В моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения.

Вопросы:
1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача 15.

Больной 36 лет обратился с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в правой половине живота, иррадиирующие в пах и в правую поясничную область. Заболел 2 ч назад. Раньше подобных боле никогда не было. Боли сопровождались однократной рвотой. Больной беспокоен, мечется, принимает коленно-локтевое положение. Температура при поступлении 37,5° С. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряжен в правой половине, резко болезнен, не участвует в дыхании, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Симптом Пастернацкого справа резко положителен. Лейкоцитов в крови $14{,}0 \times 10^9$ в 1 мкл. В моче: следы белка, относительная плотность 1,018, свежих эритроцитов 8-10 в поле зрения, выщелоченных эритроцитов 1-2 в поле зрения, клеток плоского эпителия большое количество.

Вопросы:
1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача 16.

Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10х12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача 17.

У больного с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и значительно улучшившимся в процессе лечения состоянием на 5-е сутки после поступления и на 10-е сутки от начала заболевания внезапно появились сильные боли в животе, температура стала повышаться, появилась жажда, тахикардия, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании, определяется разлитой симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитоз возрос с $10{,}0 \times 10^9$ до $18{,}0 \times 10^9$ в 1 мкл.

Вопросы:

1. Какое осложнение наступило у больного?
2. Что следует предпринять?

Задача 18.

У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, поднялась температура. Она носит гектический характер. Болей в области операционной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс 110 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитов в крови $18{,}0 \times 10^9$ в 1 мкл. В области раны воспалительной реакции нет. В легких при аускультации и рентгенологическом исследовании патологии не выявлено.

Вопросы:

1. О каком осложнении можно думать?
2. Какие следует применить исследования для уточнения диагноза?
3. Какова тактика в лечении такого осложнения?

Задача 19.

У ребенка 3 мес., страдающего запорами, в области пупка появилось выпячивание размером 1,5х1,5 см, мягкоэластической консистенции, увеличивающееся при плаче. В горизонтальном положении при спокойном состоянии ребенка это образование самостоятельно исчезает, после чего можно установить, что пупочное кольцо круглое, диаметр его – 1 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача 20.

У больного 16 лет во время операции левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

Вопросы:

1. К какому типу относится такая грыжа?

2. В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного?

Задача 21.

Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

Вопросы:

1. Почему это произошло?

2. Как закончить операцию?

3. Как избежать подобных осложнений?

Задача 22.

В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшалось, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой. Через 5 часов был доставлен вновь, уже с явлениями перитонита.

Вопросы:

1. В чем состоит ошибка врача?

2. Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи, и какая должна быть соответственно тактика врача?

Задача 23.

Во время операции по поводу ущемленной бедренной грыжи хирург после вскрытия грыжевого мешка рассек ущемляющее кольцо, как это и положено, в медиальном направлении, после чего началось сильное артериальное кровотечение.

Вопросы:

1. Что является источником кровотечения?

2. Какие меры и в какой последовательности следует предпринять для остановки кровотечения?

Задача 24.

Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше общий желчный проток не контрастируется и в двенадцатиперстную кишку контрастное вещество не поступает.

Вопросы:

1. Как вы расцениваете данные холангиограммы?

2. Каковы ваши дальнейшие действия?

3. Как вы закончите операцию?

Задача 25.

У больной 48 лет во время операции по поводу острого холецистита обнаружен больших размеров напряженный флегмонозно измененный желчный пузырь. Он удален. Общий желчный проток расширен до 3 см в диаметре. При холедохотомии

удалены 2 камня 1х1 см и большое количество темной замазкообразной массы с наличием множества мелких камней и песка.

Вопросы:

1. Каким образом хирург должен закончить операцию?

Задача 26.

У больной 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи внезапно появился приступ жестокой опоясывающей боли в эпигастральной области, многократная рвота. Температура оставалась нормальной. При пальпации эпигастральной области умеренная болезненность. Диастаза мочи 1024 единицы. Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния: боли стали значительно меньше, прекратилась рвота. Живот стал мягким, легкая болезненность в эпигастральной области еще оставалась. Симптомов раздражения брюшины не выявлялось. Диастаза мочи стала 256 ед.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача 27.

У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые как бы опоясывая, отдавали в спину. Температура оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявлялась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза в моче 4096 ед. Консервативные мероприятия (паранефральная двусторонняя блокада, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие, введение парентерально большого количества жидкостей - физиологического раствора и 5% раствора глюкозы) улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: участился пульс до 120 в минуту, артериальное давление упало до 70/40 мм рт.ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза в моче стала 8 ед.

Вопросы:

1. Каким образом следует расценить течение заболевания.
2. Какова должна быть тактика лечения?

Задача 28.

Больному в плановом порядке по поводу язвы желудка была сделана резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. На 3-й день состояние резко ухудшилось. Появились боли в эпигастральной области, которые, постепенно нарастая, распространились по всему животу. Дыхание стало затруднительным и болезненным. Беспокоит икота. Пульс 120 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный, особенно в эпигастральной области, напряжен. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга, перистальтические шумы не выслушиваются. В отлогих местах брюшной полости притупление перкуторного звука.

Вопросы:

1. О каком осложнении следует в этом случае думать?
2. Что могло привести к данному осложнению?
3. Какова ваша тактика в лечении больного?

Задача 29.

Во время операции у больного раком желудка опухоль обнаружена на границе антрального отдела желудка и привратника. Опухоль диаметром до 3 см. Она не

прорастает серозную оболочку. В лимфатических узлах большого сальника определяются отдельные регионарные метастазы.

Вопросы:

1. Какая операция должна быть выполнена?

Задача 30.

Больной 40 лет, оперированный 30 дней назад по поводу острого гангренозного аппендицита и тяжело перенесший послеоперационный период (длительная лихорадка, вскрытие межкишечного абсцесса и абсцесса дугласова пространства), вновь поступил в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, потрясающие ознобы, повышение температуры вечерами до 38,5° С (утром до 37,2° С), появившуюся и постепенно нарастающую желтуху. Пульс 110-120 в минуту. Язык влажный. Верхнюю половину живота щадит при дыхании. Живот мягкий, но в области правого подреберья определяется болезненность и ригидность мышц. Слабо положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, резко болезненная при пальпации. Лейкоцитов в крови $18{,}0 \times 10^9$ в 1 мкл. При рентгенологическом исследовании правый купол диафрагмы на своем обычном месте, но несколько ограничен в подвижности. Легочная ткань прозрачна. В правом плевральном синусе небольшой выпот.

Вопросы:

1. Каков ваш предположительный диагноз?
2. Чем можно его подтвердить?
3. Какова тактика лечения?

Задача 31.

Больной 41 лет, охотник, жалуется на тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. В анамнезе год назад были беспричинная крапивница и зуд кожи. При осмотре край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, он закругленный, безболезненный. Другой патологии обнаружить не удалось. Температура нормальная. При рентгенологическом исследовании определяется выпячивание в области правого купола диафрагмы полусферической формы.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует в этом случае думать?
2. Какие дополнительные методы исследования могут помочь в постановке диагноза?
3. Как определить откуда исходит выявленное при рентгенологическом обследовании образование?
4. Как лечить больного?

Задача 32.

Больной 44 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная повторная кровавая рвота. Больной резко ослаб. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании больного обращала на себя внимание большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась.

Вопросы:

1. Что, по вашему мнению, может служить источником кровотечения?
2. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

Задача 33.

Больной 42 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Кровавая рвота возникла внезапно. Больной отмечает, что в течение 2 лет такое

кровотечение начинается в 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре выраженная венозная сеть на животе в виде «головы медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги.

Вами поставлен диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

Вопросы:

1. В чем будет заключаться неотложная помощь больному?

2. Как следует обследовать больного в дальнейшем, после остановки кровотечения?

Задача 34.

Из психиатрической больницы доставлен больной, который сегодня сообщил врачу, что он 2 дня назад проглотил английскую булавку. Больной никаких жалоб не предъявляет, общее состояние остается удовлетворительным, живот мягкий, безболезненный. При рентгенологическом исследовании большая английская булавка обнаружена в тонком кишечнике, она находится в закрытом положении.

Вопросы:

1. Что следует предпринять?

Задача 35.

В срочном порядке вам пришлось оперировать больную 56 лет по поводу острой кишечной непроходимости. Состояние больной средней тяжести. До операции подозревалась спаечная непроходимость, но ревизия брюшной полости показала, что непроходимость вызвана опухолью слепой кишки. Видимых метастазов не определяется. Опухоль размером 10х8 см, подвижна. Ниже ее кишечник находится в спавшемся состоянии, а тонкий кишечник резко растянут, переполнен кишечным содержимым и газами.

Вопросы:

1. Какое оперативное пособие показано в данном случае?

Задача 36.

Больного 55 лет оперируют в экстренном порядке по поводу опухоли селезеночного угла толстой кишки, вызвавшей картину острой кишечной непроходимости 6-часовой давности. После вскрытия брюшной полости обнаружено, что опухоль не прорастает в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами. Общее состояние больного удовлетворительное.

Вопросы:

1. Какую операцию следует выполнить?

Задача 37.

Больной 60 лет поступил в стационар по поводу обтурационной кишечной непроходимости, вызванной опухолью сигмовидной кишки. Общее состояние больного средней тяжести. По ходу операции выяснилось, что приводящая кишка забита каловыми массами. Видимых метастазов нет. Опухоль подвижна, однако при осмотре ее обнаружен истонченный распадающийся участок, где вот-вот должна произойти перфорация.

Вопросы:

1. Как следует поступить в такой ситуации?

Задача 38.

У ребенка 2 лет среди полного здоровья появились сильные боли в животе, продолжавшиеся несколько минут. Во время приступа ребенок побледнел, ручками

держался за живот, сучил ножками. Приехавший на вызов врач скорой помощи нашел ребенка спокойно играющим, при осмотре ребенка никакой патологии у него не обнаружил и уехал. Приблизительно через час болевой приступ повторился. После третьего приступа, появившегося через полчаса и столь же кратковременного, ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение. В стационаре у ребенка был стул с примесью крови и слизи. Температура оставалась нормальной, пульс 100 в минуту. Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий безболезненный. При ректальном исследовании патологии не определяется, отчетливо видна кровь. Лейкоцитов в крови $10{,}2 \times 10^9$ в 1 мкл.

Вопросы:

1. Какова должна быть тактика врача скорой помощи при первом осмотре больного?

2. Ваш предположительный диагноз?

3. Какое уточняющее диагноз исследование следует предпринять?

Задача 39.

Больной 42 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.

2. Тактика лечения.

Задача 40.

Мужчина 39 лет проснулся среди ночи от жестоких болей в животе, постоянного характера, сопровождавшихся многократно повторяющейся рвотой. Через час после начала заболевания был госпитализирован в хирургический стационар. Состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Пульс слабого наполнения, 112 в минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Температура нормальная. Больной беспокоен, все время меняет положение. Кричит от болей. Рвота продолжается, рвотные массы приобрели каловый запах. Стула нет, газы не отходят. Язык сухой. Живот мягкий асимметрично вздут в правой половине, где нечетко пальпируется плотноэластическое образование. В отдельных местах определяется притупление. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Определяется «шум плеска». Перистальтика не выслушивается. При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер зияет, ампула прямой кишки пуста.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и действия?

Задача 41.

У молодой женщины внезапно возникли сильные боли в нижней половине живота справа. Боли носят постоянный характер, иррадиируют в прямую кишку. Общее состояние больной удовлетворительное, температура 38,8° С, пульс 100 в минуту. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации брюшной стенки в правой подвздошной области она напряжена, резко болезненна. Симптом Щеткина-

Блюмберга определяется по всей нижней половине живота. Симптом Ровзинга - положителен, симптом Ситковского - отрицателен, но при малейшем движении больной боли в животе усиливаются. Лейкоцитов в крови $12{,}3x10^9$ в мкл.

Вопросы:

1. Какое заболевание вы предположили?
2. Какие дополнительные исследования нужно проделать?
3. Как лечить больную?

Задача 42.

У больного 34 лет на 2-й день после верхнедолевой лобэктомии, выполненной по поводу хронического абсцесса верхней доли правого легкого, состояние резко ухудшилось. Усилились боли в груди, резко наросла одышка, появилась тахикардия - 132 в минуту. Температура 37° С. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, дыхательные шумы не выслушиваются. При перкуссии над всем правым легочным полем перкуторный звук укорочен. Рентгенологически отмечается затемнение всей правой половины грудной клетки. Средостение смещено вправо, диафрагма справа стоит высоко.

Вопросы:

1. Какое осложнение наступило у больного?
2. Причина его развития?
3. Как лечить больного?

Задача 43.

У больного 48 лет после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры 39,5° С, вот уже в течение 3 нед. держится субфебрильная температура. Больной отмечает сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку. Слева в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. СОЭ 45 мм/ч. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача 44.

У кормящей женщины через 4 нед после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39° С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотновата, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача 45.

Больная 36 лет обнаружила опухолевидное образование на передней поверхности шеи. Никаких жалоб не предъявляет. Образование появилось 5 лет назад,

когда больная проживала на Урале, и оно постепенно медленно увеличивается. При осмотре больная хорошего питания. Пульс 78 в минуту. Тоны сердца чистые. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации овальной формы, плотноватой консистенции образование с гладкой поверхностью, размером 10х8 см, безболезненное, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены. Основной обмен +10%.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача 46.

Больная 25 лет перенесла тяжелую фолликулярную ангину. Постепенно боли при глотании прошли, температура стала нормальной. Почувствовала себя здоровой. Но через 2 дня вновь поднялась температура до 38°С и появились боли при глотании. Левая доля щитовидной железы увеличилась, стала плотной, резко болезненной. Кожа над ней гиперемирована, появилась тахикардия, раздражительность, потливость. Лейкоцитов в крови $14{,}0x10^9$ в 1 мкл; СОЭ 30мм/ч. Основной обмен +25%.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Тактика лечения.

Задача 47.

У больной 32 лет, страдающей пороком сердца и мерцательной аритмией, внезапно возникли резкие боли в левой голени и стопе. Больная осмотрена через час на дому. Она стонет от боли. Стопа и нижняя треть голени резко бледны, холодны. Пальпация голени резко болезненна, движения в голеностопном суставе отсутствуют, тактильная чувствительность на стопе снижена. Пульсация бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой отчетлива, на остальных артериях конечности пульс не определяется.

Вопросы:

1. Что случилось с больной?
2. Какова должно быть лечебная тактика?

Задача 48.

У больного 30 лет 3 мес. назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 300-400 м он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 м, появились боли в I пальце правой стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы и голени отсутствует, на подколенных артериях - ослаблен. Резко положительный симптом плантарной ишемии.

Вопросы:

1. Какое заболевание у больного?
2. Как его следует лечить?

Задача 49.

Больная 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5° С. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5

см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность.

Вопросы:

1. Какой диагноз вы поставите?
2. Какое назначите лечение?

Задача 50.

Больной 39 лет в течении 8 лет страдает болями в эпигастрии после еды, изжогой, иногда рвотой. Запоры. Не лечился, не обследовался. Пять часов назад появились сильные боли в эпигастрии, однократная рвота пищей, затрудненное дыхание. Через 15 мин. боли стали стихать, но не исчезли, а переместились в нижнюю половину живота. Доставлен в больницу.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной обычной окраски. Язык обложен, влажный. Легкие -без патологии. Пульс- 76 уд. в мин. А/Д 120 /80 мм.рт.ст. ЧДД- 18 в мин. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, болезненность в правом подреберье умеренная. В правой подвздошной области умеренное напряжение мышц и выраженная болезненность при пальпации, где слабо положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Кишечные шумы выслушиваются. Анализ крови: лейкоциты-11200, эритроциты-3800000, гемоглобин-14,8 гр%

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши дополнительные методы обследования?
3. Какие еще симптомы и синдромы следует выявить?
4. Ваша концепция патогенеза данного заболевания.
5. Ваше тактическое решение?
6. Ваш метод лечения и его состав?

Задача 51.

Больной 63 лет, длительно страдает язвенной болезнью желудка. Обследовался, лечился. Год назад был эпизод кровавой рвоты. Лечился дома.2 месяца назад в течении 3 дней был черный стул, слабость. Накануне поступления в больницу появилась резкая слабость и головокружение, кратковременный обморок, дважды обильная рвота сгустками крови, жидкий стул вишневого цвета. Болей в животе нет.

Объективно: состояние тяжелое. Полуобморочное состояние, апатия, плохо контактирует, зевота, икота, срыгивание кровью. Резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых. Пульс - 136 уд. в мин, мягкий. А/Д 50/20 мм рт.ст. ЧДД- 26 в мин., ЦВД-0. Живот вздут в эпигастрии, мягкий и безболезненный. Симптом Щеткина-отрицательный. Каловые массы жидкие, вишневого цвета. Анализ крови: Hb- 4,2 гр/л., эритроциты - 1150000, лейкоциты - 8900, гематокрит - 19 %. Мочи нет.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши дополнительные методы обследования?
3. Ваша тактика Каков объем, состав, и сроки выполнения лечебных мероприятий?
4. В случае показания к операции - ее сроки, цель и объем? Если операция не показана - характер лечебных мер, состав динамического контроля?
5. Ваша концепция патогенеза данного заболевания?

Задача 52.

В приемный покой доставлен больной 68 лет, с острой задержкой мочи, обусловленной аденомой простаты. Мягкий и металлический катетер провести в мочевой пузырь не удается. Введение инструмента вызывает кровотечение из уретры.

Вопросы:

1. Ваша тактика?

Задача 53.

Мужчина при взрыве мины получил осколочное ранение в грудь. Появились кровохаркание, кашель, боль в груди. Справа на уровне третьего межреберья по средней ключичной линии имеется рана с неровными краями диаметром 0,6 см. Другая рана - по задней подмышечной линии размером 4х3 см. Из нее при кашле выделяется в умеренном количестве пенистая кровь.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании первой врачебной и квалификационной медицинской помощи.
3. Оцените оказание первой медицинской помощи, если при этом есть ошибки или недостатки, то укажите, какие.

Задача 54.

Сержант М. доставлен на МПП через 2 часа с осколочным проникающим ранением правой половины груди. Объективно: состояние тяжелое, положение полусидячее, кожные покровы бледные, выражен цианоз губ и кистей рук. Дыхание учащенное, затрудненное. В рану под повязку подсасывается воздух. Пульс 126 в минуту, слабого наполнения и напряжения, АД 75/40 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Наметьте план лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании первой врачебной и квалификационной медицинской помощи.
3. Оцените оказание первой медицинской помощи, если при этом есть ошибки или недостатки, то укажите, какие.

Задача 55.

Молодая женщина случайно выпила около 50 мл разбавленной уксусной кислоты. Появились резкие боли во рту, глотке, по ходу пищевода и в эпигастральной области. Больная заторможена, отмечается неутолимая жажда и обильное слюноотделение. Пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление низкое. Пострадавшую беспокоит многократная рвота, часто с примесью крови. Вскоре после получения ожога развился отек гортани. Нарастает интоксикация, отмечается олигурия.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?