МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
Обнинский институт атомной энергетики –
филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Утверждено на заседании

УМС ИАТЭ НИЯУ МИФИ

протокол от 24.04.2023 № 4-4/2023

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

Общие вопросы хирургической патологии

Шифр, название дисциплины

для специальности/направления подготовки

31.08.66 – Травматология и ортопедия
31.08.67 – Хирургия
31.08.68 – Урология

Шифр, название программы ординатуры по специальности

специализации/профиля

Шифр, название специализации/профиля

Форма обучения: **очная**

г. Обнинск 2023 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО РАЗДЕЛАМ ДИСЦИПЛИНЫ
«Общие вопросы хирургической патологии» (Б1.Б.1)

В результате освоения основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности «31.08.66 Травматология и ортопедия» обучающийся должен овладеть следующими результатами обучения по дисциплине Б1.Б.1 Общие вопросы хирургической патологии:

Коды компетенций	*Результаты освоения ООП*	*Перечень планируемых результатов обучения по дисциплине*
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	**Знать**: методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья, методы оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека с более глубоким пониманием сущности изучаемых явлений и взаимосвязей; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушений и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; принципы организации и проведения диспансеризации населения; формы и методы санитарно-просветительной работы; правила санитарно-эпидемиологического режима; **Уметь:** давать оценки причин и условий возникновения и развития хирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными. **Владеть**: методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки программ и проектов.
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	**Знать:** методы осуществления комплекса мероприятий, направленных на сохранение укрепления здоровья, методы оценки природных и социальных факторов среды развития болезней у человека с более глубоким пониманием сущности изучаемых явлений и взаимосвязей; причины возникновения патологических процессов в организме, механизмы их развития и клинические проявления; основы водно-электролитного обмена, кислотно-щелочной баланс; возможные типы их нарушения и принципы лечения в детском возрасте и у взрослых; патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери; основы иммунобиологии, микробиологии; основы рационального питания, принципы диетотерапии у хирургических больных при предоперационной подготовке и в послеоперационном периоде; принципы организации и проведения диспансеризации населения; формы и методы санитарно-просветительной

		работы; правила санитарно-эпидемиологического режима. **Уметь:** давать оценки причин и условий возникновения и развития хирургических заболеваний у человека; для оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; проводить санитарно-просветительную работу по гигиеническим вопросам, осуществлять поиск решений различных задач в нестандартных ситуациях, проводить санитарно-просветительную работу с населением и больными. **Владеть:** методами оценки природных и социальных факторов среды в развитии болезней у человека; основами профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний; принципами санитарно-просветительной работы по гигиеническим вопросам, что может использоваться для самостоятельной разработки программ и проектов.
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	**Знать:** общие и специальные методы исследования в основных разделах хирургии; основы применения эндоскопии и методов лучевой диагностики в различных разделах хирургии; принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; вопросы временной и стойкой нетрудоспособности, врачебно-трудовой экспертизы в хирургии; **Уметь:** выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования; применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, эндоскопических, функциональных), интерпретировать полученные данные; решить вопрос о трудоспособности больного; вести медицинскую документацию, осуществлять преемственность между лечебно- профилактическими учреждениями; проводить диспансеризацию и оценивать её эффективность; **Владеть:** установкой диагноза и оказанием квалифицированной помощи при варикозной болезни, облитерирующих заболеваниях сосудов, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, неосложненных грыжах живота, калькулезном и бескаменном холецистите, холедохолитиазе и холангите.
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	**Знать:** принципы профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; их клиническая симптоматика и способы диагностики, лечения. **Уметь:** применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организо-

		вать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции. **Владеть:** сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия.
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	**Знать:** принципы профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; их клиническая симптоматика и способы диагностики, лечения. **Уметь:** применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции. **Владеть:** сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатиче-

		ские наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия.
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи	**Знать:** принципы профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; их клиническая симптоматика и способы диагностики, лечения. **Уметь:** применить объективные методы обследования больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции. **Владеть:** сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия.
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	**Знать:** принципы профилактики и терапии шока и кровопотери; принципы диагностики, хирургической коррекции и медикаментозного лечения синдрома системного воспалительного ответа; закономерности течения раневого процесса и принципы его лечения; их клиническая симптоматика и способы диагностики, лечения. **Уметь:** применить объективные методы обследования

		больного, выявить общие и специфические признаки хирургического заболевания; оценить тяжесть состояния больного; определить необходимость и последовательность применения специальных методов исследования; оказать необходимую срочную помощь при неотложных состояниях; определить показания к госпитализации больного, определить ее срочность, организовать госпитализацию в соответствии с состоянием пациента; разработать план подготовки больного к экстренной, срочной или плановой операции, определить степень нарушения гомеостаза, осуществить подготовку всех функциональных систем организма к операции. **Владеть:** сформированными владениями, позволяющими установить диагноз и оказать квалифицированную помощь при следующих заболеваниях: острый аппендицит; язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; перфорация гастродуоденальных язв, язвенные гастродуоденальные кровотечения; кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта при острых язвах, варикозном расширении вен пищевода и желудка, синдроме Меллори-Вейсса; не осложненные и ущемленные грыжи живота, кишечная непроходимость различной этиологии; острый и хронический калькулезный и бескаменный холецистит холедохолитиаз и холангит; механическая желтуха; острый и хронический панкреатит; желудочные, кишечные, желчные, панкреатические наружные свищи; открытая и закрытая травма органов брюшной и грудной полостей; варикозная болезнь вен нижних конечностей, острый и хронический тромбофлебит и флеботромбоз, венозная недостаточность, лимфостаз; облитерирующие заболевания артерий конечностей, атеросклеротическая и диабетическая гангрена; хирургическая инфекция мягких тканей (абсцесс, флегмона, фурункул, карбункул, панариций, гидраденит, мастит, парапроктит, рожа); острый и хронический остеомиелит; ожоги и отморожения, электротравма; острая задержка мочи; почечная колика, острый пиелонефрит, анурия.
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	**Знать:** принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных, методы реабилитации; основы фармакотерапии в хирургии и смежных областях медицины; основы физиотерапии и лечебной физкультуры, показания и противопоказания к санаторно-курортному лечению. **Уметь:** выявить факторы риска развития того или иного хирургического заболевания, дать рекомендации в отношении мер профилактики его возникновения и прогрессирования. **Владеть:** основами к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у хирургических больных, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.
ОПК-4	Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	**ОПК-4 знать:** **знать, как проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;** **ОПК-4 уметь:** **уметь проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;** **ОПК-4 владеть:** **владеть методами клинической диагностики и обследования пациентов.**
ОПК-5	Способен назначать лечение паци-	**ОПК-5 знать:** **знать о методах лечения пациентов при заболеваниях**

	ентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	**и (или) состояниях, контроля его эффективности и безопасности** **ОПК-5 уметь:** **уметь применять методы лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать их эффективность и безопасность** **ОПК-5 владеть:** **владеть методами лечения пациентов при заболеваниях и (или) состояниях, контроля их эффективности и безопасности.**
ОПК-7	Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	**ОПК-7 знать:** **знать, как проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;** **ОПК-7 уметь:** **уметь проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;** **ОПК-7 владеть:** **владеть методами проведения в отношении пациентов медицинской экспертизы;**
ОПК-10	Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	**ОПК-10 знать:** **знать методы оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;** **ОПК-10 уметь:** **уметь оказывать неотложную медицинскую помощь при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;** **ОПК-10 владеть:** **владеть методами оказания неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;**

Преподавание дисциплины «Хирургия» в ординатуре по специальности 31.08.66 Травматология и ортопедия осуществляется при непосредственном текущем и промежуточном контроле освоения учебного материала. Для этой цели профессорско-преподавательский состав имеет в наличии оценочные средства для текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации ординаторов.

Формы текущего контроля: контроль теоретических и практических знаний по вопросам (КТЗ), клинический разбор больных (КР), контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на семинарском занятии (КПН), анализ историй болезни (АИБ), решение ситуационных задач (СЗ), компьютерное тестирование ординаторов (КТ), аттестация практических навыков (АПН).

Основной формой промежуточного контроля по дисциплине «Хирургия», имеющим объем более 34 ЗЕТ, является 2 зачёта с оценкой по билетам, включающим контрольные вопросы и ситуационную задачу, т.к. согласно ФГОС ВО и Приказа Министерства здравоохранения и социального развития от 05.12.2011 № 1475 н «Об утверждении федеральных государственных требований к структуре основной профессиональной образовательной программы послевузовского профессионального образования (ординатура)» изучение ординаторами дисциплин в структурах ОПОП ВО УПКВК, имеющих объём более 3 ЗЕТ, должны осуществляться как текущий контроль успеваемости, так и промежуточная аттестация ординаторов (зачёт с оценкой).

Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине

Блок Хирургия:

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства*
Б1.Б.1.1	Методы исследования хирургии	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.2	Экстренная хирургия	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.3	Плановая хирургия	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.4	Колопроктология	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.5	Хирургическая инфекция (раны и раневая инфекция)	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.6	Заболевания и повреждения сосудов	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.7	Неотложная хирургическая помощь у детей	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.8	Торакальная хирургия	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4,	– КТЗ – КР – КПН – АИБ

		ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	– СЗ – КТ – АПН

* – *наименование средств оценочного средства: контроль теоретических и практических знаний по вопросам (КТЗ), клинический разбор больных (КР), контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на семинарском занятии (КПН), анализ историй болезни (АИБ), решение ситуационных задач (СЗ), компьютерное тестирование ординаторов (КТ), аттестация практических навыков (АПН).*

Блок Оториноларингология:

№ п/п	Контролируемые разделы (темы) дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
Текущий контроль I, II, III семестр			
1.	Общая оториноларингология	**УК-1** способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте **ОПК-4** способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов **ОПК-5** способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность **ОПК-7** способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу **ОПК-10** способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства **ПК-1** проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза **ПК-2** назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат
2.	Частная оториноларингология: заболевания носа и горла	**УК-1** способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте **ОПК-4** способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов **ОПК-5** способен назначать лечение пациентам при заболеваниях	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни

		и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность **ОПК-7** способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу **ОПК-10** способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства **ПК-1** проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза **ПК-2** назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	
3.	Частная оториноларингология: заболевания уха	**УК-1** способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте **ОПК-4** способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов **ОПК-5** способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность **ОПК-7** способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу **ОПК-10** способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства **ПК-1** проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза **ПК-2** назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
Промежуточный контроль I, II, III семестр			
	Экзамен	**УК-1** способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача

		ОПК-4 способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов **ОПК-5** способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность **ОПК-7** способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу **ОПК-10** способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства **ПК-1** проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза **ПК-2** назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	
Текущий контроль IV семестр			
4.	Частная оториноларингология: травмы и опухоли ЛОР-органов	**УК-1** способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте **ОПК-4** способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов **ОПК-5** способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность **ОПК-7** способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу **ОПК-10** способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства **ПК-1** проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза **ПК-2** назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
Промежуточная аттестация IV семестр			

	Зачет с оценкой	**УК-1** способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте **ОПК-4** способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов **ОПК-5** способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность **ОПК-7** способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу **ОПК-10** способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства **ПК-1** проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза **ПК-2** назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача

Блок Травматология и ортопедия:

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства*
Б1.Б.1.1	Общая травматология	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.2	Частная травматология	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.3	Термические поражения, раны и раневая инфекция	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН

Б1.Б.1.4	Ортопедия	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН
Б1.Б.1.5	Хирургия травматических повреждений грудной клетки	УК-1 ПК-1 ПК-2 ПК-4 ПК-5 ПК-6 ПК-7 ПК-8	– КТЗ – КР – КПН – АИБ – СЗ – КТ – АПН

Блок Урология:

№ п/п	Контролируемые разделы дисциплины (результаты по разделам)	Код контролируемой компетенции (или её части) / и ее формулировка	Наименование оценочного средства
1.1.	Урология как медицинская наука.	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.2	Симптоматика и семиотика урологических заболеваний. Медоды диагностики в урологии. Лабораторные, рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые методы диагностики в урологии.	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.3	Аномалии развития мочеполовых органов.	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.4.	Воспалительные заболевания мочеполовой системы.	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией

		профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- реферат - академическая история болезни
1.5.	Мочекаменная болезнь	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.6.	Основы онкоурологии. Аденома и рак предстательной железы. Опухоли наружных половых органов.	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.7.	Опухоли почек, мочевого пузыря.	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.8.	Травма мочеполовой системы.	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.9.	Вопросы неотложной урологии.	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача - доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
1.10.	Острая и хроническая почечная недостаточность. Эфферентные методы детоксикации	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача

	в урологии. Гемодиализ. Пересадка почки.	**ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- доклад с презентацией - реферат - академическая история болезни
Промежуточная аттестация, VIII семестр			
	Зачет	**ОПК-4 -** Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза **ОПК-6 -** Способен организовывать уход за больными, оказывать первичную медико-санитарную помощь, обеспечивать организацию работы и принятие профессиональных решений при неотложных состояниях на догоспитальном этапе, в условиях чрезвычайных ситуаций, эпидемий и в очагах массового поражения	- собеседование (устный опрос) - тестирование на компьютере - кейс-задача

** – наименование средств оценочного средства: контроль теоретических и практических знаний по вопросам (КТЗ), клинический разбор больных (КР), контроль за освоением практических навыков при курации больного, вечернем дежурстве и на семинарском занятии (КПН), анализ историй болезни (АИБ), решение ситуационных задач (СЗ), компьютерное тестирование ординаторов (КТ), аттестация практических навыков (АПН).*

II. ВОПРОСЫ К СОБЕСЕДОВАНИЮ (УСТНОМУ ОПРОСУ) ПО РАЗДЕЛУ « ОБЩАЯ ХИРУРГИЯ»

Блок Хирургия:

1. Биологические и средовые факторы, формирующие здоровье.
2. Принципы разработки, внедрения и реализации оздоровительных технологий в деятельности образовательных учреждений.
3. Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения.
4. Теоретические основы организации здравоохранения.
5. Организация хирургической помощи населению.
6. Вопросы управления и планирования в хирургической службе.
7. Теоретические основы санитарной статистики.
8. Санитарно-противоэпидемическая работа в хирургической службе
9. Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы.
10. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-специалиста по хирургии.
11. Правовые основы здравоохранения.
12. Медицинское страхование.
13. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию головы и шеи.
14. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию груди.
15. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию живота.
16. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию таза и промежности.
17. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию позвоночника.
18. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию конечностей.
19. Лабораторные методы исследования в хирургии.
20. Лучевые методы диагностики в хирургии.
21. Инструментальные методы диагностики в хирургии.
22. Основы анестезиологии.
23. Основы реаниматологии.
24. Основы интенсивной терапии и трансфузиологии.
25. Клинику, диагностику и лечение заболеваний легких и плевры.
26. Клинику, диагностику и лечение заболеваний средостения.

27. Клинику, диагностику и лечение заболеваний пищевода.
28. Клинику, диагностику и лечение травматических повреждений грудной клетки.
29. Клинику, диагностику и лечение опухолей молочной железы.
30. Клинику, диагностику и лечение хирургических заболеваний желудка.
31. Клинику, диагностику и лечение хирургических заболеваний кишечника и брыжейки.
32. Клинику, диагностику и лечение хирургических заболеваний печени и желчных протоков.
33. Клинику, диагностику и лечение хирургических заболеваний селезенки.
34. Клинику, диагностику и хирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы.
35. Клинику, диагностику и хирургическое лечение грыж живота.
36. Клинику, диагностику и хирургическое лечение инородных тел желудочно-кишечного тракта.
37. Клинику, диагностику и хирургическое лечение травматических повреждений живота.
38. Клинику, диагностику и хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы.
39. Клинику, диагностику и лечение заболеваний и повреждений сосудов.
40. Клинику, диагностику и лечение острых воспалительных заболеваний и травм мочеполовых органов.
41. Основы теоретической и практической онкологии.
42. Клинику, диагностику и лечение травм черепа и головного мозга.
43. Клинику, диагностику и лечение травм позвоночника и спинного мозга.
44. Клинику, диагностику и лечение травматических повреждений таза.
45. Клинику, диагностику и лечение травм конечностей.
46. Клинику, диагностику и лечение травматического шока.
47. Клинику, диагностику и хирургическое лечение ожогов и ожоговой болезни.
48. Клинику, диагностику и лечение ожогового шока.
49. Клинику, диагностику и лечение ожогов другими этиологическими факторами.
50. Клинику, диагностику и лечение отморожений.
51. Учение о ранах.
52. Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных заболеваний.
53. Клинику, диагностику и лечение острых гнойных заболеваний кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства и флегмон таза.
54. Клинику, диагностику и лечение гнойных заболеваний кисти.
55. Клинику, диагностику и лечение маститов.
56. Клинику, диагностику и лечение хронических гнойных заболеваний.
57. Клинику, диагностику и лечение хирургического сепсиса.
58. Клинику, диагностику и лечение особых видов раневой инфекции.
59. Клинику, диагностику и лечение перитонита и остаточных гнойников брюшной полости.
60. Антибактериальную терапию в хирургии.
61. Клинику, диагностику и лечение неопухолевых заболеваний прямой кишки и анального канала.
62. Клинику, диагностику и лечение травматических повреждений прямой кишки и промежности.
63. Клинику, диагностику и лечение злокачественных опухолей толстой кишки.
64. Основы иммунологии и микробиологии.
65. Основы фармакотерапии в клинике хирургических болезней
66. Фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, применяемых в хирургии.
67. Показания и противопоказания, режим назначения и возможные побочные действия основных лекарственных групп.
68. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии при хирургической патологии.
69. Патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса.
70. Физиологию и патофизиологию свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов.
71. Патоморфологию хирургических заболеваний грудной клетки
72. Патоморфологию хирургических заболеваний брюшной полости.
73. Патоморфологию хирургических заболеваний таза и промежности.
74. Патоморфологию хирургических заболеваний эндокринной системы.
75. Патоморфологию хирургических заболеваний венозной и артериальной систем.

Блок Оториноларингология:

Тема Анатомия, физиология и методы исследования носа и околоносовых пазух.

Контрольные вопросы:

1. Какие существуют методы осмотра наружного носа и полости носа?
2. Как оценить дыхательную функцию полости носа.
3. Как определить остроту обоняния?
4. Варианты укладок при рентгенологическом исследовании околоносовых пазух.
5. Как оценить рентгенограммы околоносовых пазух?
6. Как описать рентгенограммы околоносовых пазух?
7. Что такое диафаноскопия?
8. Какой метод исследования позволяет достоверно определить состояние придаточных пазух носа?

Тема: Анатомия, физиология и методы исследования глотки, гортани, трахеи и пищевода.

Контрольные вопросы.

1. Перечислите методы исследования глотки.
2. Перечислите методы исследования гортани.
3. Перечислите методы исследования трахеи.
4. Перечислите методы исследования пищевода.
5. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
6. В чем отличие прямой ларингоскопии от прямой?
7. Особенности рентгенологического исследования глотки.
8. Методы рентгенологического исследования гортани.
9. Особенности выполнения и описания рентгенологического исследования пищевода.

Тема: Анатомия, физиология, методы исследования наружного, среднего и внутреннего уха. Слуховой и вестибулярный анализатор.

Контрольные вопросы.

1. Что такое воздушная проводимость?
2. Что такое костная проводимость?
3. Имеются ли отличия между воздушной и костной проводимостью?
4. Каков диапазон разговорной речи?
5. Какова граница восприятия звуковых колебаний?
6. Какова оптимальная зона чувствительности уха к звуковым колебаниям?
7. Что такое громкость и сила звука?
8. Чем определяется частота звука?
9. Чем отличается утомление от адаптация?
10. Возможности моноауральной локализации звука.
11. Влияние ширины и формы наружного слухового прохода на состояние звукопроведения.
12. Звуки какой частоты наилучшим образом воспринимаются при компрессионном типе костного звукопроведения?
13. Теории колебания базиллярной мембраны Гемгольца, Бекеши, Резерфорда.
14. Сторона латерализации звука в опыте Вебера при поражении слухового анализатора звуковоспринимающего отдела.
15. Изменения показателей опыта Ринне при заболеваниях среднего уха.
16. В каком отделе барабанной перепонки перфорация оказывает наименьшее влияние на звукопроведение?
17. Структура вестибулярного паспорта.
18. Как определяется функциональное состояние отолитового аппарата?
19. Как проводится вращательная проба?
20. Как проводится калорическая проба?
21. Обязательно ли появление нистагма при вращательной пробе?
22. Обязательно ли появление нистагма при калорической пробе?
23. Сторона наибольшей возбудимости горизонтального полукружного канала при спонтанном падении больного вправо.
24. Причина двухкомпонентности нистагма.
25. Причина возникновения медленного компонента на контралатеральной стороне.

Тема: Острые и хронические воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух: острый и хронические риниты, острые и хронические синуситы, внутриорбитальные и внутричерепные риногенные осложнения. Восстановление носового дыхания. Носовые кровотечения.

Контрольные вопросы.

На какие группы делятся по клиническому значению заболевания носа?

1. Какие стадии выделяют в течении острого ринита?
2. Какие осложнения могут возникнуть в течении острого ринита?
3. Какой комплекс мероприятий по лечению острого ринита рекомендуется?
4. Какие патоморфологические изменения возникают при хронических ринитах?

5. Каковы исходы (основные) хронического ринита (катарального)?
6. Что такое хронический ринит?
7. Какие факторы способствуют развитию атрофического ринита?
8. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать атрофические риниты?
9. Что представляет собой вазомоторный ринит?
10. С какими опухолями следует дифференцировать кровоточащий полип носовой перегородки?
11. Каковы риноскопические данные при вазомоторном рините?
12. Сокращается ли слизистая носовых раковин после смазывания сосудорасширяющими средствами при вазомоторном рините?
13. Какие признаки характерны при аллергическом рините?
14. Какие анатомические особенности течения острого насморка у детей грудного возраста?
15. Какие физиологические особенности течения острого насморка у детей грудного возраста?
16. Где располагается кровоточивая зона носовой перегородки?
17. Через какую стенку осуществляется оперативное вмешательство при гайморитах?
18. Через какую стенку можно сделать пункцию лобной .пазухи?
19. Что такое аносмия?
20. Какие существуют методы осмотра наружного носа и полости носа?
21. Как оценить рентгенограмму придаточных пазух носа?
22. Какой метод исследования позволяет достоверно определить состояние придаточных пазух носа?
23. Какие анатомические предпосылки могут вести к образованию тромбоза кавернозного синуса?
24. Какие эндогенные факторы способствуют воспалению придаточных пазух носа?
25. На какие формы делятся синуситы по клиническому значению?
26. Какие заболевания придаточных пазух способствуют возникновению злокачественных опухолей?
27. Какие методы исследования применяют при диагностике синуситов?
28. Какое контрастное вещество наиболее часто применяется для рентгенографии придаточных пазух носа?
29. Какие основные жалобы у больных с хроническим синуситом?
30. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать воспалительные заболевания придаточных пазух носа?
31. Какие осложнения могут быть при пункции гайморовой пазухи?
32. Какие формы гайморитов подлежат хирургическому лечению?
33. В чем основной принцип хирургического лечения синуситов?
34. Назовите два основных вида хирургического вмешательства в придаточных пазухах носа?
35. При заболеваниях каких придаточных пазух носа чаще возникают внутричерепные осложнения?
36. Каковы основные пути проникновения инфекции в полость черепа при синуситах?
37. Какие сосудистые анастомозы играют роль в патогенезации при риногенных внутричерепных осложнениях?
38. Каковы орбитальные осложнения риногенного характера?
39. Какую операцию нужно провести больному с риногенным менингитом, абсцессом мозга?
40. Почему чаще могут быть изменения глазного дна в виде застойного диска зрительного нерва при риногенных экстрадуральных абсцессах, чем при отогенных?
41. Каковы внутренние осложнения риногенного характера?
42. Какие виды нарушения психики могут быть при риногенных экстрадуральных абсцессах?
43. Какие общие симптомы могут быть при риногенном тромбофлебите и при тромбозе пещеристого синуса?
44. При каких заболеваниях возникает тромбоз пещеристого синуса?
45. Какие местные симптомы могут быть при риногенном тромбофлебите и тромбозе пещеристого синуса?
46. В чем основной принцип хирургического лечения риногенных осложнений?
47. Что является главным в профилактике риногенных внутричерепных и орбитальных осложнений?
48. Какие условия способствуют воспалению придаточных пазух носа?
49. Какие виды микробов встречаются наиболее часто в придаточных пазухах носа при воспалении?
50. Каковы жалобы у больных с острым гайморитом?
51. Каковы жалобы у больных с острым фронтитом?
52. Каковы жалобы у больных с сфеноидитом?
53. Каковы жалобы у больных с этмоидитом?
54. Какие физиопродцедуры применяются для лечения острых синуситов?
55. Каковы показания к диагностической пункции гайморовой пазухи?
56. Могут ли быть осложнения при пункции гайморовой пазухи?
57. Какие формы гайморитов подлежат консервативному лечению?

Тема: Острые и хронические заболевания глотки и гортани: острые и хронические тонзиллиты, острый и хронический аденоидит, гипертрофия небных миндалин, острый и хронические фарингиты, паратонзиллиты, окологлоточный абсцесс, заглоточный абсцесс, острый подскладковый ларинготрахеит у детей, острый ларингит у взрослых,

хронические ларингиты, предраковые состояния гортани. Восстановление глотания и голоса. Инородные тела верхних дыхательных путей. Ожоги пищевода.

Контрольные вопросы.

1. Каковы анатомические предпосылки развития заглоточного абсцесса?
2. Можно ли отличить заглоточный абсцесс от абсцесса при туберкулезе позвоночника?
3. Какие осложнения могут развиваться при заглоточном абсцессе?
4. В каком возрасте возникает заглоточный абсцесс?
5. Какие существуют анатомические пути проникновения инфекции в заглоточное пространство?
6. В каком отделе глотки наиболее часто развивается заглоточный абсцесс?
7. Назовите причину развития паралича мягкого неба и его симптомам.
8. Сколько миндалин входит в состав лимфаденоидного глоточного кольца ВальдейераПирогова?
9. Как осуществляется кровоснабжение небной миндалины?
10. Наружная или внутренняя сонная артерия ближе располагается к нижнему полюсу неба?
11. Какая артерия располагается ближе к верхнему полюсу небной миндалины?
12. Какое значение имеют физиологические барьеры небных миндалин?
13. Как осуществляется иннервация миндалин?
14. Куда направляются отводящие лимфатические сосуды глотки?
15. В чем состоит функция глотки?
16. Каким инструментом проводится осмотр верхнего отдела глотки?
17. Каким инструментом проводится обычно осмотр нижнего отдела глотки?
18. Каким инструментом обычно проводится осмотр среднего отдела глотки?
19. Каким методом можно воспользоваться для осмотра носоглотки у детей?
20. Какое место по остроте занимает ангина среди инфекционных заболеваний?
21. При каких заболеваниях может быть вторичная ангина?
22. При каких заболеваниях крови может быть вторичная ангина?
23. Какими признаками характеризуется ангина при агранулоцитозе?
24. В каких случаях возникает паратонзиллярный абсцесс?
25. Возможно ли самопроизвольное вскрытие паратонзиллярного абсцесса?
26. Каковы осложнения паратонзиллярного абсцесса?
27. В каком возрасте чаще болеют ангиной?
28. Имеют ли значение вирусы в этиологии ангин и хронических тонзиллитов?
29. Какие жалобы у больного катаральной ангиной?
30. Какими признаками характеризуется фолликулярная и лакунарная ангины?
31. Какая фарингоскопическая картина при лакунарной ангине?
32. Можно ли отличить лакунарную ангину от дифтерии по данным фарингоскопии?
33. Какое лечение следует назначить больному ангиной?
34. Сколько дней нетрудоспособен больной ангиной?
35. В чем заключается профилактика ангин?
36. Какие осложнения со стороны ЛОР органов могут возникнуть у больного ангиной?
37. Может ли ангина быть в области гортаноглотки?
38. Какой метод исследования позволяет подтвердить диагноз "Ангина язычной миндалины"?
39. Какие признаки могут быть при ангине Симановского-Венсана?
40. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при ангине Симановского-Венсана?
41. Каким инструментом проводится обычно осмотр среднего отдела глотки?
42. В каком возрасте встречаются аденоиды?
43. Почему у людей старше 30 лет аденоиды встречаются крайне редко?
44. Какую консистенцию имеют аденоиды при пальпаторном исследовании?
45. Морфологическое строение аденоидов.
46. Степени гипертрофии носоглоточной миндалины.
47. Перечислить осложнения, вызываемые аденоидами со стороны ЛОР органов.
48. Почему при аденоидах происходит венозный застой в головном мозге?
49. Перечислить методы лечения аденоидов.
50. Основные местные признаки хронического тонзиллита?
51. Клинические формы хронического тонзиллита.
52. Методы лечения хронического тонзиллита.
53. Каковы показания к тонзиллэктомии?
54. Осложнения во время тонзиллэктомии.
55. Осложнения после тонзиллэктомии.
56. Какова тактика в послеоперационном периоде после тонзиллэктомии?
57. Какие анатомические предпосылки для развития крупа?
58. По каким признакам отличается ложный круп от истинного?

59. По каким причинам может возникнуть паралич задней перстне-черпаловидной мышцы?
60. Будет ли нарушение функции гортани при параличе задней перстне-черпаловидной мышцы?
61. Какие симптомы могут быть при параличе мышц, натягивающих голосовые складки?
62. Какие симптомы возникают при параличе мышц, натягивающих голосовые складки?
63. В чем состоит физиология гортани?
64. Может ли говорить человек, у которого удалена гортань?
65. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
66. В чем отличие прямой ларингоскопии от непрямой?
67. Какие аномалии развития гортани могут быть у детей?
68. Какие факторы способствуют развитию ларингитов?
69. На какие формы делятся ларингиты по клиническому течению?
70. Признаки подсвязочного ларингита.
71. Какие основные лечебные мероприятия следует применять для ликвидации ложного крупа?
72. Формы хронических ларингитов.
73. Где располагаются певческие узелки?
74. С какими заболеваниями следует дифференцировать хронический атрофический ларингит?
75. При каких заболеваниях возникают отеки гортани?
76. При каких заболеваниях возникает флегмонозный ларингит?
77. Какие осложнения могут быть при флегмонозном ларингите?
78. Какие показания к трахеотомии?
79. Какие известны виды трахеотомии?
80. Какие осложнения могут быть при трахеотомии?
81. В каких случаях возникает эмфизема подкожной клетчатки шеи после трахеотомии?
82. Когда можно деканюлировать больного после трахеотомии?

Тема: Острые и хронические воспалительные заболевания наружного и среднего уха: острый и хронический катар слуховой трубы, серозный средний отит, острый катаральный отит, острый гнойный средний отит, хронический эпи- и мезотимпанит, острый классический мастоидит, хронический мастоидит, атипичные формы мастоидитов, внутричерепные отогенные осложнения. Инородные тела уха.

Контрольные вопросы.

1. Анатомические условия перехода воспалительного процесса из наружного уха в околоушную железу.
2. Дифференциальный диагноз между перихондритом и рожистым воспалением ушной раковины.
3. Возможность снижения слуха при травматической ампутации ушной раковины.
4. Возможность изменения слуха после травмы наружного слухового прохода.
5. Влияние особенностей сосцевидного отростка на воспалительный процесс в среднем ухе.
6. Топография лицевого пера?
7. Влияние анатомических особенностей уха на развитие отогенных внутричерепных осложнений при воспалительных процессах и травме уха.
8. Пути распространения воспалительного процесса из сигмовидного синуса.
9. Возможность нарушения слуха при проходимости слуховой трубы.
10. Латерализация низкочастотного сигнала в опыте Вебера при нарушении звукопроведения.
11. Значение опыта Ринне при заболеваниях среднего уха.
12. Осложнения острого среднего отита.
13. Причина зловонного гноя при остром мастоидите.
14. Номенклатура операций.
15. Наиболее частые причины перехода острой формы среднего отита в хроническую.
16. Основные признаки гнойного мезотимпанита.
17. Основные признаки хронического гнойного эпитимпанита.
18. Возможность назначения консервативного лечения при хроническом среднем отите.
19. Трудовая экспертиза больных хроническим средним отитом.
20. Возможность назначения хирургического лечения при хроническом среднем отите.
21. Задачи тимпанопластики.
22. Формы хронического среднего отита.
23. Определение холестеатомы.
24. Причина зловонного запаха при хроническом гнойном эпитимпаните.
25. Типы операций при хроническом эпитимпаните.
26. Номенклатура заболеваний наружного, среднего или внутреннего уха, при которых чаще развиваются отогенные внутричерепные осложнения.
27. Виды внутричерепных осложнений отогенного происхождения.
28. Виды операций при отогенном менингите.
29. Стадии течения абсцессов мозга и мозжечка.

30. Сущность амнестической афазии.
31. Сущность сенсорной афазии.
32. Заболевания дифференциального диагноза при абсцессе мозга и мозжечка.
33. Симптомы отогенного сепсиса.
34. Принципы хирургического лечения больных внутричерепными отогенными осложнениями.

Тема: Негнойные заболевания среднего и внутреннего уха: отосклероз, болезнь Меньера , лабиринтит, адгезивный средний отит, нейросенсорная тугоухость, тимпаносклероз. Хирургические и аппаратные методы восстановления слуха.

Контрольные вопросы.

1. Какими путями инфекция может проникнуть в лабиринт?
2. Какими путями может проникнуть инфекция из среднего уха в лабиринт?
3. Какие существуют основные формы лабиринтитов в зависимости от путей проникновения инфекции во внутреннее ухо?
4. При каких инфекционных заболеваниях могут иметь место гематогенные лабиринтиты?
5. Какие различают формы лабиринтитов в зависимости от распространенности процесса?
6. Как подразделяются лабиринтиты по характеру воспалительного процесса?
7. Как подразделяются лабиринтиты по течению?
8. Эпи- или мезотимпанит чаще осложняется лабиринтитом?
9. Какой процесс в среднем ухе обычно приводит к развитию ограниченного лабиринтита?
10. Какие симптомы будут указывать на переход процесса из среднего уха при его воспалении на внутреннее?
11. Какие общие объективные симптомы характерны для лабиринтитов?
12. Какой объективный симптом является патогномоничным для ограниченного лабиринтита?
13. Какая тактика должна быть у врача общего профиля при наличии у больного положительного фистульного симптома?
14. По какому типу поражается слух при гнойном лабиринтите?
15. Какая форма лабиринтита, как правило, приводит к полной глухоте?
16. Методика определения функционального состояния отолитового аппарата.
17. Методика определения функционального состояния полукружных каналов.
18. Методика вращательной пробы.
19. Методика калорической пробы.
20. Величина нормальной возбудимости лабиринта при вращательной пробе.
21. Величина нормальной возбудимости лабиринта при калорической пробе.
22. Трудовая экспертиза больного нейросенсорной тугоухостью.
23. Трудовая экспертиза больного хроническим эпитимпанитом.
24. Трудовые рекомендации больному отосклерозом.
25. Трудовые рекомендации больному болезнью Меньера.
26. Возможность службы в армии больного хроническим гнойным мезотимпанитом.
27. Объективные признаки глухоты.
28. Особенности обнаружения односторонней глухоты.

Тема: Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха: доброкачественные и злокачественные опухоли носа, околоносовых пазух, глотки и гортани, туберкулез, сифилис, склерома, дифтерия.

Контрольные вопросы.

1. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
2. В чем отличие прямой ларингоскопии от непрямой?
3. Какие аномалии развития гортани могут быть у детей?
4. Где располагаются певческие узелки?
5. Какие показания к трахеотомии?
6. Какие известны виды трахеотомии?
7. Какие осложнения могут быть при трахеотомии?
8. В каких случаях возникает эмфизема подкожной клетчатки шеи после трахеотомии?
9. Когда можно деканюлировать больного после трахеотомии?
10. Какие опухоли могут быть в гортани?
11. Какая доброкачественная опухоль гортани наиболее часто перерождается в раковую?
12. В каком возрасте наиболее часто встречается рак гортани?
13. Какова частота рака гортани среди опухолей других локализаций?
14. Какая гистологическая структура рака наиболее часто обнаруживается в гортани?
15. Какой отдел гортани поражается раком наиболее часто?

16. При какой локализации рака в гортани признаки болезни появляются наиболее рано?
17. Какой симптом является ведущим при раке среднего отдела гортани?
18. Какая функция гортани нарушается главным образом при раке ее нижнего отдела?
19. Сколько стадий рака гортани различают?
20. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак гортани?
21. Какие виды лечения применяются при раке гортани?
22. Какие основные виды операций производят при раке гортани?
23. Какое лечение целесообразно назначить больному при раке I стадии?
24. Какое лечение целесообразно назначить больному при раке подсвязочного отдела гортани?
25. Какая средняя курсовая доза лучевой терапии назначается при раке гортани?
26. Каковы противопоказания при лучевой терапии по поводу рака гортани?
27. Какие злокачественные опухоли наружного уха Вы знаете?
28. Какие методы лечения эффективны при раке I, II, III стадии и базалиоме ушной раковины?

Блок Травматология и ортопедия:

«Общие вопросы травматологии» (I семестр)

1. Травматизм как социальная проблема. Ортопедия. История развития.
2. Организация травматологической и ортопедической помощи в Российской Федерации.
3. Особенности медико-социальной экспертизы при травмах.
4. Юридическая ответственность врача травматолога-ортопеда.
5. Клиническая классификация механических повреждений.
6. Общая реакция организма на травму.
7. Универсальная классификация переломов АО / ASIF.
8. Открытые переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
9. Закрытые переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
10. Огнестрельные переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
11. Травматический остеомиелит, классификация, клиника, диагностика, лечение.
12. Репаративная регенерация кости после перелома: ее стадии, варианты течения.
13. Два типа репаративной регенерации кости при заживлении перелома - первичное и вторичное заживление.
14. Причины, ведущие к нарушению репаративной регенерации - общее состояние больного, местные условия в зоне перелома.
15. Определение понятий: замедленное сращение перелома, несросшийся перелом, ложный сустав (атрофический и гипертрофический или гиперваскулярный).
16. Этиология, морфология, клиника, диагностика, профилактика замедленной консолидации и ложных суставов.
17. Ятрогенные причины нарушения консолидации переломов и образования ложных суставов.
18. Общие и местные факторы, влияющие на процесс и сроки сращения переломов.
19. Задачи лечения переломов костей и их реализация для создания остеогенного пути репаративной регенерации и формирования интрамедиарной мозоли.
20. Клинические и рентгенологические признаки замедленной консолидации перелома, ложного сустава.
21. Основные сведения о развитии скелета в процессе антропогенеза.
22. Общие принципы и методы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
23. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у взрослых.
24. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у детей.
25. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у взрослых.
26. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у детей.
27. Основные принципы анализа рентгеновского изображения скелета.
28. Радионуклидные исследования в травматологии и ортопедии.
29. Компьютерная и магнитно-резонансная томография.
30. Лабораторные исследования крови.
31. Цитологическая и гистологическая диагностика в травматологии и ортопедии.
32. Основные принципы лечения переломов.
33. Общие сведения о лечении внутрисуставных переломов.
34. Общие сведения о лечении переломов у детей.
35. Общие сведения о лечении переломов у пожилых людей.
36. Характер и сущность типичных оперативных вмешательств у больных травматолого-ортопедического профиля.
37. Внутренний остеосинтез.
38. Чрескостный остеосинтез.
39. Артроскопические методы лечения.

40. Эндопротезирование крупных суставов конечностей.
41. Понятие о стабильном остеосинтезе.
42. Периоперационный период. Дооперационный период: принципы подготовки больных к операции, обследование пациентов, предоперационное лечение, коррекция гомеостаза.
43. Принципы проведения травматологических вмешательств.
44. Ведение послеоперационного периода. Специфические и неспецифические послеоперационные осложнения.
45. Методы лечения послеоперационных осложнений. Хирургическая тактика при осложнениях.
46. Травматический шок. Классификация и патогенез. Клиника и фазы травматического шока. Диагностика. Лечение. Трансфузионная терапия. Обезболивание.
47. Показания к оперативным вмешательствам при травматическом шоке.
48. Полиорганная недостаточность при шоке. Профилактика и лечение полиорганной недостаточности при шоке
49. Синдром сдавления мягких тканей. Патогенез и классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
50. Сепсис. Патогенез и классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
51. Тромбозы и эмболии при травме.
52. Тромбовенозные осложнения в травматологии.
53. Тромбоэмболия легочной артерии.
54. ДВС-синдром.
55. Жировая эмболия.

6.3. Контрольные вопросы для семинарских занятий по разделу Б1.Б.1.2 «Частная травматология» (II семестр)

1. Переломы лопатки. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Переломы ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Вывихи акромиального конца ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
4. Вывихи грудинного конца ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
5. Вывихи плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Переломы верхнего конца плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
7. Переломы диафиза плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
8. Переломы нижнего конца плечевой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
9. Посттравматическая контрактура и анкилоз локтевого сустава.
10. Гетеротопическая травматическая оссификация.
11. Ишемическая контрактура Фолькмана.
12. Вывихи предплечья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
13. Переломы костей предплечья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
14. Замедленное сращение и несращение переломов диафиза костей предплечья.
15. Пятнистый посттравматический остеопороз и другие осложнения.
16. Неправильно сращенные и несращенные переломы лучевой кости в типичном месте.
17. Вывихи кисти и костей запястья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Переломы костей запястья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
19. Переломы пястных костей и фаланг. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
20. Вывихи пястно-фаланговых и межфаланговых суставов.
21. Общие данные: анатомо-физиологические данные; проблемы восстановления сухожилий; виды ран при повреждении сухожилий; общие принципы хирургии сухожилий кисти.
22. Повреждения сухожилий сгибателей.
23. Повреждение сухожилий разгибателей.
24. Способы восстановления сухожилий.
25. Открытые повреждения сухожилий пальцев и хирургическая тактика лечения в зависимости от уровня повреждений различных сегментов конечности, программа реабилитации поврежденного сегмента
26. Переломы костей стопы.
27. Вывихи в суставах стопы.
28. Повреждения таза. Механизм повреждения. Классификация переломов костей таза. Диагностика переломов костей таза.
29. Особенности течения переломов костей таза.
30. Обезболивание при переломах костей таза.
31. Оказание первой помощи и транспортировка пострадавших при переломах таза.
32. Осложнённые переломы костей таза.
33. Повреждения таза. Лечение. Скелетное вытяжение. Наложение спицевых и стержневых аппаратов КДО (компрессионно-дистракционного остеосинтеза).
34. Сочетанные повреждения таза.
35. Разрывы мочевого пузыря и мочеиспускательного канала при переломах таза.

36. Травматические вывихи бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
37. Переломы проксимального отдела бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
38. Несросшиеся переломы и ложные суставы шейки бедра.
39. Асептический некроз головки бедра и остеоартроз тазобедренного сустава после перелома шейки бедра.
40. Эндопротезирование при переломах и ложных суставах шейки бедра.
41. Межвертельные и чрезвертельные переломы бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
42. Изолированные переломы большого и малого вертелов.
43. Переломы диафиза бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
44. Несросшиеся переломы и ложные суставы бедра.
45. Замедленное сращение переломов бедра.
46. Неправильно сросшиеся переломы бедра.
47. Разгибательная контрактура коленного сустава после перелома бедра.
48. Переломы дистального отдела бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
49. Травматические эпифизеолизы дистального конца бедренной кости.
50. Гемартроз коленного сустава.
51. Повреждения связочного аппарата коленного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
52. Повреждение менисков. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
53. Хронический менисцит, или менископатия.
54. Оперативное лечение свежих разрывов связок коленного сустава.
55. Повреждение жировой ткани крыловидной складки коленного сустава.
56. Повреждения хряща и хондропатия надколенника.
57. Подкожные разрывы сухожилия четырехглавой мышцы бедра и собственной связки надколенника.
58. Травматические вывихи коленного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
59. Закрытые переломы надколенника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
60. Переломы мыщелков большеберцовой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
61. Переломы диафиза костей голени. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
62. Замедленное сращение, ложный сустав и неправильно сросшийся перелом диафиза костей голени.
63. Повреждение ахиллова сухожилия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
64. Ложные суставы и дефекты костей голени
65. Супинационные переломы области голеностопного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
66. Пронационные переломы области голеностопного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
67. Повреждения связок голеностопного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
68. Переломы и вывихи стопы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
69. Повреждения позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
70. Патологоанатомические изменения при повреждении позвоночника и спинного мозга.
71. Лечение при переломах позвоночника без нарушения функции спинного мозга.
72. Лечение при переломах позвоночника с нарушением функции спинного мозга.
73. Последствия травмы позвоночника и спинного мозга.
74. Ошибки в диагностике и лечении травмы позвоночника и спинного мозга.
75. Предупреждение и лечение осложнений травм позвоночника.
76. Транспортировка пострадавшего с повреждением позвоночника.
77. Исходы лечения при повреждениях позвоночника.

6.4. Контрольные вопросы для семинарских занятий по разделу Б1.Б.1.3 «Термические поражения, раны и раневая инфекция» (IV семестр)

1. Ожоги и ожоговая болезнь. Актуальность проблемы.
2. Частота ожоговой травмы в мирное время (бытовые, производственные).
3. Этиологические факторы ожогов.
4. Причины ожогов в различных возрастных группах (у детей школьного возраста, грудников, подростков, взрослых, стариков) (отморожения и ожоги).
5. Социальные аспекты решения проблемы предупреждения ожогов в различных возрастных группах.
6. Ожоги военного времени при массовых поражениях (катастрофы).
7. Исходы ожогов. Летальность при ожогах.
8. Нетрудоспособность при ожогах и их последствия.
9. Организация медицинской помощи обожженным.
10. Классификация ожогов: глубина и площадь ожогового поражения.
11. Понятие об ожоговой болезни и ее патогенетических механизмах.
12. Классификация ожоговой болезни.
13. Ожоговый шок.
14. Клинические и лабораторные признаки ожогового шока.
15. Классификация тяжести ожогового шока по степеням.
16. Продолжительность ожогового шока. Признаки выхода больного из шока.
17. Особенности ожогового шока у детей, лиц престарелого возраста, у пострадавших с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

18. Летальность при шоке.
19. Лечение обожженных в состоянии ожогового шока.
20. Острая ожоговая токсемия.
21. Ожоговая септикотоксемия.
22. Период реконвалисценции.
23. Исходы ожоговой болезни. Реабилитация перенесших ожоги. ЛФК. МСЭ. Социальная и психологическая реабилитация.
24. Общие принципы лечения обожженных в периоде реконвалесценции.
25. Местное лечение ожогов.
26. Общее лечение ожогов.
27. Термоингаляционное поражение дыхательных путей.
28. Эпидемиология, классификация холодовой травмы.
29. Эпидемиология отморожений, социальная значимость.
30. Этиология, клинические формы и патогенез местной холодовой травмы.
31. Локализация отморожений. Клиническая картина и диагностика отморожений. Степени отморожений.
32. Общие изменения в организме при отморожении. Изменения системного и органного кровообращения.
33. Лечение больных в дореактивном периоде. Оказание первой помощи.
34. Общие принципы хирургического лечения отморожений.
35. Последствия отморожений и их лечение.
36. Реконструктивно-восстановительное лечение.
37. Определение трудоспособности при отморожениях и их последствиях.
38. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Микробиологические аспекты раневой инфекции.
39. Фазы раневого процесса. Виды заживления раны.
40. Основные принципы активной хирургической тактики.
41. Хирургическая обработка ран. Первичная хирургическая обработка. Вторичная хирургическая обработка.
42. Инфекционные осложнения открытых повреждений.
43. Принципы антибактериальной терапии.
44. Объём медицинской помощи больным на всех этапах медицинской эвакуации
45. Столбняк. Плановая и экстренная профилактика столбняка.
46. Столбняк. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.
47. Анаэробная инфекция ран. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.
48. Абсцесс.
49. Флегмона.
50. Огнестрельная травма. Характеристика и структура современной боевой патологии.
51. Основы раневой баллистики.
52. Особенности морфологии огнестрельной раны и клинического течения раневого процесса при боевых ранениях.
53. Классификация огнестрельных ран.
54. Хирургическая обработка ран, ее виды, показания, общие принципы.
55. Виды швов, накладываемых на рану после хирургической обработки.
56. Техника первичной хирургической обработки огнестрельных ран.

6.5. Контрольные вопросы для семинарских занятий по разделу Б1.Б.1.4 «Ортопедия» (III семестр)

1. Эндокринные заболевания костей и суставов.
2. Деформации, вызванные недостатком или избытком витаминов.
3. Деформации шеи и грудной клетки.
4. Понятия и виды нормальной осанки.
5. Онтогенетическое формирование осанки.
6. Методы определения осанки.
7. Нарушения осанки. Лечение нарушений осанки. Профилактика нарушений осанки.
8. Сколиотическая болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
9. Недоразвитие верхних конечностей.
10. Врожденные деформации верхних конечностей.
11. Дисплазия тазобедренного сустава и врожденный вывих бедра.
12. Аномалии развития коленного сустава.
13. Деформации костей голени.
14. Врожденная косолапость.
15. Приобретенные деформации стоп.
16. Плоская стопа.
17. Пяточные шпоры.
18. Полая стопа.
19. Ревматоидный артрит.
20. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).

21. Псориатическая артропатия.
22. Урогенный артрит (болезнь Рейтера).
23. Энтерогенный артрит.
24. Инфекционно-аллергический артрит.
25. Подагра.
26. Остеоартроз (деформирующий артроз).
27. Остеохондроз позвоночника.
28. Периартрит.
29. Эпикондилит, бурсит, лигаментит, тендовагинит.
30. Туннельный синдром.
31. Контрактуры Дюпюитрена, Ледерхоза.
32. Остеохондропатии позвонков.
33. Остеохондропатии верхних конечностей.
34. Остеохондропатии костей таза.
35. Остеохондропатии нижних конечностей.
36. Общие правила ампутации.
37. Экзартикуляция конечности.
38. Принципы реампутации.
39. Протезирование после ампутации конечностей.
40. Ортопедические аппараты.
41. Общие принципы ортезирования.
42. Ортезирование позвоночника.
43. Ортезирование верхней конечности.
44. Ортезирование нижней конечности.
45. Ортопедическая обувь.

6.6. Контрольные вопросы для семинарских занятий по разделу Б1.Б.1.5 «Хирургия травматических повреждений грудной клетки» (IV семестр)

1. Анатомия грудной клетки.
2. Классификация травм грудной клетки.
3. Закрытые травмы грудной клетки с повреждения внутренних органов.
4. Закрытые травмы грудной клетки без повреждения внутренних органов.
5. Диагностика травматических повреждений грудной клетки.
6. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при закрытой травме грудной клетки.
7. Открытые неогнестрельные ранения грудной клетки
8. Огнестрельные ранения грудной клетки.
9. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при открытой травме грудной клетки.
10. Основы раневой баллистики, морфология и особенности огнестрельной раны. Хирургическая обработка ран.
11. Характеристика и структура современной боевой патологии.
12. Политравма: определение, классификация, сортировка.
13. Торакоабдоминальные повреждения.
14. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при политравме.
15. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при торакоабдоминальных ранениях.
16. Медицинская сортировка при повреждениях груди.
17. Действия медицинского персонала при оказании неотложной помощи при травмах грудной клетки.
18. Методика и техника торакотомии, выбор оперативного доступа, принципы ревизии раневого канала грудной стенки и органов грудной полости, последовательность ревизии плевральной полости и средостения
19. Оказание медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах.
20. Специализированная помощь.
21. Первая доврачебная помощь.
22. Первая врачебная помощь.
23. Квалифицированная помощь
24. Первая медицинская помощь.
25. Переломы ребер: классификация, клиника, диагностика, медицинская помощь.
26. Переломы грудины: классификация, клиника, диагностика, медицинская помощь.
27. Пневмоторакс: классификация, клиника, диагностика, медицинская помощь.
28. Гемоторакс: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
29. Пункция и дренировании плевральной полости, особенности обезболивания, иммобилизации.
30. Повреждение сердца: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
31. Пункция перикарда.
32. Повреждение лёгкого: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
33. Лёгочное кровотечение. Этиология. Классификация. Методы диагностика.

34. Повреждение диафрагмы: клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
35. Эмфизема. Травматическая асфиксия.
36. Травматические пневмонии, их профилактика. Лечение травматической пневмонии.
37. Плевропульмональный шок Этиология Профилактика шока. Лечение шока.
38. Плевриты. Понятие о плеврите и эмпиеме плевры. Методы диагностика.

Блок Урология:

Тема 1. Симптоматика и семиотика урологических заболеваний. Лабораторные, рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые методы диагностики в урологии. Аномалии развития мочеполовых органов.

1. Интерпретация боли при урологических заболеваниях.
2. Характеристика расстройств мочеиспускания в урологии.
3. Количественные изменения мочи.
4. Качественные характеристики мочи.
5. Патогенез почечной колики.
6. Виды анурии и причины ее возникновения. Понятие ишурии.
7. Острая задержка мочеиспускания: диагностика, первая помощь, лечение.
8. Гематурия: виды, диагностика.
9. Роль инструментальных методов исследования в диагностике урологически заболеваний.
10. Катетеризация мочевого пузыря при дифференциальной диагностике анурии и ишурии.
11. Клиническое значение цистоскопии и хромоцистоскопии.
12. Диагностическая и лечебная катетеризация мочеточников.
13. Значение обзорной рентгенографии мочевой системы при заболеваниях органов мочеполовой системы.
14. Рентгеноконтрастные вещества в урологии.
15. Экскреторная урография и ее модификации.
16. Методика выполнения ретроградной пиелографии.
17. Диагностическое значение обзорной аортографии.
18. Цистография в урологической практике.
19. Ультразвуковая диагностика в урологии.
20. Радиоизотопные методы исследования.
21. Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс в современной урологической практике.

Тема 2. Почечная недостаточность. Эфферентные методы детоксикации в урологии. Гемодиализ. Пересадка почки

1. Клиническая характеристика боли при воспалительных заболеваниях мочеполовой системы.
2. Качественные характеристики мочи при воспалении почки.
3. Этиология и патогенез острого пиелонефрита.
4. Пути проникновения инфекции в почку при пиелонефрите.
5. Роль нарушений внутриорганного кровообращения и оттока мочи в развитии острого воспаления почки.
6. Клиника острого пиелонефрита.
7. Причины вторичного острого пиелонефрита.
8. Хромоцистоскопия и ее диагностическая ценность при пиелонефрите.
9. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при пиелонефрите.
10. Обзорная и экскреторная урография при заболеваниях органов мочеполовой системы.
11. Ультразвуковая характеристика почек в диагностике пиелонефрита.
12. Рентгенологические признаки хронического пиелонефрита.
13. Преднизолоновый тест и его диагностическое значение.
14. Лечение острого и хронического пиелонефрита.
15. Бактериемический шок: диагностика, лечение.

Тема 3. Мочекаменная болезнь. Травмы мочеполовых органов. Неотложные состояния в урологии.

1. Влияние климата и условий питания на камнеобразование.
2. Роль хронического пиелонефрита в камнеобразовании.
3. Классификация камней по химическому составу.
4. Этиология и патогенез уролитиаза.
5. Характер гематурии при почечнокаменной болезни.
5. Хромоцистоскопия в диагностике нефролитиаза.
6. Методы распознавания рентгенонегативного конкремента.
7. Цель ангиографии при коралловидных камнях почек.
8. Дифференциальный диагноз почечной колики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
9. Лабораторная диагностика камней мочеполовой системы.
10. Клиника почечной колики.
11. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при мочекаменной болезни различной локализации.
12. Обзорная, экскреторная и ретроградная урография при уролитиазе.
13. Ультразвуковая характеристика почек в диагностике камней мочевой системы.

14. Лечение почечной колики.
15. Показания к инструментальному удалению камней мочеточников.
16. Консервативные методы воздействия на pH мочи.
17. Литолиз, литолитические препараты.
18. Дистанционная литотрипсия при уролитиазе.
19. оперативное лечение камней мочеполовой системы.
20. Профилактика мочекаменной болезни.

Тема 4. Основы онкоурологии. Опухоли почек, мочевого пузыря.

1. Этиология и морфогенез опухолей почек и простаты.
2. Метастазирование при раке почки и предстательной железы.
3. Классификация опухолей почек, мочевого пузыря.
4. Изменения в верхних и нижних мочевых путях при инфравезикальной обструкции.
5. Ренальные и экстраренальные симптомы рака почки.
6. Характер гематурии при опухолях почки и мочевого пузыря.
5. Хромоцистоскопия в диагностике рака почки.
6. Методы распознавания опухолей мочеполовых органов.
7. Диагностическая эффективность ангиографии при опухолеподобных образованиях почек.
8. Дифференциальная морфофункциональная характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей почек и мочевого пузыря.
9. Лабораторная диагностика опухолей мочеполовой системы.
10. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при гематурии неясной этиологии.
11. Обзорная, экскреторная и ретроградная урография в диагностике опухолей почек, мочевого пузыря, простаты.
13. Ультразвуковые признаки объемных образований мочеполовых органов.
14. Ангиографические критерии опухолевого роста.
15. Консервативная терапия в онкоурологии.
16. Оперативное лечение опухолей почек (показания, противопоказания).

Тема 5. Опухоли предстательной железы и наружных половых органов. Воспалительные заболевания мочеполовых органов. Гидронефроз. Основы андрологии и амбулаторной урологии.

1. Этиология почечной недостаточности.
2. Патогенез почечной недостаточности в зависимости от этиологии.
3. Классификация острой и хронической почечной недостаточности.
4. Особенности клинической симптоматики острой и хронической почечной недостаточности.
5. Способы диагностики почечной недостаточности.
6. Динамика показателей эндогенной интоксикации при функционально-морфологических изменениях почек.
7. Методы диагностики почечной недостаточности, как осложнения хирургических, урологических и гинекологических заболеваний.
8. Дифференциальный диагноз хирургических заболеваний органов брюшной полости при синдроме эндогенной интоксикации.
9. Клиника острой и хронической почечной недостаточности.
10. Рентгенологическая, радиоизотопная диагностика почечной недостаточности.
11. Лечение острых экзогенных отравлений.
12. Инфузионная терапия эндогенной интоксикации у урологических и хирургических больных.
13. Показания к проведению острого и хронического гемодиализа.
14. Активная детоксикация в урологической практике.
15. Осложнения гемодиализа.

III. ВОПРОСЫ К ТЕСТИРОВАНИЮ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИРУРГИЯ»

Тестовый контроль по теме: «Принципы подготовки больных к операции. Ведение послеоперационного периода, послеоперационные осложнения.»

Блок Хирургия:

1.Укажите способ снижения риска развития инфекционных осложнений в послеоперационном периоде

-1) Профилактическое применение антибиотиков резерва
-2) Профилактическое назначение витамина Е
+3) Сокращение сроков предоперационного периода

- 4) Инфильтрация краев послеоперационной раны раствором антибиотиков – цефалоспоринов
-5) Имммунопрофилактика

2. Возможное осложнение в первые сутки после операции

+1) кровотечение
2) пневмония
3) нагноение раны
4) лигатурный свищ

3. Активное ведение больного в послеоперационном периоде проводится для

1) удлинения послеоперационного периода
+2) профилактики легочных осложнений
3) профилактики инфицирования раны
4) предупреждения вторичного кровотечения

1. Предоперационная подготовка больного с разлитым перитонитом не требует

+1) промывания желудка
2) дезинтоксикационной терапии
3) кислородотерапии
4) обезболивания

2. **Предоперационный период начинается с**

1) начала заболевания
+2) момента поступления в хирургический стационар
3) установления диагноза
4) начала подготовки к операции

6. Основная задача предоперационного периода

1) провести санацию очагов инфекции
2) обследовать сердечно-сосудистую систему
3) улучшить состояние пациента
+4) подготовить больного к операции

3. **Бритье операционного поля перед экстренной операцией осуществляется**

+1) непосредственно перед операцией в санитарной комнате
2) на операционном столе
3) не производится
4) накануне

4. Укажите наиболее частый синдром при хирургической инфекции

1) Общая воспалительная реакция
2) Полиорганная недостаточность
3) Синдром эндогенной интоксикации
+4) Синдром местных воспалительных изменений
5) Синдром иммунодефицита

5. Какой из приведенных лабораторных показателей свидетельствует об относительной недостаточности функции надпочечников

1) Тромбоцитопения
2) Диспротеинемия
+3) Эозинофилия
4) Лимфопения
5) Нейтропения

10.В каком ответе правильно указаны факторы риска инфекционных осложнений, связанные с состоянием больного

+1) Состояние питания больного, нарушения иммунитета, гипоксемия, курение, сопутствующие заболевания (диабет, хронические воспалительные заболевания, недостаточность кровообращения)
2) Количество микроорганизмов, вирулентность микроорганизмов
3) Длительность госпитализации, ранняя подготовка операционного поля
4) Высокая продолжительность операции, травматичность вмешательства, недостаточность гемостаза, применение инородных материалов, протезы, шовный материал, нарушение стерильности оборудования
5) Снижение иммунитета

6. Перечислите наиболее частых возбудителей госпитальной инфекции:

+1) Стафилококки, энтерококки, кишечная палочка, неферментирующие грамотрицательные бактерии
2) Анаэробы
3) Пневмококки
4) Нейсерии
5) Клостридии

7. Антибиотикопрофилактика является

1) Неспецифическим средством предупреждения инфекционных осложнений
+2) Специфическим средством предупреждения инфекционных осложнений
3) Средством коррекции иммунологической реактивности
4) Средством, повышающим риск инфекционных осложнений
5) Средством регулирующим белковый обмен

13. Какие мероприятия из числа перечисленных снижают частоту нагноений ран

+1) Использование антисептических шовных нитей и перевязочного материала с иммобилизированными противомикробными средствами, введение антибиотика перед операцией
2) Дренирование через послеоперационную рану, использование гемотрансфузий
3) Применение антибиотиков через 8 и более часов после операции
4) Интраоперационное расширение раны, дренирование через рану
5) Введение белковых препаратов

8. Укажите наименее токсичный антибиотик:

+1) Бензилпенициллин
2) Канамицин
3) Левомицетин

4) Тетрациклин
5) Стрептомицин

9. Какие из числа перечисленных микроорганизмов характеризуются высокой чувствительностью к пенициллиновым антибиотикам

1+) Стрептококки и пептострептококки
2) Стафилококки
3) Неферментирующие грамотрицательные бактерии
4) Синегнойная палочка
5) Вульгарный протей

10. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной

1) 250 мл
б) 500 мл
+в) 1000 мл
г) 1500 мл
д) 2000 мл

16.Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД

+1) менее 60 мм вод. ст.
б) от 60 до 120 мм вод. ст.
в) от 130 до 180 мм вод. ст.
г) от 190 до 240 мм вод. ст.
д) свыше 240 мм вод. ст.

1. Основным показанием к гемотрансфузии является

1) парентеральное питание
б) стимуляция кроветворения
+в) значительная анемия от кровопотери
г) дезинтоксикация
д) иммунокоррекция

18.Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт О2 обеспечивает гематокрит не ниже

1) 20-25%
+б) 30%
в) 35%
г) 40%
д) 45%

19.Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания

1) эритромассы
б) донорской крови
в) кристаллоидных растворов
г) коллоидных растворов
+д) правильно в) и г)

20.Переливание несовместимой крови ведет к развитию

1) гемотрансфузионного шока
2) отека легких
+3) гемолиза
4) острой почечной недостаточности
5) геморрагического синдрома

21.К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся

1) групповая совместимость
2) индивидуальная совместимость
3) биологическая проба
4) определение резус-совместимости
5) определение резус-фактора

а) верны все ответы
б) верны 1, 2
+в) верны 2, 3
г) верны 1, 3
д) верны 2, 4

1. Укажите причину первичного кровотечения:

1) соскальзывание лигатуры
Б) выталкивание тромба из сосуда
В) гнойное расплавление стенки сосуда
Г) распад опухоли
+Д) ранение сосуда

23. К признакам острой кровопотери не относится:

1) головокружение
Б) общая слабость
В) бледность кожныых покровов
+Г) желтушность склер
Д) тахикардия

24. Признаком реакции симпатоадреналовой системы на кровопотерю не является:

1) периферический ангиоспазм
Б) замедление периферической микроциркуляции
В) централизация кровообращения
+Г) гемодилюция
Д) ацидоз

25. Причиной ерти при острой массивной кровопотере является :

1) нарушение акта дыхания
Б) почечная недостаточность
В) нарастающий ацидоз
Г) нарушение функций печени
+Д) острая гипоксия головного мозга

26. Какие изменения стула возникают у больных с кровотечением из терминального отдела подвздошной или начального отдела толстой кишки:

1) дегтеобразный стул
Б) каловые массы равномерно перемешанные со сгустками крови
В) сгустки крови в виде единой массы
+Г) отхождение 15-20 мл жидкой крови в конце акта дефекации
Д) повышенное слизеобразование

27. Для временной остановки кровотечения из варикозных вен нижних конечностей можно рекомендовать:

1) поднятие конечности вверх
Б) наложение жгута
В) давящую повязку
Г) прошивание и перевязку вены
Д) иссечение варикозно расширенных вен

28. Какой препарат Вы изберете для устранения периферического ангиоспазма при гемотрансфузионном шоке

1) кордиамин
Б) кофеина бензонат натрия
В) 10 % р-р глюкозы
+Г) но-шпа в/в
Д) ничто из перечисленного

29. Диагностическая операция:

1) трахеостомия;
б) аппендэктомия;
в) гастростомия;
+г) лапаротомия;
д) гемиколэктомия.

30. Основная цель предоперационной подготовки:

1) выбор обезболивания;
б) выбор хирургического доступа;
в) выбор оперативного приема;
+г) снижение риска операции;
д) реабилитация больного.

31. Ведущая проба для определения функционального состояния почек до и после операции:

1) проба на альбуминурию;
б) проба на гематурию;
+в) проба Зимницкого;
г) проба Мак-Клюра-Олдрича;
д) проба Квика.

32. Определение термина «эвентрация»:

1) ущемление в грыжевом мешке;
б) профилактика пареза кишечника;
в) рассечение стенки желудка;
г) вычленение в тазобедренном суставе;
+д) выпадение внутренностей через рану живота.

33. Операция, в ходе которой наиболее вероятна опасность жировой эмболии:

а) удаление липомы плеча;
+б) остеосинтез стержнем бедренной кости;
в) создание филатовского стебля;
г) вскрытие панариция;
д) удаление эмбола из бедренной артерии.

34. Достоверный признак анаэробной инфекции:

1) отек краев раны;
б) выбухание мышц;
+в) крепитация, подкожная эмфизема;
г) появление пузырей на коже;
д) изменение окраски кожи.

35. Клинические формы газовой гангрены:

+1) острая, молниеносная;
б) острая, подострая;
в) острая, хроническая;
г) хроническая, рецидивирующая;
д) рецидивная, вялотекущая.

36. Хирургическая инфекция, для которой характерно быстрое нарастание отека, крепитация и мышцы вида «вареного мяса»:

а) тромбофлебит;
б) рожа;
в) столбняк;
+г) газовая гангрена;
д) парапроктит.

37. Хирургическая инфекция, для которой характерны симптомы «давящей повязки» и «лигатуры» по Мельникову:

1) столбняк;
б) сепсис;
в) флегмона;
+г) газовая гангрена;
д) абсцесс.

38. При каком из перечисленных заболеваний высокий риск возникновения рака толстой кишки?

1) Свищ прямой кишки
+2) Хронический язвенный колит
3) Синдром Пейтца-Егерса

4) Гранулематоз ободочной кишки
5) Парапроктит

39. Что не надо делать мужчине, доставленному в больницу с массивным кровотечением из нижних отделов ЖКТ?

1) Введение зонда в желудок
2) Пальцевое исследование прямой кишки
3) Ректороманоскопию
4) Анализ крови
+5) Лапаротомию

40. Какая причина не может вызвать кишечную непроходимость?
1) Врожденная патология
2) Воспалительные заболевания
3) Радиационные поражения
+4) Острый цистит
5) Болезнь Хиршпрунга

Тестовый контроль по теме: «Ошибки, опасности и осложнения в лечении острого аппендицита. Дифференциальная диагностика острых урологических, гинекологических и хирургических заболеваний брюшной полости.»

1. Для острого аппендицита не характерен симптом:

1) Ровзинга
2) Воскресенского
+3) Мерфи
4) Образцова
5) Бартомье-Михельсона

2.Специфическим для острого аппендицита является симптом.

1) Кохера-Волковича
2) Ровзинга
3) Ситковского
+4) все три симптома
5) ни один из них

3. К перитонеальным при остром аппендиците относят симптомы;

1) Воскресенского (симптом рубашки)
2) Щеткина-Блюмберга
3) Раздольского
+4) все названные симптомы
5) ни один из них

4. Острый аппендицит следует дифференцировать со всеми перечисленными заболеваниями, кроме:

+1) гломерулонефрита
2) острого панкреатита
3) острого аднексита.
4) острого гастроэнтерита

5) правосторонней почечной коликой

5. Клинически острый аппендицит может быть принят за:

1) сальпингит
2) острый холецистит
3) дивертикул Меккеля
4) внематочную беременность
+5) любую из этих видов патологию

6. Неверным для острого аппендицита является утверждение, что;

1) ригидность брюшной стенки может отсутствовать при ретроцекальном расположении отростка
2) ригидности может не быть при тазовом расположении
+3) рвота всегда предшествует боли
4) боль может начинаться в области пупка
5) боль чаще начинается с эпигастралъной области

7. Первично-гангреноэный аппендицит чаше всего встречается у;

1) детей
2) тяжелых больных
3) мужчин
4) женщин
+5) пожилых больных

8. Острый аппендицит у детей отличается от такого у взрослых всем, кроме:

1) схваткообразного характера боли, поноса, многократной рвоты
2) быстрого развитие разлитого перитонита
3) высокой температуры
4) выраженной интоксикации
+5) резкого напряжения мышц в правой подвздошной области

9. При остром аппендиците у лиц пожилого возраста целесообразно применение:

1) эндотрахеального наркоза
2) внутривенного наркоза
+3) местной анестезии
4) преидуральной анестезии
5) спиномозговой анестезии

10. Для перфоративного аппендицита характерно:

1) симптом Раздольского
2) нарастание клинической картины перитонита
3) внезапное усиление болей в животе
4) напряжение мышц передней брюшной стенки
+5) все перечисленное

11.Решающим в дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью является;

1) симптом Кохера-Волковича
2) симптом Промптова
3) головокружение и обмороки
4) симптом Бартомье-Михельсона
+5) пункция заднего свода влагалища

12.Для диагностики острого аппендицита не применяют:

1) пальпацию брюшной стенки
2) клинический анализ крови
3) пальцевое ректальное исследование
+4) ирригоскопию
5) влагалищное исследование

13.Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является:

+1) аппендикулярный инфильтрат
2) инфаркт миокарда
3) вторая половина беременности
4) геморрагический диатез
5) разлитой перитонит

14.Оптимальная длина кожного разреза при аппендэктомии у взрослого человека составляет:

1) 2-2,5
2) 3-4
3) 5-6
4) 6-8
+5) 10-12

15.При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения, применяются:

1) срединная лапаротомия
2) аппендэктомия
3) промываний брюшной полости
4) дренирование брюшной полости
+5) все перечисленное

16.Промывание брюшной полости показано при:

1) установленном диагнозе аппендикулярного инфильтрата
2) периаппендикулярном абсцессе
3) гангренозном аппендиците и местном отграниченном перитоните
4) воспалении лимфоузлов брыжейки тонкой кишки
+5) разлитом перитоните

17.Оставление тампонов в брюшной полости после аппендэктомии показано при;

+1) неостановленном капиллярном кровотечении
2) гангренозно-перфоративном аппендиците
3) местном перитоните
4) разлитом перитоните

5) всех этих состояниях

18.Типичными осложнениями острого аппендицита являются все, кроме:

1) аппендикулярного инфильтрата
2) парааппендикулярного абсцесса
3) местного перитонита
4) разлитого перитонита
+5) воспаления дивертикула Меккеля

19.Для диагностики острого аппендицита используются методы:

1) лапароскопия
2) клинический .анализ крови
3) ректальное исследование
4) термография
+5) все перечисленное верно

20.Для дифференциальной диагностики между нижнедолевой правосторонней пневмонией и острым аппендицитом нужно учитывать все, кроме;

1) данных аускультации органов дыхания
2) данных лапароскопии
3) данных рентгеноскопии органов грудной клетки
+4) количества лейкоцитов крови
5) данных термографии

21. Свободный газ в брюшной полости определяется при

1) холецистите
+2) перфоративной язве желудка
3) аппендиците
4) кишечной непроходимости

22. Защитное мышечное напряжение характерно для

+1) острого перитонита
2) отечной формы панкреатита
3) инвагинации кишечника
4) желудочного кровотечения

23. При желудочном кровотечении показана

1) рентгенография желудка с барием
2) УЗИ
+3) экстренная ФГДС
4) экстренная операция

24. Рвота при остром панкреатите

+1) многократная, не приносящая облегчения
2) однократная
3) многократная, приносящая облегчение
4) отсутствует

25. Причина механической желтухи при холецистите

1) печеночная недостаточность
+2) закупорка камнем общего желчного протока
3) гемолиз эритроцитов
4) нарушение обмена веществ

26. Для механической кишечной непроходимости не характерно:
1) вздутие живота
2) схваткообразные боли
+3) исчезновение печеночной тупости
4) задержка стула и газов

27. Опоясывающая боль наблюдается при

+1) панкреатите
2) холецистите
3) травме селезенки
4) перфоративной язве желудка

28. Достоверный признак перитонита

1) болезненность живота при пальпации
2) неотхождение газов и кала
3) рвота
+4) симптомы раздражения брюшины

29.«Чаши Клойбера» на рентгенограмме характерны для

1) разрыва печени
2) кишечного кровотечения
3) кишечной непроходимости
4) перфорации кишечника

30. Характер и локализация болей при остром холецистите

1) постоянные, сильные в правой подвздошной области
+2) постоянные, резкие боли в правом подреберье
3) опоясывающие, тупого характера
4) «кинжальные» в эпигастрии

31. Анализ крови и мочи на содержание амилазы выполняют при подозрении на

1) кишечное кровотечение
2) острый проктит
+3) острый панкреатит
4) острый перитонит

32. При кишечной непроходимости живот

1) не изменен
2) доскообразный

+3) асимметричен, вздут
4) втянут

33. Признак ушиба почек

1) ложные позывы на мочеиспускание
2) боль при мочеиспускании
3) положительный симптом Щеткина-Блюмберга
+4) микро или макрогематурия

34. Дополнительное исследование, подтверждающее повреждение мочевого пузыря

1) общий анализ мочи
+2) цистография
3) проба по Земницкому
4) экскреторная урография

35. При почечной колике наиболее характерна иррадиация боли в

1) околопупочную область
+2) паховую область и бедро
3) плечо
4) эпигастрий

36. Дифференцировать мочекаменную болезнь с острыми заболеваниями органов брюшной полости позволяет

1) общий анализ крови
2) катетеризация мочевого пузыря
+3) УЗИ органов брюшной полости и мочевыделительной системы
4) проба Каковского-Аддиса

37. Основной диагностический метод при подозрении на опухоль почки

1) цистоскопия
+2) почечная ангиография
3) обзорная урография
4) анализ мочи по Нечипоренко

38. Критерий диагностики острой почечной недостаточности

1) нарастающие отеки
2) изменение АД
+3) почасовой диурез
4) гематурия

39. Причина болевых ощущений при почечной колике

1) позывы на мочеиспускание
2) затрудненное мочеиспускание
+3) спазм мочеточника и травма слизистой мочеточника
4) восходящая инфекция

40. Урогематома — достоверный симптом

1) ушиба почки
+2) повреждения почечной паренхимы и лоханки
3) повреждения селезенки
4) травмы надпочечника

Тестовый контроль по теме: «Заболевания желчевыводящих путей и печени»

1.Метод выбора в лечении хронического калькулезного холецистита:

1) растворение конкрементов литолитическими препаратами;
2) микрохолецистостомия;
3) дистанционная волновая литотрипсия;
+4) холецистэктомия;
5) комплексная консервативная терапия.

2. Больная 57 лет поступила с умеренно выраженными болями в правом подреберье, иррадиирующими в лопатку. В анамнезе: хронический калькулезный холецистит. В показателях общего анализа крови изменений не отмечается. Желтухи нет. При пальпации определяется увеличенный, умеренно болезненный желчный пузырь. Температура тела не изменена. Ваш диагноз:

1) эмпиема желчного пузыря;
2) рак головки поджелудочной железы;
+3) водянка желчного пузыря;
4) острый перфоративный холецистит;
5) эхинококкоз печени.

3. Какие обстоятельства являются решающими при решении вопроса о необходимости планового хирургического лечения при холецистите?

1) выраженный диспепсический синдром;
2) длительный анамнез;
3) сопутствующие изменения печени;
4) наличие эпизодов рецидивирующего панкреатита;
+ 5) наличие конкрементов в желчном пузыре.

4.Что является наиболее частой причиной развития механической желтухи?

1) рубцовые стриктуры внепеченочных желчных путей;
+2) холедохолитиаз;
3) рак головки поджелудочной железы;
4) эхинококкоз печени;
5) метастазы в печень опухолей различной локализации.

5. Какое сочетание клинических симптомов соответствует синдрому Курвуазье?

+1) увеличенный безболезненный желчный пузырь в сочетании с желтухой;
2) увеличение печени, асцит, расширение вен передней брюшной стенки;
3) желтуха, пальпируемый болезненный желчный пузырь, местные перинеальные явления;
4) отсутствие стула, схваткообразные боли, появление пальпируемого образования брюшной полости;
5) выраженная желтуха, увеличенная бугристая печень, кахексия.

6. Какова хирургическая тактика при установленном диагнозе желчнокаменной непроходимости кишечника?

1) комплексная консервативная терапия в условиях реанимаци¬онного отделения;
2) терапия в сочетании с эндоскопической декомпрессией тон¬кой кишки;
3) срочное хирургическое вмешательство: холецистэктомия с разделением билиодигестивного свища, энтеротомия, удале¬ние конкремента;
+4) срочное хирургическое вмешательство: энтеротомия, удале¬ние желчного конкремента;
5) паранефральная блокада в сочетании с сифонной клизмой.

7. Какой из методов дооперационного обследования является наиболее информативным и безопасным при интенсивной длительной желтухе?

1) внутривенная инфузионная холангиография;
+ 2) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография;
3) чрескожная чреспеченочная холангиография;
4) УЗИ;
5) пероральная холецистохолангиография.

8. Какое исследование наиболее информативно для диагностики калькулезного холецистита?

1) пероральная холецистохолангиография;
2) лапароскопия;
3) обзорный рентгеновский снимок брюшной полости;
+ 4) УЗИ;
5) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

9. Наложение микрохолецистостомы под контролем УЗИ у больного с острым деструктивным холециститом показано при:

1) сочетании холецистита с дивертикулом двенадцатиперстной кишки;
2) первом приступе острого холецистита;
3) наличии местного перитонита;
+4) декомпенсации сопутствующих заболеваний;
5) возрасте больного старше 65 лет.

10. Для дифференциального диагноза у больного 50 летс жидкостным образованием в печени необходимо выполнить:

1) лапароскопию;
2) кавафафию;
3) сцинтиграфию печени;
+ 4) УЗИ с диагностичекой пункцией;
5) аортографию.

11. Выберите наиболее частую причину абцесса печени:

1) первичный рак печени;
2) рак головки поджелудочной железы с обтурацией общего желчного протока;
3) острый калькулезный холецистит;
+4) гнойный холангит;
5) вирусный гепатит.

12. Какое из паразитарных заболеваний никогда не приводит к поражению печени?

1) эхинококкоз;
2) альвеококкоз;
3) амебиаз;
4) описторхоз;
+5) аскаридоз.

13.Для холангита характерными явдяется все перечисленное кроме:

1) лихорадка, проявляющаяся нередко высокой температурой гектического типа
2) потрясающие ознобы
3) повышение потливости, жажда, сухость во рту
+4) частый жидкий стул

14.К симптомам характерным для обтурациооной желтухи возникшей на почве калькулезного холецистита относится все кроме

1) приступообразных болей типа печеночной колики
2) быстрого развития желтухи после болевого приступа
3) желчный пузырь чаще не пальпируется, область его резко болезненна
+4) похудания, резкой слабости
5) неинтенсивного зуда кожи

15. У больных холедохолитиазом могут возникать все осложнения кроме:
1) холангита
2) обтурационной желтухи
3) рубцовых изменений протока
4) пролежней стенки протока
+5) странгуляционной кишечной непроходимости

16.Рациональным лечением ЖКБ:

1) диетотерапия
2) медикаментозное
+3) хирургическое
4) санаторно-курортное
5) лечение минеральными водами

17.Перемежающуюся желтуху можно объяснить:
1) камнем пузырного протока
2) камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока
3) вклиненным камнем большого дуоденального соска
+4) вентильным камнем холедоха
5) опухолью внепеченочных желчных протоков

18.К наиболее частым причинам, обуславливающим острую гипертнезнию:

1) опухоли гепатопанкреатидуоденальной области
2) стеноз большого дуоденального сосочка
+3) холедохолитиаз, как осложнение желчнокаменной болезни
4) дуоденальная гипертензия
5) глистная инвазия

19.Во время операции по поводу ЖКБ обнаружен орщенный желчный пузырь, набитый камнями и расширенный до 2.5 общий желчный проток. Больному показано:

1) произвести холецистэктомию
2) произвести холецистэктомию, затем холаниографию
+3) произвести холецистэктомию, холангиографию, ревизию протока
4) наложить холецистостому
5) произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

20. Острый холецистит необходимо:
1) с прободной язвой желудка
2) с пенетрирующей язвой двенадцатиперстной кишки
3) с правосторонней базальной пневмонией
4) с острым аппендицитом при атипичном расположении червеобразного отростка
+5) со всем перечисленным

21.Острый деструктивынй холецистит может привести к следующим осложнениям, кроме:

1) разлитому желчному перитониту
2) ограниченным гнойникам брюшной полости
3) абсцессу печени
4) холангиту
+5) водянке желчного пузыря

22.Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате всего перечисленного:

1) холедохолитиаза
+2) обтурации камнем или слизистой пробкой пузырного протока
3) отека головки поджелудочной железы
4) холангита

23.Чрескожная чреспеченочная холангиография является методом позволяющим диагностировать:

1) абсцесс печени
2) внутрипеченочный сосудистый блок
3) билиарный цирроз печени
+4) непроходимость желчных путей при механической желтухе
5) хронический гепатит

24. Распознаванию причины механической желтухи более всего соответствует:
1) пероральная холецистография
2) внутривенная холецистохолангиография
+3) ретроградная (восходящая) панкреатохолангиография
4) сцинтиграфия печени
5) прямая спленопортография

25.Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

+1) с забросом кишечного содержимого через ранее наложенный билиодигестивный анастомоз
2) со стенозирующим папиллитом
3) с опухолью головки поджелудочной железы

4) с псевдотуморозным панкреатитом

25. Желчный камень, вызывающий обтурационную кишечную непроходимость попадает в просвет кишечника через фистулу между ЖП и:
1) слепой кишкой
2) малой кривизной желудка
+3) двенадцатиперстной кишкой
4) тощей кишкой
5) ободочной кишкой

26. Общий желчный проток необходимо обследовать у больных \:
1) механической желтухой
2) панкреатитом
3) при расширении общего желчного протока
4) с клиникой холедохолитиаза
+5) во всех перечисленных ситуациях

27. Желчные камни состоят:
+1) из холестерина
2) из цистина
3) из оксалатов
4) из солей желчных кислот
5) из мочевой кислоты

28. Противопоказанием к лапароскопической операции на билиарной системе является:
1) камень в пузырном протоке
2) холедохолитиаз
+3) несколько операций на органах брюшной полости в анамнезе,
5) выраженный спаечный процесс в брюшной полости
4) эмпиема желчного пузыря

29. К осложнения острого холецистита не относится:
1) механическая желтуха
2) перихоледохеальный лимфаденит
3) перитонит
+4) варикозное расширение вен пищевода
5) острый холангит

30. ЖКБ чаще болеют:
1) молодые мужчины
2) молодые женщины
3) пожилые мужчины
+4) пожилые женщины

31. При ЖКБ показано:
+1) плановая холецистэктомия
2) консервативное лечение
3) холецистостомия
4) экстренная холецистэктомия

32. При обнаружении камней в ЖП показана:

1) во всех случаях
2) при латентной форме заболевания
+3) при наличии клинических признаков
4) при достижении 50- летнего возраста

33. Оптимальным методом диагностики ЖКБ:
1) лапароскопия
+2) УЗИ
3) холецистография
4) компьютерная томография брюшной полости

34. Основнй причиной ЖКБ:
1) гипопротеинемия
2) гипогликемия
+3) гиперхолестеринемия
4) азотемия

35. Самым простым методом диагностики:
1) лапароскопия
+2) УЗИ
3) транспеченочная гепатохолангиография
4) дуоденальное зондирование

36. Камнеобразованию в ЖП способствует:
+1) застой желчи в пузыре
2) климат.
3) вид труда
4) заболевания желудка

37. Синдром Курвуазье характерен для:
+1) опухоли головки поджелудочной железы
2) инсулиномы
3) желчнокаменной болезни
4) ферментативного панкреатита

38. Для холецистэктомии оптимальным доступом является:
1) нижнесрединная лапаротомия
2) параректальный разрез
+3) верхнесрединная лапаротомия
4) косой разрез в правом подреберье

39. Больной с желтухой нуждается в :
1) экстренной операции
+2) отсроченная операция
3) плановой операции
4) в операции не нуждается

40. Наиболее тяжелым осложнением механической желтухи является:
1) нарушение всасывательной функции кишечника
2) снижение белковосинтезирующей функции печени
+3) печеночно-почечная недостаточность
4) водянка желчного пузыря

41. Для клиники острого обтурационного холангита характерно:
1) желтуха;
2) озноб;
3) повышение щелочной фосфатазы в крови;
4) в крови лейкоцитоз со сдвигом влево;
5) увеличение печени.
Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 1, 2, 3, 5;
б) 1, 2, 3, 4;
в) 1, 2, 4, 5;
+г) все верно;
д) все неверно.

Тестовый контроль по теме: «Постхолецистэктомический синдром»

1. Чем может быть обусловлен постхолецистэктомический синдром?

1) рубцовым стенозом общего желчного протока;
2) просмотренным при операции камнем большого дуоденального соска;
3) стенозом большого дуоденального соска;
4) резидуальным камнем холедоха;
5) длинной культей пузырного протока.
Выберите правильную комбинацию ответов:

а) 2, 3, 5;
б) 1, 2, 4;
в) 3, 4, 5;
г) 2, 3, 4, 5;
+д) все верно.

2. Какие из нижеследующих утверждений могут быть причинами постхолецистэктомичсского синдрома?

+A. Диагностическая ошибка
B. Сердечно-сосудистые заболевания
+C. Заболевания панкреато-печеночной области, как осложнение холелитиаза
+D. Неполная или неадекватная операция
+E. Повреждения, спровоцированные неправильными хирургическими маневрами (ятрогенные повреждения)

3. Какие из нижеперечисленных признаков говорят в пользу постхолецистэктомичсского синдрома?

+A. Дисфагия
+B. Печеночная колика
+C. Транзиторная желтуха
D. Изжога
E. Поясничные боли
F. Астено-всгетативный синдром

4. Постхолецистэктомический синдром обусловлен:

+A. Заболеваниями гепатохоледоха и большого дуоденального сосочка

+B. Заболеваниями печени и поджелудочной железы
+C. Заболеваниями двенадцатиперстной кишки
D. Заболеваниями других органов желудочно-кишечного тракга
E. Всё вышеперечисленное

5. СМ. Какие из нижеперечисленных методов радиологического исследования позволяют установить причину постхолецистэктомичсского синдрома?

+A. Ретроградная эндоскопическая холангиография
B. Дуоденография с барием
+C. Холангиография через ядерно-магнитный резонанс
D. Пероральная холангиография
+E. Чрезкожная транспеченочная холангиография

6. Основные факторы, которые приводят к оставлению длинной культи пузырного протока или остатка желчного пузыря:

+A. Подпеченочный воспалительный инфильтрат
+B. Анатомически сложные варианты
+C. Хирургическая ошибка
D. Цирроз печени
E. Дуоденостаз

7. Чаще всего постхолецистэктомический синдром обусловливают:

+A. Обструктивные заболевания желчных путей
+B. Заболевания большого дуоденального сосочка
C. Заболевания двенадцатиперстной кишки
D. Заболевания поджелудочной железы
E. Всё вышеперечисленное

8. Гастро-дуоденальный транзит с барием и гипотоническая дуоденография могут выявить при постхолецистэктомическом синдроме:

A. Опухоли ампулярной области
B. Непрямые признаки опухолей поджелудочной железы
C. Опухоли желудка с прорастанием в печеночно-дуоденальную связку
D. Заболевания двенадцатиперстной кишки
+E. Всё вышеперечисленное

9. Проведение ретроградной эндоскопической холангиофафии при постхолецистэктомическом синдроме позволяет установить:

A. Стенозирующий паппило-оддит
B. Холедохолитиаз
C. Доброкачественные и злокачественные стенозы гепатохоледоха
D. Склерозирующий холангит
+E. Всё вышеперечисленное

10. Самыми частыми осложнениями ретроградной холангиопанкреатографии являются следующие, за исключением:

A. Острого панкреатита
+B. Травмы интрамуральной части холедоха

C. Острого холангита
+D. Кровотечения
E. Острого холецистита

11. Для профилактики постхолецистэктомического синдрома имеют значение:

A. Полный пред- и интраоперационный диагноз
B. Правильная техника хирурга
C. Адекватная хирургическая тактика в зависимости от клинической ситуации
D. Использование интраоперационной холангиографии
+E. Всё вышеперечисленное

12. Ультразвуковое исследование при постхолецистэктомическом синдроме позволяет определить:

+A. Расширение желчных протоков
+B. Холедохолитиаз
C. Дуоденостаз
+D. Заболевания поджелудочной железы
+E. Врождённые заболевания печени

13. Механическая желтуха обусловлена следующими патологиями, за исключением:

A. Холедохолитиаза
B. Рака поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка двенадцатиперстной кишки
C. Рака гепатохоледоха и желчного пузыря
D. Первичных и вторичных злокачественных опухолях печени
+E. Дуоденальной мальротации (поворот)

14. Какие самые частые причины ведут к появлению механической желтухи?

+A. Холедохолитиаз
B. Врожденные заболевания желчных протоков
+C. Рак головки поджелудочной железы
D. Травматические и воспалительные стриктуры желчных протоков
E. Паразитарные заболевания

15. Желтуха при раке головки поджелудочной железы характеризуется:

+A. Желто-зеленым оттенком кожных покровов
+B. Темным цветом мочи
+C. Ахолическим стулом
+D. Кожным зудом
E. Возникает после печеночной колики

16. В каких из нижеперечисленных ситуаций из клинической картины рака поджелудочной железы симптом Курвуазье отсутствует?

+A. У больного, перенесшего холецистотомию
B. У больного с холедохолитиазом
+C. У больного со склероатрофическим желчным пузырем
D. У больного с циррозом печени
+E. У тучного больного с гепатомегалией

17. Использование желчного пузыря при наложении билиодигестивного анастомоза у больных с раком поджелудочной железы оправдано в следующих случаях:

A. Отсутствие болевого синдрома
+B. Достаточное расстояние между опухолью и впадением пузырного протока в общий желчный
C. Пузырный проток проходим
+D. Отсутствие распространения опухоли на желудок
E. Отсутствие метастазов

18. Какие из нижеперечисленных симптомов характерны для механической желтухи доброкачественного генеза?

A. Прогрессирующая желтуха
+B. Интермитирующая желтуха
C. Появление желтухи без предшествующей ей колики
+D. Колика предшествует желтухе
E. Положительный симптом Курвуазье

19. Какие из перечисленных методов исследования не используются у пациента с билирубинемией больше 30 ммоль/л?

A. Эхография
+B. Внутренняя холангиография
C. Ретроградная холангиография
+D. Пероральная холангиография
E. Билиарная сцинтиграфия

20. Механическая желтуха характеризуется следующими показателями:

+A. Высоким уровнем билирубина в крови
+B. Высоким уровнем щелочной фосфатазы
+C. Высоким уровнем холестерина
D. Высоким уровнем аминотрансферазы
E. Высоким уровнем уробилина в моче

21. Какие из перечисленных методов используются для предоперационной декомпрессии желчных протоков у больного с механической желтухой, осложненной гнойным холангитом?

+A. Назо-билиарное дренирование
+B. Эндоскопическая папилло-сфинктеротомия
+C. Эндоскопическая супрапапиллярная холедохо-дуоденостомия
D. Ударно-волновая холелитотрипсия
+E. Чрезкожная холангиогепатостомия

22. Какие хирургические методы используются для восстановления пассажа желчи по желудочно-кишечному тракту при опухолях гепатопанкреатодуоденальной зоны, за исключением:

A. Билиодигестивного анастомоза
B. Экстирпации опухоля
C. Обходного билиодигестивного анастомоза

D. Наружного дренирования совместно с микроеюностомией Делани
+E. Панкреатоеюноанастомоз

23. Окончательные эндоскопические методы, используемые для лечения механической желтухи доброкачественного генеза:

+A. Папиллосфинктеротомия
+B. Папиллосфинктеротомия с литэкстракцией
C. Чрезкожная холангиогепатостомия
D. Назобилиарное дренирование
+E. Супрапапиллярная холедоходуоденостомия

24. Показания для наружного дренирования при операциях, выполняемых на желчных путях, являются следующие:

+A. Острый гнойный холангит
+B. Дефектный билиодигестивный анастомоз
C. Неуверенность в восстановлении оттока желчи в желудочнокишечный тракт
D. Метастазы в печени при злокачественной желтухе
+E. Дуоденальная мальротация (поворот)

25. При каких из перечисленных ниже заболеваниях предпочтительно выполняется холедохоеюноанастомоз на петле Ру?

+A. Травматические стриктуры гепатикохоледоха
B. Вклиненный в сосочек желчный камень
+C. Резектабильные злокачественные опухоли холедоха
D. Множественные камни гепатикохоледоха
E. Доброкачественный стеноз сфинктера Одди

26. Какие из перечисленных ниже утверждений характерны для острого холангита?
A. Гектический тип повышения температуры тела
B. Повышение температуры с ознобами
C. Обильное потоотделение, чувство жажды
D. Гепатомегалия
+E. Всё вышеперечисленное

27. Интермитирующая желтуха характерна при следующих заболеваниях, за исключением:
+A. Злокачественной опухоли гепатикохоледоха
+B. Камня желчного пузыря, вклиненный в пузырный проток
+C. Вклинившегося камня в большой дуоденальный сосочек
D. Вентильного камня гепатикохоледоха
E. Опухоли Фатерова соска

28. Наличие опухоли головки поджелудочной железы можно предположить на основании следующих симптомов и параклинических методов исследования:

+A. Расширение билиарного дерева
+B. Увеличенный и напряженный желчный пузырь
+C. Кожный зуд
+D. Билирубинемия за счет прямого билирубина
E. Анемия

29. Гепатикохоледох должен быть обязательно обследован во время операции у больных со следующими патологиями, за исключением:

A. Механической желтухи
B. Хронического псевдотуморозного панкреатита
C. Расширения гепатикохоледоха
D. Холедохолитиаза
+E. Дивертикула двенадцатиперстной кишки

30. Триада Шарко включает следующие признаки, за исключением:

A. Высокой температуры с ознобами
B. Желтушности кожи
+C. Пальпируемой опухоли в правом подреберье
D. Боли в правом подреберье
+E. Наличия дивертикула двенадцатиперстной кишки

31. Механическая злокачественная желтуха характеризуется, как правило, следующими симптомами, за исключением:

+A. Повышенной температуры с ознобом
B. Желтухи
C. Похудания
D. Кожного зуда
E. Диспепсических явлений

32. Причинами врожденной механической желтухи являются следующие заболевания, за исключением:

A. Агенезии желчных протоков
B. Болезни Кароли
+C. Печеночного фасциолеза
+D. Аневризмов печеночных артерий
E. Кисты гепатикохоледоха

33. Что из нижеперечисленного является главным анатомическим элементом интраоперационного обследования у пациента с механической желтухой?

A. Печень
B. Селезенка
C. Двенадцатиперстная кишка
D. Холедох
E. Правый отдел толстой кишки

34. Какие из следующих операций представляют собой внутренние билиодигестивные анастомозы?

A. Холецисто-гастроанастомоз
B. Холедохо-дуоденоанастомоз
C. Холедохотомия с дренажем Кхер
D. Холедохоеюноанастомоз
E. Холецистоеюноанастомоз

35. Пентада Дарган-Райнолдса, характеризующая холангит, включает:

+A. Триаду Шарко
+B. Гипотонию
+C. Энцефалопатию
D. Асцит
E. Кровотечение из желудочно-кишечного тракта

36. Какие из перечисленных ниже утверждений относительно желтушно-уремического холангита являются правдивыми?

+A. Характеризуется прогрессирующей печеночно-почечной недостаточностью
B. Исключает холедохолитиаз
C. Нуждается в длительной предоперационной подготовке
+D. Нуждается в срочной декомпрессии желчных протоков и адекватной антибиотикотерапии
E. В очень тяжелых случаях накладываются билиодигестивные анастомозы

37. Какие пути проникновения инфекции в желчные пути являются главными?

A. Артериальный путь
+B. Венозный путь
C. Лимфатический путь
D. Из двенадцатиперстной кишки
E. По артерио-венозным шунтам

38. Из симптомов гнойного холангита наиболее постоянными являются:

+A. Температура
+B. Боли в животе
+C.Желтуха
D. Септический шок
E. Мозговые нарушения

39. Какой из методов исследования при резидуальном (оставленные камни) холедохолитиазе является наиболее эффективным?

A. Внутривенная холангиография
B. Ультразвуковое исследование
C. Компьютерная томография
+D. Ретроградная эндоскопическая холангиография
E. Холангиоманометрия

40. Следующие заболевания могут сопровождаться связанной гипербилирубинемией, за исключением:

A. Рака головки поджелудочной железы
B. Холедохолитиаза
C. Разрыва гидативной кисты в желчные протоки
+D. Синдрома Жилбера
E. Ампуломы Фатерова сосочка

41. К симптомам холедохолитиаза относится следующее, за исключением:

A. Желтухи
+B. Асцита
C. Печеночной колики

D. Температуры
E. Диспепсического синдрома

42. Радиологическое выявление воздуха в желчных путях свидетельствует об:

A. Холедохолитиазе
B. Калькулезном остаточном холецистите
+C. Билиодигестивном свище
D. Билиобилиарном свище
E. Дивертикуле двенадцатиперстной кишки

43. При остром гнойном холангите терапевтическим методом выбора, использующемся для предоперационной подготовки, является:

A. Антибиотикотерапия
B. Плазмоферез
C. Промывание желудка и форсированный диурез
+D. Декомпрессия желчевыводящих протоков
E. Коррекция белкового метаболизма

44. Для лечения остаточных камней холедоха методом выбора является:

+A. Эндоскопическая папилосфинктеротомия с литэкстракцией
B. Местное применение растворителей
C. Медикаментозное лечение
D. Экстракорпоральная литотрипсия
E. Хирургическое лечение - лапаротомия и холедохолитотомия

45. Из факторов, приводящих к гнойному холангиту, самыми частыми являются:

A. Дуоденостаз
B. Опухоли гепатохоледоха
+C. Холедохолитиаз
+D. Стеноз билиодигестивного анастомоза
+E. Посттравматические стриктуры гепатохоледоха

46. Холедохолитиаз может осложниться следующими заболеваниями, за исключением:

A. Оддита
+B. Язвы двенадцатиперстной кишки
C. Хронического панкреатита
D. Острого холангита
E. Вторичного билиарного цирроза

Тестовый контроль по теме: «Заболевания печени и селезенки. Портальная гипертензия. Эхинококкоз печени.»

1.Причина портальной гипертензии?

1) алкоголь
2) спленомегалия.
3) асцит
+4) внутрипеченочная блокада афферентных сосудов печени.

+5) сдавление воротной вены извне, тромбоз воротной вены.

2. Клинические проявления портальной гипертензии.

1) увеличение левых отделов сердца.
+2) "голова медузы".
+3) увеличение геморроидальных узлов.

3.Что мы понимаем под гиперспленизмом?

1) увеличение селезенки
2) асцит
+3) лейкопения, тромбоцитопения, анемия.

4.Осложнения портальной гипертензии?

1) увеличенная печень.
+2) пищеводно-желудочное кровотечение
+3) асцит
+4) кровотечение из геморроидальных вен

5.Что поможет достоверно установить диагноз цирроза печени?

1) биохимические исследования крови.
+2) лапароскопия с биопсией печени.
3) обзорная рентгенография брюшной полости.

6.Какие сосудистые анастомозы показаны при портальной гипертензии:

1) Аорто - бедренные
2) Кава - кавальные
+3) венозный сплено - ренальный

7.Причиной сегментарной портальной гипертензии может быть:

1) тромбоз селезеночной вены
2) аневризма собственной печеночной артерии
+3) киста печени

8.Наложение прямого порто-кавального анастомоза приводит

1) развитию цирроза печени
2) улучшению функции печени.
+3) накоплению азотистых шлаков

9.Установка зонда обтуратора при кровотечении из варикозно расширенных вен позволяет

1) снизить портальное давление.
+2) механически остановить кровотечение
3) усилить механизм свертываемости крови.

10.Энцефалопатия при портальной гипертензии развивается вследствие

1) гиперспленизма.
2) тромбоцитопении

+3) нарушении утилизации азотистых шлаков

11.Наиболее частой причиной портальной гипертензии является:

+1) цирроз печени.
2) механическая желтуха.
3) рак щитовидной железы.

12. Пересадка печени показана при

1) тромбозе селезеночной вены.
2) спленомегалии и гиперспленизме.
+3) циррозе печени.

13.Какие заболевания могут вызвать портальную гипертензию.

+1) тромбоз селезеночной вены.
+2) цирроз печени.
3) аневризма собственной печеночной артерии.

14.Какие осложнения вызывает портальная гипертензия?

+1) асцит.
+2) варикозное расширение вен пищевода и желудка.
+3) расширение вен передней брюшной стенки.
+4) расширение геморроидальных вен

15.Что является непосредственной причиной нарушения целостности венозной стенки вен пищевода при портальной гипертензии.

+1) истончение венозной стенки
+2) гидравлические удары вследствие чихания, кашля
3) нарушение углеводного обмена

16. Какое утверждение правильное относительно цирроза печени?

1) Сопровождается гипогликемическими кризами
2) УЗИ не подтверждает диагноз
3) Является самой частой причиной портальной гипертензии
+4) Основным клиническим признаком является мышечное напряжение в правом подреберье
5) Повышенная температура может быть в 80% случаев

17) Какое из указанных операций реже осложняется печеночной энцефалопатией?

1) Портокавальный терминолатеральный анастомоз
2) Портокавальный латеролатеральный анастомоз
3) Проксимальный спленоренальный анастомоз
+4) Дистальный спленоренальный анастомоз (Warren)
5) Кавомезентериальный анастомоз

18. Эндоскопически установлено кровотечение из варикозных вен пищевода. Слизистая желудка не изменена. Какой из нижеперечисленных методов гемостаза может быть использован в любом медучреждении?

1) Лигирование варикозных вен пищевода
2) Резекция нижней трети пищевода и езофаго-гастроанастомоза
+3) Тампонада зондом Блэкмора, питуитрин в/в
4) Азигопортальное разобщение
5) Спленопортальный анастомоз

19. Какие из нижеперечисленных утверждений неправильные в отношении анатомического строения венозной портальной системы?!)

1) Печень имеет двойное кровоснабжение
2) Объем циркулирующей крови в печени составляет 1500 мл/мин. или 25-30% от сердечного объема в покое
3) Портально-венозная система соединяет 2 капиллярные сети
4) Портальная вена формируется при слиянии верхней брыжеечной вены, нижней брыжеечной вены и селезеночной вены
+5) Портокавальная венозная система богата клапанами, которые определяют изменения венозного давления в портальной системе

20. Храктерным для синдрома Крювелье — Баумгартена (Baumgarten-Cruveilhier) является:

1) Острое начало
+2) Реканализация пупочной вены, появление головы медузы и специфического аускультативного шума над ней
3) Подкожная эмфизема
4) Коагулопатия
5) Парадоксальное дыхание

21. Самым информативным методом диагностики кровотечений из верхних отделов ЖКТ является:

+1) Фиброэзофагогастродуоденоскопия
2) R-графия с применением бариевой взвеси
3) Сцинтиграфия
4) Ангиография
5) Диагностическая лапароскопия

22. Какой метод может быть использован для лечения портальной гипертензии?

1) Дренирование Вирсунгова протока
2) Трункулярная ваготомия
3) Пересадка селезенки
+4) Азигопортальное разобщение
5) Резекция хвоста поджелудочной железы и спленэктомия

23. Причиной портальной гипертензии чаще всего является:

1) Перикардит
2) Синдром Бадда-Киари
+3) Цирроз печени с внутрипеченочным блоком
4) Квадрифуркация портальной вены
5) Тромбоз селезеночной вены

24. Для определения функционального состояния печени у больных циррозом печени с синдромом портальной гипертензии применяют:

1) Шкалу Рамсон
2) Индекс Алговера
3) Шкалу Апгар
+4) Критерии Чайлд
5) Шкалу Глазко

25. Коматозное состояние у больных с портокавальным шунтом может быть результатом:

1) Гипокальциемии
2) Гипергликемии
3) Гиперальбуминемии
+4) Азотемии
5) Повышения протромбина

1. В лечении каких осложнений портальной гипертензии может быть использована операция Tanner?

1) Энцефалопатия
2) Рефрактарный асцит
+3) Кровотечение из варикозных вен пищевода
4) Кровотечение из варикозных вен ободочной кишки
5) Кровотечение из варикозных вен прямой кишки

27. Какое утверждение, относящееся к подпеченочному блоку, неверно?

1) Чаще появляется у детей
+2) Является причиной появления перемежающей хромоты
3) Дистальный сплено-ренальный анастомоз снижает портальную гипертензию
4) Появляется в результате врожденной аномалии портальной вены
5) Является причиной кровотечения пищеварительного тракта

28. Причинами портальной гипертензии являются следующие, за исключением:
1) Синдрома Бадда-Киари
2) Болезни Киари
+3) Синдрома Золлингер-Еллисон
4) Алкогольного цирроза
5) Гигантской эхинококковой кисты печени

29. Больная в возрасте 44 лет с циррозом печени поступает с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения (рвота цвета „кофейной гущи", мелена) . Какой метод исследования может определить источник кровотечения ?

1) Сцинтиграфия печени
2) Колоноскопия
3) Супраселективная ангиография печени
+4) Фиброгастродуоденоскопия
5) Обзорная R-графия брюшной полости

30. Какие из перечисленных лабораторных исследований позволяют установить тяжесть кровотечения из воракозно-расширенных узлов:

1) Протромбин

+2) Гемоглобин
+3) Тромбоциты
+4) Гематокрит
5) Эритроциты

31. Какое из изложенных проявлений не характерно для портальной гипертензии?

1) Асцит
2) Спленомегалия
+3) Дисфагия
4) Печеночная энцефалопатия
5) Варикоз пищевода и желудка

32. Необходимыми условиями для появления асцита являются:

1) Синдром мальабсорбции
2) Наличие желтухи
+3) Хроническая портальная гипертензия с нарушениями водно-солевого обмена
4) Острая портальная гипертензия с интермитентной желтухой
+5) Гипоальбуминемия

33. Аутоиммунный гиперспленизм характеризуется перечисленными биохимическими и гематологическими изменениями, за исключением:

1) Лейкоцитопении
+2) Гликемии
3) Анемии
4) Увеличения циркулирующих иммунных комплексов
5) Тромбоцитопении

34. Какое утверждение, относящееся к портальной гипертензии, неправильное?

1) Течение обычно тяжелое
2) Является причиной желудочно-кишечного кровотечения
3) Появляется в последствии блока портальной системы
4) К ее последствиям относят: спленомегалию, энцефалопатию, асцит, желудочно-кишечное кровотечение
+5) Снижается после применения 5-фторурацила

35. Какие из нижеперечисленных хирургических вмешательств реже осложняются печеночной энцефалопатией?

1) Терминолатеральный портокавальный анастомоз
2) Латеролатеральный портокавальный анастомоз
3) Проксимальный сплено-ренальный анастомоз
+4) Дистальный сплено-ренальный анастомоз (Warren)
+5) Кавамезентериальный анастомоз

36. Нехарактерным для портальной гипертензии является:
1) Спленомегалия
2) Асцит
3) Развитие коллатералей на передней брюшной стенке
4) Варикозное расширение вен пищевода

+5) Гробовое молчание при аускультации живота

37. Одним из наиболее информативных специальных методов диагностики источника кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта являются:

1) Ирригоскопия
+2) Фиброэзофагогастродуоденоскопия
3) Обзорная р-графия живота
4) Лапароскопия
5) Пассаж бария по кишечнику

38. Выберите неправильное утверждение для портальной гипертензии:

1) Спленомегалия сопровождается гиперспленизмом, характерным для которого является анемия, тромбоцитопения и лейкопения
2) Основой для классификации синдрома портальной гипертензии является уровень блока и его отношение к синусоидальному кровотоку
+3) Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода не является осложнением портальной гипертензии
4) В норме давление в воротной вене составляет 10-15 мм Hg. ст.
5) Клинические проявления синдрома портальной гипертензии возникают при внутри портальном давлении выше 10 мм Hg. ст.

39. Характерным для синдрома Крювелье — Баумгартена (Baumgarten-Cruveilhier) является:

1) Кровохарканье
+2) Реканализация пупочной вены, появление головы медузы и специфического аускультативного шума над ней
3) Коагулопатия
4) Мелена
5) Дисфагия

40. К осложнениям портальной гипергензии относят все, кроме:

+1) Механической желтухи
2) Ректального кровотечения
3) Асцита
4) Кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода
5) Энцефалопатии

Тестовый контроль по теме: «Осложнения язвенной болезни желудка и 12 п.кишки.»

1.Основные симптомы язвенного кровотечения (один ответ лишний) :

1) рвота «кофейной гущей»
2) дегтеобразный стул
3) эритропения
4) рвота алой кровью
+5) лейкоцитоз

2.Операцией выбора при прободной язве желудка в условиях общего гнойного перитонита является:

2) резекция желудка
3) стволовая ваготомия с пилоропластикой по Джадду
+4) ушивание перфорации
5) СПВ с пилоропластикой по Джадду
6) СВ с пилоропластикой по Джадду

3.ФГДС при язвенной болезни не позволяет определить:

+1) темп эвакуации
2) локализацию язвы
3) наличие инфильтративного вала
4) размеры язвы
5) наличие малигнизации

4.Рентгенологическое исследование желудка и 12-перстной кишки при язвенной болезни не позволяет верифицировать:

1) темп эвакуации
2) локализацию язвы
3) наличие инфильтративного вала
4) размеры язвы
+5) наличие малигнизации

5.Наиболее простым и информативным методом диагностики перфоративных язв является:

1) ФГДС
2) УЗИ брюшной полости
3) лапароцентез
4) лапароскопия
+5) обзорная рентгеноскопия брюшной полости

6.Наиболее физиологичным методом резекции желудка при язвенной болезни 12-перстной кишки считается:

1) резекция по Бильрот-2
+2) резекция по Бильрот-1
3) средняя резекция
4) проксимальная резекция
5) клиновидная резекция

7.Оптимальная операция при пептической язве анастомоза после резекции желудка:

1) гастрэктомия
2) ререзекция по Бильрот - 1
3) селективная ваготомия с пилоропластикой
+4) торакоскопическая наддиафрагмальная стволовая ваготомия
5) ререзекция желудка по Ру

8.Тактика при продолжающемся профузном язвенном кровотечении:

1) гемостатическая терапия
2) применение зонда Блэкмора

3) отсроченная операция
+4) экстренная операция
5) плановая операция

9.Боль при язве двенадцатиперстной кишки возникает:

1) вскоре после еды
2) во время еды
+3) натощак
4) после приема жирной пищи
5) после приема мясной пищи

10.Боль при язве желудка возникает:

1) +вскоре после еды
2) во время еды
3) натощак
4) после приема жирной пищи
5) после приема мясной пищи

11.Органощадящие операции при язвенной болезни (один ответ лишний) :

+1) субтотальная резекция желудка
2) СПВ
3) антрумэктомия с селективной ваготомией
4) СВ с пилоропластикой
5) операция Джадда

12.Для хронических медиагастральных язв не характерно наличие:

1) плотных краев
+2) возбудимого типа секреции
3) пенетрации
4) малигнизации
5) перивисцерита

13.Необходимые исследования у больного с хронической язвой желудка (один ответ лишний) :

1) эндоскопическое исследование
+2) УЗИ желудка и 12-перстной кишки
3) биопсия
4) рентгенологическое исследование желудка
5) определение типа желудочной секреции

14.Вынужденное положение больного с приведенными к животу ногами характерно для:

1) обострения язвенной болезни
2) стенозирующей язвы
+3) прободной язвы
4) кровоточащей язвы
5) пенетрирующей язвы

15.Для кровоточащей язвы 12-перстной кишки не характерно:

1) рвота цвета кофейной гущи:
+2) усиление болей в животе
3) падение гемоглобина
4) мелена
5) снижение ОЦК

16.Для уточнения диагноза прободной язвы наименее информативным исследованием является:

1) обзорная рентгеноскопия брюшной полости
2) лапароскопия
+3) УЗИ желудка
4) УЗИ брюшной полости
5) пневмогастрография

17.Основной рентгенологический признак прободной язвы желудка:

1) пневматоз толстой кишки
2) чаши Клойбера
+3) свободный газ в брюшной полости
4) раздутые петли тонкой кишки
5) выпот в плевральной полости

18.Объем операции при язве выходного отдела желудка:

1) гастрэктомия
2) дистальная субтотальная резекция желудка
3) проксимальная субтотальная резекция желудка
+4) антрумэктомия с ваготомией
5) средняя резекция желудка

19.При рецидиве профузного язвенного гастродуоденального кровотечения показана:

+1) экстренная операция
2) отсроченное хирургическое вмешательство
3) эндоваскулярная селективная эмболизация
4) повторный эндоскопический гемостаз
5) интенсивная гемостатическая терапия

20.Абсолютные показания к операции при язвенной болезни (один ответ лишний) :

1) перфорация язвы
2) профузное кровотечение
+3) длительный язвенный анамнез
4) декомпенсированный стеноз привратника
5) малигнизация

21.Для язвенной болезни 12-перстной кишки не характерно:

1) большая распространенность заболевания по сравнению с желудочными язвами
2) более частое развитие у мужчин
3) преимущественное образование в молодом возрасте

4) более упорное, чем при желудочной язве, течение
+5) злокачественное перерождение

22.Напряжение мышц правой подвздошной области при прободении дуоденальной язвы объясняется:

1) иррадиацией боли
2) поступлением воздуха в брюшную полость
+3) стеканием желудочного содержимого в правый боковой канал
4) вторичным тифлитом
5) висцеро-висцеральными связями с червеобразным отростком

23.При кровоточащей язве тела желудка радикальной операцией является:

1) клиновидное иссечение кровоточащей язвы
+2) резекция желудка
3) прошивание кровоточащей язвы
4) операция Джадда
5) гастроэнтеростомия

24.При кровоточащей язве тела желудка паллиативной операцией является (один ответ лишний) :

1) перевязка левой желудочной артерии
2) лигирование сосуда в язве
3) прошивание кровоточащей язвы
4) клиновидное иссечение язвы
+5) средняя резекция желудка

25.Методы эндоскопической остановки язвенного кровотечения (один ответ лишний) :

1) электрокоагуляция
2) орошение язвы ваготилом
3) нанесение полимерной пленки
4) лазерокоагуляция
+5) прошивание сосуда

26.Эндоскопическое исследование не позволяет определить:

1) локализацию язвы
2) синдром Меллори - Вейса
3) ранний рак желудка
+4) синдром Цоллингера -Эллисона
5) степень стеноза привратника

27.Раннее осложнение после резекции желудка:

+1) кровотечение
2) демпинг-синдром
3синдром приводящей петли
4) пептическая язва анастомоза
5) агастральная астения

28.Позднее осложнение резекции желудка:

1) несостоятельность швов анастомоза
2) пневмония
3) кровотечение
+4) демпинг-синдром
5) анастомозит

29.Показания к операции при язвенной болезни (один ответ лишний)

1) пенетрация язвы
2) перфорация в анамнезе
3) повторные кровотечения в анамнезе
4) кисетный желудок
+5) впервые выявленная язва 12-перстной кишки

30.Наиболее частая локализация язвы двенадцатиперстной кишки:

+1) луковица
2) нисходящая часть
3) верхнегоризонтальная часть
4) восходящая часть
5) нижнегоризонтальная часть

31.Операцией выбора при язвенной болезни на фоне дуоденостаза является:

1) антрумэктомия по Бильрот-1с ваготомией
+2) антрумэктомия по Ру с ваготомией
3) ваготомия с пилоропластикой
4) СПВ
5) средняя резекция желудка

32.Препараты, используемые при язвенном кровотечении (один ответ лишний) :

1) Н-2 - блокаторы
2) аминокапроновая кислота
+3) фраксипарин
4) этамзилат
5) свежезамороженная плазма

33.Клинические проявления демпинг-синдрома (один ответ лишний) :

+1) выраженный болевой синдром
2) холодный пот
3) слабость
4) диарея
5) снижение АД

34.Наиболее распространенный тип желудочной секреции при дуоденальной язве:

1) нормальный
+2) возбудимый
3) астенический

4) инертный
5) тормозной

35.Термин «гематемезис» означает:

+1) кровавую рвоту
2) кровохарканье
3) рвоту желчью
4) дегтеобразный кал
5) примесь алой крови в кале

36.Наиболее частым осложнением язвы передней стенки 12-перстной кишки является:

+1) перфорация
2) кровотечение
3) пенетрация в головку поджелудочной железы
4) малигнизация
5) пенетрация в гепатодуоденальную связку

37.Термин «мелена» означает:

1) кровавую рвоту
2) кровохарканье
3) рвоту «кофейной гущей»
+4) дегтеобразный кал
5) примесь алой крови в кале

38.Средняя резекция желудка показана:

+1) при медиагастральной язве
2) при дуоденальной язве
3) при язве кардии
4) при множественных язвах желудка
5) при сочетанных язвах желудка и 12-перстной кишки

39.Типичный характер кала при желудочно-дуоденальном кровотечении:

+1) дегтеобразный кал
2) кал в виде «малинового желе»
3) алая кровь на кале
4) темная кровь в кале
5) плотные сгустки крови в кале

40.ФГДС при язвенных кровотечениях позволяет (один ответ лишний) :

+1) выбрать адекватную операцию
2) установить источник кровотечения
3) установить факт остановки или продолжения кровотечения
4) установить стабильность или нестабильность гемостаза
5) выполнить мероприятия по остановке кровотечения

Тестовый контроль по теме: «Болезни оперированного желудка.»

1. Выберите наиболее частую причину возвратной язвы после органосохраняющей операции с ваготомией при адекватном снижении кислотопродукции после операции.

А) Гастрит оперированного желудка.
Б) Синдром Золлингера–Эллисона.
В) Неполная ваготомия.
+Г) Нарушение моторики желудка и двенадцатиперстной кишки.
Д) Чрезмерное употребление алкоголя.

2. У больного, перенесшего резецирующую операцию по поводу язвенной болезни, возник рецидив (по данным ЭГДС) . Какова причина рецидива?

1) синдром Золлингера-Эллисона
2) неполная ваготомия
3) оставленная при резекции часть антрума
4) экономная резекция желудка
5) нарушение диеты
Выберите правильную комбинацию ответов
А) 1, 2, 3; Б) 3, 4, 5; В) 2, 3, 4; +Г) 1, 3, 4; Д) 2, 3, 5.

3. На 9-е сутки у больного после ваготомии с пилоропластикой по Финнею проконтролировали адекватность моторной и эвакуаторной функции желудка. В результате диагностирована задержка эвакуации желудочного содержимого. Какой рутинный метод из ниже перечисленных мог натолкнуть на предположение о данном осложнении до рентгенологического исследования?

+А) Зондовые пробы.
Б) Развернутый клинический анализ крови.
В) Эндоскопическая гастродуоденоскопия.
Г) Ирригоскопия.
Д) ЯМР-томография верхнего этажа брюшной полости.

4. К предраковым заболеваниям желудка относятся следующие нозологии:

1) хроническая язва желудка
2) синдром Мэллори–Вейсса
3) полипоз желудка
4) хронический гастрит с дисплазией слизистой оболочки
Выберите правильную комбинацию:
А) 1, 2, 3; +Б) 1, 3, 4; В) 2, 3, 4; Г) 1, 2, 4; Д) все ответы правильные.

5. **Больному, обследуемому в хирургическом стационаре, необходимо провести дифференциальный диагноз между язвой тела желудка и раком желудка. Все клинические данные и результаты инструментальных исследований будут свидетельствовать в пользу рака желудка, кроме**

А) низкодифференцированной аденокарциномы по данным биопсии;
Б) повышенного уровня канцероэмбрионального антигена в сыворотке крови больного;
В) ахлоргидрии, в ответ на максимальную стимуляцию кислотопродукции желудка;
Г) повышенного уровня 2-глюкоронидазы в желудочном секрете;
+Д) симптома "ниши" в стенке желудка в области его тела при рентгенографии.

6. Выберите три правильных утверждения, касающихся эпидемиологических аспектов рака желудка:

1) заболеваемость раком желудка в некоторых развивающихся странах Восточной Европы и Японии снижается;
2) встречаемость рака желудка среди мужчин вдвое выше, чем среди женщин;
3) уровень 5-летней выживаемости после лечения больных с ранним раком желудка составляет около 40%;
4) встречаемость рака желудка среди старших возрастных групп выше, чем у молодых;
5) заболеваемость раком желудка и ободочной кишки по статистическим данным одинакова.

Выберите правильную комбинацию ответов:
+А) 2, 3, 4; Б) 1, 2, 3; В) 2, 3, 5; Г) 1, 4, 5; Д) 3, 4, 5.

7. Каковы дооперационные критерии раннего рака желудка?
1) Низкая степень морфологической дифференцировки опухоли.
2) Глубина инвазии, ограниченная слизистой оболочкой и подслизистой основой.
3) Опухоли размером менее 2 см по эндоскопическим данным.
4) Опухоли без признаков раковой интоксикации.
5) Опухоли без метастазов Вирхова и Крукенберга.

Выберите правильную комбинацию ответов
+А) 2, 3; Б) 1, 2; В) 1, 4; Г) 2, 4; Д) 4, 5.

8. Больной 69 лет обратился с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области, не связанные с приемом пищи, нарастающую слабость, резкое снижение аппетита, работоспособности. Кожный покров бледно-розовой окраски. В легких патологии не выявлено. Живот мягкий, несколько болезненный в эпигастрии. Врач заподозрил рак желудка, назначил ряд исследований. Какие находки позволяют подтвердить 4-ю стадию заболевания?

1) Метастаз в область пупка.
2) Асцит.
3) Метастаз Вирхова.
4) Метастаз Шницлера.
5) Метастазы в печень.

Выберите правильную комбинацию ответов:
+А) все ответы правильные; Б) 1, 2; В) 2, 3; Г) 3, 4; Д) 4, 5.

9. Из нижеперечисленного выберите органы, в которые не метастазирует аденокарцинома желудка

А) в яичники;
Б) в печень;
В) в надключичные лимфоузлы;
+Г) в трубчатые кости бедра;
Д) в дугласово пространство.

10. У больного 70 лет опухоль антрального отдела полностью стенозирует выход из желудка. Диагноз установлен с помощью ЭГДС. При поступлении взята биопсия. Больной истощен, постоянные рвоты, явные признаки прогрессирующей кахексии, выраженная сопутствующая патология. Какие методы хирургического лечения наиболее обоснованы у данного больного?

1) Резекция желудка по типу Бильрот-2.
2) Наложение гастростомы.

3) Эндоскопическое бужирование опухоли.
4) Эндоскопическое зондовое энтеральное питание.
5) Наложение гастродуоденоанастомоза.
Выберите правильную комбинацию:
А) 1, 2; Б) 2, 3; В) 4, 5; Г) 1, 5; +Д) 2, 4.

Тестовый контроль по теме: «Заболевание толстого кишечника»

1.Факторами риска для рака толстого кишечника являются кроме:

1) Диффузный аденоматозный семейный полипоз
2) Хронические воспалительные заболевания
+3) Дивертикуллёз толстого кишечника
4) Холецистэктомия в анамнезе
5) Уретеросигмоидостомия

2. Диссиминация злокачественной опухоли толстого кишечника происходит следующими путями:

+1) Прорастание в соседние органы
+2) По лимфатическим путям
+3) Гематогенным путём
+4) Внутрипросветным путём
+5) Периневральным путём

3.Какие из нижеследующих параклинических исследований наиболее полезны в диагностике рака толстого кишечника?

1) Аноскопия
+2) Ирригография
3) Пассаж бариевой взвеси по ЖКТ
+4) Фиброколоноскопия
5) Ядерно-магнитный резонанс

5.Какие из нижеследующих параклинических исследований наиболее полезны в стадиализации злокачественной опухоли толстого кишечника?

+1) УЗИ брюшной полости
+2) Компьютерная томография
+3) Ядерно-магнитный резонанс
4) Электрокардиография
+5) Рентгенография лёгких

6.Наиболее частыми осложнениями рака толстого кишечника являются:

+1) Кишечная непроходимость
+2) Синдром мальабсорбции
+3) Прободение кишечника
+4) Толстокишечное кровотечение
5) Септицемия

9.Какие методы лечения используются при раке толстого кишечника?

+1) Оперативное вмешательство
+2) Радиотерапия
+3) Химиотерапия
+4) Иммунотерапия
5) Иммуносупрессия

10.Основными задачами оперативного вмешательства при раке толстого кишечника являются:

+1) Удаление опухоли
2) Восстановление анатомической непрерывности кишечной трубки
+3) Лечение осложнений (стеноз, перфорация)
4) Предупреждение печёночных осложнений
5) Отключение максимально возможного большего сегмента толстого кишечника

11.Какие из нижеперечисленных методов лечения рака толстого кишечника были внедрены в последние годы?

1) Диссекция и лимфаденэктомия
+2) Механические швы
3) Экстракорпоральное кровообращение
+4) Лапароскопические резекции
5) Интраоперационная эндоскопия

12.Какие антибиотики наиболее эффективны в подготовке толстого кишечника к оперативному вмешательству?

+1) Цефалоспорины
2) Гентамицин
+3) Метронидазол
4) Ампициллин
5) Хлорамфеникол

13.Какие принципы лежат в основе радикального хирургического вмешательства по поводу рака правой половины толстого кишечника?

+1) Полностью резецируется правая половина толстого кишечника (правосторонняя гемиколэктомия)
+2) Восстановление непрерывности кишечной трубки осуществляется наложением илеотрансверсоанастомоза
+3) Одновременно осуществляется резекция сосудистых стволов и региональная лимфаденэктомия
4) Восстановление непрерывности кишечной трубки осуществляется на втором этапе операции
5) Обязательна абляция лимфатических узлов устья нижнебрыжеечной артерии

14.Какие из нижеперечисленных медикаментов используются в качестве иммуномодуляторов у больных с раком толстого кишечника?

+1) Левамизоль
2) 5-фторурацил
+3) БЦЖ
+4) Corynebacterium parvum

5) TNF-a (tumor nechrosis factor)

15.Какие клинические симптомы наиболее характерны для рака правой половины толстого кишечника?

+1) Анемия
+2) Температура
3) Признаки кишечной непроходимости
+4) Пальпируемая опухоль
5) Синдром мальабсорбции

16. Острое токсическое расширение толстой кишки может быть осложнением следующего заболевания:

1) Дивертикулеза толстого кишечника
2) Семейного аденоматозного полипоза
+3) Неспецифического язвенного колита
4) Искемического колита
5) Спастического колита

17. Какое из нижеперечисленных осложнений нехарактерно для неспецифического язвенного колита?

+1) Внутренние кишечные свищи
2) Прободение толстого кишечника
3) Толстокишечное кровотечение
4) Малигнизация
5) Острое токсическое расширение толстой кишки

18. Консервативное лечение неспецифического язвенного колита включает все элементы, за исключением:

1) Препаратов группы салазопирина
2) Кортикостероидных гормонов
3) Противодиарейных препаратов
4) Парентерального питания
+5) Антибиотикотерапии

19. В течении болезни Крона могут развиться все осложнения, за исключением:

1) Толстокишечного кровотечения
2) Внутреннего кишечного свища
3) Интраперитонеального инфильтрата
4) Стриктуры кишечника
+5) Полипоза толстого кишечника

20. Рентгенологические изменения слизистой оболочки толстого кишечника в виде „булыжной мостовой" характерны для:

1) Неспецифического язвенного колита
2) Семейного аденоматозного полипоза
+3) Болезни Крона
4) Искемического колита

5) Болезни Гиршпрунга

21. Присутствие гигантских клеток Лангханса в биоптатах слизистой толстого кишечника характерно для:

1) Болезни Гиршпрунга
2) Раздраженного толстого кишечника
3) Неспецифического язвенного колита
+4) Болезни Крона
5) Ишемического колита

22. Методом выбора в лечении полипоза толстого кишечника является:

1) Лечение соком болиголова
+2) Эндоскопическая полипэктомия
3) Обходной анастомоз
4) Резекция толстого кишечника
5) Химиотерапия

23. Методом выбора в диагностике полипоза толстого кишечника является:

1) Ультразвуковое исследование
2) Лапароскопия
+3) Фиброколоноскопия с биопсией
4) Ангиография
5) Компьютерная томография

24. Для семейного аденоматозного полипоза характерны все симптомы, за исключением:

1) Толстокишечного кровотечения
2) Слизистых выделений с испражнениями
3) Анемии
4) Гипопротеинемии
+5) Желудочной ахилии

25. Наиболее точным описанием для ворсинчатой опухоли толстого кишечника является:

1) Расположена на ножке
2) Часто локализуется на уровне слепой кишки
+3) Может перерождаться в аденокарциному
4) Чаще встречается у детей
5) Имеет малый потенциал озлокачествления

26.Дивертикулез сигмовидной кишки может сопровождаться следующими клиническими признаками:

+1) Температурой
2) Выраженным снижением массы тела
3) Упругостью в правой подвздошной области
+4) Анемией
+5) Лейкоцитозом

27.Возможными осложнениями дивертикулеза сигмовидной кишки являются:

+1) Кровотечение

+2) Перфорация
+3) Образование свища мочевого пузыря
+4) Периколический абсцесс
+5) Воспалительный стеноз

28.В клиническом течении неспецифического язвенного колита:

+1) Встречаются гнойно-гемморагические выделения
+2) Присутствуют длительные периоды ремиссии
+3) Колоноскопию следует проводить систематически при каждом обострении
4) Тяжелые рецидивы лечатся всегда только интенсивной терапией
5) Наиболее страдает правая половина толстого кишечника

29.Какие симптомы характерны для кишечной непроходимости вследствии перекрута сигмовидной кишки?

+1) Полное отсутствие пассажа для сформированных каловых масс и газов
2) Температура
3) Присутствие свежей крови при пальцевом исследовании прямой кищки
+4) Приступы непроходимости в анамнезе
+5) Ассиметрический метеоризм

30.Характерными осложнениями неспецифического язвенного колита являются:

+1) Ревматоидный артрит
+2) Задний увеит
+3) Эндокардит
+4) Перфорация толстого кишечника
+5) Токсический мегаколон

31.При дивертикулезе толстого кишечника ирригография может выявить следующие симптомы:

+1) Отсутствие гаустрации левой половины толстого кишечника с колосовидными разрастаниями на фоне сигмовидной кишки
2) Полная обструкция просвета кишки
+3) Толстая кишка в виде „стопки тарелок"
4) Толстая кишка в виде „штанов для гольфа"
5) Толстая кишка в виде „булыжной мостовой"

32.Показания к колэктомии при дивертикулезе толстого кишечника следующие:

+1) Образование свищей
+2) Кровотечение
+3) Перфорация
4) Отсутствие существенных осложнений
5) Дивертикулит

33. Болезнь Крона и неспецифический язвенный колит являются воспалительными заболеваниями кишечника и имеют общие характерные черты. Которое из них является ложным?

1) Встречаются у молодых больных
2) Поражают толстую кишку

3) Могут сопровождаться узловой эритемой и увеитом
+4) Могут рецидивировать после тотальной колэктомии
5) Могут ассоциировать с анальными трещинами

34.Характерными рентгенологическими признаками болезни Крона являются:

+1) Фоликулярный илеит
+2) Язвы
+3) Аэробилия
+4) Стенозы просвета
+5) Свищи

35.Какие симптомы характерны для осложнений дивертикулеза толстого кишечника?

+1) Фекалурия
+2) Ректорагия
+3) Контрактура
4) Запор
5) Лейкопения

36.Главными характерными признаками семейного аденоматозного полипоза толстого кишечника являются:

+1) Передается аутосомально-доминантно
+2) Стабильная малигнизация
+3) Разрешается тотальной колэктомией
4) Необходимо тщательное эндоскопическое наблюдение за состоянием прямой кишки после колэктомии
5) Редко малигнизирует

37.Предупреждение рака толстого кишечника может быть достигнута периодическими наблюдениями за состоянием толстого кишечника у лиц из группы риска. Таковыми являются:

+1) Дети оперированных родственников по поводу рака толстого кишечника
+2) Больные перенесшие полипэктомию на толстом кишечнике
+3) Больные, неспецифическим язвенным колитом с детского возраста, более 3 лет
4) Больные с хроническими запорами
5) Больные с синдромом Петса-Егерса

38.Синдром Петса-Егерса:

1) Является наиболее часто встречаемой клинической формой злокачественных опухолей тонкого кишечника
+2) Может выражаться через эпизоды кишечной непроходимости
+3) Очень часто малигнизируется
4) Сопровождается лентигинозом вокруг естественных отверстий
5) Опухоли являются деоидными

39.При каких заболеваниях может встречаться лимфогранулематоз?

+1) Болезнь Крона
2) Синдром мальабсорбции
+3) Толстокишечный дивертикулез

4) Ишемический колит
5) Полипоз прямой и толстой кишок

40.Осложнениями полипоза толстого кишечника являются:

+1) Вторичная анемия
+2) Кахексия
+3) Инвагинационная кишечная непроходимость
+4) Малигнизация

Тестовый контроль по теме: «Заболевания поджелудочной железы.»

1.Что из нижеперечисленного является основным патоморфологическим признаком хронического панкреатита?

1) Кальцинаты в вирсунговом протоке
2) Некроз
+3) Фиброскleроз
4) Нагноение
5) Псевдокисты

2. Что из нижеперечисленного на обзорной рентгенографии является характерным признаком хронического панкреатита?

1) Дежурная петля
+2) Кальцинаты в проекции поджелудочной железы
3) Аеробилия
4) Уровни жидкости
5) Стеноз вирсунгового протока

3. Которая из нижеперечисленных диетических мер имеет особое значение в лечении хронического панкреатита?

1) Увеличение потребления витаминов
2) Увеличение потребления протеинов
3) Увеличение доли углеводов в рационе
+4) Отказ от алкоголя
5) Увеличение потребления овощей

4. Какое из нижеперечисленных медикаментозных средств может улучшить симптоматику хронического панкреатита?

1) Вазодилататоры
2) Витамины
+3) Заместительные панкреатические ферменты
4) Желчегонные
5) Пропранолол

5. Что из нижеперечисленного является основным показанием к хирургическому лечению при хроническом панкреатите?

1) Похудание
2) Портальная гипертензия
3) Псевдокисты

+4) Болевой синдром
5) Кальцинаты в поджелудочной железе

6. Какая из нижеперечисленных ситуаций является показанием к операции Пуестов (вирсунгоеюностомия) ?

1) Множественные псевдокисты
2) Инфицированные псевдокисты
+3) Вирсунгов проток расширен
4) Вирсунгов проток не расширен
5) Ничего из перечисленного

7. Этиологическими факторами хронического панкреагита являются:

+1) Наличие препятствия в вирсунговом протоке
+2) Алкоголизм
3) Портальная гипертензия
+4) Голодание
+5) Желчекаменная болезнь

8.Какое сочетание факторов превалирует в этиопатогенезе острого панкреатита?

+1) Заболевания жёлчных путей и алкоголизм
2) Инфекции и опухоли
3) Травма и хирургические вмешательства
4) Метаболические и гемодинамические нарушения
5) Медикаментозные и токсические вещества

9. Неверно, что боли при остром панкреатите:

1) Начинаются внезапно
2) Интенсивны
3) Постоянны
4) Не поддаются действию наркотиков
+5) Уменьшаются при определенных положениях тела

10. Неправдоподобно, что болевая чувствительность при остром панкреатите зависит от:

1) Растяжения капсулы, отёка и воспаления органа
2) Воспалительной экссудации и воздействия ферментов на парапанкреатическое и ретроперитонеальное пространство
3) Ферментативного перитонита
4) Обструкции и гипертензии панкреатических протоков
+5) Снижении перфузии тканей при панкреатическом шоке

11. Какой симптом из нижеперечисленных нехарактерен для острого панкреатита?

+1) Брадикардия
2) Снижение артериального давления
3) Высокая температура
4) Неукротимая рвота
5) Спутанное сознание

12. Из признаков панкреатита наименее характерным является:

1) . Боли в животе
2) Многократная рвота
3) Болезненность в эпигастральныой области
+4) Ригидность брюшных мышц
5) Ослабленные кишечные шумы

13. Какое явление из перечисленных ниже наблюдается в раннем периоде острого панкреатита лишь в порядке исключения?

1) Поверхностное и судорожное дыхание
2) Хрипы в нижних отделах легких
3) Высокое стояние и ограниченная подвижность левого купола диафрагмы
4) Левосторонний плевральный выпот
+5) Дыхательная недостаточность

14. Важнейшей причиной гемодинамических нарушений при геморрагическом панкреонекрозе является:

1) Токсическое поражение миокарда
+2) Токсическое поражение терминального сосудистого русла
3) Изменение реологических свойств крови
4) Нарушения в системе гемостаза
5) Гиповолемия

15. Назовите форму острого панкреатита, для которой характерно распространение геморрагического экссудата в ретроперитонеальном пространстве с развитием ферментативной флегмоны:

1) Отёчный панкреатит
2) Холецисто-панкреатит
+3) Геморрагический панкреатит
4) Гнойно-некротический панкреатит
5) Все ответы неверны

16. Наиболее надежный из лабораторных тестов, используемых для диагностики острого панкреатита, состоит в определении в крови:

1) Панкреатической изоамилазы
2) Липазы
+3) Панкреатической изоамилазы и липазы одновременно
4) Трипсина
5) Метгемоглобина

17. Для устранения панкреатогенной токсемии не подходит:

1) Гемодилюция и форсированный диурез
+2) Инфузия низкомолекулярного декстрана
3) Инфузия растворов поливинилпирролидона
4) Гемосорбция
5) Лимфосорбция

18. В какой ситуации, из указанных ниже, диагноз острого панкреатита представляется несомненным?

1) Боли в животе и клинические признаки, прогрессирующие в сроки, превышающие 48 часов с начала атаки
2) Бактериемия в течение первых трех дней болезни
3) Умеренное повышение активности амилазы и липазы в раннем периоде атаки
4) Случаи, не отвечающие на стандартную терапию острого панкреатита
+5) Участки пониженной плотности в железе, выявленные томоденситометрией, у больного с симптоматикой панкреатита

19. Какой признак из указанных ниже специфичен для острого панкреатита?

1) Плевральный выпот
2) Высокое стояние купола диафрагмы и выпот в плевральных полостях
3) Дисковидные ателектазы
4) Шоковое легкое
+5) Ни один из них

20. Этиологические факторы, приводящие к возникновению острого панкреатита, следующие:

1) Панкреатическая гиперсекреция
+2) Панкреатическая протоковая гипертензия, спазм или отек БДС
+3) Ишемия поджелудочной железы
+4) Поражение поджелудочной железы экзо- или эндотоксинами бактериального или вирусного происхождения
+5) Травма поджелудочной железы, в том числе оперативная

21. К развитию панкреатической гипертензии могут привести:

1) Камни желчного пузыря
2) Камень общего печеночного протока
3) Камень пузырного протока
+4) Ущемленный камень большого дуоденального сосочка
5) Все вышеперечисленные причины

22. Жировой панкреонекроз формируется в результате:

1) Присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита
+2) Активации и повреждающего действия липолитических ферментов
3) Активации и повреждающего действия протеолитических ферментов
4) Активации и повреждающего действия гликолитических ферментов
5) Инволюции мелкоочагового панкреонекроза

23. Геморрагический панкреонекроз формируется в результате:

1) Присоединения инфекции на фоне отечного панкреатита
2) Активации и повреждающего действия липолитических ферментов
+3) Активации и повреждающего действия протеолитических ферментов
4) Активации и повреждающего действия гликолитических ферментов
5) Инволюции мелкоочагового панкреонекроза

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

) В артериальной крови

2) В венозной крови
+3) В экссудате брюшной полости
4) В лимфе
5) В моче

25. Какие из следующих выражений о гиперамилаземии верны?

+1) Повышение амилаземии менее специфично, чем липаземии
2) Пищеварительные амилазы объясняют физиологическую амилазурию
+3) Гиперамилаземия диссоциирована от гиперамилазурии
+4) Показано определение изоэнзимов для исключения внепанкреатических источников амилаз
+5) Гиперамилаземия может проявиться при холециститах без вовлечения в процесс поджелудочной железы

26. Развитие токсемии при остром панкреатите обусловливается всеми приведенными факторами:

+1) Попадание в крови и лимфу токсических полипептидов
+2) Попадание в крови и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов
+3) Попадание в крови и лимфу токсических липидов
+4) Активирование калликреин-кининовои системы и системы ферментативного фибролиза в крови
5) Наличие высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении

27. Все утверждения относительно псевдокисты поджелудочной железы являются верными, за исключением:

1) . При отсутствии осложнений дренирование кисты производится в случае, если размеры кисты более 6 см и персистирует более 6 недель
2) Псевдокиста при нормальных размерах панкреатического протока может быть дренирована чрескожно
+3) Псевдокиста, расположенная проксимальнее стриктуры панкреатического протока, нуждается в чрескожном дренировании
4) Псевдокиста, расположенная в головке поджелудочной железы, может быть дренирована эндоскопически через большой или малый дуоденальный сосочек
5) При возникновении гнойных осложнений псевдокисты показано ее наружное дренирование

28. Несмотря на назначенные 4 таблетки панкреолипазы (4 500IU липазы в 1 таблетке) на каждый прием пищи, у пациента, в возрасте 42 лет, с хроническим панкреатитом, осложненным стеатореей, продолжается диарея. Выберите возможные причины стеатореи:

+1) Недостаточная активность липазы в данной дозе
+2) Инактивация липазы в желудке
+3) Недиагносцированная бактериальная обсемененность
4) Употребление циметидина
5) Употребление омепразола

29. Выберите верные утверждения, касающиеся врожденных кист поджелудочной железы:

+1) Они отличаются от псевдокист наличием эпителиальной выстилки
+2) Если они солитарны, то проявляются как внутрибрюшная опухоль
3) Множественные кисты редко ассоциируются с другими врожденными аномалиями
+4) Методом выбора в диагностике является ультразвуковое исследование брюшной полости
5) Методом выбора в диагностике является чрескожная транспеченочная холангиография

30. Пациентка, в возрасте 55 лет, в течение 1 года страдает водянистой диареей, которая в начале заболевания носила интермитирующий характер и в течение нескольких дней исчезала самостоятельно. Результаты бактериальных посевов и исследование на гельминты являются отрицательными. Колоноскопия с биопсией различных участков кишечника не выявила патоморфологическую причину диареи. Был поставлен диагноз синдром раздраженной толстой кишки. Пациентка жалуется на постоянную и в большом объеме водянистую диарею, без примесей крови, значительную потерю в весе. Диарея не связана с приемом пищи и более выражена ночью. Объективный статус - без особенностей. Лабораторные данные: НЬ: 120 g/L; K+: 2,8 mEq/L; Na+: 134 mEq/L; мочевина: 12 mmol/L; C02: 30 mEq/L; Le: 8 600/cm3; глюкоза: 11,5 mmol/L; СГ: 95 mEq/1; Ht: 36%; креатинин: 100 mmol/L. Какие исследования необходимы в данном случае?

1) Определение уровня вазоактивного интестинального полипептида
2) Уровень гастринемии
3) Уровень соматостатина в крови
+4) Качественное исследование стула и электролитов во время голодания пациентки
5) УЗИ органов брюшной полости

31. Пациентка, в возрасте 55 лет, в течение 1 года страдает водянистой диареей, которая в начале заболевания носила интермитирующий характер и в течение нескольких дней исчезала самостоятельно. Результаты бактериальных посевов и исследование на гельминты являются отрицательными. Колоноскопия с биопсией различных участков кишечника не выявила патоморфологическую причину диареи. Был поставлен диагноз „синдром раздраженной толстой кишки". Пациентка жалуется на постоянную и в большом объеме водянистую диарею, без примесей крови, на значительную потерю в весе. Диарея не связана с приемом пищи и более выражена ночью. Объективный статус - без особенностей. Лабораторные данные: НЬ: 120 g/L; K+: 2,8 mEq/L; Na+: 134 mEq/L; мочевина: 12 mmol/L; CO_2: 30 mEq/L; Le: 8 600/cm3; глюкоза: 11,5 mmol/L; Ch 95 mEq/1; Ht: 36%; креатинин: 100 mmol/L. Если бы пациентке было произведена pH-метрия желудка, какой результат следовало бы ожидать ?

1) pH 1-2
2) pH 3-4
+3) pH 5-6
4) pH 7-8
5) pH 6-7

32. Больная, в возрасте 46 лет, с алкогольным анамнезом и хроническим панкреатитом, в течение 1 месяца жалуется на прогрессирующие абдоминальные боли. Какие исследования необходимо произвести в первую очередь?

+А.УЗИ
2) Эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию
3) Функциональные тесты поджелудочной железы
4) Компьютерную томографию
5) Определение в сыворотке СА 19-9

33. Внутри панкреатическое невральное воспаление играет важную роль в генезе болей при хроническом панкреатите. Выберите правильное утверждение:

+1) Гистологически, панкреатические нервы становятся более многочисленными по количеству и увеличиваются в размерах

+2) Хроническое воспаление ведет к перерыву периневрия с замещением нервной ткани соединительной тканью
+3) Прервана организация интраневральных органелл, также как и микротубулл
4) У больных с хроническим панкреатитом вещество Р в афферентных панкреатических нервах парадоксально уменьшается
5) У больных с хроническим панкреатитом витамин Е в афферентных панкреатических нервах парадоксально уменьшается

34. Относительно болевого синдрома при хроническом панкреатите верными являются следующие утверждения:

1) Развитие болевого синдрома совпадает с развитием экзокринной недостаточности поджелудочной железы
+2) Уменьшение внутрипротокового давления методом хирургической декомпрессии может уменьшить боль
+3) При гистологическом исследовании у больных обнаруживается поражение перипанкреатических нервов
+4) Блокада чревного сплетения приводит только к временному улучшению у больных с хроническим панкреатитом
5) Развитие болевого синдрома совпадает с развитием эндокринной недостаточности поджелудочной железы

35. Какие из нижеследующих утверждений являются правильными относительно панкреатических абсцессов?
+1) Ассоциируются с развитием респираторного дистресс-синдрома у взрослых
2) Могут быть предупреждены путем профилактического назначения антибиотиков широкого спектра действия
+3) В срочном порядке показано хирургическое лечение с удалением некротических тканей
+4) Диагноз может быть установлен путем чрезкожной пункции перипанкреатической жидкости
5) Хирургическое лечение состоит в наложении внутренних анастомозов

36. Какие из нижеследующих утверждений являются верными относительно панкреатической псевдокисты?

+1) При отсутствии осложнений, дренирование псевдокисты должно ограничиваться только случаями, когда псевдокиста имеет размеры более 6 см и персистируег более 6 недель
+2) Псевдокиста, ассоциирующаяся нормальным панкреатическим протоком, может быть лечена путем чрезкожного дренирования
3) Псевдокиста, расположенная проксимальнее стриктуры панкреатического протока, должна быть дренирована чрезкожно
+4) Псевдокиста, расположенная в головке поджелудочной железы, может быть дренирована эндоскопически через большой или малый дуоденальный сосочек
+5) В случае развития гнойных осложнений псевдокисты производится ее наружное дренирование

37. Для дифференциальной диагностики панкреатического и цирротического асцита наиболее важным тестом является:

+1) Абдоминальный парацентез
2) УЗИ брюшной полости
3) Компьютерная томография
4) Эндоскопическая ретроградная холангио-панкреатография
5) Чрезкожная транспеченочная холангиография

38. К развитию панкреатической гипертензии может привести:

1) Камни желчного пузыря
2) Камни общего желчного протока
3) Камни пузырного протока
+4) Ущемленный камень большого дуоденального сосочка
5) Всё вышеперечисленное

39. Выберите правильные утверждения относительно развития алкогольного панкреатита:

+1) Рост концентрации протеолитических ферментов в панкреатическом соке
2) Увеличение панкреатического кровотока
+3) Рост проницаемости панкреатических протоков
+4) Преципитация кальция в панкреатических протоках
+5) Спазм сфинктера Одди

40. У больного с синдромом Золлингер-Эллисон обнаружена множественная эндокринная неоплазия I типа (синдром MEN I) , Адекватное лечение язвенных симптомов состоит в:

1) Назначении циметидина
+2) Назначении омепразола
3) Резекции поджелудочной железы
4) Назначении стрептазоцина
5) Тотальной гастрэктомии

Тестовый контроль по теме: «Диафрагмальные грыж. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы»

1. Мышечная часть диафрагмы разделена на следующие отделы:

+A. Поясничный
+B. Реберный
C. Пояснично-реберный
+D. Грудинный
E. Реберно-грудинный

2. Перечислите слабые участки диафрагмы:

+A. Треугольник Ларрея
+B. Треугольник Морганьи
+C. Треугольник Богдалека
D. Треугольник Паймерова
+E. Hiatus aorticus

3. Наиболее удобный оперативный доступ при диафрагмальных грыжах:

A. Переднебоковая правосторонняя торакотомия в V-м межреберье
+. Лапаротомия
C. Переднебоковая левосторонняя торакотомия в VI 1-м межреберье
D. Стернотомия

4. Какая локализация разрыва диафрагмы встречается чаще?

A. Правосторонняя
+B. Левосторонняя
C. Двухсторонняя

5. Клиническая картина полного разрыва диафрагмы включает кроме:

A. Признаки дыхательной недостаточности
B. Признаки сердечной недостаточности
C. Признаки перемещения органов брюшной полости в грудную полость
+D. Признаки почечной недостаточности
E. Признаки кровотечения

6. Какое расстояние между швами при ушивании грыжевых ворот диафрагмы достаточно для предупреждения рецидива грыжи?

A. 0,5 см
+B. 1 см
C. 1,5 см
D. 1,8 см
E. 2 см

7. Травматический разрыв диафрагмы сочетается с разрывом следующих органов:

+A. Селезенкой
+B. Печени
+C. Пищеводом
+D. Желудком
E. Поперечно-ободочной кишкой

8. Проявлением скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы является:

A. Дисфагия
B. Частая рвота
+C. Частые изжоги
D. Похудание
E. Ничего из вышеназванного

9. Параэзофагеальная грыжа опасна:

+A. Ущемлением желудка
B. Малигнизацией
C. Прекардиальными болями
D. Ничем из названного
E. Всеми вышеназванными

10. Больной поступил в клинику с жалобами на боли в грудной клетке слева, одышку усиливающуюся после приема пищи и при физической нагрузке, а также в положении лежа, тошноту и периодически рвоту, приносящую облегчение. При рентгенографии грудной клетки над диафрагмой газовый пузырь с уровнем жидкости. Ваш диагноз?

A. Левосторонняя абсцедирующая пневмония

B. Стенокардия
+C. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
D. Гемоторакс слева
E. Травматическая грыжа диафрагмы

11. При каких условиях выявляются рентгенологически скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

A. В положении стоя
B. В полусидячем положении
=C. В положении Тренделенбурга
D. При искусственной гипотонии 12-перстной кишки
E. В положении на боку

12. Укажите симптомы, чаще всего встречающиеся при скользящих грыжах пищеводного отверстия диафрагмы:

+A. Изжога, боль за грудиной, мелена
B. Боль за грудиной, мелена, кишечная непроходимость, рвота
C. Кишечная непроходимость, рвота, изжога
D. Изжога
E. Изжога, рвота, мелена

13. Какие рекомендации Вы дадите больному с рефлюксэзофагитом на почве грыжи пищеводного отверстия диафрагмы?

A. Высокое положение головного конца тела в постели во время сна, приём антацидов, приём церукала
B. Дробный приём пищи небольшими порциями, высокое положение тела во время сна, не ложиться после еды
C. Приём антацидов, приём церукала, не ложиться после еды
D. Дробный приём пищи небольшими порциями, приём антацидов, не ложиться после еды
+E. Дробный приём пищи, высокое положение головного конца тела во время сна. Приём антацидов, приём церукала, не ложиться после еды

14. Больная 54 лет предъявляет жалобы на боли за грудинойи в эпигастральной области, возникшие после приема пищи, затруднение глотания, отрыжку. При рентгенографии в заднем средостении округлое просветление с уровнем жидкости, после приема контрастного вещества выявлено расположение кардиального отдела желудка выше диафрагмы. Какое заболевание можно заподозрить у больной?

A. Рак кардиального отдела желудка
B. Релаксацию диафрагмы
+C. Грыжу пищеводного отверстия диафрагмы
D. Ретростернальную грыжу Ларрея
E. Параэзофагеальную грыжу

15. Больного 40 лет беспокоят боли за грудиной в области мечевидного отростка, иррадиирующие в лопатку, отрыжка, изжога. Вышеперечисленные симптомы усиливаются при наклоне туловища вперед. У больного заподозрена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Какие из перечисленных методов диагностики необходимы для подтверждения и уточнения диагноза?

A. Ретроградная панкреатикохолангиография, внутрижелудочная pH-метрия
+B. ФГДС, рентгеновское исследование желудка в положении Тренделенбурга, пищеводная иономанометрия, внутрижелудочная pH-метрия
C. Рентгеновское исследование желудка в положении Тренделенбурга, ретроградная панкреатикохолангиография, пищеводная иономанометрия, внутрижелудочная pH-метрия
D. Рентгенологическое исследование желудка в положении Тренделенбурга, ретроградная панкреатикохолангиография, внутрижелудочная pH-метрия
E. Рентгенологическое исследование желудка в положении Тренделенбурга, ретроградная панкреатикохолангиография пищеводная иономанометрия, внутрижелудочная pH-метрия

16. У больной 50 лет внезапно возникла острая дисфагия, сопровождающаяся резкой болью за грудиной. Какова возможная причина из указанных ниже заболеваний?

A. Межрёберная невралгия
B. Стенокардия
+C. Ущемлённая параэзофагеальная грыжа
D. Рефлюкс-эзофагит
E. Грыжа Ларрея

17. У больной отмечаются изжога и жгучие боли за грудиной, боли в левом подреберье, иррадиирующие в области сердца и в левую лопатку. Чаще они возникают при наклоне туловища вперед после еды. При рентгенологическом исследовании пищевод не расширен, укорочен, выпрямлен, барий из него поступает в полушаровидный газовый пузырь с тонкими стенками, расположенный над диафрагмой, а затем заполняет вытянутый желудок с грубыми складками. Ваше заключение?

A. Ахалазия пищевода
B. Диафрагмальная грыжа Богдалека
C. Рак пищевода с переходом в желудок
+D. Скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
E. Параэзофагеальная грыжа

18. Больная 43 лет жалуется на боли за грудиной и чувство жжения, которые усиливаются после еды и в положении лёжа. В положении стоя боли уменьшаются. В анализах крови умеренная гипохромная анемия. Ваше заключение?

A. Хронический гастрит
B. Дуоденальная язва
+C. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с явлениями рефлюкс-эзофагита
D. Рак желудка
E. Эпифренальный дивертикул пищевода

19. Какие из перечисленных факторов являются показаниями для хирургического лечения грыж пищеводного отверстия диафрагмы?

A. Неэффективность консервативного лечения, частые кровотечения пищевода, скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений
B. Развитие воспалительных стриктур пищевода, частые кровотечения пищевода
C. Неэффективность консервативного лечения, развитие воспалительных стриктур пищевода, частые кровотечения пищевода
D. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы без осложнений, врожденный короткий пищевод
+E. Неэффективность консервативного лечения, развитие воспалительных стриктур пищевода, частые кровотечения пищевода, врожденный короткий пищевод

20. Больной 55 лет обратился с жалобами на изжогу, отрыжку кислым, боли за грудиной. Изжога усиливается после еды и в положении лежа. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза и дифференциального диагноза ?

A. УЗИ брюшной полости
B. Компьютерная томография брюшной стенки
C. Рентгеноскопия желудка
+D. Рентгеноскопия желудка в положении Тренделенбурга и эзофагогастродуоденоскопия
E. Лапароскопия

21. Осложнением какого из перечисленных заболеваний является эрозивно-язвенный эзофагит?

A. Рака желудка
B. Язвенной болезни 12-пёрстной кишки
C. Кардиоспазма
+D. Скользящих грыж пищеводного отверстия диафрагмы
E. Хронического гастрита

Тестовый контроль по теме: «Кишечная непроходимость. Спаечная болезнь»

1. Непроходимость кишечника среди хирургических больных встречается
А) в 40%;
+Б) в 10%;
В) в 20-30%;
Г) в 0,3-0,6%
Д) в 2 – 3%.

2. Наиболее характерными симтомами непроходимости кишечника являются

А) боль в животе, отсутствие стула, отсутствие отхождения газов, вздутие живота;
Б) отсутствие стула и отхождения газов, перитонеальные симптомы, вздутие живота;
В) боль в животе, перитонеальные симптомы, отсутствие стула,
+Г) нарушение пассажа содержимого по кишечнику, отсутствие отхождения газов и стула,
Д) рвота, диарея, перитонеальные явления.

3. Непроходимость кишечника наиболее часто возникает

А) в детском возрасте;
+Б) в старческом возрасте;
В) в возрасте от 40 до 60 лет;
Г) в период полового созревания;
Д) во всех возрастах одинаково часто.

4. Наиболее частой формой непроходимости кишечника является

А) спаечная;
Б) обтурационная;
+В) заворот кишечника;
Г) инвагинация кишечника;
Д) динамическая.

5. У детей наиболее часто встречается

А) обтурационная непроходимость кишечника;
Б) узлообразование;
+В) инвагинация;
Г) спастическая непроходимость кишечника;
Д) паралитическая непроходимость кишечника.

6. К развитию непроходимости кишечника предрасполагают

А) аномалии кишечника;
+Б) аномалии брыжейки;
В) опухоли кишечника;
Г) спайки в брюшной полости;
Д) все перечисленное.

7. Причиной механической непроходимости кишечника наиболее часто является

А) инородные тела желудочно-кишечного тракта;
Б) прием большого количества грубой пищи;
В) резкое повышение внутрибрюшного давления;
Г) интоксикация свинцом;
+Д) опухоли кишечника.

8. Функциональная непроходимость кишечника делится

А) на странгуляционную и обтурационную;
Б) на инвагинационную и странгуляционную;
В) на паралитическую и токсическую;
+Г) на паралитическую и спастическую;
Д) на спастическую и токсическую.

9. Паралитическая непроходимость кишечника возникает

А) при травмах органов брюшной полости;
Б) при травмах и заболеваниях центральной нервной системы;
В) при операциях на органах брюшной полости;
+Г) правильные ответы А) , Б) и В) ;
Д) правильные ответы А) , В) .

10. Механическая непроходимость кишечника возникает

А) при опухолях кишечника;
Б) при инородных телах желудочно-кишечного тракта;
В) при гельминтозах;
Г) при ущемленных грыжах;
+Д) при всем перечисленном.

11. Спастическая непроходимость кишечника может возникать

А) при операциях на органах брюшной полости;
Б) при травмах центральной нервной системы;
В) при гипергликемической коме;
Г) при диабетическом кризе;

+Д) при отравлении свинцом.

12. Обтурационная непроходимость кишечника может быть обусловлена

А) сдавлением кишечника извне;
Б) обтурацией просвета кишки инородным телом;
В) опухолью кишечника;
+Г) правильные ответы А) , Б) и В) ;
Д) правильные ответы А) , В)

13. Потери белка крови при непроходимости кишечника чаще составляют

+А) 1-5%;
Б) 10-15%;
В) 20-30%;
Г) более 50%;
Д) потерь белка не отмечается.

14. Нарушение гомеостаза при непроходимости кишечника заключается

+А) в гиповолемии, гипокалиемии, гипопротеинемии, интоксикации, гипохлоремии;
Б) в гиперкалиемии, гиперхлоремии, гиперпротеинемии;
В) в гипернатриемии, гиперхлоремии;
Г) в гиповолемии, гиперпротеинемии, гипокалиемии;
Д) в анемии, гипокальциемии, гиперхлоремии.

15. Болевой синдром при ранней стадии механической непроходимости кишечника характеризуется

А) постоянной тупой болью в животе;
Б) постоянной острой болью в животе;
В) опоясывающими болями;
+Г) схваткообразными болями в животе;
Д) иррадиацией болей в нижние конечности.

16. Пальцевое исследование прямой кишки показано

А) при низкой непроходимости кишечника;
Б) при толсто-тонкокишечной инвагинации;
В) при выпадении инвагината через прямую кишку;
Г) при ректальном кровотечении;
+Д) при всех случаях.

17. Для диагностики острой кишечной непроходимости используются

А) обзорная рентгеноскопия брюшной полости;
Б) исследование пассажа бария по желудочно-кишечному тракту;
В) ирригоскопия;
Г) рентгеноконтрастная целиакография;
+Д) только А и Б.

18. Чашами Клойбера называются

А) скопление газа в разных местах кишечника;

+Б) горизонтальные уровни жидкости с просветлением над ними;
В) поперечная исчерченность тонкой кишки при перерастяжении ее газами;
Г) наличие округлых теней в просвете кишечника;
Д) скопление контрастного вещества в кишечнике, напоминающие "перевернутые чаши"

19. При высокой тонкокишечной непроходимости чаши Клойбера локализуются в проекции передней брюшной стенки

А) в левом верхнем квадранте;
Б) в левом нижнем квадранте;
В) в правом верхнем квадранте;
Г) в правом нижнем квадранте;
Д) равномерно во всех отделах.

20. Признаками чаш Клойбера, локализующимися в тонкой кишке являются

А) расположены в левом верхнем квадранте живота;
Б) основание чаш превышает их высоту;
В) высота чаш значительно превышает их основание;
+Г) правильно А) и Б) ;
Д) правильно А) и В) .

21. Для чаш Клойбера при низкой тонкокишечной непроходимости кишечника характерны

А) расположение в правом нижнем квадранте передней брюшной стенки;
Б) многочисленность;
В) малочисленность;
+Г) правильно А) и Б) ;
Д) правильно А) и В) .

22. Для чаш Клойбера, расположенных в толстой кишке, характерно

А) расположение в верхних отделах живота;
Б) преобладание высоты чаш над шириной;
В) равномерное расположение в разных отделах живота;
Г) правильно А) и Б) ;
Д) правильно А) и В) .

23. К рентгенологическим признакам кишечной непроходимости относятся

А) пневматоз кишечника;
Б) складки Керкрингера;
В) широкие горизонтальные уровни;
Г) множественные чаши Клойбера;
+Д) все перечисленное.

24. При непроходимости кишечника на догоспитальном этапе необходимо

А) назначить очистительную клизму;
Б) назначить анальгетики и спазмалитики;
+В) госпитализировать больного;
Г) назначить тепловые процедуры;
Д) все перечисленное верно.

25. Паранефральная блокада при непроходимости кишечника показана

А) при необходимости дифференциальной диагностики характера непроходимости;
Б) при динамической непроходимости кишечника;
В) в качестве предоперационной подготовки;
Г) правильно Б) и В) ;
+Д) правильно А) и Б) .

26. Консервативное лечение кишечной непроходимости показано

+А) при динамической непроходимости кишечника;
Б) при начальных стадиях механической непроходимости кишечника;
В) обтурации кишечника гельминтами;
Г) правильно А) и Б) ;
Д) правильно А) , Б) и В) .

27. При высокой непроходимости тонкой кишки

+А) чаши Клойбера расположены в левом верхнем квадранте передней брюшной стенки;
Б) чаши Клойбера расположены в правом нижнем квадранте передней брюшной стенки;
В) чаши Клойбера многочисленны;
Г) правильно А) и Б) ;
Д) правильно А) , Б) и В)

28. Дифференциальный диагноз при непроходимости кишечника и острого панкреатита основывается на данных

А) обзорной рентгенографией брюшной полости;
Б) исследования крови и мочи;
В) лапароскопии;
+Г) правильно А) , Б) и В) ;
Д) правильно А) и Б) .

29. Основным в дифференциальной диагностике непроходимости кишечника и перфорации полого органа брюшной полости являются данные

+А) обзорной рентгенографией брюшной полости;
Б) фиброгастроскопии;
В) УЗИ;
Г) лабораторных исследований крови;
Д) правильно А) , Б) и Г) .

30. Показаниями к выполнению сифонной клизмы являются

+А) толстокишечная обтурационная непроходимость;
Б) тонкокишечная обтурационная непроходимость;
В) обтурация кишки, вызванная гельминтами;
Г) правильно А) , Б) и В) ;
Д) правильно А) и Б) .

31. Сифонная клизма считается эффективной, если

А) промывные воды окрашены в желтый цвет и больному стало лучше (субъективно) ;

Б) промывные воды окрашены в бурый цвет, отошло большое количество газов и кала;
+В) исчезли специфические симптомы непроходимости кишечника;
Г) исчезли боли в животе;
Д) улучшились показатели лабораторных анализов.

32. При механической непроходимости кишечника не используются

+А) препараты, усиливающие перистальтику кишечника;
Б) дезинтоксикация;
В) опорожнение кишечника;
Г) инфузионная терапия;
Д) паранефральная новокаиновая блокада.

33. При паралитической непроходимости кишечника используется

А) интубация кишечника;
Б) препараты, усиливающие перистальтику кишечника;
В) паранефральная новокаиновая блокада;
+Г) правильно А) , Б) и В) ;
Д) правильно А) и В) .

34. При непрходимости кишечника чаще используется оперативный доступ

А) Леннандера;
Б) Волковича – Дьяконова;
В) Кохера;
+Г) средне-срединная лапаротомия;
Д) все перечисленные доступы.

35. Для опорожнения кишечника во время операции можно использовать

А) метод "выдаивания";
Б) пункцию кишки
В) энтеротомию;
Г) интубацию кишки;
+Д) все перечисленное.

36. Некроз кишечной стенки начинается

А) с серозной оболочки;
Б) с мышечного слоя;
+В) со слизистой оболочки;
Г) со всех слоев одновременно;
Д) с брыжейки.

37. Для восстановления жизнеспособности кишки используются

А) обкладывание кишки теплыми салфетками;
Б) раздражение серозной оболочки кишки химическими веществами;
В) новокаиновая блокада корня брыжейки;
+Г) правильно А) и В) ;
Д) правильно А) , Б) и В) .

38. При инвагинации и некрозе следует выполнить

А) операцию Нобля;
Б) дезинвагинацию;
+В) резекцию кишечника вместе с инвагинатом;
Г) энтеростомию;
Д) интубацию кишечника.

39. Борьба с атонией кишечника включает

А) опорожнение кишечного тракта;
Б) стимуляцию моторики кишечника;
В) декомпрессию кишечника;
Г) дезинтоксикацию и восстановительную инфузионную терапию;
+Д) все перечисленное.

40. Профилактика динамической непроходимости кишечника включает

А) профилактику бытовых и профессиональных интоксикаций;
Б) щадящие методы оперирования больных;
В) своевременное обезболивание;
Г) лечение заболеваний ЦНС;
+Д) все перечисленное.

41. Профилактика образования спаек в брюшной полости включает:

А) бережное отношение к тканям во время операции;
Б) введение лекарственных препаратов в брюшную полость только в виде раствора;
В) нокаиновую блокаду корня брыжейки;
Г) стимуляцию перистальтики кишечника в раннем послеоперационном периоде;
+Д) все перечисленное.

42. Выберите симптомы, не характерные для кишечной непроходимости.

1) Схваткообразные боли.
2) Тошнота, рвота.
3) Понос.
4) Задержка стула и газов.
5) Кровянистые выделения из прямой кишки.
6) Асимметрия живота.

Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2; +Б) 3; В) 5,6; Г) 6; Д) Все ответы верны.

43. Укажите изменения, которые не характерны для кишечной непроходимостью.

1) Учащение пульса.
2) Падение А/Д.
3) Язык сначала влажный, спустя несколько часов становится сухим.
4) Вздутие живота.
5) Отсутствие печеночной тупости.
6) Тимпанит при перкуссии передней брюшной стенки.
7) Асимметрия живота.

Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1; Б) 2; В) 3, 4; +Г) 5; Д) 2, 6, 7.

44. В каком из перечисленных отделов желудочно-кишечного тракта чаще всего наблюдается заворот кишечника?

А) В тонкой кишке.
Б) В слепой кишке.
+В) В сигмовидной кишке.
Г) В поперечно-ободочной кишке.
Д) Одинаково часто во всех отделах.

45. Укажите оптимальные сроки предоперационной подготовки больных с кишечной непроходимостью (в часах) .

А) 1.
+Б) 2.
В) 3.
Г) 4.
Д) 5.

46. Выберите, какие клинические проявления не характерны для синдрома клеточной клеточной дегидратации.
1) гипотония;
2) кожный покров сухой;
3) кожный покров влажный;
4) слизистые сухие;
5) слизистые влажные;
6) тошнота;
7) рвота.

Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 4; Б) 1, 2, 3; +В) 3, 5; Г) 2, 5, 6, 7; Д) Все ответы верны.

47. Выберите, какие клинические проявления характерны для синдрома внеклеточной дегидратации.
1) Гипотония.
2) Кожный покров сухой.
3) Кожный покров влажный.
4) Слизистые сухие.
5) Слизистые влажные.
6) Тошнота.
7) Рвота.

Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 4; Б) 1, 2, 3; +В) 1, 3, 5; Г) 2, 5, 6; Д) 2, 4, 6, 7.

48. Укажите адеквантные условия для выполнения операции при кишечной непроходимости.

А) Местная анестезия.
Б) Эпидуральная анестезия.
В) Верхнесрединная лапаротомия.
+Г) Эндотахеальный наркоз и широкая срединная лапаротомия.
Д) Нижнесрединная лапаротомия

49. Какие принципы должны соблюдаться при выполнении операции по поводу кишечной непроходимости?

А) Устранение источника непроходимости.
Б) Оценка жизнеспособности кишечника.
В) Адекватный объем резекции, вовлеченной в патологический процесс кишки.
Г) Декомпрессия желудочно-кишечного тракта, санация и дренирование брюшной полости.
+Д) Все ответы верны.

50. Выберите способы оценки жизнеспособности кишки.
1) Восстановление нормального цвета кишки.
2) Пульсация сосудов брыжейки.
3) Появление перистальтики.
4) Люминесцентное исследование кишки.
5) Трансиллюминационная вазография.
6) Локальная термометрия кишечника.

Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 4; Б) 1, 2, 3; В) 1, 2, 3, 4; Г) 2, 5, 6; +Д) Все ответы верны.

51. Укажите возможные способы декомпрессии тонкой кишки при острой кишечной непроходимости.
1) Метод назогастроинтестинального дренирования.
2) Кишечная интубация через гастростому.
3) Метод декомпрессии через энтеростому по Майдлю.
4) Дренирование тонкой кишки через цекостому.
5) Дренирование тонкой кишки через культю поперечной ободочной кишки.
6) Подвесная еюностома с проведением длинного зонда через тонкую кишку.

Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 3, 4; Б) 1, 3, 4, 5; В) 2, 4, 5, 6; Г) 2, 5, 6; +Д) все ответы верны.

52. При завороте тонкой кишки имеются явные признаки некроза. Какова должна быть интраоперационная тактика?

А) Кишечные петли расправляют, зону некроза выводят на переднюю брюшную стенку, а затем их резецируют.
Б) Кишечные петли необходимо расправить, выполнить резекцию кишки, сформировать энтероэнтероанастомоз «конец в конец».
В) Кишечные петли необходимо расправить, выполнить резекцию кишки, сформировать энтероэнтероанастомоз «бок в бок».
Г) Кишечные петли необходимо расправить, выполнить резекцию кишки, сформировать энтероэнтероанастомоз «конец в бок».
+Д) К резекции следует приступить до расправления кишечных петель.

53. Если при завороте слепой кишки она оказалась жизнеспособной, какой объем операции следует выполнить?

А) Целесообразна резекция слепой и восходящей ободочной кишок с наложением илеотрансверзоанастомоза.
Б) После расправления слепой кишки ее выводят на переднюю брюшную стенку и накладывают цекостому.
+В) Слепую кишку следует расправить и фиксировать к заднему листку брюшины.
Г) Выполнить правостороннюю гемиколэктомию.

Д) Сформировать цекостому.

54. При лапаротомии, выполненной по поводу заворота сигмы, кишка оказалась жизнеспособной. Какой объем операции должен быть выполнен?

+А) Следует предпринять попытку расправления заворота.
Б) Следует выполнить резекцию кишки с анастомозом «конец в конец».
В) Следует выполнить резекцию кишки с ушиванием дистального конца и выведением проксимального в виде одноствольного ануса.
Г) Следует выполнить резекцию кишки с анастомозом «бок в бок».
Д) Сформировать петлевую колостому.

55. Укажите показания к расправлению инвагината с помощью бариевой клизмы.
+А) Срок заболевания 24—48 часов.
Б) Срок заболевания более 48 часов.
В) Вздутие живота.
Г) Признаки перитонита. Гипертермия.
Д) Рецидивирующая инвагинация.

56. Укажите правильные условия дезинвагинации кишечника с помощью бариевой взвеси.

А) Кружка Эсмарха с жидкой бариевой взвесью поднимается на 60—70 см.
+Б) Кружку поднимают до высоты 80—120 см.
В) Кружку поднимают до высоты 150 см.
Г) Бариевая взвесь вводится под давлением шприцем Жане.
Д) Метод дезинвагинации бариевой взвесью не применяется.

57. Что следует понимать под дезинвагинапией кишечника?
А) Резекцию кишки в пределах здоровых тканей.
+Б) Проталкивание головки инвагината в проксимальном направлении.
В) Расправление кишки путем создания тракции и противотракции за близлежащие здоровые участки кишки.

58. Укажите летальность в процентном соотношении при кишечной непроходимости.

А) 2—6.
Б) 7—9.
+В) 10—14.
Г) 15—20.
Д) > 21.

59. **У больной 34 лет за два часа до поступления в клинику внезапно появились сильные схваткообразные боли в животе, возникшие после еды. Была многократная рвота, скудный однократный стул. Заболеванию предшествовал недельный курс голодания, самостоятельно проводившийся больной. Состояние больной тяжелое, беспокойна, мечется в постели. Выражение лица страдальческое, определяется цианоз губ. Дыхание учащено, пульс – 112 в минуту, АД – 100 и 60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, ассиметричный. В мезогастрии пальпируется плотноэластическое болезненное образование овальной формы. На высоте схваткообразных болей выслушивается усиленная резонирующая перистальтика. Определяется "шум плеска". Укажите правильный клинический диагноз:**

А) опухоль нисходящей ободочной кишки, острая обтурационная кишечная непроходимость;

Б) разрыв аневризмы брюшного отдела аорты;
В) гангренозный холецистит, возможно, с перфорацией;
+Г) заворот тонкой кишки, острая странгуляционная кишечная непроходимость;
Д) геморрагический панкреонекроз.

60. Больной в течение последних трех месяцев отмечает умеренные ноющие боли в правой подвздошной области, вздутие живота, усиленное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. Около месяца беспокоят запоры, сменяющиеся жидким стулом со слизью и следами темной крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние больного тяжелое, пульс – 94 уд. □мин. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется малоподвижный плотный инфильтрат. Перистальтика резонирующая. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости, чаши Клойбера. Укажите правильный клинический диагноз:

+А) опухоль слепой кишки, осложнившаяся обтурационной кишечной непроходимостью;
Б) периаппендикулярный абсцесс с прорывом в брюшную полость;
В) илеоцекальная форма инвагинации;
Г) тромбоз верхней брыжеечной артерии;
Д) острая токсическая дилатация толстой кишки.

Тестовый контроль по теме: «Заболевания и повреждения пищевода»

1.Пищеводный синдром включает следующие признаки, кроме:

1) Регургитации
2) Сиалореи
+3) Икоты
4) Дисфагии
5) Изжоги

2. Парадоксальная дисфагия характерна:

1) Доброкачественным опухолям пищевода
2) Раку пищевода
3) Дивертикулам пищевода
4) Пептическим стенозам пищевода
+5) Ахалазии кардии

3. Какой из нижеперечисленных методов может точнее выявить гастроэзофагиальный рефлюкс?

1) Эндоскопия
2) Эзофагоманометрия
+3) Эзогастральный транзит с густой бариевой взвесью
4) Эзофагеальная сцинтиграфия
5) Эзофагеальная pH-метрия

4. Спонтанный разрыв пищевода определяется следующими признаками, кроме:

1) Сильной загрудинной боли при глотании
2) Гнусавости
3) Подкожной шейной эмфиземы

+4) Парадоксальной дисфагии
5) Гидропневмоторакса

5- Какое самое частое осложнение дивертикула Ценкера?

1) Кровотечение
2) Перфорация
3) Малигнизация
+4) Лёгочные осложнения
5) Перидивертикулярная флегмона

6. Какое из нижеперечисленных утверждений о дивертикуле Ценкера ошибочное?

1) Пульсационный дивертикул
+2) Локализуется в нижней трети пищевода
3) Может быть поврежден во время эндоскопического исследования
4) Стенка дивертикула состоит из слизистой оболочки
5) Оперируется только в случае присутствия симптоматики

7. Самым частым осложнением язвы пищевода является:

+1) Кровотечение
2) Перфорация
3) Стеноз
4) Малигнизация
5) Лёгочные осложнения

8. Острый гнойный медиастинит чаще всего обусловлен разрывом:

1) Трахеи
2) Аневризмы аорты
+3) Пищевода
4) Поддиафрагмального абсцесса
5) Перинефрального абсцесса

9. Какое утверждение не является точным по отношению к эпидиафрагмальному дивертикулу?

А. Сопутствует гастроэзофагеальному рефлюксу
+В.Это тракционный дивертикул
3) Может быть спутан с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
4) Может быть больше чем бифуркационный дивертикул
5) Может сопутствовать другим болезням пищевода

10. Капризная, перемежающаяся дисфагия, увеличивающаяся при эмоциях, выявляет чаще всего:

1) Пептический эзофагит
2) Гастроэзофагиальный рефлюкс
+3) Мегаэзофаг
4) Рак пищевода
5) Склеродермию

11. Посткаустические стенозы пищевода характеризуются следующими признаками, исключая:

1) Являются многочисленными и многоуровненными
2) Эксцентричны
3) Находятся на уровне физиологических сужений пищевода
+4) Поражают исключительно слизистую оболочку
5) Могут сопутствовать пилоростенозу

12. Синдром Mai lory- Weiss обусловлен:

1) Геморрагической язвой пищевода
2) Разрывом варикозных узлов пищевода
+3) Эпидиафрагмальным дивертикулом с кровотечением
4) Разрывами (линейными разрывами) слизистой эзогастрального сочленения
5) Грыжей пищевого отверстия диафрагмы

13. Чаще всего встречаемой доброкачественной опухолью является:

1) Аденома
2) Гемангиома
3) Фиброма
4) Липома
+5) Лейомиома

14. В случае грыжи пищеводного отверстия усложненной эзофагитом главной целью операции является:

1) Ликвидация грыжевого мешка
2) Закрытие пищеводного отверстия диафрагмы
+3) Подавление гастроэзофагиального рефлюкса
4) Удлинение пищевода
5) Уменьшение желудочной секреции

15. Назовите методы лечения поздно диагностированных травматических поражений пищевода:

+1) Двухстороннее исключение пищевода, дренирование средостения, антибиотики, вторичная пластика
2) Антибиотики
3) Хирургическое ушивание пищевода
4) Гастростомия
5) Немедленная эзофагопластия

16. Оптимальным методом лечения в случае ахалазии кардии является:

1) Эзогастральный by-pass
2) Стволовая ваготомия с дренированием
+3) Эзофагэктомия с пластикой
4) Внеслизистая кардиомиотомия в совокупности с антирефлюксной операцией
5) Операция Nissen

17. Гастроэзофагиальный рефлюкс может быть обусловлен следующими обстоятельствами, кроме:

+А. Дивертикула Zenker
2) Скользящей грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
3) Проксимальной резекции желудка
4) Короткого пищевода
5) Уменьшения тонуса нижнего пищеводного сфинктера

18. Какое из нижеперечисленных утверждений не относится к коррозивно-токсическому эзофагиту?

+1) Не сопровождается поражениями желудка
2) Проявляется при употреблении вовнутрь щелочей
3) Приводит к рубцовым сужениям пищевода
4) Проявляется при употреблении во внутрь кислот
5) Сопровождается деструкцией эпителия

19. Какое утверждение характерно для ахалазии кардии?

+1) Повышенный тонус нижнего сфинктера пищевода
2) Частое осложнение дивертикулёзом
3) Неукротимая рвота
4) Единственным методом, подтверждающим диагноз, является эндоскопия
5) Ассоциируется с экстрадигестивными опухолями

20. В клинической картине ахалазии кардии включены следующие признаки, за исключением:

1) Парадоксальной дисфагии
2) Пусковым моментом могут быть эмоции
+3) Частой рвотой
4) Капризного течения процесса
5) Возможной малигнизации

21. Оптимальным методом хирургического лечения кардиоспазма является:

1) Эзофагогастростомия
2) Стволовая ваготомия с дренированием
+3) Резекция пищевода и комбинирование эзокардиомиотомии с антирефлюксной операцией
4) . Операция Nissen

22. В случае перфорации шейного отдела пищевода оптимальным консервативным методом лечения является:

1) Гастральный зонд с антибиотикотерапией
2) Постельный режим с антибиотикотерапией
+3) Ушивание дефекта, дренирование средостения, антибиотикотерапия
4) Резекция пищевода и пластика толстой кишкой
5) Эндоскопическое пломбирование дефекта

23. Оптимальным методом лечения ахалазии кардии 1-ой степени является:

1) Спазмолитики
+2) Инструментальное расширение нижнего сфинктера пищевода
3) Эзофагомиотомия

4) Седирование больного
5) Диета в сочетании с нейротропными средствами

24. Рентгенологическими критериями при кардиоспазме являются следующие, за исключением:

1) Конического сужения в кардиальном сегменте
2) Надстенотического расширения
+3) Рельеф складок сохранён
4) Сопровождается с дуоденогастральным рефлюксом
5) Раскрытие кардии при спазме Г-Н степени

25. Пусковым моментом кардиоспазма является:

1) Ожог
2) Гастроэзофагиальный рефлюкс
+3) Нарушение функций центральной и вегетативной нервной системы
4) Аномалии развития
5) Изжога

26. Средняя длина пищевода составляет:

1) 18 см
2) 21 см
+3) 25 см
4) 28 см
5) 32 см

27. Калибр пищевода сужен:

+1) Тремя сужениями
2) Четырьмя сфинктерами
3) Дугой аорты
4) Грудным лимфатическим протоком
5) Полунепарной веной

28 Главной функцией пищевода является:

1) Освобождение полости рта от секрета слюнных желез
2) Любрификация пищи секретом слизистой пищевода
+3) Продвижение пищи в желудок
4) Обеспечение выделения воздуха, поступившего в желудок вместе с пищей
5) Обеспечение выделения рвоты

29. Язва Barret обусловлена:

1) Уменьшением pH пищевода
2) Термическими и коррозивными поражениями
+3) Метаплазией слизистой, желудочными цилиндрическими клетками
4) Перфорацией инородным телом
5) Гастроэзофагиальным рефлюксом

30. Вход в пищевод находится:

1) На уровне III шейного позвонка
+2) На расстоянии 14-17 см от передней стенки верхних резцов
3) На уровне бифуркации трахеи
4) На расстоянии 10-12 см от передней стенки нижних резцов
+5) На уровне VI шейного позвонка

31. Синдром Бурхаве (Boerhaave) характеризуется:

+1) Послервотным разрывом на уровне дистального пищевода
+2) Острым медиастинитом
3) Продольным дефектом слизистой оболочки в кардиальном отделе с кровотечением
+4) Напряжением мышц передней брюшной стенки
5) Присутствием воздуха под диафрагмой при обзорной рентгенографии брюшной полости

32. Рентгенологическими признаками ахалазии кардии являются:

+1) Сужение на уровне нижнего сфинктера пищевода
2) Сегментарные сужения по ходу пищевода
+3) Признак „мышиный хвостик"
+4) Воронкообразное надстенотическое расширение пищевода
+5) Асинхронизм между открытием нижнего сфинктера пищевода и глотанием

33. Дилатативный метод лечения ахалазии назначают при:

+1) I стадии ахалазии
+2) II стадии ахалазии
3) III стадии ахалазии
4) IV стадии ахалазии
5) Во всех случаях

34. Целью хирургического лечения ахалазии является:
+1) Внеслизистая кардномиотомия
2) Задняя крурорафия
+3) Стволовая ваготомия
4) Фундопликация
5) Резекция пищевода

35. Укажите механизмы, препятствующие рефлюкс содержимого желудка в пищевод:

+1) Тонические сокращения нижнего сфинктера пищевода
+2) Градиент давления между грудным и брюшным отделом пищевода
3) Рефлекс открытия кардии при глотании
+4) Угол Гисса
+5) Складка Губарева

36. Пептическая язва пищевода может сопровождаться:

+1) Гастроэзофагиальным рефлюксом
+2) Грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
+3) Коротким пищеводом
4) Ахалазией пищевода
5) Инвазией Helicobacter Pylori

37. Дивертикулы пищевода чаще встречаются:

+1) У мужчин
2) У женщин
3) До 30 лет
+4) После 50 лет
+5) В грудном отделе пищевода

38. По локализации определяют следующие типы дивертикулов пищевода:

+1) Глоточно-пищеводный
2) Надаортный
+3) Бифуркационный
+4) Эпидиафрагмальный
5) Кардиальный

39. Назовите отличительные характеристики дивертикула Зенкера:

1) Локализуется на передней стенке глоточно-пищеводного перехода
2) Это тракционный дивертикул
+3) Высокое давление и дискоординированные мышечные сокращения предрасполагают появлению дивертикула
+4) Нуждаются в дивертикулэктомии
5) Возможно разрешение методом инвагинации

40. Для бифуркационных дивертикулов характерно:

+1) Прорыв в трахею
+2) Боль за грудиной
3) Напряжение мышц брюшного пресса
4) Присутствует признак „шнурования ботинок"
+5) Чаще протекает без клинических признаков

Тестовый контроль по теме: «Заболевания щитовидной железы»

1. Для тиреотоксического криза характерно все, кроме:

а) похудание
+б) симптома Хвостека
в) гипертермии
г) тахикардии
д) нервнопсихических расстройств

2. Осложнением не характерным для операций на щитовидной железе является:

а) кровотечение
б) воздушная эмболия
+в) жировая эмболия
г) повреждение трахеи
д) поражение возвратного нерва

3. Для болезни Гревса - Базедова не характерно наличие:

а) зоба
б) тахикардии
в) экзофтальма
+г) диастолического шума на верхушке сердца
д) все перечисленное характерно для данного заболевания

4. Наиболее частым осложнением субтотальной струмэктомии является:

а) повреждение возвратного нерва
б) рецидив тиреотоксикоза
в) тетания
+г) гипотиреоз
д) прогрессирующий экзофтальм

5. Сходство тиреотоксической аденомы и диффузного токсического зоба в том, что они:

а) вызывают декомпенсацию сердечной деятельности
б) поражают лиц одного возраста
в) часто дают экзофтальм
г) имеют одинаковую симптоматику тиреотоксикоза
+д) все верно

6. Для выявления злокачественных опухолей щитовидной железы чаще всего применяется:

а) пробная эксцизия
б) пункционная биопсия толстой иглой
в) трепанобиопсия
г) определение титра антител к щитовидной железе
+д) пункционная биопсия тонкой иглой

7. При 1 стадии рака щитовидной железы выполняют:

+а) гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
б) субтотальную резекцию щитовидной железы
в) операцию Крайля
г) экстракапсулярную тотальную струмзктомию
д) все неверно

8. Судороги, симптомы Хвостека и Труссо после струмэктомии говорят за:

а) гипотиреоз
б) тиреотоксический криз
в) травму гортанных нервов
+г) гипопаратиреоз
д) остаточные явления тиреотоксикоза

9. Проявлением тиреотоксикоза не является:

а) симптом Греффе и Мебиуса
б) тахикардия
в) экзофтальм
г) тремор нижних конечностей
+д) наличие узлов в щитовидной железе

10. Зоб у лиц одной биогеохимической области определяется как:

а) эпидемический
б) спорадический
в) острый струмит
+г) эндемический
д) массовый тиреотоксикоз
.

11. Не является признаком тиреотоксичсского сердца:

а) мерцательная аритмия
б) кардиодилятация
в) систолический шум на верхушке
г) высокое систолическое давление
+д) низкое систолическое давление

12. При биохимическом исследовании крови было обнаружено:гиперкальциемия, гипофосфатэмия. При R-логическом исследовании - остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Диагноз?

а) миеломная болезнь
б) остеопороз костей таза
в) фиброзная дисплазия
+г) гиперпаратиреоз
д) болезнь Педжета

13. При выявлении солитарного узла в щитовидной железе показано:

+а) скенирование щитовидной железы
б) рентгенологическое исследование грудной клетки и трахеи
в) определение гормонов щитовидной железы
г) антител щитовидной железы
+д) ультразвуковое исследование щитовидной железы
+е) диагностическая пункция

14. Какая фасция шеи образует влагалище для щитовидной железы?

А) Первая
Б) Вторая.
В) Третья.
Г) Четвертая (париетальный листок).
+Д) Четвертая (висцеральный листок).

11. Укажите, как часто в процентном отношении наблюдается добавочная доля щитовидной железы.

А) 100.
Б) 50.
+В) 30.
Г) 10.
Д) Добавочной доли не бывает.

12. Какая фасция шеи образует влагалище для трахеи и пищевода?

А) Вторая.
Б) Третья.
В) Четвертая (париетальный листок).
+Г) Четвертая (висцеральный листок).
Д) Пятая.

13. Веточкой какой артерии является верхняя щитовидная артерия?

А) Внутренней сонной.
+Б) Наружной сонной.
В) Общей сонной.
Г) Подключичной.
Д) Дуги аорты.

14. Веточкой какой артерии является нижняя щитовидная артерия?

А) Внутренней сонной.
Б) Наружной сонной.
В) Общей сонной.
+Г) Подключичной.
Д) Дуги аорты.

15. Веточкой какой артерии является a. Thyreoidea ima?

А) Внутренней сонной.
Б) Наружной сонной.
В) Общей сонной.
Г) Подключичной.
+Д) Дуги аорты.

16. Какой возвратный нерв огибает подключичную артерию?
+А) Правый.
Б) Левый.

17. Какой сосуд огибает левый возвратный нерв?

А) Общую сонную артерию.
Б) Правую подключичную артерию.
В) Левую подключичную артерию.
+Г) Дугу аорты.

18. N. laryngeus recurrens проходит по задней поверхности щитовидной железы. Укажите его расположение по отношению к средней линии шеи.

+А) Ближе к срединной линии.
Б) Вдали от срединной линии.

19. Веточкой какого нерва является n. laryngeus recurrens?

А) Симпатического ствола.
+Б) Блуждающего нерва.

20. Укажите количество паращитовидных желез в организме человека.

А) 2.
Б). 3.
+В) 4.
Г) 5.
Д) 6.

21. Где располагаются паращитовидные железы? Дайте наиболее полный ответ.

А) Внутри капсулы щитовидной железы.
Б) Вне собственной капсулы щитовидной железы.
+В) Между собственной капсулой и фасциальным влагалищем щитовидной железы.

22. Укажите частоту заболевания эндемическим зобом среди населения(%).

А) 1—3.
+Б) 6—8.
В) более 10.

23. Назовите соотношение заболевания мужчин и женщин эндемическим зобом?

А) 1:1.
Б) 1:2.
В) 1:3.
Г) 1:4.
+Д) 1:5-7.

24. Какой фактор имеет ведущее значение в этиологии эндемического зоба?

А) Инфекционно-токсический.
+Б) Йодная недостаточность.
В) Алиментарный.
Г) Изменения уровня кальция и других микроэлементов.
Д) Изменения в нервной системе.

25. Укажите стадию развития зоба, если форма шеи не изменена, но щитовидная железа видна при глотании и легко прощупывается.

А) I.
+Б) II.
В) III.
Г) IV.
Д) V.

26. Укажите стадию развития зоба, если изменяются контуры шеи, придавая ей вид «толстой шеи».

А) I.
Б) II.
+В) III.
Г) IV.
Д) V.

27. Укажите стадию развития зоба, если значительно изменяется конфигурация шеи.

А) I
Б) II.
В) III.
+Г) IV.
Д) V.

28. Как изменяется функциональное состояние щитовидной железы при эндемическом зобе?

А) Функциональное состояние щитовидной железы повышено.
Б) Функциональное состояние щитовидной железы понижено.
В) Функциональное состояние щитовидной железы не изменено во всех случаях.
+Д) Функциональное состояние щитовидной железы не изменено, лишь у небольшого числа больных отмечаются симптомы гипотиреоза или гипертиреоза.

29. Назовите симптомы, не характерные для загрудинного или внутригрудинного зоба.
1) Стрии на животе и туловище.
2) Синдром верхней полой вены.
3) Одышка в покое.
4) Стридорозное дыхание.
5) Нарушение частоты пульса и ритма.
6) Гипергликемия.
7) Симптом Горнера.

Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 3; +Б) 1, 6; В) 2, 7; Г) 5, 7; Д) 7.

30. Назовите показания к консервативному лечению эндемического зоба. Дайте наиболее полный ответ.

А) Диффузный зоб любой степени.
Б) Диффузный зоб I, II степени.
+В) Диффузный зоб I, II, III степени.
Г) Диффузный зоб V степени.
Д) Узловой или смешанный зоб любой степени.

31. Укажите симптомы диффузного токсического зоба.
1) Тахикардия.
2) Брадикардия.
3) Заторможенность.
4) Раздражительность, плаксивость.
5) Лицо бледное.
6) Лицо гиперемировано.
7) Руки сухие.
8) Руки влажные.
9) Экзофтальм.

Выберите правильную комбинацию ответов:
+А) 1, 4, 6, 8, 9; Б) 2, 3, 5, 7; В) 1, 4, 9; Г) 1, 4; Д) 5, 7. 9.

32. Расширение глазной щели, в результате чего видна белковая оболочка глаза над верхним краем радужной оболочки

+А) симптом Дальримпля;
Б) симптом Штельвега;
В) симптом Грефе;
Г) симптом Мебиуса.

33. Редкое мигание и фиксирование глазных яблок

А) симптом Дальримпля;
+Б) симптом Штельвега;
В) симптом Грефе;
Г) симптом Мебиуса.

34. При взгляде вниз полоска склеры над радужной оболочкой расширяется

А) симптом Дальримпля;
Б) симптом Штельвега;
+В) симптом Грефе;
Г) симптом Мебиуса.

35. Недостаточность конвергенции при фиксировании близкого к глазу предмета

А) симптом Дальримпля;
Б) симптом Штельвега;
В) симптом Грефе;
+Г) симптом Мебиуса.

36. Назовите показания к хирургическому лечению диффузного токсического зоба.

А) Тиреотоксикоз любой степени.
Б) Тиреотоксикоз средней и тяжелой степени.
В) Тиреотоксикоз средней и тяжелой степени при неэффективности консервативного лечения в течение 4 месяцев.
Г) Тиреотоксикоз средней и тяжелой степени при неэффективности консервативного лечения в течение 5-6 месяцев.
+Д) Тиреотоксикоз средней и тяжелой степени при неэффективности консервативного лечения в течение 12 месяцев.

37. Задачами предоперационной подготовки при тиреотоксикозе являются все, кроме:

А) Достижение эутиреоидного состояния.
+Б) Достижение гипотиреоидного состояния.
В) Коррекция функции сердца, печени, легких, почек.
Г) Стабилизация веса.
Д) Психопрофилактика.

38. Какое лечение показано при остром тиреоидите и струмите?

А) Только консервативное.
Б) Только хирургическое.
+В) Консервативная терапия, при гнойном процессе — вскрытие хирургическим путем.

39. Какой вес имеет нормальная щитовидная железа?

А) 10-15 г.
Б) 15-20 г.
+В) 25-35 г.
Г) 40-55 г.
Д) 50-60 г.

40. Какое основное количество артерий кровоснабжает щитовидную железу?

А) 2-3.
Б) 3-4.
+В) 4-5.
Г) 5-6.
Д) Более 6.

41. Ветвью какого нерва является возвратный нерв?

А) Верхнего гортанного.
Б) Язычно-глоточного.
В) Сердечного.
+Г) Блуждающего.
Д) Верхнего шейного ганглия.

42. Что характерно для второй степени увеличения щитовидной железы по Николаеву?

+А) Щитовидная железа легко прощупывается и заметна на глаз при глотательных движениях.
Б) Зоб очень больших размеров и резко меняет конфигурацию шеи.
В) Увеличение щитовидной железы хорошо заметно при осмотре.
Г) Прощупывается увеличенный перешеек железы, немного прощупываются боковые доли.
Д) Щитовидная железа прощупывается, но не увеличена.

Тестовый контроль по теме: «Заболевания артерий»

1 Заболеванию облитерирующим тромбангитом подвержены преимущественно:

1. Женщины в возрасте 18-35 лет
+2. Мужчины в возрасте 18-35 лет
3. В равной степени мужчины и женщины до 40 лет
4. В равной степени мужчины и женщины старше 40 лет
5. Мужчины старше 40 лет

2. При 1 стадии облитерирующего тромбангита методом выбора является:

+1. Консервативное лечение
2. Поясничная симпатэктомия
3. Периартериальная симпатэктомия
4. Восстановительная сосудистая операция
5. Первичная ампутация

3. В консервативном лечении облитерирующего тромбангита 2 стадии применяются следующие препараты:
1. Реологически активные вещества
2. Кортикостероиды
3. Витамины группы В
4. Антиагреганты
5. Производные простагландина

Выберите правильное сочетание ответов:
а) 1, 3, 4
б) 1, 2, 3
в) 1, 4, 5
г) 4, 5
+д) Все ответы правильные

4. Больной, 61 лет, обратился в клинику с жалобами на боли в левой стопе и голени, усиливающиеся при ходьбе. Может пройти не более 60 м. При обследовании выявлена сегментарная атеросклеротическая окклюзия левой поверхностной бедренной артерии протяженностью 2-3 см. Общая и глубокая артерия бедра хорошо контрастируются. Подколенная артерия и артерии стопы заполняются через коллатерали. Какой вид лечения показан в данном случае?

1. Пластика глубокой артерии бедра
2. Резекция окклюзированного участка артерии с анастомозом конец в конец
3. Левостороннее бедренно-подколенное шунтирование
+4. Эндоваздальная пластика левой бедренной артерии
5. Консервативная терапия
6. Эндартерэктомия из бедренной артерии

5. При обследовании больного: 70 лет, страдающего облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, выявлен локальный стеноз до 75% левой наружной подвздошной артерии. Какой метод лечения будет наиболее эффективным в данном случае?

1. Консервативное лечение
+2. Эндоваскулярная катетерная ангиопластика
3. Боковая аутовенозная пластика наружной подвздошной и поверхностной бедренной артерии
4. Левостороннее подвздошно-бедренное шунтирование
5. Поясничная симпатэктомия

6. Наиболее частой причиной острого тромбоза артерий нижних конечностей является:

1. Облитерирующий тромбангит
+2. Облитерирующий атеросклероз
3. Пункция и катетеризация артерий
4. Экстравазальная компрессия артерий
5. Полицетемия

7. Для острой ишемии конечности 2-б степени, развившейся вследствие эмболии бедренной артерии, не характерен один из перечисленных симптомов:

1. Боль в конечности
2. «Мраморный рисунок» кожных покровов
3. Похоладание конечности
4. Отсутствие активных движений в суставах конечности

+5. Мышечная контрактура

8. При облитерирующем тромбангите и хронической недостаточности 2-б стадии у больного, 38 лет, в случае окклюзии подколенной и передней большеберцовой артерий операцией выбора является:

1. Профундопластика
2. Эндартерэктомия из подколенной артерии
+3. Бедренно-заднебольшеберцовое шунтирование
4. Чрезкожная интраваскулярная дилатация катетером Грюнтцига
5. Первичная ампутация конечности

9. Операция эмбол-или тромбэктомия при острой непроходимости артерий конечности при тяжелой ишемии показана во всех случаях, кроме:

1. При развитии острого инфаркта миокарда
+2. При развитии тотальной контрактуры пораженной конечности
3. При остром ишемическом инсульте
4. В случаях абсцедирующей пневмонии
5. Субфасциальном отеке голени

10. При облитерирующем тромбангите наиболее часто поражаются:

1. Дуга аорты и брахиоцефальный ствол
2. Бифуркация аорты
3. Грудной отдел аорты
4. Бедренная артерия
+5. Артерии голени

11. При лечении больного со стенозом общей подвздошной артерии на протяжении 2 см, суживающим сосуд на 2/3 просвета, методом выбора является:

1. Бифуркационное аорто-бедренное шунтирование
2. Поясничная симпатэктомия
3. Одностороннее подвздошно-бедренное шунтирование
4. Артериотомия с интимтромбэктомией
+5. Чрезкожная эндоваскулярная дилатация (ангиопластика) места стеноза

12. Больная, 34 лет, страдающая ревматическим митральным стенозом, поступила в хирургический стационар с признаками эмболии правой плечевой артерии (острая артериальная недостаточность) через 6 часов с момента заболевания. Какое тактическое решение будет наиболее правильным?

1. Комплексная антитромботическая терапия
2. Тромболитическая терапия
+3. Экстренная эмболэктомия из плечевой артерии
4. Экстренная митральная комиссуротомия
5. Митральная комиссуротомия в плановом порядке

13. Больная, 70 лет, страдающая ИБС и мерцательной аритмией, жалуется на резкие боли в ногах, выраженную одышку, которые появились 7 часов назад. Состояние больной крайне тяжелое, имеются признаки отека легких; артериальная гипертензия - 190/110 мм рт.ст. Обе нижние конечности и ягодицы с выраженным мраморным рисунком, холодные на ощупь. Активные движения отсутствуют, пассивные-сохранены. Определяется полная

анестезия конечностей. Пульсация бедренных артерий отсутствует. Чем обусловлено данное состояние больной?

1. Острая левожелудочная недостаточность
+2. Острая правожелудочная недостаточность
3. Острый тромбоз нижней полой вены
4. Синдром Лериша
5. Тромбэмболия легочной артерии
+6. Эмболия бифуркации аорты

14. Для недостаточности артериального кровобращения нижних конечностей характерны:

+1. Проба Самюэлса
2. Кашлевой симптом Гаккенбруха
+3. Симптом плантарной ишемии
4. Проба Троянова-Тренделенбурга
5. Проба Барроу-Шейниса

15. При решениии вопроса о тактике лечения больного с тяжелой хронической ишемией конечности неизвестногго генеза оптимальным будет следующее сочетание инструментальных методов исследования:

1. Сфигмография
+2. Аорто-артериография
3. Термография
+4. Ультразвуковая допплерография
5. Реовазография

16. При эмболии бедренной артерии и развившейся контрактуре конечности в голеностопном и коленном суставах методом выбора является:

1. Экстренная эмболэктомия
2. Тромболитическая терапия
3. Антикоагулянтная терапия
4. Симптоматическая терапия
+5. Первичная ампутация конечности

17. При дифференцировании облитерирующего тромбангита от облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей решающую роль играет:

1. Проба Оппеля
2. Данные реовазографии
+3. Данные аорто-артериография
4. Данные радионуклидного исследования сосудов
5. Проба Самюэлса

18. При сегментарной атеросклеротической окклюзии бедренной артерии и выраженной ишемии конечности методом выбора является:

1. Консервативное лечение
+2. Реконструктивная сосудистая операция
3. Поясничная симпатэктомия
4. Тромбэктомия катетером Фогарти

5. Первичная ампутация конечности

19. У больного, 70 лет, страдающего атеросклерозом сосудов нижних конечностей выявлена окклюзия на всем протяжении поверхностной бедренной артерий. Какой метод лечения следует предпочесть в этой клинической ситуации?

1. Консервативное лечение
2. Эндоваскулярная катетерная ангиопластика
3. Боковая аутовенозная пластика поверхностной бедренной артерии
+4. Бедренно-подколенное шунтирование
5. Операция тромбэктомия

20. Для острой ишемии конечности 3 степени, развившейся при эмболии бедренной артерии, характерен следующий клинический признак отличающий ее от других степеней:

1. Боль в конечности
2. Похоладание конечности
3. Отсутствие активных движений в суставах конечности
4. Резкая болезненность при попытке пассивных движений в суставах конечности
+5. Тотальная мышечная контрактура

21. Для уточнения причины и уровня артериальной непроходимости наиболее информативным методом исследования является:

1. Сфигмография
2. Реовазография
+3. Аорто-артериография
4. Транскутанное напряжение кислорода
5. Термография

22. Больному, страдающему митральным порокам сердца и мерцательной аритмией, и перенесшему операцию эмболэктомия из бедренной артерии, противопоказана:

1. Антиферментная терапия
2. Дезагрегантная терапия
+3. Тромболитическая терапия
4. Антибактериальная терапия
5. Дезинтоксикационная терапия

23. Больной, 63 лет, обратился в клинику с жалобами на боли в левой стопе и голени, усиливающие при ходьбе. Без боли может пройти не более 60 м. При обследовании в клинике, включающем ангиографию, выявлена сегментарная атеросклеротическая окклюзия левой бедренной артерии в Гунтеровом канале, протяженностью до 20 см. Общая, поверхностная и глубокая артерии бедра хорошо контрастируются. Через коллатерали заполняются подколенная артерия и артерии голени. Какой вид оперативного вмешательства показан в данном случае?

1. Пластика глубокой артерии бедра
2. Резекция окклюзированного участка артерии с анастомозом «конец в конец»
+3. Левостороннее бедренно-подколенное шунтирование
4. Операция Линтона
5. Эндовазальная платика левой бедренной артерии

24. Больной, 24 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в левой стопе и голени, возникающие при ходьбе. В покое болей нет. Болен 4 года. Вначале мог пройти без остановки 50

– 60 м, в последнее время беспокоят интенсивные боли в покое и ночью. Курит до 30 сигарет в день при осмотре состояние удовлетворительное. Патологии со стороны сердца и легких не выявлены. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, на ощупь холоднее симметричных участков правой нижней конечности. Активные движения в суставах несколько ограниченны. Гипостезия на левой стопе. Артериальная пульсация на левой стопе отсутствует, справа-ослабленная на тыле стопы. На бедренных и подколенных артериях с обеих сторон артериальная пульсация определяется отчетливо. При ангиографическом исследовании, проведенном этому больному, установлено, что общая, поверхностная и глубокая артерии бедра левой нижней конечности с ровными контурами; подколенная артерия равномерно сужена, стенки ее ровные. Артерии голени резко сужены, контрастируются отдельными участками. Имеются мелкие штопорообразные коллатерали. Артерии стопы не контрастируются. Какое оперативное лечение наиболее оправдано в данном случае?

1. Эндартерэктомия из подколенной и берцовых артерий
+2. Артериализация венозного русла стопы
3. Профундопластика
4. Подвздошно-бедренное протезирование
5. Левостороннее бедренно – подколенное шунтирование

25. При отсутствии у больного с эмболией бедренной артерии какого-либо заболевания сердца в качестве причины эмболии можно заподозрить:

1. Аневризму аорты
2. Аневризму подвздошной артерии
3. Атероматоз аорты с пристеночным тромбозом
4. Поражения аорты неспецифическим аорто-артериитом с пристеночным тромбозом
+5. Все ответы правильные

26. У больного, 62 лет, страдающего облитерирующим атеросклерозом сосудов левой нижней конечности при ультразвуковой допплерографии и дупплексном сканировании выявлена окклюзия левой поверхностной бедренной артерии в Гунтеровом канале протяженностью 20 см. Общая и глубокая артерия бедра проходимы; для восстановления кровотока в конечности лучше всего произвести:

1. Пластику глубокой артерии бедра
2. Операцию профундопластику и периартериальную симпатэктомию
+3. Бедренно-подколенное шунтирование
4. Эндоваза льную ангиопластику левой бедренной артерии
5. Симпатэктомию

27. При облитерирующем атеросклерозе в первую очередь поражаются:

1. Микроциркуляторное сосудистое русло
2. Внутриорганные сосуды
+3. Магистральные артерии эластического типа
4. Магистральные артерии мышечного типа
5. Артериовенозные шунты
6. Венозные сосуды

28. Для выбора оптимального метода оперативного лечения хронических окклюзий аорты и артерий нижних конечностей необходима информация, полученная при:

1. Сфигмографии
2. Осциллографии

3. Кожной термометрии
+4. Аорто-артериографии
+5. Ультразвуковой допплерографии
6. Определении ТРО 2 тканей нижних конечностей

29. В отличие от синдрома Лериша для атеросклеротической окклюзии подколенной артерии не характерны:

+1. «Высокая» перемежающая хромота
2. Снижение кожной температуры конечностей
3. Атрофия кожи дистальных отделов конечностей
+4. Импотенция
5. Отсутствие пульса на артериях стопы

30. При облитерирующем тромбангите с окклюзией всех магистральных артерий голени, но при хороших компенсаторных возможностях коллатералей, методом выбора будет:

+1. Консервативная терапия
2. Первичная ампутация голени
3. Операция бедренно-подколенного шунтирования
4. Операция бедренно-тибиального шунтирования
5. Операция эндартерэктомия

31. Причиной эмболии плечевой артерии может явиться любое заболевание, кроме:

1. Митрального стеноза
+2. Аневризмы брюшного отдела аорты
3. Аневризмы сердца
4. Инфаркта миокарда
5. Компрессионного сдавления подключичной артерии добавочным ребром

32. При облитерирующем тромбангите отмечаются следующие патологические изменения в артериях:

1. Нарушения местной нейро-рефлекторной реакции
2. Спазм артерий
3. Ишемия артериальной стенки
4. Пролиферация соединительнотканных элементов стенки сосуда
5. Тромбоз с облитерацией просвета сосуда
+6. Все ответы правильные

33. Ангиографическими признаками облитерирующего тромбангита являются все нижеперечисленные признаки, кроме:

1. Равномерного сужения артерий
2. Диффузного харктера окклюзий
3. Конической формы обрыва контрастирования сосуда
+4. Изъеденности контура крупных магистральных артерий
5. Множественных мелких извитых, суженных коллатеральных ветвей

34. При атеросклеротической окклюзии артерий нижних конечностей у больного, 83 лет, с хронической артериальной недостаточностью 4 стадии, гангреной стопы методом выбора будет:

1. Консервативное лечение
2. Поясничная сипатэктомия
+3. Первичная ампутация конечности
4. Периартериальная симпатэктомия
5. Реконструктивная сосудистая операция

35. При облитерирующем тромбангите (эндартериите) нижних конечностей характерно поражение:

1. Подвздошно-бедренного сегмента
2. Бедренно-подколенного сегмента
+3. Артерий голени и стопы
4. Всего артериального русла нижней конечности
5. Наружной сонной артерии

36. Патологический процесс при облитерирующем тромбангите (эндартериите) начинается в:

1. Интиме артерий
2. Медии артерий
+3. Адвентиции артерий
4. Диффузно во всех слоях артерии

37. Возможно следующее клиническое течение облитерирующего тромбангита (эндартериита):

1. Острое течение
2. Стадия ремиссии
3. Хроническое течение
+4. Все ответы правильные
5. Правильно 1 и 2

38. Консервативное лечение при облитерирующем тромбангите (эндартериите) должно включать:

1. Сосудорасширяющие препараты
2. Сосудорасширяющие препараты. Препараты улучшающие микроциркуляцию
3. Лазерное облучение крови
4. Гемосорбцию и плазмаферез
+5. Сосудорасширяющие препараты, препараты, улучшающие микроциркуляцию, лазерное облучение крови, плазмаферез

39. Консервативное лечение больных с облитерирующим тромбангитом (эндартериитом) следует проводить:

1. В течение одного месяца один раз в год
2. Круглогодично
3. В стадии обострения
+4. Как правило, два раза в год курсами по одному месяцу в стационаре и поддерживающая терапия круглогодично
5. Сезонная терапия

40. Больному с облитерирующим тромбангитом (эндартериитом), 4 стадией хронической артериальной недостаточности и невозможностью выполнить типичную реконструктивную операцию (имеется изолированный сегмент подколенной артерии) показаны:

1. Ампутация конечности на уровне нижней трети бедра
2. Ампутация на уровне верхней трети голени
+3. Попытка реваскуляризации конечности путем шунтирования в изолированный сегмент подколенной артерии
+4. Артериализация венозного кровотока стопы
5. Консервативное лечение и местная некрэктомия
6. Метатарзальная ампутация стопы

Тестовый контроль по теме: «Заболевания вен нижних конечностей»

001. Наиболее редким осложнением при первичном варикозе вен является

а) экзематозный дерматит
б) глубокий тромбоз малоберцовой вены
в) безболезненный разрыв расширенной вены
г) изъязвление нижней трети конечности
д) гипертрофированные ногти и атрофичная кожа

002. Аускультация сосудов важна
а) при болезни Рейно
б) при артериальном стенозе
в) при варикозном расширении вен
г) при посттромбофлебитическом синдроме
д) при акроцианозе

003. К факторам, влияющим на варикозное расширение вен нижних конечностей, относятся

а) беременность
б) тугие повязки в области верхней трети конечности
в) увеличенные паховые лимфатические узлы
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

004. Антикоагулянтная терапия в лечении тромбоза вен применяется с целью
а) растворения фибрина
б) приостановления роста тромба
в) увеличения количества сгустков
г) изменения внутренней оболочки сосудов
д) снижения активности ДНК

005. Судить об адекватности удаления части поясничного симпатического столба лучше всего
а) по прекращению болей в нижних конечностях
б) по повышению температуры тела
в) по отсутствию потоотделения
г) по прекращению перемежающейся хромоты
д) по заживлению гангрены пальцев нижних конечностей

006. К характерным изменениям сосудов при сахарном диабете относится

а) склероз артериол
б) петлистый артериальный тромбоз
в) развитие синдрома Лериша
г) тромбоз бедренной артерии
д) акроцианоз

007. Острая лимфедема характеризуется следующими признаками

а) при надавливании пальцем остается ямка
б) плотный "мясистый" отек ткани, при надавливании пальцем ямка не образуется
в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела
г) правильно а) и в)
д) правильного ответа нет

008. Хроническая лимфедема характеризуется всем нижеперечисленным, кроме

а) при надавливании пальцем ямка не образуется
б) плотный "мясистый" отек ткани
в) уменьшение отека при создании возвышенного положения пораженной части тела
г) пигментные и трофические изменения кожи
д) фиброз подкожной клетчатки

009. К ранним симптомам тромбоза мезентериальных сосудов относится

а) жидкий стул с примесью крови
б) рвота
в) боль в животе, иррадиирующая в спину
г) дряблость передней брюшной стенки
д) все перечисленное

010. Причиной тромбоэмболии легочной артерии наиболее часто является тромбофлебит

а) лицевых вен
б) глубоких вен нижних конечностей и вен малого таза
в) глубоких вен верхних конечностей
г) поверхностных вен нижних конечностей
д) поверхностных вен верхних конечностей

011. Пилефлебит - это тромбофлебит

а) селезеночной вены
б) нижней брыжеечной вены
в) вен брыжейки чревообразного отростка
г) воротной вены
д) печеночной вены

012. Для острого тромбофлебита глубоких вен нижних конечностей характерны

а) резкий отек нижней конечности
б) некроз пальцев стоп
в) похолодание стопы
г) симптом перемежающейся хромоты
д) отек и гиперемия по ходу пораженных вен

013. К основным предрасполагающим к тромбозу факторам относятся все перечисленные, кроме

а) замедления тока крови в венах
б) нарушения целостности внутренней выстилки вен
в) варикозного расширения вен

г) повышения фибринолитической активности крови
д) мерцательной аритмии

014. Симптом Троянова - Тренделенберга служит для диагностики
а) недостаточности остиального клапана при варикозном расширении вен нижних конечностей
б) острого тромбофлебита глубоких вен бедра
в) синдрома Лериша
г) посттромбофлебитической болезни
д) болезни Бюргера

015. Маршевая проба проводится с целью выявления
а) несостоятельных коммуникативных вен
б) проходимости глубоких вен нижних конечностей
в) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
г) тромбоза подколенной артерии
д) острого тромбофлебита

016. Проба Пратта проводится с целью выявления
а) проходимости глубоких вен нижних конечностей
б) недостаточности артериального кровообращения в нижних конечностях
в) несостоятельных коммуникативных вен
г) острого тромбофлебита
д) тромбоза подколенной артерии

017. К осложнениям варикозного расширения вен относится все нижеперечисленное, кроме
а) трофических язв
б) экземы и дерматитов
в) хронической венозной недостаточности
г) ишемической гангрены
д) тромбофлебита

018. Варикозное расширение вен нижних конечностей
может быть обусловлено всем нижеперечисленным, кроме
а) беременности
б) непроходимости глубоких вен
в) врожденного нарушения клапанного аппарата
г) посттромбофлебитического синдрома
д) ортостатизма

019. Противопоказанием для склеротерапии варикозно расширенных вен является
а) рассыпной тип поражения
б) мягкие, легко спадающиеся варикозные узлы
в) рецидив после оперативного лечения
г) непроходимость глубоких вен
д) острый тромбофлебит подкожных вен в анамнезе

020. Наиболее частыми симптомами тромбофлебита
поверхностных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме
а) дистальных отеков
б) распирающих болей
в) повышения температуры тела
г) гиперемии кожи и отека по ходу вен

д) резкой болезненности при пальпации

021. Тромбообразованию после полостных операций способствует все перечисленное, кроме

а) повышения фибринолитической активности
б) ожирения
в) гиподинамии
г) онкологических заболеваний
д) ишемической болезни сердца

022. Симптомами варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей являются все нижеперечисленные, кроме

а) отеков дистальных отделов конечностей по вечерам
б) перемежающейся хромоты
в) признаков трофических расстройств кожи голени
г) судорог по ночам
д) видимого расширения подкожных вен

023. К факторам, способствующим улучшению венозного кровотока в послеоперационном периоде, относятся все нижеперечисленные, кроме

а) сокращения икроножных мышц
б) возвышенного положения нижних конечностей
в) длительного постельного режима
г) бинтования ног эластическими бинтами
д) раннего вставания

024. При несостоятельности коммуникативных вен нижних конечностей наиболее целесообразной операцией следует считать операцию

а) Бебкока
б) Нарата
в) Маделунга
г) Троянова - Тренделенберга
д) Линтона

025. Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде включает в себя все нижеперечисленное, кроме

а) назначения гепарина
б) назначения дезагрегантов
в) лечебной физкультуры
г) длительного постельного режима
д) бинтования ног эластичным бинтом

026. Послеоперационные флеботромбозы нижних конечностей опасны тем, что

а) могут быть причиной тромбоэмболии легочной артерии
б) приведут к варикозному расширению подкожных вен
в) вызовут гангрену стопы
г) могут послужить причиной эмболии сосудов мозга
д) могут послужить причиной послеоперационной пневмонии

027. Операция Троянова - Тренделенберга заключается

а) в перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен зондом

г) в перевязке коммуникантных вен над фасцией
д) в субфасцеальной перевязке коммуникантных вен

028. Операция Нарата заключается
а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен с помощью зонда
г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

029. Операция Маделунга заключается
а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен с помощью зонда
г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

030. Операция Клаппа заключается
а) в удалении подкожных вен из лампасных резервов на бедре и голени
б) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
в) в удалении подкожных вен с помощью зонда
г) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
д) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен

031. Операция Кокетта заключается
а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

032. Операция Линтона заключается
а) в удалении подкожных вен методом тоннелирования
б) в удалении подкожных вен с помощью зонда
в) в чрескожном прошивании варикозных вен кетгутом
г) в надфасциальной перевязке коммуникантных вен
д) в субфасциальной перевязке коммуникантных вен

033. При магистральном типе варикозного расширения вен показаны
а) только склеротерапия
б) комбинированное лечение (склеротерапия + операция)
в) только бинтование эластическим бинтом
г) только операция Троянова - Тренделенберга
д) только операция Линтона

034. Наибольший косметический эффект
в лечении варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается
а) операцией Бебкока
б) операцией Троянова - Тренделенберга
в) склеротерапией
г) операцией Клаппа
д) операцией Маделунга

035. Наименьшее количество рецидивов после оперативного лечения

варикозного расширения подкожных вен нижних конечностей достигается
а) комбинированным оперативным методом
б) операцией Линтона
в) операцией Бебкока
г) операцией Нарата
д) операцией Маделунга

036. К ранним симптомам посттромбофлебитического синдрома
относятся все нижеперечисленные, кроме
а) расширения мелких кожных и подкожных вен нижней трети голени
б) отека в области лодыжек
в) болезненного уплотнения кожи в нижней трети голени
г) наличия трофической язвы на голени
д) значительного подкожного варикозного расширения вен нижней конечности

037. Наиболее характерными признаками, присущими пилефлебиту,
являются все нижеперечисленные, кроме
а) картины нарастающего септического процесса
б) болей в правом подреберье
в) увеличения печени и желтухи
г) интермиттирующей лихорадки с ознобами
д) усиления запоров

038. Антикоагулянты применяют
а) при начинающейся гангрене
б) при тромбофлебите
в) при лимфангоите
г) при эндартериите
д) при облитерирующем атеросклерозе

039. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя
а) антибиотики
б) спазмолитики
в) антикоагулянты
г) активные движения
д) парентеральное введение больших объемов жидкостей

040. Наиболее частой причиной развития трофических язв является
а) расстройство лимфообращения
б) расстройства артериального кровообращения
в) расстройства венозного кровообращения
г) травматические повреждения
д) нарушения водно-электролитного обмена

041. Для острого тромбоза глубоких вен конечностей
характерно все нижеперечисленное, кроме
а) резких болей распирающего характера
б) повышения температуры тела
в) отека конечности
г) цианоза
д) гиперемии кожи по ходу больной вены

042. Для консервативной терапии острого тромбофлебита поверхностных вен нижних конечностей рекомендуется все нижеперечисленное, кроме

а) постельного режима
б) бутадиона
в) компрессов с мазью Вишневского
г) ходьбы
д) возвышенного положения конечности

043. Тромбоз вен нижних конечностей наиболее часто приводит к тромбоэмболии
а) сосудов мозга
б) системы коронарных артерий и вен
в) легочной артерии
г) легочных вен
д) артерий почек и печени

044. При тромбозах глубоких вен нижних конечностей, как правило, развивается
а) отек мягких тканей
б) лимфангоит
в) ползучая флегмона
г) анаэробная гангрена
д) остеомиелит

045. Тромбоз развивается в результате всего перечисленного, кроме
а) нарушения свертываемости крови
б) изменения внутренней оболочки сосуда
в) массивного кровотечения
г) замедления кровотока
д) эмболии

046. Послеоперационные эмболии обычно бывают следствием
а) абсцессов
б) флегмон
в) флеботромбозов
г) лимфаденитов
д) эндартериита

047. Смысл бинтования голеней эластическими бинтами в послеоперационном периоде состоит
а) в необходимости профилактики лимфостаза
б) в необходимости воздействия на артериальный кровоток
в) в ускорении кровотока по глубоким венам
г) в профилактике трофических расстройств
д) в необходимости большей концентрации кровообращения

048. Флеботромбозы чаще встречаются у всех нижеперечисленных больных, кроме больных
а) с ожирением
б) с варикозным расширением вен
в) с онкологическими заболеваниями
г) с почечной недостаточностью
д) с ишемической болезнью сердца

049. Диагноз вторичного варикоза вен нижних конечностей ставится на основании всего нижеперечисленного, кроме
а) тромбофлебита глубоких вен в анамнезе
б) выраженных трофических нарушений кожи и стойких отеков

в) несимметричности поражения
г) данных флебографии
д) данных артериографии

050. Флебография глубоких вен нижних конечностей позволяет объективно оценить все перечисленное, кроме
а) состояния периферических артерий нижних конечностей
б) проходимости глубоких вен
в) состояния клапанного аппарата глубоких вен
г) локализации несостоятельных коммуникантных вен
д) скорости кровотока по глубоким венам

051. Синдром Педжета - Шреттера заключается
а) во врожденных множественных артериовенозных фистулах
б) в некрозах мышечной оболочки аорты
в) в тромбозе подключичной вены
г) в одновременной висцеральной и париетальной эмболии
д) в остеопорозе, дерматите и артериальном спазме

052. У больного с явлениями мигрирующего флебита можно подозревать
а) лейкемию
б) злокачественную опухоль, чаще - поджелудочной железы
в) тромбоангиитное заращение сосудов
г) узловой периартериит
д) варикозное расширение вен

053. Оперативное лечение ложных аневризм должно производиться с целью
а) предотвратить дальнейшее расширение сосуда
б) предотвратить двусторонний подострый эндокардит
в) предотвратить сердечную недостаточность
г) восстановить нормальное кровообращение прежде, чем произойдет разрыв сосуда
д) обратить в норму симптом Тинеля

054. Возвышенное положение конечности при лечении диабетической язвы стопы противопоказано в связи с тем, что
а) инфекция под действием силы тяжести распространяется по фасции
б) развившаяся в результате этого ишемия может усилить гангрену
в) может усилиться болевой синдром
г) может усилиться интоксикация
д) может иметь место все вышеперечисленное

055. При операции по поводу ложной аневризмы оптимальным является
а) удаление всех окаймлений ложного мешка
б) лигирование артерии и вены в четырех местах
в) широкое рассечение для лигирования коллатералей
г) ушивание дефекта сосуда край в край самой аневризмы
д) всегда имплантировать участок вены для пересадки аневризмы

056. Наиболее распространенная причина острой лимфадемы
а) тромбоэмболия легочной артерии
б) тромбофлебит
в) радикальная мастэктомия
г) иссечение подмышечного или пахового лимфатического узла
д) ни одна из вышеперечисленных причин

057. Хронический лимфатический отек верхней конечности обычно развивается

а) после радикальной мастэктомии
б) метастазирования в подмышечные лимфатические узлы
в) в результате подмышечного лимфаденита
г) все перечисленное неверно
д) все перечисленное верно

058. В конечности с хроническим отеком, как правило, развивается

а) пигментация кожи
б) атрофия эпидермиса
в) плотный отек, не образующий ямки при надавливании
г) фиброз кожного и подкожного слоя
д) все перечисленное

059. При врожденной артериовенозной фистуле характерно

а) ветвистая аневризма
б) гипертрофия конечности вследствие аневризмы (гемангиомы)
в) гроздевидная аневризма
г) все перечисленное
д) ничего из перечисленного

060. Прогрессирование варикозного расширения вен нижних конечностей обусловлено

а) нарушением клапанного аппарата вен
б) нарушением свертывающей системы крови
в) нарушением артериального кровотока в конечности
г) сердечной слабостью
д) нарушением водно-солевого обмена

061. Пальцы рук и ног наиболее чувствительны к гипотермии, так как в них

а) отсутствует развитая коллатеральная сеть
б) сосуды сильнее спазмируются в результате охлаждения
в) имеется особый тип иннервации
г) затруднен лимфоотток
д) имеется особое строение кожи

062. После ушиба артерии может наступить ее тромбоз, так как

а) выделяются токсические вещества
б) повреждаются симпатические волокна
в) нарушается межтканевой обмен
г) все утверждения верны
д) все утверждения неверны

ОТВЕТЫ

001 - б	**010 - б**	**019 - г**	**028 - б**	**037 - д**	**046 - в**	**055 - г**
002 - б	**011 - г**	**020 - б**	**029 - а**	**038 - б**	**047 - в**	**056 - д**
003 - г	**012 - а**	**021 - а**	**030 - г**	**039 - в**	**048 - г**	**057 - д**
004 - б	**013 - д**	**022 - б**	**031 - г**	**040 - в**	**049 - д**	**058 - д**
005 - в	**014 - а**	**023 - в**	**032 - д**	**041 - д**	**050 - а**	**059 - г**
006 - а	**015 - б**	**024 - д**	**033 - б**	**042 - г**	**051 - в**	**060 - а**
007 - г	**016 - в**	**025 - г**	**034 - в**	**043 - в**	**052 - в**	**061 - б**
008 - в	**017 - г**	**026 - а**	**035 - а**	**044 - а**	**053 - г**	**062 - д**

009 - д 018 - д 027 - а 036 - д 045 - в 054 - д

Тестовый контроль по теме: «Гнойно-деструктивные заболевания легких. Хирургическая тактика при осложнениях. Эмпиема плевры.»

001. Наиболее эффективным методом консервативного лечения абсцессов легкого является

а) внутриартериальное введение антибиотиков
б) лечебные бронхоскопии
в) внутримышечное введение антибиотиков
г) общеукрепляющее лечение и иммунотерапия
д) сочетание всех вышеперечисленных методов

002. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются

а) пневмотомия
б) клиновидная резекция легкого
в) пневмоэктомия
г) лобэктомия
д) торакопластика

003. Возможными осложнениями после радикальных операций на легких являются

а) бронхиальный свищ, эмпиема плевры
б) внутриплевральное кровотечение
в) сердечно-сосудистая недостаточность и отек легких
г) нагноение послеоперационной раны
д) все перечисленные

004. Из рентгенологических методов исследования наиболее информативным при бронхоэктонической болезни является

а) бронхография
б) рентгенография
в) рентгеноскопия
г) томография
д) компьютерная томография

005. Наиболее часто бронхоэктоническая болезнь поражает

а) верхние доли обоих легких
б) базальные сегменты нижних долей
в) базальные сегменты нижних долей в сочетании с язычковыми сегментами верхней доли левого легкого или средней доли правого легкого
г) среднюю долю
д) отдельные сегменты обоих легких

006. Симптом "барабанных палочек" и "часовых стекол"

а) является характерным только для бронхоэктатической болезни
б) может наблюдаться при других нагноительных заболеваниях легких и плевры
в) более характерен для пороков сердца
г) характерен для актиномикоза
д) характерен для туберкулеза

007. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является

а) верхняя доля

б) средняя доля
в) нижняя доля
г) правильно а) и б)
д) любая доля и любой сегмент обоих легких

008. Задача (тесты 008.1-008.2)

Больной 32 лет поступил с жалобами на сильный кашель с небольшим количеством гнойной мокроты и прожилками крови в ней. 1.5 месяца назад ел грецкие орехи и во время смеха появился приступ надсадного кашля. Через 2 дня повысилась температура до 38°С. При рентгеноскопии грудной клетки изменений обнаружено не было. В последующем беспокоил кашель со скудной мокротой неприятного запаха, а при повторной рентгенографии грудной клетки выявилась правосторонняя нижнедолевая пневмония. При поступлении состояние удовлетворительное, под нижней долей правого легкого укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания, на рентгенограммах уменьшение в объеме сегментов нижней доли правого легкого.

008.1. Наиболее вероятный диагноз

а) рак легкого
б) бронхоэктатическая болезнь
в) абсцесс легкого
г) аспирация инородного тела и нагноительный процесс в зоне ателектаза

008.2. Больному следует рекомендовать

а) удаление нижней доли правого легкого
б) диагностическую бронхоскопию, удаление инородного тела и в последующем повторные лечебные бронхоскопии
в) удаление правого легкого
г) консервативную терапию: противовоспалительные средства, ингаляция, отхаркивающие средства и др.

009. Задача (тесты 009.1-009.2)

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.

009.1. Наиболее вероятный диагноз

а) хроническая пневмония
б) хронический деформирующий бронхит
в) хроническая абсцедирующая пневмония
г) бронхоэктатическая болезнь
д) туберкулез легкого

009.2. С целью уточнения диагноза ей показана

а) бронхоскопия
б) рентгенография
в) томография и компьютерная томография
г) бронхография
д) сканирование легких и ультразвуковая диагностика

010. У больного 26 лет диагностирован гангренозный абсцесс легкого, осложненный профузным легочным кровотечением. Наиболее эффективным методом лечения у него является

а) гемостатическая терапия
б) искусственный пневмоторакс
в) пневмоперитонеум
г) тампонада дренирующего бронха
д) радикальное хирургическое лечение в виде резекции легкого

011. У больного после нижней лобэктомии и резекции язычковых сегментов верхней доли на 2-й день развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является

а) плевральная пункция
б) назотрахеальная катетеризация
в) микротрахеостома
г) лечебная бронхоскопия
д) дренирование плевральной полости

012. Наиболее характерным симптомом для нагноительных заболеваний легких является

а) боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации
б) кашель с большим количество гнойной мокроты
в) высокая температура
г) кровохарканье
д) симптом "барабанных палочек"

013. Больной 47 лет поступил с жалобами на кашель с гнойной мокротой до 400 мл в сутки, кровохарканье, повышение температуры, слабость, потливость. 20 лет тому назад перенес операцию на левом легком - удаление нижней доли и язычковых сегментов верхней доли. Через год стал выделять 200 мл гнойной мокроты, появились кровохаркания, а в последнее время мокрота в количестве 400 мл стала зловонной. Состояние тяжелое. При рентгенологическом исследовании в оставшемся легком полость около 6 см с горизонтальным уровнем. При бронхоскопии из 3 оставшихся сегментов поступает гной. В правом легком по клиническим, рентгенологическим и эндоскопическим данным изменений не обнаружено. Больному следует рекомендовать

а) интенсивную консервативную терапию
б) хирургическое удаление оставшейся части левого легкого
в) лечебные бронхоскопии
г) внутриартериальное введение антибиотиков
д) временную окклюзию верхнезонального бронха

014. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются

а) коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
б) первичная несостоятельность культи бронха
в) внутриплевральное кровотечение
г) ателектаз легкого
д) напряженный пневмоторакс

015. Наиболее частой причиной неспецифического спонтанного пневмоторакса является

а) разрыв плевральных сращений
б) прорыв абсцесса легкого
в) разрыв врожденных воздушных кист легкого
г) разрыв эмфизематозных пузырей легких как проявление эмфиземы легких

016. Лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса должно начинаться

а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха
б) с широкой торакотомии
в) с динамического наблюдения
г) с дренирования плевральной полости с активной аспирацией

017. При спонтанном пневмотораксе и полном коллапсе легкого дренирование плевральной полости целесообразно

а) по средней аксиллярной линии в 6 межреберье
б) во 2-м межреберье по среднеключичной линии
в) в 7-м межреберье по задней аксиллярной линии
г) в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии
д) 2 дренажа: во 2-м межреберье среднеключичной линии и в 8-м межреберье по задней аксиллярной линии

018. Задача (тесты 018.1-018.2)

Больной 29 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку. 3 дня назад после поднятия груза весом около 60 кг сразу появились сильные боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в надплечье, одышка. При поступлении состояние удовлетворительное: пульс 94 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Над правым легким дыхание резко ослабло, хрипов нет.

018.1. У больного следует предположить

а) фибринозный плеврит
б) плевропневмонию
в) спонтанный неспецифический пневмоторакс
г) межреберную невралгию
д) миозит

018.2.При рентгенологическом исследовании диагноз был подтвержден - обнаружен коллапс легкого на половину объема. Лечение его необходимо начинать

а) с плевральной пункции с аспирацией воздуха
б) с дренирования плевральной полости
в) с торакоскопии
г) с немедленной торакотомии
д) с симптоматического лечения

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

а) сухой плеврит
б) инфаркт миокарда
в) тромбоэмболию ветвей легочной артерии
г) спонтанный неспецифический пневмоторакс
д) ущемленную диафрагмальную грыжу

020. Больному 27 лет. Легочные заболевания в прошлом отрицает. Час назад среди полного здоровья появились внезапно сильные боли в левой половине грудной клетки, нехватка воздуха. Температура нормальная. Дыхание над левым легким не выслушивается, при перкуссии коробочный звук. Средостение перкуторно смещено вправо. У него необходимо заподозрить

а) фибринозный плеврит

б) инфаркт миокард
в) туберкулез легкого
г) спонтанный неспецифический пневмоторакс
д) ущемленную диафрагмальную грыжу

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

а) торакоскопия
б) рентгеноскопия и рентгенография легких
в) плевральная пункция
г) сканирование легких
д) бронхоскопия

022. Основными методами лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса является

а) торакотомия
б) плевральная пункция и аспирация воздуха
в) торакоскопия с последующим дренированием плевральной полости
г) дренирование плевральной полости с активной аспирацией
д) наблюдение

023. Спонтанный пневмоторакс чаще всего возникает

а) при абсцессе легкого
б) при эхинококке легкого
в) при центральном раке легкого с ателектазом и распадом в зоне ателектаза
г) при кавернозном туберкулезе легких
д) при буллезной болезни легких

024. У больного 15 дней назад повысилась температура до 39°С, появились боли в первой половине грудной клетки. Диагностирована нижне-долевая пневмония. 7 дней назад начал откашливать плевки гнойной мокроты, 2 дня назад - внезапные сильные боли в грудной клетке, одышка. Дыхание над правым легким плохо выслушивается, в нижних отделах правого гемиторакса укорочение перкуторного звука. Наиболее вероятным осложнением пневмонии является

а) экссудативный плеврит
б) спонтанный пневмоторакс
в) фиброзный плеврит
г) пиопневмоторакс
д) абсцедирование

025. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается

а) с противовоспалительного лечения
б) с ваго-симпатической блокады
в) с плевральной пункции
г) с дренирования плевральной полости с постоянным промыванием плевральной полости
д) с торакотомии

026. Реактивный экссудативный плеврит может быть

а) при острой пневмонии
б) при поддиафрагмальном абсцессе
в) при остром холецистите и панкреатите
г) при септической пневмонии
д) при всех перечисленных заболеваниях

027. Среди осложнений, связанных с производством плевральной пункции и введением антибиотиков, к моментальному летальному исходу могут привести

а) внутриплевральное кровотечение
б) воздушная эмболия головного мозга
в) анафилактический шок
г) плевропульмональный шок
д) правильно б) и в)

028. Экссудативный плеврит, как правило, является вторичным заболеванием, возникающим как осложнение

а) бронхоэктатической болезни
б) абсцесса
в) туберкулеза
г) острой пневмонии
д) эхинококкоза

029. Наиболее простым способом эвакуации экссудата из плевральной полости при серозном характере его является

а) дренирование плевральной полости
б) плевральная пункция и аспирация при помощи электроотсоса
в) плевральная пункция и аспирация при помощи обычного шприца и переходником
г) широкая торакотомия
д) введение дренажа по Сельдингеру

030. Способствуют развитию эмпиемы плевры после пневмонэктомии

а) бронхиальный свищ
б) инородные тела плевральной полости (дренаж, салфетка)
в) нагноение послеоперационной раны
г) остеомиелит ребер и хондрит
д) все перечисленные

031. Достоверным признаком легочного кровотечения является

а) выделение крови изо рта
б) кашель с выделением алой пенистой крови
в) наличие затемнения в легком
г) наличие экссудата в плевральной полости
д) наличие крови в бронхах при бронхоскопии

032. Операция эзофагокардиомиотомии показана

а) при карциноме пищевода
б) при ахалазии пищевода и кардиоспазме
в) при диафрагмальной грыже
г) при грыже пищеводного отверстия диафрагмы
д) при всем перечисленном

033. Перфорация пищевода может быть вызвана

а) эзофагоскопией
б) проглоченным инородным телом
в) сильной рвотой
г) эрозией опухоли
д) всем перечисленным

ОТВЕТЫ

001 - д	**008.1 - г**	**013 - б**	**019 - г**	**026 - д**	**033 - д**
002 - в	**008.2 - б**	**014 - в**	**020 - г**	**027 - д**	
003 - д	**009.1 - г**	**015 - г**	**021 - б**	**028 - г**	
004 - а	**009.2 - г**	**016 - а**	**022 - г**	**029 - б**	
005 - в	**010 - д**	**017 - д**	**023 - д**	**030 - д**	
006 - б	**011 - г**	**018.1 - в**	**024 - г**	**031 - д**	
007 - в	**012 - б**	**018.2 - а**	**025 - в**	**032 - б**	

Тестовый контроль по теме: «Травмы груди и живота..»

1. **Разрыв полого органа при закрытой травме живота сопровождается:**

   1) развитием перитонита;
   2) гематурией;
   3) наличием свободного газа в полости малого таза;
   4) наличием свободного газа под куполом диафрагмы.
   Выберите правильную комбинацию ответов:
   А) 1,2; Б) 1,3; В) 1,4;Г)1,2,4, Д) все ответы верны.

2. **Выделите наиболее эффективные инструментальные способы диагностики закрытых повреждений живота:**

   1) сцинтиграфия;
   2) эзофагогастродуоденоскопия;
   3) термография:
   4) лапароскопия;
   5) рентгенография.
   Выберите правильную комбинацию ответов:
   А) 2, 4, 5; Б) 1, 2, 4, 5; В) 3, 4, 5; Г)4, 5; Д) все ответы верны.

3. **При закрытой травме живота наиболее легко происходит и чаще наблюдается более обширный разрыв полого органа, если последний был:**

   А) пустой;
   Б) наполненный;
   В) подвижный;
   Г) спавшийся;
   Д) атоничный.

4. **Одним из наиболее информативных специальных методов диагностики при разрыве печени является:**

   А) ирригоскопия;
   Б) фиброгастродуоденоскопия;
   В) обзорный рентгеноснимок живота;
   Г) лапароскопия;
   Д) пассаж бария по кишечнику.

5. **На рентгенограмме при разрыве полого органа под куполом диафрагмы может определяться свободный газ в виде серпа:**

   А) да;
   Б) нет.

6. **При лапароскопии в случае разрыва печени в брюшной полости определяется только желчь:**

   А) да;
   Б) нет.

7. **Симптом "ваньки-встаньки" может выявлятся при повреждении:**

А) желудка;
Б) печени;
В) поджелудочной железы;
Г) селезенки;
Д) тонкой кишки.

8. Прежде чем производить реинфузию крови, излившейся в брюшную полость при разрыве паренхиматозных органов или сосудов брыжейки, необходимо:

А) уточнить уровень гемоглобина в собранной крови;
Б) подсчитать пульс и измерить артериальное давление;
В) определить уровень билирубина в собранной крови;
Г) исключить инфицированность и гемолиз собранной крови;
Д) выполнить все вышеперечисленное.

9. Микрогематурия может определяться только при травме почек и мочевыводящих путей:

А) да;
Б) нет.

10. При закрытой травме брюшной полости с разрывом мочевого пузыря наиболее информативным методом исследования является:

А) обзорная рентгенография брюшной полости;
Б) лапароскопия;
В) контрастная цистография;
Г) ирригоскопия;
Д) общий анализ мочи.

11. При подозрении на повреждение органов брюшной полости при тупой травме живота, наиболее информативным методом исследования является (дайте один наиболее правильный ответ):

А) ангиография;
Б) обзорная рентгенография органов брюшной полости;
В) лапароскопия;
Г) фиброгастроскопия;
Д) ультразвуковое исследование.

12. При разрыве паренхиматозных органов в брюшной полости встречаются все симптомы, кроме (дайте один наиболее правильный ответ):

А) притупления в отлогих местах;
Б) выраженной гипотензии;
В) «свободного газа» в брюшной полости;
Г) симптома «ваньки-встаньки»;
Д) затрудненного, поверхностного дыхания.

13. Характерными признаками повреждения тонкой и толстой кишки являются все, кроме (дайте один наиболее правильный ответ):

А) симптомов раздражения брюшины;

Б) исчезновения печеночной тупости;
В) симптома Мейо-Робсона;
Г) острой боли в животе, усиливающейся при движении;
Д) на рентгенограмме «свободного газа» в брюшной полости.

14. **Характерными признаками изолированного травматического повреждения поджелудочной железы до операции являются все, кроме (дайте один наиболее правильный ответ):**

А) интенсивной боли в верхних отделах живота;
Б) шока;
В) повышения уроамилазы;
Г) повышения глюкозы крови.

15. Характерными признаками изолированного травматического повреждения поджелудочной железы во время операции являются все, кроме:

А) бляшек жирового некроза на сальнике, брюшине, брыжейке кишечника;
Б) свободной желчи в брюшной полости;
В) кровоизлияния в брыжейке поперечно-ободочной кишки, малом сальнике;
Г) выбухания сальниковой сумки;
Д) забрюшинной гематомы.

16. При подкапсульном разрыве селезенки в области ворот показана операция:

А) ушивание разрыва;
Б) перевязка селезеночной артерии;
В) спленоментопексия;
Г) спленэктомия;
Д) эвакуация гематомы и использование биологического клея.

17. При обследовании пациента с тупой травмой живота выявлена крепитация поясничной области. Укажите вероятную причину развития данной клинической картины.

А) Разрыв печени.
Б) Повреждение забрюшинного отдела 12-перстной кишки.
В) Разрыв почки.
Г) Ни при одной травме.
Д) При всех указанных травмах.

18. При обследовании пациента с тупой травмой живота выявлено исчезновение печеночной тупости. Укажите вероятную причину развития данной клинической картины.

А) Разрыв печени.
Б) Повреждение селезенки.
В) Разрыв почки.
Г) При повреждении полого органа.
Д) При всех указанных травмах.

19. При обследовании пациента с тупой травмой живота выявлена болезненность и нависание передней стенки прямой кишки при пальцевом исследовании. Укажите вероятную причину развития данной клинической картины.

А) Разрыв печени.
Б) Повреждение забрюшинного отдела 12-перстной кишки.
В) Разрыв почки.
Г) Ни при одной травме.
Д) При всех указанных травмах.

20. При обследовании пациента с тупой травмой живота выявлена гематурия. Укажите вероятную причину развития данной клинической картины.

А) Разрыв печени.
Б) Повреждение забрюшинного отдела 12-перстной кишки.
В) Разрыв почки.
Г) Ни при одной травме.
Д) При всех указанных травмах.

21. Выполнение какой операции показано при разможжении хвоста поджелудочной железы?

А) Панкреатэктомия.
Б) Удаление поврежденной части поджелудочной железы с селезенкой.
В) Панкреатодуоденальная резекция.
Г) Дренирование сальниковой сумки, холецистостомия.
Д) Лапаротомия, оментостомия.

22. Выполнение какой операции показано при контузии поджелудочной железы?

А) Панкреатэктомия.
Б) Удаление поврежденной части поджелудочной железы с селезенкой.
В) Панкреатодуоденальная резекция.
Г) Дренирование сальниковой сумки, холецистостомия.
Д) Лапаротомия, оментостомия.

23. Выполнение какой операции показано при разрыве сигмовидной кишки на 1/2 ее окружности?

А) Выведение поврежденного участка кишки в виде петлевой колостомы.
Б) Резекция поврежденногоучастка кишки с формированием одноствольной колостомы.
В) Ушивание разрыва сигмовидной кишки.
Г) Ушивание сигмовидной кишки с наложением разгрузочной стомы ниже разрыва.
Д) Ушивание сигмовидной кишки с наложением разгрузочной стомы выше разрыва.

24. По каким признакам устанавливается диагноз «повреждение органов брюшной полости»?

А) Исчезновение печеночной тупости.
Б) Симптом «Обуховской больницы».
В) Симптом Щеткина-Блюмберга.
Г) Притупление в отлогих местах.
Д) Симптом Ситковского.

25. Какой инструментальный метод исследования позволяет наиболее надежно верифицировать диагноз «повреждение органов брюшной полости»?

А) Лапароскопия.
Б) Лапароцентез — с применением «шарящего катетера».
В) Реовазография.
Г) Обзорная рентгенография органов брюшной полости.
Д) Пневмоосциллография.

26. Выберите возможные варианты повреждения поджелудочной железы:

А) контузия;
Б) поверхностная травма без нарушения целостности главного панкреатического протока;
В) Травма с нарушением целостности главного панкреатического протока;
Г) размозжение поджелудочной железы;
Д) все ответы верны.

ОТВЕТЫ

№		№		№		№	
1	**В**	**8**	**Г**	**15**	**Б**	**22**	**Д**
2	**Г**	**9**	**Б**	**16**	**Г**	**23**	**А**
3	**Б**	**10**	**В**	**17**	**Б**	**24**	**А**
4	**Г**	**11**	**В**	**18**	**Г**	**25**	**А**
5	**А**	**12**	**В**	**19**	**А**	**26**	**Д**
6	**Б**	**13**	**В**	**20**	**Б**		
7	**Г**	**14**	**Г**	**21**	**Б**		

Тестовый контроль по теме: «Осложнения грыж живота.»

1. Выберите правильное определение понятия грыжи.

А) Перемещение органов брюшной полости через естественные или искусственные отверстия в соседние полости или под кожу.
Б) Перемещение органов брюшной полости, через естественные или искусственные отверстия под кожу.
В) Перемещение органов брюшной полости, покрытых брюшиной, через естественные или искусственные отверстия в соседние полости или под кожу.

2. Грыжи какой локализации занимают первое место?

А) Паховые.
Б) Грыжи белой линии живота.
В) Пупочные.
Г) Бедренные.

3. Укажите возрастные пики заболеваемости наружными грыжами по годам.

А) 20—30 лет.
Б) 30—40 лет
В) 40—50 лет.
Г) 50—60 лет
Д) 60—70 лет и старше.

4. Выберите причины, которые способствуют образованию наружных грыж.

А) Повышение внутрибрюшного давления (кашель, запоры, подъем тяжестей).
Б) Врожденная недостаточность соединительной ткани.
В) Похудание.
Г) Ожирение.
Д) Все ответы верны.

5. Назовите слабые места передней брюшной стенки.

А) Зона пахового канала.
Б) Овальная ямка на бедре.
В) Пупок.
Г) Подпупочный отдел апоневроза белой линии живота.
Д) Все ответы верны.

6. Перечислите составные элементы истинной грыжи.

1) Грыжевые ворота, грыжевой мешок, органы брюшной полости.
2) Грыжевой мешок.
3) Органы брюшной полости.
4) Кожа.
5) Подкожная клетчатка.
6) Грыжевые оболочки.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 3, 5; Б) 2, 4, 5, 6; В) 3, 4, 6; Г) 1, 3, 5, 6; Д) все ответы верны.

7. Укажите правильную характеристику грыжевого мешка.

А) Устье, шейка, тело
Б) Шейка, дно.
В) Тело, устье, дно.
Г) Дно, тело, шейка, устье

8. Какими элементами брюшной стенки может быть окружен грыжевой мешок?

А) Предбрюшинной клетчаткой.
Б) Истонченной поперечной фасцией.
В) Истонченной поверхностной фасцией.
Г) Волокнами мышц.
Д) Все ответы верны

9. Назовите грыжи, при которых грыжевого мешка может не быть?

А) Прямые паховые.
Б) Бедренные.
В) Скользящие.
Г) Ложные травматические.
Д) При всех видах грыж.

10. Укажите жалобы больных, страдающих грыжами.

А) Боль в области грыжевого выпячивания.
Б) Боль в пояснице.

В) Диспептические явления (тошнота, отрыжка, рвота, запор, метеоризм).
Г) Нарушение мочеиспускания.
Д) все ответы верны.

11. Какие методы обследования позволяют подтвердить наличие или отсутствие грыжи?

А) Осмотр, пальпация, аускультация.
Б) Рентгеноскопия и рентгенография брюшной полости.
В) Контрастирование кишечника.
Г) Контрастирование мочевого пузыря.
Д) Все ответы верны.

12. Какое ущемление при грыжах сопровождается неполным сдавлением кишки?

А) Эластическое.
Б) Каловое.
В) Рихтеровское.
Г) Ретроградное.
Д) Все ответы верны.

13. Каким может быть ущемление при грыжах по их видам?

А) Эластическое.
Б) Ретроградное.
В) Каловое.
Г) Рихтеровское.
Д) Только Б) и Г).

14. Какими могут быть ущемления по механизму?

А) Эластическое.
Б) Ретроградное.
В) Каловое.
Г) Рихтеровское.
Д) Только А) В).

15. Каковы признаки флегмоны грыжевого мешка?

1) Боль в области грыжи.
2) Отек кожи над грыжей.
3) Цианоз кожи над грыжей.
4) Повышение температуры над грыжей.
5) Регионарный лимфаденит.
6) Высокая температура тела.
7) Тахикардия.
8) Брадикардия.
9) Отсутствие болезненности при пальпации грыжи.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7; Б) 1, 2, 4, 5, 6; 8; В) 3, 4, 6; Г) 1, 3, 5, 6; Д) 1, 4, 6.

16. Выберите симптомы при осложнении грыжи каловым застоем.

1) Увеличение грыжевого выпячивания.
2) Гиперемия кожи над грыжевым выпячиванием.
3) Резкая болезненность при пальпации грыжи.
4) Пальпация грыжи мало болезненна.
5) В кишечных петлях определяются плотные комки каловых масс.
6) Общее состояние больного страдает незначительно.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 3, 5; Б) 1, 4, 6; В) 3, 5, 6; Г) 1, 3, 5, 6; Д) все ответы верны, кроме 4.

17. Укажите этап операции, который отсутствует при плановом грыжесечении.

А) Выделение грыжевого мешка
Б) Вскрытие грыжевого мешка и вправление его содержимого в брюшную полость
В) Вскрытие грыжевого мешка, содержимое которого удерживается, после чего рассекаются грыжевые ворота, оценивается жизнеспособность органов и только после этого они вправляются
Г) Шейка грыжевого мешка прошивается и перевязывается. а остатки грыжевого мешка иссекаются.
Д) Выполняется пластика передней брюшной стенки

18. **Какова последовательность действий хирурга при флегмоне грыжевого мешка?**

А) Первым этапом вскрывают грыжевой мешок, а затем выполняют резекцию кишки через лапаротомный доступ.
Б) Первым этапом вскрывают грыжевой мешок, а затем выполняют резекцию кишки после рассечения ущемляющего кольца.
В) Первым этапом выполняют лапаротомию, вторым - резекцию кишки, наложения анастомоза, ушивания брюшной полости, а затем вскрывают грыжевой мешок и удаляют некротизированную кишку.
Г) Последовательность действий не имеет существенного значения.
Д) В каждом конкретном случае последовательность дейсвий выбирается индивидуально.

19. Допускается ли ручное вправление содержимого при ущемленных грыжах?

А) Нет
Б) Да, всегда.
В) Да, но при абсолютных противопоказаниях к операции (свежий инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, острая дыхательная недостаточность).
Г) Да, но при абсолютных противопоказаниях к операции (свежий инфаркт миокарда, нарушение мозгового кровообращения, острая дыхательная недостаточность) с учетом сроков после ущемления.

20. Какие анатомические элементы участвуют в формировании пахового канала?

1) Подвздошно-гребешковая связка.
2) Поверхностная фасция бедра.
3) Нижний край внутренней косой и поперечной мышцы живота.
4) Апоневроз наружной косой мышцы живота.
5) Паховая связка.
6) Поперечная фасция.
А) 1, 2, 3, 4; Б) 1, 4, 5, 6; В) 3, 4, 5, 6; Г) 1, 3, 5, 6; Д) все ответы верны, за исключением 2.

21. Укажите длину пахового канала в норме (см)

А) До 1
Б) 2 - 3.
В) 4 -5.
Г) 6 - 7.
Д) 8 -9

22. Укажите, где расположено внутреннее отверстие (глубокое кольцо) пахового канала.

А) Fossa supravesicalis.
Б) Fossa ingvinalis medialis
В) Fossa ingvinalis lateralis

23. Укажите, через какую ямку передней брюшной стенки выходит косая паховая грыжа?

А) Fossa supravesicalis.
Б) Fossa ingvinalis medial is.
В) Fossa ingvinalis lateralis.

24. Укажите, через какую ямку передней брюшной стенки выходит прямая паховая грыжа.

А) Fossa supravesicalis.
Б) Fossae ingvinalis medialis.
В) Fossa ingvinalis lateralis.

25. Какие анатомические элементы проходят в паховом канале?

А) Семявыносящий проток.
Б) Кровеносные и лимфатические сосуды.
В) Остаток влагалищного отростка брюшины.
Г) Общая бедренная артерия и вена.
Д) Только А), Б), В).

26. Какие паховые грыжи могут носить врожденный и приобретенный характер?

А) Прямые.
Б) Косые.
В) И прямые, и косые.
Г) Скользящие.

27. Если на дне грыжевого мешка расположено яичко, какая это грыжа?

А) Прямая паховая.
Б) Косая приобретенная паховая грыжа.
В) Косая врожденная паховая грыжа.
Г) Скользящая косая паховая грыжа.
Д) Скользящая прямая паховая грыжа.

28. При какой грыже влагалищный отросток брюшины остается незараженным?

А) При прямых.
В) При врожденных косых.
Г) При приобретенных косых.
Г) При скользящих.
Д) При всех указанных видах грыж.

29. Укажите форму паховой грыжи, если грыжевой мешок определяется в паховом канале.

А) Начальная.
Б) Канальная.
В) Канатиковая.
Г) Мошоночная.

30. Укажите форму паховой грыжи, если дно грыжевого мешка доходит до наружного отверстия пахового канала.

А) Начальная.
Б) Канальная.
В) Канатиковая.
Г) Мошоночная.

31. Укажите форму паховой грыжи, если грыжевой мешок спускается по ходу семенного канатика.

А) Начальная.
Б) Канальная.
В) Канатиковая.
Г) Мошоночная.

32. Что может быть содержимым паховой грыжи?

А) Слепая кишка, червеобразный отросток.
Б) Ободочная кишка.
В) Желудок.
Г) Поджелудочная железа
Д). Любой орган брюшной полости, кроме печени и поджелудочной железы.

33. Назовите широко применяемые в клинической практике операции, при которых выполняется пластика передней стенки пахового канала.

1) Операция Жирара.
2) Операция Жирара—Спасокукоцкого швами Кимбаровкого.
3) Операция Бассини.
4) Операция Постемского.
5) Операция Кукуджанова.
6) Операция Мартынова.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 5; Б) 1, 2, 6; В) 2, 6; Г) 3, 4; Д) все ответы верны.

34. Назовите операции, при которых выполняется пластика задней стенки пахового канала.

1) Операция Жирара.

2) Операция Жирара—Спасокукоцкого швами Кимбаровкого.
3) Операция Бассини.
4) Операция Постемского.
5) Операция Кукуджанова.
6) Операция Мартынова.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 5; Б) 1, 2, 6; В) 2, 6; Г) 3, 4; Д) все ответы верны.

35. При каком способе пластика производится путем подшивания апоневроза наружной косой мышцы живота к пупартовой связке, а затем следует создание дупликатуры?

А) При операции Жирара.
Б) При операци Жирара—Спасокукоцкого швами Кимбаровкого.
В) При операции Бассини.
Г) При операции Постемского.
Д) При операции Мартынова.

36. При каком способе пластики задней стенки пахового канала семенной канатик располагается в подкожной клетчатке?

А) При операции Жирара.
Б) При операци Жирара—Спасокукоцкого швами Кимбаровкого.
В) При операции Бассини.
Г) При операции Постемского.
Д) При операции Мартынова.

37. При каком способе операции после пластики поверхностное кольцо пахового канала находится напротив глубокого кольца?

А) При операции Жирара.
Б) При операци Жирара—Спасокукоцкого швами Кимбаровкого.
В) При операции Бассини.
Г) При операции Постемского.
Д) При операции Мартынова.

38. При каких грыжах особенность техники операции состоит в том, что грыжевой мешок вначале выделяют у шейки, перевязывают его и рассекают вдоль, выворачивают и сшивают позади семенного канатика и яичка?

А) При приобретенных косых паховых грыжах
Б) При прямых паховых грыжах.
В) При врожденных косых паховых грыжах.
Г) При прямых скользящих грыжах.
Д) При косых скользящих грыжах.

39. При скользящей правосторонней паховой грыже латеральной стенкой грыжевого мешка чаще всего является:

А) слепая кишка;
Б) сигмовидная кишка;
Б) мочевой пузырь;
Г) придатки матки;
Д) тонкая кишка.

40. При скользящей паховой грыже медиальной стенкой грыжевого мешка чаще всего является:

А) слепая кишка;
Б) сигмовидная кишка;
Б) мочевой пузырь;
Г) придатки матки;
Д) тонкая кишка.

41. При скользящих грыжах грыжевой мешок можно ушивать только:

А) извне;
Б) изнутри;
В) извне и изнутри;
Г) способ ушивания значения не имеет.

42. Какие методы пластики брюшной стенки должны использоваться при скользящих грыжах?

А) Только методы пластики передней стенки пахового канала.
Б) Только методы пластики задней стенки пахового канала.
В) Методы пластики передней и задней стенки пахового канала.
Г) Метод пластики существенного значения не имеет.
Д) Только Б) и В).

43. Какие методы пластики брюшной стенки должны выполняться при рецидивных грыжах?

А) Только методы пластики передней стенки пахового канала.
Б) Только методы пластики задней стенки пахового канала.
В) Методы пластики передней и задней стенки пахового канала.
Г) Метод пластики существенного значения не имеет.
Д) Только Б) и В).

44. Какова летальность в процентном отношении при операции по поводу неосложненной грыжи?

А) Около 0%
Б) 1%.
В) 2%.
Г) 3%.
Д) 4%.

45. Укажите летальность при операциях по поводу осложненных грыж (%).

А) От 0 до 7
Б) 8—15.
В) 16—23.
Г) 24—28.
Д) 29 – 31.

46. Какими анатомическими образованиями ограничен скарповский (бедренный) треугольник?

1) Пупартовой связкой.
2) Прямой мышцей живота.
3) Наружной косой мышцей живота.
4) Длинной приводящей мышцей.
5) Портняжной мышцей.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 5; Б) 1, 3, 5; В) 1, 4, 5; Г) 2, 3, 4; Д) 3, 4, 5.

47. Укажите элементы, заполняющие овальную ямку.

А) Жировая клетчатка.
Б) Лимфатический узел
В) Большая подкожная вена.
Г) Бедренная артерия и вена.
Д) Только А) Б) В).

48. При образовании бедренной грыжи, какие элементы образуют бедренный канал?

1) Паховая связка.
2) Лонная кость.
3) Апоневроз наружной косой мышцы живота.
4) Бедренная вена.
5) Большая подкожная вена.
6) Лакунарная (жимбернатова) связка.
7) Овальная ямка.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 6, 7; Б) 1, 2, 4, 6; В) 2, 5, 6, 7; Г) 3, 4, 5, 6; Д) все ответы верны.

49. Какими элементами покрыт грыжевой мешок при бедренных грыжах?

1) Предбрюшинной клетчаткой.
2) Поперечной фасцией.
3) Жировой тканью.
4) Решетчатой фасцией.
5) Подкожной клетчаткой.
6) Кожей.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 5, 6; Б) 1, 2, 3, 6; В) 2, 4, 6; Г) 3, 4, 6; Д) все ответы верны.

50. Какие органы чаще находятся в грыжевом мешке при бедренных грыжах?

1) Большой сальник.
2) Петли тонкой кишки.
3) Слепая кишка.
4) Ободочная кишка.
5) Желудок.
6) Желчный пузырь.
7) Мочевой пузырь.
8) Матка и ее придатки.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 5; Б) 1, 2, 6; В) 1, 2; Г) 3, 4; Д) все ответы верны.

51. При сращении сальника с грыжевым мешком возникает симптом «натянутой струны». Укажите правильную его интерпретацию.

А) Усиление боли в паховой области при сгибании в тазобедренном суставе.
Б) Усиление болей в паховой области
В) Уменьшение болей в паху в полусогнутом положении тела и усиление при полном выпрямлении туловища.

52. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у больных с бедренными грыжами?

А) Лимфаденит (банальный, туберкулезный).
Б) Аневризматическое расширение большой подкожной вены.
В) Опухоли лимфатических узлов.
Г) Натечные абсцессы.
Д) Все ответы верны.

53. Укажите, какие осложнения возможны при операции по поводу бедренной грыжи.

1) Ранение бедренной вены.
2) Ранение бедренной артерии.
3) Ранение запирательной артерии.
4) Ранение мочевого пузыря.
5) Ранение бедренного нерва
6) Ранение седалищного нерва.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 5; Б) 1, 2,3, 4; В) 2, 6; Г) 3, 4, 5, 6; Д) все ответы верны.

54. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз при грыжах белой линии живота?

А) Предбрюшинная липома.
Б) Доброкачественные опухоли брюшной полости
В) Метастазы опухоли в сальник.
Г) Все ответы верны

55. Какие методы дополнительного обследования обязательны при грыжах белой линии живота?

А) УЗИ брюшной полости.
Б) Фиброгастроскопия.
В) Фиброколоноскопия.
Г) Рентгеноскопия желудка.
Д) Только В), Г).

56. Укажите места, где образование редких грыж невозможно.

А) Спигелевая линия.
Б) Поясничная область.
В) Запирательный канал.
Г) Ягодичная область, промежность.
Д) Правое поддиафрагмальное пространство.

57. Передней стенкой пахового канала являются:

А). Наружная косая мышца живота
Б) Апоневроз наружной косой мышцы.
В) Внутренняя косая мышца.
Г) Поперечная мышца.
Д) Лакунарная связка.

58. Задней стенкой пахового канала являются:

А) Наружная косая мышца живота
Б) Апоневроз наружной косой мышцы.
В) Внутренняя косая мышца.
Г) Поперечная мышца.
Д) Лакунарная связка.

59. Бедренное кольцо снаружи ограничено:

А) Лакунарной связкой.
Б) Куперовской связкой.
В) Лимфатическим узлом Розенмюллера-Пирогова.
Г) Паховой связкой.
Д) Влагалищем бедренной вены.

60. Медиальнее глубокого пахового кольца располагаются:

А) Нижние надчревные артерии и вены.
Б) Запирательная артерия.
В) Бедренный нерв
Г) Наружная подвздошная артерия.
Д) Бедренная артерия.

№		№		№		№		№		№	
1	В	11	Д	21	В	31	В	41	Б	51	В
2	А	12	В	22	В	32	Д	42	Д	52	Д
3	Б	13	Д	23	В	33	В	43	Д	53	В
4	Д	14	Д	24	Б	34	Г	44	А	54	Г
5	Д	15	А	25	Д	35	Д	45	Б	55	Д
6	Д	16	Б	26	Б	36	Г	46	В	56	Д
7	Г	17	В	27	В	37	Г	47	Д	57	Б
8	Д	18	В	28	В	38	В	48	Б	58	Г
9	Г	19	Г	29	А	39	А	49	Д	59	Д
10	Д	20	В	30	Б	40	Б	50	В	60	А

Тестовый контроль по теме: «Перитониты. Хирургический сепсис.»

1. Основными анатомическими областями живота являются:

А) надчревная;
Б) чревная;
В) подчревная;
Г) лобковая;
Д) только А), Б), В).

2. Весь живот разделен на отделы (небольшие области), которых

А) 5;
Б) 7;
В) 9;
Г) 10;
Д) 12.

3. **К анатомическим областям живота относят все, кроме**

А) собственно эпигастральной;
Б) правой подреберной;
В) левой подреберной;
Г) пупочной;
Д) паховых.

4. **Различают этажи брюшной полости**

А) верхний;
Б) средний;
В) нижний;
Г) только А и В
Д)-правильно А, Б и В.

5. Правый латеральный канал – это:

А) синоним правой подвздошной ямки;
Б) синоним правого поддиафрагмального пространства;
В) синоним сумки малого сальника;
Г) карман между восходящей ободочной кишкой и париетальной брюшиной;
Д) все правые отделы брюшной полости.

6. Четко локализованные боли и напряжение мышц брюшной стенки имеют место только при воспалении:

А) брюшины полости таза;
Б) париетальной брюшины живота;
В) висцеральной брюшины;
Г) брюшины, покрывающей печень;
Д) только А) и Б).

7. Чувствительность брюшины к любому раздражению и четкость локализации боли определяется иннервацией:

А) соматическими нервами;
Б) парасимпатическими нервами;

В) симпатическими нервами;
Г) сочетанием парасимпатических и симпатических нервов;
Д) соматическими и симпатическими.

8. Брюшина выполняет функцию:

А) резорбтивную;
Б) экссудативную;
В) барьерную (механическая защита)
Г) барьерную (защита от инфекции);
Д) все названные функции

9. Развитие асептического перитонита не наблюдается при воздействии на брюшину

А) крови;
Б) желчи;
В) желудочного сока;
Г) асцитической жидкости;
Д) мочи.

10. Асептический перитонит не развивается при скоплении в брюшной полости

А) хилезной жидкости;
Б) панкреатического сока;
В) содержимого тощей кишки;
Г) транссудата;
Д) содержимого вскрывшейся в брюшной полости кисты.

11. Основными путями проникновения инфекции в брюшную полость при первичном перитоните являются

А) гематогенный;
Б) лимфогенный;
В) через маточные трубы;
Г) только А и Б;
Д) только А), Б) и В).

12. Основными этапами нарушения моторики ЖКТ при перитоните являются

А) атония кишечника (в начале заболевания как защитная реакция на воспаление в брюшной полости);
Б) паралитическая непроходимость кишечника;
В) нарастающая ишемия в стенке кишки делает ее проницаемой для микроорганизмов;
Г) только Б) и В);
Д) только А), Б) В).

13. Первичный перитонит

А) развившийся вследствие перфорации полого органа
Б) развившийся вследствие проникающего ранения брюшной стенки
В) при лимфогенном или гематогенном инфицировании брюшины;
Г) при асептическом воспалении брюшины (например, при панкреатите);
Д) нет правильных ответов.

14. Вторичный перитонит

А) возникает при лимфогенном или гематогенном инфицировании брюшины;
Б) развивается вследствие проникающего ранения брюшной стенки;
В) развивается вследствие перфорации полого органа;
Г) развивается при асептическом воспалении брюшины (например, при панкреатите);
Д) только Б), В), Г).

15. Укажите стадии (фазы) развития перитонита.

А) 1-реактивная, 2-токсическая, 3-терминальная.
Б) 1-реактивная, 2-перитонеальная, 3-токсическая.
В) 1-гемодинамическая, 2-реактивная, 3-агональная.
Г) 1-гиперреактивная, 2-токсическая, 3-гемодинамическая.
Д) 1-мнимого благополучия, 2-перитонеальная, 3-терминальная.

16. Границей между этажами брюшной полости служит

А) линия, соединяющая верхние передние подвздошные ости;
Б) линия, проведенная через нижние края реберных дуг;
В) поперечно-ободочная кишка;
Г) крылья подвздошных костей;
Д) брыжейка тонкой кишки.

17. Местный отграниченный перитонит сопровождает

А) острый флегмонозный аппендицит;
Б) острый катаральный аппендицит;
В) периаппендикулярный абсцесс;
Г) перфоративную гастродуоденальную язву;
Д) все ответы правильные.

18. К специфическим перитонитам относят

А) стрептококковый перитонит;
Б) перитонит, вызванный E-coli ;
В) стафилококковый перитонит;
Г) туберкулезный перитонит (туберкулез брюшины);
Д) пневмококковый перитонит.

19. Для реактивной фазы перитонита характерно

А) выраженный болевой синдром, гемодинамические нарушения;
Б) тяжелая интоксикация, признаки пареза кишечника;
В) слабо выраженные симптом раздражения брюшины, интоксикация;
Г) стихание болей, нарастающая интоксикация, обезвоживание;
Д) все ответы правильные, кроме А).

20. Для токсической фазы перитонита характерно
А) выраженный болевой синдром, учащенное мочеиспускание;
Б) гиперперистальтика, возможна токсическая диарея;
В) полиурия, снижение удельного веса мочи;
Г) обезвоживание, появление признаков печеночно-почечной недостаточности;

Д) все ответы правильные, кроме А).

21. Для терминальной фазы перитонита характерно

А) выраженный болевой синдром, непроизвольное мочеиспускание;
Б) стихание болей, нарастание признаков печеночно-почечной недостаточности;
В) обезвоживание, гемодинамические нарушения;
Г) парез кишечника, вздутие живота;
Д) все ответы правильные, кроме А).

22. Наиболее тяжелой формой перитонита является

А) серозный;
Б) гнойный;
В) мочевой;
Г) серозно-гнойный;
Д) фибринозный.

23. Появление локализованных болей и положительных симптомов раздражения брюшины при местном перитоните обусловлены

А) развивающимся параличом желудочно-кишечного тракта;
Б) переходом воспалительной реакции на париетальную брюшину;
В) лейкоцитарной инфильтрацией передней брюшной стенки;
Г) длительным тоническим напряжением мышц над очагом воспаления;
Д) иррадиацией болей.

24. Выраженный болевой синдром, гиперперистальтика, гемодинамические нарушения характерны

А) для реактивной фазы перитонита;
Б) для токсический фазы перитонита;
В) для терминальной фазы перитонита;
Г) для токсический и терминальной фазы перитонита;
Д) для любой фазы перитонита.

25. Для перитонита у детей типично

А) быстрая генерализация процесса;
Б) преобладание общих симптомов над местными;
В) выраженные признаки интоксикации;
Г) часто развивается под маской ОРЗ или пищевой токсикоинфекцией;
Д) все ответы правильные.

26. Особенности клинического течения перитонита у детей обусловлены

А) сниженной реактивностью иммунной системы, недоразвитием брюшины;
Б) мальротацией ободочной кишки;
В) гиперреактивностью брюшины, недоразвитием большого сальника;
Г) быстрым отграничением воспалительного процесса;
Д) все ответы правильные.

27. Для перитонита у стариков типично

А) быстрая генерализация процесса;
Б) преобладание местных симптомов над общими;
В) выраженные признаки интоксикации;
Г) часто развивается под маской ОРЗ или токсикоинфекции;
Д) все ответы правильные.

28. Нормоцитоз или лейкопения может сопровождать

А) местный неотграниченный перитонит;
Б) пельвиоперитонит;
В) поддиафрагмальный абсцесс;
Г) диффузный серозно-фибринозный перитонит;
Д) общий гнойный перитонит.

29. Для терминальной фазы перитонита характерно

А) усиление симптомов раздражения брюшины;
Б) абсолютная гиповолемия;
В) относительная гиповолемия;
Г) тахиаритмия;
Д) все ответы правильные, кроме А).

30. Для токсической и терминальной стадии перитонита характерно

А) снижение удельного веса мочи;
Б) макро- и микрогематурия ;
В) олигурия и появление белка в моче;
Г) анурия и частые болезненные позывы на мочеиспускание;
Д) снижение уровня креатинина в плазме.

31. Для токсической и терминальной стадии перитонита характерно

А) гиперволемия, увеличение сердечного выброса;
Б) брадикардия, повышение артериального давления;
В) спазм периферических сосудов, увеличение диастолического давления;
Г) гиповолемия, снижение сердечного выброса, капилляростаз;
Д) брадиаритмия на фоне повышения систолического давления.

32. Для реактивной фазы перитонита характерно

А) выраженный болевой синдром;
Б) рвота рефлекторного происхождения;
В) влажный язык;
Г) тахиаритмия;
Д) все ответы правильные.

33. Наличие пятен стеатонекроза на брюшине характерно

А) для ферментативного перитонита;
Б) для гнилостного перитонита;
В) для гнойного перитонита;
Г) для фибринозного перитонита;

Д) для желчного перитонита.

34. Экхимозы в параумбиликальной области характерны

А) для ферментативного перитонита
Б) для мочевого перитонита
В) для желчного перитонита
Г) для гемоперитонеума
Д) все ответы правильные

35. Иррадиация болей в надплечье при перитоните как правило обусловлена

А) наличием гнойного выпота по куполом диафрагмы;
Б) скоплением фибрина на париетальной брюшине;
В) свободным газом в брюшной полости;
Г) релаксацией диафрагмы;
Д) парезом желудочно-кишечного тракта.

36. При каких заболеваниях, сопровождающихся развитием перитонита, можно ограничиться консервативным лечением?

А) При прободной язве желудка в период мнимого благополучия.
Б) При местном отграниченном перитоните любого происхождения.
В) При гонококковом пельвиоперитоните.
Г) При деструктивном аппендиците на фоне острого инфаркта миокарда.
Д) При всех вышеперечисленных заболеваниях.

37. Назоинтестинальное дренирование при перитоните используется с целью

А) декомпрессии тонкой кишки;
Б) энтеральной дезинтоксикации;
В) предотвращения заброса токсичного кишечного содержимого в желудок;
Г) предотвращение развития ранней спаечной кишечной непроходимостью;
Д) все ответы правильные

38. Основными принципами хирургического лечения перитонита являются:

А) лапаротомия с удалением или изоляцией источника перитонита;
Б) интра- и послеоперационная санация брюшной полости;
В) декомпрессия тонкой кишки;
Г) только А) и Б);
Д) все вышеназванные методы.

39. Основным методом обезболивания при операции по поводу перитонита является

А) спинномозговая анестезия;
Б) многокомпонентная сбалансированная анестезия с применением миорелаксантов и ИВЛ;
В) местная анестезия с использованием современных анальгетиков;
Г) эпидуральная анестезия;
Д) электроанестезия.

40. Основными этапами операции при тотальном гнойном перитоните являются

А) правильно выбранные операционные доступы;
Б) устранение или надежная изоляция источника перитонита;
В) интраоперационная санация брюшной полости;
Г) декомпрессия кишечника и завершение операции;
Д) все перечисленные этапы.

41. Профилактика и лечение синдрома полиорганной недостаточности при перитоните включает

А) обеспечения адекватной легочной вентиляции и газообмена с проведением ранней ИВЛ;
Б) стабилизации кровообращения с восстановлением ОЦК, улучшением и поддержанием работы сердца;
В) адекватной антибактериальной терапии;
Г) нормализации микроциркуляции в органах и тканях;
Д) все перечисленное.

42. Неправильным является утверждение, что гемодилюция

А) улучшает реологические свойства крови;
Б) нормализует гемо динамику за счет увеличения ОЦП;
В) предупреждает аггрегацию эритроцитов;
Г) снижает концентрацию токсинов;
Д) повышает вязкость крови.

43. При форсированном диурезе не применяют

А) предварительную водную нагрузку;
Б) диуретики;
В) коррекцию электролитного баланса;
Г) коррекцию иммунитета;
Д) введение 1-1,5 литров белковых препаратов.

44. Форсированный диурез используется

А) при внеклеточной дегидратации;
Б) при застое в малом круге кровообращения;
В) при эндогенной интоксикации;
Г) при отеке легких н фоне нарушения гемоциркуляции;
Д) при АД ниже 80 мм рт.ст.

45. Ошибочным является утверждение, что квантовая гемотерапия (ЭУФОК)

А) улучшает реологические свойства крови;
Б) стимулирует процессы кроветворения;
В) оказывает иммунорегулирующий эффект;
Г) снижает фибринолитические свойства крови;
Д) оказывает бактерицидное действие.

46. При каловом перитоните выполняются следующие операции:

А) наложение колостомы, назоинтестинальное дренирование;
Б) гемиколэктомия с наложением еюнотрансверзоанастомоза;
В) резекция поврежденного участка ободочной кишки;

Г) ушивание поврежденного участка ободочной кишки, выведение еюностомы;
Д) все ответы правильные.

47. По клиническому течению перитониты делятся на:

А) аэробные и анаэробные;
Б) инфекционные и абактериальные;
В) острые и хронические;
Г) желчные, мочевые и каловые;
Д) серозные, фиброзные, гнойные и гнилостные.

48. По степени распространенности выделяют перитонит:

А) легкий, средний, тяжелый;
Б) осумкованный и генерализованный;
В) местный, общий;
Г) I стадию, II стадию, III стадию;
Д) предбрюшинный, внутрибрюшинный, забрюшинный

49. Для больных перитонитом характерно:

А) брадикардия;
Б) отсутствие боли в животе;
В) анизокория;
Г) повышение артериального давления;
Д) серо-землистый цвет лица.

50. Какая тактика хирурга должна быть при перитоните?

А) Выжидательная и плановая операция.
Б) Экстренная операция.
В) Консервативное лечение.
Г) Гипербарическая оксигенация и антибиотикотерапия.
Д) Гемосорбция и антибиотикотерапия.

51. Каковы особенности патогенеза перитонита?

1) Распространенность поражения.
2) Паралич желудочно-кишечного тракта.
3) Токсическое поражение внутренних органов.
4) Всасывание брюшиной бактериальных токсинов.
5) Всасывание из кишечника бактериальных токсинов.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 3, 4, 5; Б) 1, 3, 4; В) 1, 3, 5; Г) 2,3, 5; Д) все ответы верны.

52. Вовлечение брюшины в гнойный воспалительный процесс происходит при:

1) прямом переходе воспаления с серозного покрова органа;
2) проникающем ранении живота;
3) разрыве паренхиматозного органа брюшной полости;
4) несостоятельности швов анастомозов полых органов;
5) повышении проницаемости стенки кишки;
А) 1, 2, 3, 4; Б) 2, 3, 4, 5; В) 1, 2, 4, 5; Г) 3, 4, 5; Д) все ответы верны.

53. Что определяет прогноз при перитоните:

1) источник инфицирования;
2) распространенность процесса;
3) характер экссудата;
4) возраст больного;
5) время от начала заболевания.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 2, 3, 4, 5; Б) 1, 3, 4, 5; В) 3, 4, 5; Г) 2, 3, 4; Д) все ответы верны.

54. Распространенным считается перитонит, если воспалительный процесс распространен в анатомических областях:

1) в одной;
2) в трех;
3) в четырех;
4) в пяти и более.
Выберите правильную комбинацию ответов;
А) 1, 2; Б) 1, 2, 3; В) 3, 4; Г) 2, 3, 4; Д) все ответы верны.

55. Симптомами распространенного гнойного перитонита в 1-е сутки заболевания являются:

1) частый слабый пульс;
2) напряжение мышц брюшной стенки;
3) вздутие живота;
4) скопление жидкости в отлогих местах живота;
5) высокая температура.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 3, 4; Б) 2, 4, 5; В) 2, 3, 4, 5; Д) все ответы верны.

56. К клиническим проявлениям токсической фазы перитонита, начиная со 2-х суток заболевания, относятся:

1) вздутие живота;
2) падение АД;
3) частый слабый пульс;
4) рвота, жажда;
5) одышка;
6) отсутствие перистальтических кишечных шумов.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 4, 5; Б) 2, 3, 4, 6; В) 1, 2, 5, 6; Г) 2, 4, 5, 6; Д) все ответы верны.

57. Противопоказаниями для экстренной операции по поводу перитонита являются:

1) свежий инфаркт миокарда;
2) тяжелый травматический шок при сочетанной травме;
3) агональное состояние больного;
4) послеоперационный перитонит;
5) нет противопоказаний.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 2, 3; Б) 3, 4; В) 2, 3; Г) 1, 3; Д) 5.

58. Лечение при распространенном перитоните обязательно предусматривает:

1) устранение источника перитонита;
2) санацию и дренирование брюшной полости;
3) коррекцию водно-электролитных нарушений;
4) антибактериальную терапию;
5) дезинтоксикационную терапию.
Выберите правильную комбинацию ответов:
А) 1, 3, 5; Б) 3, 4, 5; В) 3, 4; Г) 1, 2, 3, 4; Д) все ответы верны.

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

А) перфорации дивертикула Меккеля;
Б) деструктивного аппендицита;
В) стеноза большого дуоденального соска;
Г) рихтеровского ущемления грыжи;
Д) острой кишечной непроходимости.

60. Для поздней стадии перитонита характерно все, кроме:

А) вздутия живота;
Б) гиповолемии;
В) исчезновения кишечных шумов;
Г) гипопротеинемии;
Д) усиленной перистальтики.

61. Как устанавливается диагноз общего перитонита до операции?

А) Рентгенологически.
Б) Анамнестически.
В) Лабораторным определением признаков воспалительной реакции.
Г) По клиническим признакам.
Д) По уровню секреции желудочного сока.

62. Среди осложнений острого перитонита встречаются: шок, сепсис, шоковое легкое, пневмония. Что еще Вы можете отнести к характерным осложнениям?

А) Печеночно-почечная недостаточность.
Б) Гиперкоагуляция.
В) Диспротеинемия.
Г) Острое расширение желудка.
Д) Тромбэмболия легочной артерии.

63. Какие стадии развития перитонита Вы знаете?

1) Реактивная.
2) Функциональная недостаточность паренхиматозных органов.
3) Терминальная.
4) Токсическая.
5) Необратимых изменений.
Выберите правильное сочетание ответов:

А) 1, 2, 4; Б) 2, 3, 4, 5; В) 1, 3, 4; Г) 2, 3, 4; Д) 2, 3, 5.

64. Укажите дополнительный метод лечения острого гнойного перитонита, наиболее часто применяемый в послеоперационном периоде:

А) дренирование грудного лимфатического протока с лимфосорбцией.
Б) гемосорбция.
В) внутривенный форсированный диурез.
Г) эндолимфатическое введение антибиотиков.
Д) локальная внутрижелудочная гипотермия.

65. У больного 70 лет с недостаточностью кровообращения II-III степени имеется картина разлитого перитонита 5-суточной давности. Какова лечебная тактика?

А) Срочная операция после 24-часовой подготовки.
Б) Экстренная операция после введения сердечных средств.
В) Экстренная операция после кратковременной 2-3-часовой инфузионной терапии.
Г) Операция после полной ликвидации дефицита компонентов ОЦК, электролитов, белка.
Д) Экстренная операция немедленно после установления диагноза.

66. Какой оптимальный путь введения антибиотиков у больных с разлитым перитонитом в послеоперационном периоде?

1) Подкожно.
2) Внутримышечно.
3) Внутривенно.
4) Внутриартериально.
5) Внутрибрюшинно.
Выберите правильное сочетание ответов
А) 1, 2, 3, 4; Б) 2, 3, 4; В) 1, 3, 4, 5; Г) 1, 4, 5; Д) 2, 3, 4, 5.

ОТВЕТЫ

№		№		№		№		№		№	
1	Д	13	В	25	Д	37	Д	49	Д	61	Г
2	В	14	Д	26	В	38	Д	50	Б	62	А
3	Д	15	А	27	Б	39	Б	51	Д	63	В
4	Г	16	В	28	Д	40	Д	52	Б	64	В
5	Г	17	В	29	Д	41	Д	53	Д	65	В
6	Б	18	Г	30	В	42	Д	54	Г	66	Д
7	А	19	А	31	Г	43	Г	55	Д		
8	Д	20	Г	32	Д	44	В	56	Д		
9	Г	21	Б	33	А	45	Г	57	В		
10	Г	22	Д	34	А	46	А	58	Д		
11	Д	23	Б	35	А	47	В	59	В		
12	Д	24	А	36	В	48	В	60	Д		

Тестовый контроль по теме: «Хирургическое лечение пороков сердца, ИБС и нарушений ритма. Симптоматические гипертонии.»

1. Все следующие являются факторами риска в отношении развития сердечно-сосудистой патологии, за исключением:

A. Гипертензии
B. Высокого уровия HDL-холестерола (фракция холестерола высокой плотности)
C. Возраста
D. Мужского пола
E. Сахарного диабета

2. Атеросклеротические поражения реже всего локализуются в:

A. Абдоминальной аорте
B. Интрамуральных коронарных артериях
C. Артериях голени
D. Мозговых артериях
E. Наружной сонной артерии

3. Эхокардиография может оказаться полезной при выявлении:

A. Митральной регургитации
B. Лсвожелудочковой гипертрофии
C. Стеноза аорты
D. Локализации обструкции коронарной артерии
E. Миксомы левого желудочка

4. Все следующие утверждения о допплер- эхокардиографии верны:

A. Поток крови, удаляющийся от транедуцера, продуцирует звук уменьшающейся частоты в отраженной волне
B. Длинноволновая допплер-кардиография обеспечивает превосходную пространственную разрешающую способность
C. Данный метод полезен для распознавания сообщений через желудочковые или предсердные перегородки
D. Пульсационное допплеровское исследование ограничено возможностями разрешающей способности по отношению к скорости потока
E. Систолическое давление в легочной артерии может быть оценено путем определения систолического градиента в области трикуспидального клапана у пациента с трикуспидальной регургитацией

5. Все следующее об эхокардиографии верно, за исключением:

A. Контактная эхокардиография может использоваться для обнаружения право-левого внутрикардиального шунта
B. Скорость потока при допплеровском исследовании может быть определена с наибольшей точностью в том случае, если угол между потоком и излучателем прибора составляет более 20 градусов
C. Площадь митрального клапана при митральном стенозе может быть точно определена измерением времени, необходимого для достижения давлением, проникающим через митральный клапан, половины его максимума
D. Эхокардиография демонстрирует движение действующих сердечных структур E. Эхокардиография является методом выбора для обнаружения жидкости в перикарде

6. Все следующее о радионуклидной ангиографии верно, кроме:

A. Впервые выполненная процедура позволяет получить представление о правом и левом желудочке

B. Определение левожелудочковой фракции выброса не базируется на геометрических построениях
C. Впервые выполненное исследование позволяет точно изучить морфологию клапанов благодаря высокой пространственной разрешающей способности
D. Радионуклидная ангиография на фоне физической нагрузки может быть полезна для выявления заболеваний коронарных артерий
E. Данное исследование может быть полезно в процессе определения прогноза у пациентов, перенесших инфаркт

7. Какое из следующих врожденных заболеваний сердца приводит к незначительному риску септического эндокардита?

A. Функционирующий артериальный проток
B. Тетрада Фалл о
C. Подклапанный аортальный стеноз
D. Дефект межпредсердной перегородки
E. Дефект межжелудочковой перегородки

8. Наиболее значимым клиническим исследованием, позволяющим провести дифференциальную диагностику между незаращением овального окна (ostium secundum) межпредсердной перегородки от ostium primum дефекта, является:

A. Фиксированное расщепление II тона
B. Пальпируемое возвышение грудной стенки слева
C. Средне-диастолический шум внизу слева от грудины
D. Неполный блок левой ножки пучка Гисса
E. Отклонение электрической оси сердца влево

9. Что из следующего не является типичным для коарктации аорты?
A. Более часто встречается у мужчин
B. Часто сочетается с синдромом Турнера
C. Часто сочетается с аневризмами Вилизиева кольца
D. Часто сочетается с двухстворчатым аортальным клапаном
E. Увеличивает риск разрыва аорты в первом триместре беременности

10. Что неверно о функционирующем артериальном протоке?
A. Чаще встречается у женщин
B. Более часто встречается у новорожденных от матерей, перенесших краснуху в первом триместре
C. Более часто встречается у младенцев, матери которых перенесли токсоплазмоз в первом триместре
D. Чаще у недоношенных
E. Чаще у новорожденных в условиях высокогорья

11. Коронарная ангиография и ангиоскопия показывают, что нестабильная стенокардия обычно ассоциируется с острыми изменениями в атероматозных поражениях заинтересованных артерий. Какие из приведенных изменений атеросклеротических поражений наименее вероятны как причина стенокардии?

A. Разрыв эндотелия
B. Кровоизлияние в бляшку
C. Формирование тромба
D. Локальные простациклиновые влияния
E. Локальные тромбоксановые влияния

12. Вероятность трансформации стабильной стенокардии в нестабильную у конкретного пациента можно предсказать на основании какого из результатов ангиографии, приведенных ниже?

A. Степень стеноза - наиболее серьезное ангиографическое доказательство
B. Морфология стеноза, определенная ангиографически
C. Протяженность стеноза, выявляемая на ангиографии
D. Анатомическая локализация в определенной ветви коронарной артерии
E. Общее число найденных при исследовании стенозов

13. Признаками правожелудочковой недостаточности, вторичной по отношению к легочной гипертензии, являются все, кроме:

A. Увеличения давления в югулярных венах
B. Трикуспидальной регургитации
C. Рентгена грудной клетки, который демонстрирует увеличение границ вправо с увеличением тени легочной вены
D. Гипертрофии правого желудочка на ЭКГ
E. Периферических отеков и застойный печень

14. Диагностика первичной легочной гипертензии при пороках сердца включает следующие, за исключением:

A. Лабораторных серологических исследований системных заболеваний
B. Исследование легочной системы
C. Катетеризации левых и правых отделов сердца
D. Биопсии легких через торакотомию
E. Ангиографии легких

15. Все следующее о рестриктивной кардиомиопатии верно:

A. Систолическая дисфункция предшествует диастолической
B. Диастолическая дисфункция является первичной но отношению к систолической
C. Трудно выявить различия между рестриктивной кардиомиопатией и констриктивным перикардитом как клинически, так и путем исследования гемодинамики
D. Нередко появляются митральная регургитация и предсердная фибрилляция
E. Незначительно или вообще не возрастает конечно-диастолическое или конечно-систолическое напряжение как правого, так и левого желудочков

16. Все приведенные утверждения об анатомии коронарных сосудов верны, за исключением:

A. Правая коронарная артерия питает миокард правого желудочка
B. Задняя нисходящая артерия, питающая заднюю часть межжелудочковой перегородки, отходит от огибающей артерии, кровоснабжающей левую половину сердца в 85% случаев
C. Левая передняя нисходящая артерия питает переднюю часть левого желудочка, большую часть межжелудочковой перегородки и боковую стенку своей диагональной ветвью
D. Задняя левая желудочковая артерия правой коронарной артерии питает атриовентрикулярный узел в 90% случаев
E. Передние пучки левой ножки и правая ножка кровоснабжаются главным образом ветвями левой передней нисходящей артерии

17. Левожелудочковая аневризма, возникающая в результате инфаркта с Q-волной на кардиограмме, может быть распознана по следующему проявлению:

A. Застойной сердечной недостаточности
B. Повторных желудочковых аритмий
C. Повторных эмболиях
D. Персистирующего ST сегмента на протяжении 6 или более недель после инфаркта
E. Всех вышеперечисленных пунктов

18. Клинические исследования свидетельствуют, что медикаментозная или механическая реперфузия артерий, связанных с зоной инфаркта, должна приниматься в расчет и после 6 часов после начала атаки болей в груди. Вывод сделан на основании следующих фактов:

A. Улучшается коллатеральный кровоток из артерии, связанной с зоной инфаркта -HQ-
B. Уменьшаются поздние потенциалы во время записи усредненного сигнала ЭКГ
C. Улучшается репарация желудочка
D. Уменьшается вероятность формирования аневризмы желудочка
E. Всё вышеприведенное

19. В лечении больных с декомпенсированным легочным сердцем оправдано применение следующих методов и средств:

A. Инфузии растворов нитроглицерина
B. Блокаторов кальциевых каналов
C. Сердечных гликозидов антагонистов альдостерона
D. Кровопускания с последующим введением реополиглюкина
E. Антагонистов альдостерона

20. Какой из перечисленных рентгенологических признаков является общим для миокардита и экссудативного перикардита?

A. Кардиомегалия
B. Отсутствие дуг по контурам сердечной тени
C. Отсутствие застоя в легких
D. Преобладание поперечника сердца над длинником
E. Укорочение тени сосудистого пучка

21. Назовите показания к проведению пункции перикарда:

A. Тампонада сердца
B. Подозрение на гнойный процесс
C. Замедленное рассасывание экссудата
D. Диагностическая пункция
E. Всё вышеперечисленное

22. Решающее значение в дифференциальной диагностике между ишемической болезнью сердца и дилатационной кардиомиопатией имеет:

A. Возраст и пол больного
B. Высокий уровень липидов в плазме
C. Эхокардиография
D. Коронарография
E. Рентген грудной клетки

23. Для миокардита наиболее характерны жалобы на:

A. Боли в области сердца, сердцебиение, одышку
B. Боли в области сердца, сердцебиение, обмороки
C. Боли в области сердца, одышку, асцит
D. Боли в области сердца, головокружение, одышку
E. Боли в области сердца, температуру, сухой кашель

24. Назовите наиболее частую причину констриктивного перикардита:

A. Травма
B. Коллагеноз
C. Оперативное вмешательство на сердце
D. Туберкулез
E. Уремия

25. Укажите заболевание, с которым чаще всего приходится дифференцировать сухой перикардит:

A. Диафрагмальная грыжа
B. Острый панкреатит
C. Пептическая язва пищевода
D. Инфаркт миокарда
E. Миокардит

26. Какие аускультативные данные типичны для идиопатического гипертрофического аортального стеноза?

A. Усиление I тона на верхушке и диастолический шум
B. Ослабление I тона на верхушке, систолический шум по левому краю грудины и на верхушке
C. Ослабление I тона на верхушке и систолический шум над аортой
D. Нормальный I тон и отсутствие шумов над аортой
E. „Металлический" II тон над аортой и диастолический шум

27. Гипертензия при коаркгации аорты развивается вследствие:

A. Ишемии внутренних органов ниже места сужения
B. Тромбоза вен нижних конечностей
C. Недостаточности мозгового кровообращения
D. Присоединения атеросклероза магистральных артерий
E. Нарушения микроциркуляции в коронарных артериях

28. Основным гемолинамическим признаком коарктации грудного отдела аорты является:

A. Увеличение АД на нижних конечностей
B. Гипотензия при измерении АД на верхних конечностей
C. Брадикардия высоких градаций
D. Гипертензия выше и гипотензия ниже места сужения
E. Увеличение объема циркулирующей крови

29. Какие признаки характерны для констриктивного перикардита?

A. Снижение сердечного выброса

B. Наличие парадоксального пульса
C. Нормальные размеры сердца
D. Кальциноз перикарда
E. Всё вышеперечисленное

30. Клиническая картина открытого артериального протока характеризуется:

A. Одышка и усталость при физической нагрузки
B. Румяница
C. AD с большой разницы пульса на фоне низкого диастолическоro AD
D. Систолико-диастолический шум во П-Ш межреберье слева от грудины
E. Диастолический шум в III межреберье справа от грудины

31. Какие эхокардиографические признаки характерны для идиопатического гипертрофического субаортального стеноза?

A. Симметричная гипертрофия стенок левого желудочка
B. Переднее систолическое движение передней створки митрального клапана
C. Утолщение створок аортального клапана
D. Выпот в перикардиальную сумку
E. Утолщение перикарда

32. При каких заболеваниях чаще всего встречается мерцательная аритмия?
A. Гипертрофическая кардиомиопатия
B. Митральный стеноз
C. Тиреотоксикоз
D. Миокардит
E. Коарктация аорты

33. Какое исследование вы проведете в первую очередь при подозрении на экссудативный перикардит?

A. Пункцию перикарда
B. Измерение центрального венозного давления
C. Рентгенографию грудной клетки
D. Фонокардиографию
E. Электрокардиографию

34. Какие из перечисленных признаков наиболее характерны для сердечной недостаточности, обусловленной экссудативным перикардитом?

A. Кардиомегалия
B. Характерная поза с наклоном тела вперед или коленолоктевое положение
C. Отсутствие шумов в сердце
D. Асцит, отеки
E. Грубый диастолический шум

35. Для недостаточности аортального клапана характерна следующая форма шума на фонокардиографии:

A. Диастолический шум имеет неубывающий характер
B. Диастолический шум имеет лентовидный характер
C. Диастолический шум имеет ромбовидный характер
D. Систолический шум

E. Систолический и диастолический шум

36. Открытый артериальный проток (ОАП), выберите правильный ответ:

A. ОАП соединяет дугу аорты с легочной артерией
B. ОАП соединяет восходящую аорту с легочной артерией
C. В начальном периоде ОАП кислородное насыщение крови в малом круге кровообращения повышено
D. В начальном периоде легочной гипертензии происходит гипертрофия миофибрилл артериол
E. В четвертой фазе легочной гипертензии происходит изменение направления тока крови через ОАП

37. Открытый артериальный проток (ОАП), выберите правильный ответ:

A. После рождения в случае ОАП давление крови в легочной артерии выше, чем в аорте
B. Для ОАП в начальной стадии характерен систоло-диастолический шум при циркуляции крови в одном направлении
C. ОАП может перейти из белого порока в синий
D. У больных с ОАП в начальной стадии заболевания имеет место легочная гиперволемия
E. При ОАП, нелеченном хирургически, самые тяжелые изменения наступают, в первую очередь, в малом круге кровообращения

38. Открытый артериальный проток (ОАП), выберите правильный ответ:

A. Окклюзию ОАП можно произвести без торакотомии
B. Операция на ОАП производится через торакотомию с дотированием ОАП
C. Операция при ОАП может заключаться в рассечении и перевязке аортального и легочного концов ОАП
D. При устранении ОАП чаще всего может быть поврежден n. vagus
E. При устранении ОАП чаще всего может быть поврежден 1 n.recurent

39. Дефект межжелудочковой перегородки (ДМЖП), выберите правильный ответ:

A. При ДМЖП систолический шум распространяется на всю поверхность грудной клетки
B. Порок из белого может перейти в синий
C. Паллиативная операция может быть произведена ребенку только после достижения возраста одного года
D. Паллиативная операция может быть произведена в первые три месяца жизни
E. Операция, произведенная в цианотической стадии, неэффективна

40. Дефект межпредсердной перегородки (ДМПП), выберите правильный ответ:

A. При пластике дефекта перегородки применяется непрерывный шов
B. При пластике дефекта перегородки применяется узловой шов
C. ЭКГ регистрирует признаки перегрузки только правых отделов сердца
D. Левый желудочек остается недогруженным
E. Морфологические изменения в малом круге кровообращения развиваются постепенно

41. СМ. Констриктивный перикардит, выберите правильный ответ:

A. Малый круг кровообращения вовлекается в процесс в результате сдавления легочных вен
B. Печень относительно рано увеличивается в результате сдавления нижней полой вены и левого предсердия
C. Операция заключается в тотальной перикардэктомии
D. Операция заключается в субтотальной перикардэктомии

E. После перикардэктомии сердце оставляется оголенным

42. СМ. Недостаточность трехстворчатого клапана. Выберите правильный ответ:

A. Выраженная пульсация v.jugularis
B. Выраженная пульсация a.carotis
C. В печени, в результате венозного застоя, развивается цирроз
D. Появляются периферические отеки
E. Порок может быть исправлен протезированием клапана, уменьшением фиброзного кольца, пластикой створок

43. Коарктация аорты. Выберите правильный ответ:

A. Сужение аорты находится после отхождения a.brahiocefalica
B. Сужение аорты находится дистальнее a.subclavia левая
C. Кровь поступает в нижнюю часть тела через расширенную подключичную артерию
D. В бедренных артериях давление снижено
E. При коарктации аорты пластика состоит в иссечении суженного сегмента с ушиванием конец в конец либо в шунтировании сосудистыми протезами

44. Изолированный стеноз легочной артерии (ИСЛА), выберите правильный ответ:

A. ИСЛА может быть клапанным либо субклапанным
B. При ИСЛА ствол легочной артерии расширен
C. При ИСЛА давление в малом круге кровообращения рефлекторно увеличивается
D. При ИСЛА второй тон над легочной артерией снижен
E. Операция состоит в открытой комиссуротомии, иссечение мышечного избытка, использование лоскута из синтетического материала

45. Тетрада Фалло, выберите правильный ответ:

A. Характерен выраженный цианоз
B. Встречаются формы, которые периодически становятся ацианотическими (в покое)
C. Часто ассоциируются с обмороками
D. Минутный объем в малом круге уменьшен
E. Левое предсердие перегружено

46. Хирургическое лечение при тетраде Фалло, выберите правильный ответ:

A. Радикальная операция подразумевает дилатацию легочной артерии, пластику дефекта перегородки со смещением аорты к левому желудочку
B. Паллиативные операции являются более эффективными в возрасте до трех лет
C. Наиболее часто при паллиативных операциях накладывается анастомоз подключичная артерия-правая ветвь легочной артерии
D. При тетраде Фалло снижено количество эритроцитов
E. На ЭКГ преобладают признаки перегрузки правого желудочка

47. Диагностические особенности тампонады сердца включают следующие признаки:

A. Повышенное венозное давление
B. Шок
C. Снижение сердечного выброса
D. Увеличение диастолического наполнения сердца
E. Уменьшенное артериальное давление

48. Важная находка на рентгенограммах груди при хроническом сдавливающем перикардите:

A. Малое сердце
B. Дислокация правых бронхов
C. Усиленный рисунок корней легких
D. Обызвествление перикарда
E. Высоко расположенный купол диафрагмы

49. Какие больные с тетрадой Фалло подлежат хирургической коррекции?

A. Все больные
B. Больные с гипертрофией правого желудочка
C. Больные с преобладанием стеноза легочной артерии
D. Больные без цианоза
E. Только больные после 15 лет

50. Наиболее частым врожденным пороком сердца является:

A. Дефект межжелудочковой перегородки
B. Дефект межпредсердной перегородки
C. Открытый артериальный проток
D. Транспозиция больших сосудов
E. Тетрада Фалло

51. Слабый пульс на лучевых артериях характерен для:

A. Стенозы аортального клапана
B. Коарктации аорты
C. Открытого артериального протока
D. Митрального стеноза
E. Тетрады Фалло

52. Аневризма восходящей аорты может быть обусловлена следующими причинами:

A. Синдром Марфана
B. Травма
C. Сифилис
D. Атеросклероз
E. Кистозный некроз средней оболочки Эрдхейма

53. Расслаивающая аневризма грудной аорты чаще всего вызывается:

A. Атеросклерозом
B. Сифилисом;
C. Дегенерацией средней оболочки
D. Травмой
E. Коарктацией аорты

54. Митральный стеноз приводит к следующим нарушениям:

A. Уменьшение сердечного выброса

B. Фибрилляция предсердий
C. Системная эмболизация
D. Увеличение периферического сопротивления
E. Отек легких

55. Показания к коронарному шунтированию включают:

A. Тяжелую стенокардию, не отвечающую медикаментозной терапии
B. Прогрессирующую стенокардию
C. Инфаркт в анамнезе и коронарную болезнь
D. Инфаркт в анамнезе и солитарное сосудистое поражение
E. Аневризму левого желудочка сердца

56. Хирургическое лечение при аортальном стенозе показано:

A. Когда градиент давления через клапаны больше 50 мм рт.ст.:
B. Когда стенозу сопутствует стенокардия
C. Когда имеются сопутствующие пороки сердца
D. У всех больных
E. Все ответы неправильные

ОТВЕТЫ

1 B; 2B; 3 ABCE; 4 ACDE; 5 B; 6 C; 7 D; 8 E; 9 E; 10 C; 11 D; 12 B; 13 C; 14 BCDE; 15 BCDE; 16 B; 17 E; 18 E; 19 ABCE; 20 A; 21 E; 22 D; 23 A; 24 D; 25 D; 26 B; 27 A; 28 D; 29 E; 30 D; 31 B; 32 BC; 33 C; 34 B; 35 A; 36 ACDE; 37 ACDE 38 ABCE; 39 ABDE; 40 ABDE; 41 ABCE; 42 ACDE; 43 ABDE; 44 ABDE; 45 ABCD; 46 ABCE; 47 ABCE; 48 D; 49 A; 50 A; 51 A; 52 ACDE; 53 C; 54 ABCE; 55 ABCE; 56 ABC.

Тестовый контроль по теме: «Гнойные заболевания кисти и мягких тканей.»

001. К условиям, благоприятствующим развитию гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме

а) наличия целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых
б) проникновения нескольких видов микробов-синергистов
в) дефектов кожи или слизистых
г) наличия в зоне травмы размозженных тканей
д) проникновения микробов повышенной вирулентности

002. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным, кроме

а) артериальной гиперемии
б) венозного стаза
в) появления болей
г) местного повышения температуры
д) потери чувствительности

003. Фурункул, как правило, вызывается

а) стрептококком
б) стафилококком
в) гонококком

г) синегнойной палочкой
д) протеем

004. Лечение фурункула включает все перечисленное, кроме
а) протирания окружающей кожи 70° спиртом
б) при наличии некроза – выдавливание и повязка с гипертоническим раствором поваренной соли
в) обкладывания пенициллином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата
г) сульфаниламидных препаратов внутрь
д) ультрафиолетового облучения

005. При карбункуле шеи показано все перечисленное, кроме
а) согревающего компресса с мазью Вишневского
б) антибиотиков внутримышечно
в) сульфаниламидных препаратов внутрь
г) витаминотерапии
д) ультрафиолетового облучения

006. Возбудителем гидраденита чаще всего является
а) стрептококк
б) протей
в) стафилококк
г) синегнойная палочка
д) кишечная палочка

007. Гидраденит чаще всего локализуется
а) в подмышечной впадине
б) в генитальной и перианальной области
в) в области пупка
г) в области ягодичной складки
д) правильно а) и б)

008. При наличии гидраденита применяют все перечисленное, за исключением
а) антибиотиков
б) обработки кожи в области поражения 2% борным спиртом
в) рентгенотерапии
г) гемотрансфузии
д) иммунотерапии

009. Абсцесс от инфильтрата отличается наличием
а) боли
б) гипертермии
в) флюктуации
г) гиперемии кожи
д) лейкоцитоза со сдвигом лейкоцитарной формулы влево

010. Эризипелоид отличается от рожи
а) локализацией
б) наличием зуда
в) нарушением функции органа
г) отсутствием гипертермии и локальной болезненности
д) правильно б) и г)

011. В начальной серозной стадии острого мастита не применяются

а) разрез
б) предупреждение застоя молока
в) антибактериальная терапия
г) ультразвуковая терапия
д) ретромаммарная пенициллиноновокаиновая блокада

012. Различают все перечисленные виды панарициев, кроме

а) кожного
б) подкожного
в) сухожильного
г) костного
д) ладонного

013. Осложнением подкожного панариция 3-го пальца левой кисти может быть все перечисленное, кроме

а) сухожильного панариция
б) костного панариция
в) суставного панариция
г) флегмоны кисти
д) флегмоны предплечья

014. Опасностью подкожного панариция 2-й фаланги мизинца может быть все перечисленное, кроме

а) развития тендовагинита
б) некроза сухожилия сгибателя пальца
в) развития флегмоны предплечья
г) развития флегмоны плеча
д) жировой эмболии сосудов легких

015. В этиологии парапроктита характерно проникновение инфекции в параректальную клетчатку всеми перечисленными путями, кроме

а) трещины заднего прохода
б) воспаленных геморроидальных узлов
в) бытового пути
г) повреждения слизистой оболочки прямой кишки
д) расчесов в области заднего прохода

016. Для седалищно-ректальных абсцессов характерны все перечисленные симптомы, кроме

а) пульсирующих болей
б) высокой температуры
в) кровяных выделений из прямой кишки
г) озноба
д) отека и гиперемии кожи в области промежности

017. При остром гнойном парапроктите показано все перечисленное, за исключением

а) жидкой диеты
б) настойки опия
в) антибиотикотерапии
г) местного применения кристаллов салициловой кислоты
д) вскрытия гнойника

018. Наиболее тяжелые формы гнойного артрита вызываются

а) стафилококком
б) пневмококком
в) протеем
г) синегнойной палочкой
д) гемолитическим стрептококком

019. При лечении фурункула в первой фазе воспаления применяют все перечисленное, кроме

а) обкладывания фурункула раствором антибиотика, растворенного на новокаине
б) физиолечения токами УВЧ
в) вскрытия очага воспаления
г) высококалорийного питания
д) иммунокорригирующей терапии

020. При фурункуле лица с высокой температурой применяется

а) строгий постельный режим
б) широкое раскрытие гнойного очага
в) прием пищи в жидком состоянии
г) инфузионная дезинтоксикационная терапия
д) правильно а) и в)

021. При карбункуле лечение в поликлинике включает

а) антибактериальную терапию
б) обкалывание очага воспаления антибиотиком
в) госпитализацию больного
г) операцию - вскрытие гнойника
д) срочный анализ крови

022. Сетчатый лимфангиит отличается от рожи

а) поражением всех слоев кожи
б) поражением в основном слизистой оболочки
в) локализацией инфекции в сосочковом слое кожи
г) отсутствием гиперемии кожи
д) отсутствием повышения температуры тела

023. Для гнойного тендовагинита 4-го пальца кисти не характерны

а) резкая болезненность по ходу ладонной поверхности кисти
б) повышение температуры
в) отек тыла кисти
г) болезненность в области шиловидного отростка луча
д) фиксированное положение пальцев в положении легкого сгибания

024. Надапоневротическая флегмона ладони характеризуется всем перечисленным, кроме

а) небольшого отека тыла кисти
б) болезненности при пальпации ладонной поверхности
в) флюктуации
г) резкого ограничения подвижности средних пальцев

025. К осложнениям при оперативном лечении гнойного паротита относится

а) формирование свища
б) развитие флегмоны шеи
в) развитие остеомиелита нижней челюсти

г) парез ветвей лицевого нерва
д) парез ветвей тройничного нерва

026. Наиболее опасными осложнениями глубокой флегмоны шеи являются все перечисленные, кроме
а) гнойного медиастенита
б) гнойного менингита
в) сдавления дыхательных путей
г) прорыва гноя в пищевод
д) сепсиса

027. После установления диагноза острого гнойного медиастенита в первую очередь необходимы
а) массивная антибиотикотерапия
б) иммунотерапия
в) дезинтоксикационная терапия
г) хирургическое лечение
д) гемотрансфузия

028. При вскрытии гнойника пространства Пирогова глубина разреза распространяется до
а) подкожной клетчатки
б) поверхностной фасции предплечья
в) квадратного пронатора
г) поверхностного сгибателя пальцев
д) глубокого сгибателя пальцев

029. Для карбункула верхней губы характерным осложнением является
а) сепсис
б) некроз кожи
в) тромбоз мозговых синусов
г) остеомиелит верхней челюсти
д) тромбоз сонной артерии

030. Основным отличием эризипелоида от панариция является
а) отсутствие гипертермии
б) наличие гиперемии кожи и отека пальца
в) отсутствие локальной болезненности
г) выраженный зуд в области припухлости
д) правильно в) и г)

031. При рецидивирующей роже нижних конечностей наиболее частое осложнение
а) остеомиелит
б) тромбофлебит
в) периостит
г) лимфостаз
д) сепсис

032. При гнилостном парапроктите целесообразно применение
а) клафорана
б) гентамицина
в) вибрамицина

г) метроджила и клиндамицина
д) любого из перечисленных антибиотиков

033. Ранней хирургической обработкой раны называется обработка
а) в первые 6 часов после травмы
б) спустя 12 часов после травмы
в) до 18 часов после травмы
г) через 24-36 часов после травмы

034. Отсроченная хирургическая обработка инфицированной раны - это обработка ее в период
а) спустя 6 часов после травмы
б) до 18 часов после травмы
в) 18-24 часа после травмы
г) 24-48 часов после травмы
д) спустя 48 часов после травмы

035. Поздняя хирургическая обработка инфицированной раны -это обработка ее после ранения в сроки
а) 18-24 часа после травмы
б) 24-36 часов после травмы
в) 36-48 часов после травмы
г) 48-72 часа после травмы
д) позже 72 часов после травмы

036. Главными отрицательными сторонами "консервативного" (тампонного) метода лечения гнойной раны является
а) недостаточное раскрытие и дренирование гнойной раны
б) недостаточное антимикробное воздействие на рану
в) невозможность ограничить распространение гнойной инфекции
г) длительность сроков лечения и плохие функциональные результаты лечения

037. В структуре хирургической инфекции последних лет характерно превалирование
а) грамотрицательной микрофлоры
б) грамположительной микрофлоры
в) существенного различия нет

038. Внутригоспитальная инфекция - это в основном
а) грамотрицательная микрофлора
б) грамположительная микрофлора
в) и та, и другая

039. Тактика лечения "чистой" и "гнойной" раны
а) не имеет принципиального различия
б) имеет принципиальное различие

040. Фазовое течение раневого процесса в "чистых" и "гнойных" ранах
а) имеет качественное различие
б) имеет количественное различие
в) и то, и другое
г) ни то, ни другое

041. Клиника заживления наиболее ярко выражена при наложении на гнойную рану после хирургической обработки

а) первичных швов
б) вторичных швов
в) существенной разницы не определяется

042. Развитие осложнений в зашитой гнойной ране наиболее вероятно

а) в первой фазе заживления
б) во второй фазе заживления
в) в третьей фазе заживления
г) в любой из перечисленных

043. Заживление раны вторичным натяжением - это

а) заживление через нагноение
б) заживление через грануляции
в) заживление по струпом
г) все перечисленное

044. Эпителизация краев раны, заживающей вторичным натяжением, начинается

а) в первой фазе заживления
б) во второй фазе заживления
в) в третьей фазе заживления

045. Лечение раны в первой фазе заживления включает

а) противовоспалительную терапию
б) стимулирование роста грануляций
в) стимулирование процессов очищения раны, создание покоя ране
г) адаптация краев раны
д) правильно а) и в)

046. При заживлении раны вторичным натяжением целесообразным во второй фазе является

а) противовоспалительное лечение
б) стимулирование роста грануляций
в) стимулирование процессов очищения раны
г) создание покоя ране и адаптация краев раны
д) кожная пластика раневой поверхности

047. Активное дренирование гнойной раны - это

а) отток гноя по дренажной трубке по силе тяжести
б) отток гноя по капиллярному дренажу
в) длительное промывание раны через дренажную трубку
г) длительное дренирование раны с постоянной вакуумаспирацией
д) правильно в) и г)

048. Госпитальная инфекция за последние годы

а) не наблюдается
б) наблюдается редко
в) наблюдается часто
г) имеет тенденцию к учащению
д) правильно в) и г)

049. Главным возбудителем госпитальной инфекции является

а) стафилококк
б) грамотрицательная флора
в) анаэробные микроорганизмы
г) стрептококк

050. Длительное применение антибиотиков с профилактической целью влияет на число больных с госпитальной инфекцией

а) значительно уменьшая их число
б) незначительно уменьшая их число
в) не уменьшая

051. Нежелательные последствия длительного применения антибиотиков можно объяснить

а) ослаблением организма
б) созданием устойчивой к антибиотикам флоры
в) и то, и другое

052. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в дооперационном периоде являются

а) сахарный диабет
б) предшествующие инфекционные заболевания
в) ожирение
г) авитаминоз
д) правильно а) и б)

053. Факторами риска в период наркоза и проведения операции, способствующими развитию госпитальной инфекции, являются

а) кровопотери
б) ухудшение микроциркуляции крови
в) травматичность операции
г) все перечисленное

054. Факторами риска, способствующими появлению госпитальной инфекции в раннем послеоперационном периоде, являются

а) гипоксия
б) невосполненная кровопотеря
в) раннее вставание
г) правильно а) и б)
д) все перечисленное

055. Развитие госпитальной инфекции особенно опасно в возрасте

а) до 9 лет
б) от 25 до 40 лет
в) старше 60 лет
г) правильно а) и в)
д) правильно а) и б)

056. Применение стероидных гормонов

а) способствует развитию госпитальной инфекции
б) уменьшает развитие госпитальной инфекции
в) не влияет на развитие госпитальной инфекции
г) закономерности не отмечается

057. Нормализации раневого процесса при сахарном диабете способствует

а) применение антибиотиков
б) раннее вставание
в) сосудорасширяющие препараты
г) рациональная инсулинотерапия

058. Гнойные осложнения чаще возникают при следующих доступах к органам грудной полости

а) в 3-м межреберье
б) в 8-м межреберье
в) при стернотомии
г) четкой зависимости не отмечается

059. Частота госпитальной инфекции объясняется

а) ростом контингента больных пожилого и старшего возраста
б) масштабностью современных хирургических вмешательств
в) обширной лекарственной терапией, применяемой до операции
г) всеми перечисленными причинами

060. Наиболее частым проявлением госпитальной инфекции в послеоперационном периоде является

а) плохой аппетит
б) гипотония
в) нагноение раны
г) все перечисленные причины

061. Рана с поздно возникающими, вялыми, бледными, легко ранимыми грануляциями, характерна

а) при инфекции синегнойной палочки
б) при стафилококковой инфекции
в) при той, и при другой
г) ни при той, ни при другой

062. Больному сахарным диабетом, получающему инсулин, при лечении гнойной раны

а) показано применение протеолитических ферментов (трипсина, химотрипсина)
б) не показано применение ферментов
в) применение фермента решается индивидуально

063. Наложение вторичных швов на раны у больных сахарным диабетом допустимо с учетом всего перечисленного, кроме

а) тяжести сахарного диабета
б) характера грануляций
в) постельного режима больного
г) наличия в ране микрофлоры

064. В комплекс мероприятий по профилактике госпитальной инфекции включается

а) воздействие на больного, как на источник экзогенной инфекции
б) воздействие на окружающего больного предметы (источники экзогенной инфекции)
в) атравматическая операция
г) все перечисленное

065. Для экстренной специфической профилактики госпитальной инфекции применяются

а) антистафилококковый иммуноглобулин

б) антистафилококковая плазма
в) стафилококковый адсорбированный анатоксин
г) все перечисленное

066. Операцию артротомии при гнойном артрите производят
а) при обширном разрушении суставных концов костей
б) при многократных повторных пункциях сустава, не дающих стойкого эффекта
в) при наличии гноя в полости сустава
г) при разрушении связочного аппарата сустава
д) при резко выраженном болевом синдроме

067. В лечении острого гнойного артрита применяется все перечисленное, за исключением
а) антибактериальной терапии
б) повторных пункций сустава
в) гемотрансфузии
г) оксибаротерапии

068. К характерным местным симптомам туберкулеза суставов относятся все перечисленные, исключая
а) боли
б) нарушения функции сустава
в) деформацию сустава
г) выраженную гиперемию кожи
д) прогрессирующую мышечную атрофию конечностей

069. Столбняк - это заболевание, которое не начинается обычно
а) с головных болей
б) с раздражительности
в) с обильной потливости
г) с клонических судорог
д) с болей в области раны

070. Ярко выраженная картина столбняка обычно протекает со всеми следующими характерными симптомами, кроме
а) распространенных судорог мышц туловища и конечностей
б) повышения температуры тела до 42°С
в) отсутствия сознания
г) резко выраженной тахикардии
д) задержки мочеиспускания

071. Основные клинические признаки острой фазы столбняка (верно все, кроме одного)
а) тяжелое общее состояние больного, связанное с интоксикацией
б) наличие у больного сардонической улыбки
в) резкая возбудимость поперечно-полосатой мускулатуры
г) вялые параличи мышц ниже места поражения в связи с избирательным воздействием столбнячного токсина на нервную ткань
д) задержка мочи

072. Профилактическое введение противостолбнячной сыворотки необходимо во всех перечисленных случаях, кроме
а) ушибленной раны головы
б) термического ожога бедра 2-й степени

в) острого гангренозного аппендицита
г) открытого перелома плеча
д) закрытого перелома голени

073. При лечении столбняка применяется все перечисленное, кроме
а) противостолбнячной сыворотки
б) столбнячного анатоксина
в) мышечных релаксантов
г) хлоралгидрата
д) нейролептиков

074. В ранней стадии гематогенного остеомиелита показаны все перечисленные мероприятия, за исключением
а) экстренной операции
б) введения антибиотиков
в) переливания крови
г) введения витаминов
д) создания функционального покоя пораженной области

075. При остром гнойном остеомиелите возможны все перечисленные виды оперативного вмешательства, кроме
а) вскрытия флегмоны
б) рассечения надкостницы
в) трепанации костно-мозговой полости
г) секвестрэктомии
д) костно-пластической ампутации

076. Чаще всего гематогенный остеомиелит локализуется
а) в плечевой кости
б) в костях предплечья
в) в бедренной и большеберцовой кости
г) в костях черепа
д) в грудине

077. К предрасполагающим факторам развития гематогенного остеомиелита относятся
а) травма кости
б) общее или местное охлаждение
в) перенесенные инфекции
г) наличие гнойно-воспалительного процесса
д) авитаминоз

078. В случаях, когда экссудат в кости не превращается в гной и воспалительный процесс останавливается в стадии серозного процесса, возможно развитие
а) абсцесса Броди
б) остеомиелита Оллье
в) остеомиелита Гарра
г) всех перечисленных форм

079. Важнейшими симптомами острого гематогенного остеомиелита являются (верно все, кроме одного)
а) гипертермия до 39°С
б) лейкоцитоз
в) головная боль
г) нарушение функции конечности

д) сильная боль в пораженной конечности

080. Наиболее точно зону поражения кости удается определить

а) рентгенологическими исследованиями
б) с помощью фистулографии
в) компьютерной томографией
г) методами радиоактивного скенирования с применением радиоактивного технеция
д) правильно в) и г)

081. В начальной стадии гематогенного остеомиелита показано все перечисленное, за исключением

а) экстренной операции
б) переливания крови
в) антибактериальной терапии
г) стимуляции иммунозащитных сил организма
д) иммобилизации конечности

082. Первичный очаг воспаления при остром гематогенном остеомиелите чаще локализуется

а) в эпифизе
б) в метафизе
в) в диафизе
г) во всех отделах кости

083. Наиболее часто при остром гематогенном остеомиелите поражается

а) нижний метафиз бедра
б) верхний метафиз бедра
в) нижний метафиз голени
г) верхний метафиз голени
д) правильно а) и г)

084. Клинический острый гематогенный остеомиелит проявляется

а) повышением артериального давления
б) повышением температуры тела
в) головокружением
г) болезненностью в зоне поражения кости
д) правильно б) и г)

085. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются

а) лейкоцитоз
б) лимфоцитоз
в) нейтрофилия
г) моноцитоз
д) правильно а) и в)

086. Характерными лабораторными изменениями при остром гематогенном остеомиелите являются все перечисленные, за исключением

а) анемии
б) лейкоцитоза
в) ускоренной СОЭ
г) замедленной СОЭ
д) гипоальбуминемии

087. Ранние рентгенологические признаки в виде линейных просветлений в субэпифизарной зоне при остром гематогенном остеомиелите появляются

а) на 5-6 день заболевания
б) на 7-10 день заболевания
в) на 11-14 день заболевания
г) на 15-18 день заболевания
д) в более поздние сроки

088. Рентгенологические проявления в виде остеопороза кости при остром гематогенном остеомиелите наблюдаются

а) через 5-7 дней от начала заболевания
б) через 8-12 дней от начала заболевания
в) через 2-3 недели от начала заболевания
г) через 4-5 недель от начала заболевания
д) через 6-7 недель от начала заболевания

089. В первые дни возникновения острого гематогенного остеомиелита показаны

а) мазевые повязки
б) массивная антибиотикотерапия
в) десенсибилизирующая терапия
г) физиолечение
д) правильно б) и в)

090. При остром гематогенном остеомиелите с формированием поднадкостничного абсцесса показано следующее оперативное лечение

а) поднадкостничная пункция абсцесса и установление промывных дренажей
б) вскрытие поднадкостничного абсцесса и дренирование раны
в) вскрытие поднадкостничного абсцесса, внутрикостное введение антибиотиков, остеотомия, установление промывных дренажей
г) вскрытие поднадкостничного абсцесса, широкая остеотомия, тампонирование костной полости

091. При остром гематогенном остеомиелите с формированием подкожной флегмоны показано

а) вскрытие флегмоны и дренирование ее
б) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование костной полости и межмышечных пространств
в) вскрытие флегмоны, остеотомия, тампонирование раны
г) вскрытие флегмоны, остеотомия, дренирование ран, внутрикостное введение антибиотиков

092. При остром гематогенном остеомиелите возможны все следующие осложнения, кроме

а) патологических переломов костей
б) сепсиса
в) межмышечных флегмон
г) гнойного артрита
д) вывиха в суставе

093. При септикопиемическом осложнении острого гематогенного остеомиелита гнойные очаги чаще локализуются

а) в печени
б) в легких
в) в селезенке

г) в головном мозгу
д) в сердце

094. Предрасполагающими факторами возникновения острого гематогенного остеомиелита являются все перечисленные, за исключением
а) переломов кости
б) ушиба конечности
в) локального переохлаждения конечности
г) перенесенной накануне инфекции

095. Острый гематогенный остеомиелит - это проблема
а) детского и подросткового возраста
б) взрослого трудоспособного возраста
в) пожилого возраста
г) всех возрастных групп

096. Исходом острого гематогенного остеомиелита является переход его в хроническую стадию, которая проявляется всем перечисленным, кроме
а) деформации конечности
б) наличия свища
в) наличия секвестра
г) варикозного расширения вен или эндартериита сосудов конечности

097. Лечение хронического гематогенного остеомиелита включает
а) введение антибиотиков
б) оперативное лечение
в) общеукрепляющее лечение
г) введение в свищ склерозирующих лекарственных препаратов
д) рентгенотерапию

098. При хирургическом лечении хронического гематогенного остеомиелита предпочтение следует отдать
а) выскабливанию свищевого хода
б) остеотомии и дренированию костной полости
в) остеотомии с удалением секвестра и тампонадой жировой клетчаткой
г) широкой остеотомии с удалением секвестра, тампонадой полости мышечным лоскутом на ножке и аутоостеопластикой

099. В диагностике хронического гематогенного остеомиелита используются все следующие методы исследования, кроме
а) лимфографии и ангиографии
б) контрастной фистулографии
в) томографии кости
г) ультразвукового исследования

100. Наиболее точно зону поражения кости при хроническом гематогенном остеомиелите удается определить с помощью
а) обзорной рентгенографии
б) контрастной фистулографии
в) ультразвукового исследования
г) томографии и компьютерной томографии кости

101. К первичному хроническому остеомиелиту следует отнести
а) абсцесс Броди
б) склерозирующий остеомиелит Гарра

в) альбуминозный остеомиелит Оллье - Понсе
г) послетифозный остеомиелит
д) все перечисленные виды

102. При колибациллярном сепсисе наиболее целесообразным является применение
а) натриевой соли бензилпенициллина
б) гентамицина
в) стрептомицина
г) фурагина
д) хлорамфеникола

103. Отличительным критерием септикопиемии от септицемии является
а) бактериемия
б) снижение иммунологической реактивности организма
в) гнойно-резорбтивная лихорадка
г) токсинемия
д) наличие метастатических гнойников

104. Наиболее рациональными путями введения антибиотиков при сепсисе являются
а) пероральный
б) внутримышечный и внутривенный
в) внутривенный и эндолимфатический
г) внутрикостный и внутримышечный
д) эндолимфатический

105. Антибактериальную терапию при сепсисе следует начинать
а) при положительных посевах крови
б) после получения антибиотикограмм
в) при обнаружении первичного очага или метастатических гнойников
г) с момента установления диагноза
д) при неадекватном вскрытии первичного очага

106. При стафилококковом сепсисе из антибактериальных препаратов наиболее целесообразно применять
а) "природные" пенициллины
б) цефалоспорины и полусинтетические пенициллины
в) нитрофураны и макролиды
г) полусинтетические пенициллины
д) макролиды

107. Для местного лечения раны, инфицированной палочкой сине-зеленого гноя, целесообразно использовать все перечисленные препараты, за исключением
а) раствора полимиксина
б) борной кислоты
в) масляно-бальзамического линимента по Вишневскому и метилурациловой мази
г) диоксидина

108. При синегнойном сепсисе целесообразно применять
а) оксациллин
б) фурагин
в) гентамицин и клиндамицин
г) метроджил
д) все перечисленное

109. Окончательный выбор антибактериального препарата для лечения сепсиса определяется видом возбудителя и его чувствительностью к антибиотикам, полученным

а) в содержимом первичного очага
б) при посевах крови
в) при посевах мочи
г) в гное из метастатических гнойников
д) при посевах мокроты

110. Антистафилококковый бактериофаг при лечении стафилококкового сепсиса следует применять

а) внутривенно
б) ректально
в) внутримышечно
г) местно в рану
д) внутриартериально

111. Палочка сине-зеленого гноя в ране может быть обнаружена

а) при синегнойном сепсисе
б) при стафилококковом сепсисе
в) при протейном сепсисе
г) при анаэробном сепсисе
д) во всех перечисленных ситуациях

112. Нецелесообразность терапии стафилококкового сепсиса бензилпенициллином обусловлена

а) быстрой элиминацией препарата из организма
б) изменением свойств возбудителя в процессе лечения
в) преобладанием пенициллиназопродуцирующих штаммов стафилококка
г) высокой токсичностью препарата
д) возможностью развития эндотоксического шока

113. При анаэробном неклостридиальном сепсисе целесообразно применение следующих препаратов, кроме

а) эритромицина и фурагина
б) ампиокса и метроджила
в) фурагина и клиндамицина
г) метроджила и эритромицина
д) клиндамицина (далацина "Ц")

114. Активную иммунизацию при стафилококковом сепсисе следует проводить с помощью

а) антистафилококкового бактериофага
б) нативного или адсорбированного стафилококкового анатоксина
в) антистафилококковой плазмы
г) антистафилококкового иммуноглобулина
д) всего перечисленного

115. Для первичного очага при сепсисе характерно наличие следующих признаков

а) "сочные" грануляции и краевая эпителизация
б) обильное гнойное отделяемое
в) выраженная отечность краев раны
г) вялые грануляции
д) правильно в) и г)

116. В отношении первичного очага при сепсисе правильной является следующая тактика

а) вскрытие гнойника следует производить только при неэффективности консервативных мероприятий
б) пункционное лечение
в) вскрытие и дренирование гнойника из минимального разреза
г) широкое вскрытие гнойника с иссечением гнойно-некротических тканей, первичный глухой шов раны с аспирационно-промывным дренированием или ведение раны открытым способом

117. При появлении признаков кровоточивости (геморрагического диатеза) при сепсисе следует применять

а) большие дозы аскорбиновой кислоты
б) гордокс и Е-аминокапроновую кислоту
в) фибринолизин
г) аспирин

118. Клиническая классификация сепсиса включает все следующие формы, кроме

а) послеоперационного
б) рецидивирующего
в) хронического
г) острого
д) молниеносного

119. К мероприятиям, рекомендуемым при сепсисе, относятся все перечисленные, кроме

а) вскрытия гнойного очага
б) ограниченного введения жидкости
в) внутримышечного введения антибиотиков
г) переливания крови
д) введения витаминов

120. Для септикопиемии характерны

а) общая слабость, истощение организма
б) метастазирование гнойных очагов в различные органы и ткани
в) резкая болезненность и бурное воспаление поверхностных гнойных метастазов
г) гектическая температура
д) относительное стихание процесса к концу образования гнойных метастазов

121. К осложнениям сепсиса относятся все перечисленные, кроме

а) септических кровотечений
б) тромбоэмболии артерий конечностей или внутренних органов
в) асцита, анасарка
г) септического эндокардита
д) пневмонии

ОТВЕТЫ

001 - а	**019 - в**	**037 - в**	**055 - г**	**073 - в**	**091 - г**	**109 - б**
002 - д	**020 - д**	**038 - б**	**056 - а**	**074 - а**	**092 - д**	**110 - г**
003 - б	**021 - г**	**039 - а**	**057 - г**	**075 - д**	**093 - г**	**111 - д**
004 - б	**022 - в**	**040 - б**	**058 - в**	**076 - в**	**094 - а**	**112 - в**
005 - а	**023 - г**	**041 - б**	**059 - г**	**077 - г**	**095 - а**	**113 - а**
006 - в	**024 - в**	**042 - а**	**060 - в**	**078 - в**	**096 - г**	**114 - б**
007 - д	**025 - г**	**043 - г**	**061 - а**	**079 - в**	**097 - б**	**115 - д**

008 - б	**026 - в**	**044 - в**	**062 - а**	**080 - д**	**098 - г**	**116 - г**
009 - в	**027 - г**	**045 - д**	**063 - в**	**081 - а**	**099 - а**	**117 - б**
010 - д	**028 - г**	**046 - г**	**064 - г**	**082 - б**	**100 - г**	**118 - а**
011 - а	**029 - в**	**047 - д**	**065 - г**	**083 - д**	**101 - д**	**119 - б**
012 - д	**030 - д**	**048 - д**	**066 - б**	**084 - д**	**102 - б**	**120 - б**
013 - д	**031 - г**	**049 - б**	**067 - в**	**085 - д**	**103 - д**	**121 - в**
014 - д	**032 - г**	**050 - в**	**068 - г**	**086 - г**	**104 - в**	
015 - в	**033 - а**	**051 - б**	**069 - г**	**087 - а**	**105 - г**	
016 - в	**034 - г**	**052 - д**	**070 - в**	**088 - в**	**106 - б**	
017 - г	**035 - а**	**053 - г**	**071 - г**	**089 - д**	**107 - в**	
018 - д	**036 - г**	**054 - г**	**072 - д**	**090 - в**	**108 - в**	

Блок Оториноларингология:

Анатомия носа

001. Хоана – это:
а) задние отделы верхнего носового хода
б) отверстие из полости носа в носоглотку
в) задние отделы нижнего носового хода
г) задние отделы общего носового хода
Правильный ответ: б

002.Отток крови наружного носа происходит в:
а) глазничную вену
б) переднюю лицевую вену
в) щитовидную вену
г) язычную вену
Правильный ответ: б

003. Глабелла – это:
а) точка над передней носовой осью
б) зона перехода корня носа к уровню бровей
в) область спинки носа
г) зона передней выступающей части подбородка
Правильный ответ: б

004. Сошник входит в состав стенки полости носа:
а) верхней
б) нижней
в) латеральной
г) медиальной
Правильный ответ: г

005. Толщина продырявленной пластинки решетчатой кости:
а) 1 мм
б) 2 – 3 мм
в) 4 – 5 мм
г) 5 – 6 мм
Правильный ответ: б

006. Носовые раковины находятся на стенке полости носа:
а) верхней
б) нижней
в) латеральной
г) медиальной
Правильный ответ: в

007. В состав наружной стенки полости носа входит:
а) носовая кость
б) лобная, теменные кости
в) основная кость
г) небная кость
Правильный ответ: а

008. В состав верхней стенки полости носа не входит:
а) лобная кость
б) небная кость
в) носовая кость
г) основная кость
Правильный ответ: б

009. В полости носа имеются носовые раковины:
а) верхняя, нижняя, средняя
б) верхняя, нижняя, латеральная
в) только верхняя, нижняя
г) медиальная, латеральная
Правильный ответ: а

010. При передней риноскопии чаще можно осмотреть:
а) только нижнюю носовую раковину
б) только среднюю носовую раковину
в) верхнюю носовую раковину
г) нижнюю и среднюю носовую раковины
Правильный ответ: г

011. Рудиментарный орган Якобсона в полости носа расположен:
а) на нижней стенке
б) на перегородке носа
в) в средней носовой раковине
г) в среднем носовом ходе
Правильный ответ: б

012. У новорожденного имеется:
а) две носовые раковины
б) три носовые раковины
в) четыре носовые раковины
г) пять носовых раковин
Правильный ответ: в

013. Носослезный канал открывается в:
а) в верхний носовой ход
б) средний носовой ход
в) нижний носовой ход
г) общий носовой ход
Правильный ответ: в

014. В средний носовой ход открываются:
а) все околоносовые пазухи
б) слезноносовой канал
в) передние пазухи
г) задние клетки решетчатого лабиринта
Правильный ответ: в

015. В верхний носовой ход открываются:
а) лобная пазуха
б) задние решетчатые клетки, основная пазуха
в) все клетки решетчатого лабиринта
г) слезноносовой канал
Правильный ответ: б
016. Зона Киссельбаха в полости носа находится:
а) в передненижнем отделе носовой перегородки
б) в верхнем отделе носовой перегородки
в) в слизистой нижней носовой раковины
г) в слизистой средней носовой раковины
Правильный ответ: а
017. В нижний носовой ход открывается:
а) верхнечелюстная пазуха
б) лобная пазуха
в) задние клетки решетчатого лабиринта
г) носослезный канал
Правильный ответ: г
018. Основную роль в согревании воздуха в носовой полости играет:
а) костная ткань
б) хрящевая ткань
в) кавернозная ткань
г) слизистые железы
Правильный ответ: в
019. Особенностью строения слизистой оболочки носа является:
а) наличие бокаловидных клеток
б) наличие слизистых желез
в) наличие в подслизистом слое кавернозных сплетений
г) наличие мерцательного эпителия
Правильный ответ: в
020. К верхним резонаторам не относятся:
а) нос и пазухи
б) глотка и преддверие гортани
в) подскладковое пространство гортани
г) полость черепа
Правильный ответ: в
021. Молекулы пахучих веществ называются:
а) опсонины
б) одоривекторы
в) эндопорфирины
г) отоконии
Правильный ответ: б
022. Диафаноскопия – это:
а) выявление участков разной температуры
б) рентгенологический метод исследования
в) просвечивание пазух носа электрической лампочкой
г) ультразвуковое исследование
Правильный ответ: в
023. К основным функциям носа не относятся:
а) дыхательная
б) вкусовая
в) обонятельная
г) защитная
Правильный ответ: б
024. Носовое дыхание у новорожденных преимущественно осуществляется через:
а) верхний носовой ход
б) средний носовой ход
в) нижний носовой ход
г) общий носовой ход
Правильный ответ: г
025. Основной поток вдыхаемого воздуха в полости носа проходит через носовой ход:
а) верхний
б) средний
в) нижний
г) общий
Правильный ответ: г
026. Паросмия – это:
а) понижение обоняния
б) отсутствие обоняния
в) извращенное обоняние
г) обонятельные галлюцинации
Правильный ответ: в
027. Какосмия – это:
а) понижение обоняния
б) отсутствие обоняния
в) извращенное обоняние
г) ощущение дурного запаха
Правильный ответ: г
028. Нос и его околоносовые пазухи кровоснабжаются из:
а) системы наружной и внутренней сонной артерии
б) системы позвоночной артерии
в) системы язычной артерии
г) верхней щитовидной артерии
Правильный ответ: а
029. Лимфа из передних отделов полости носа отводится в лимфоузлы:
а) в заглоточные
б) в подчелюстные
в) в передние шейные
г) в глубокие шейные
Правильный ответ: б
030. Двигательная иннервация мышц носа осуществляется:
а) язычным нервом
б) тройничным нервом
в) лицевым нервом
г) блуждающим нервом
Правильный ответ: в
031. К нижним дыхательным путям относятся:
а) гортань
б) нос
в) околоносовые пазухи носа
г) бронхи
Правильный ответ: г
032. Транспортную функцию в полости носа выполняет эпителий:
а) обонятельный
б) многослойный плоский
в) кубический
г) мерцательный
Правильный ответ: г
033. В продырявленной пластинке решетчатой кости проходят волокна нерва:
а) блуждающего
б) обонятельного
в) 1 ветви тройничного
г) 2 ветви тройничного
Правильный ответ: б
034. У человека обонятельная чувствительность возрастает при:
а) черепно-мозговой травме
б) опухоли лобной доли мозга
в) эпидуральной гематоме

г) болезни Аддисона
Правильный ответ: г
035. В состав остиомеатального комплекса не входит:
а) передний конец средней носовой раковины
б) перегородка носа
в) крючковидный отросток и полулунная щель
г) решетчатый пузырь
Правильный ответ: б
036. Основная функция перегородки носа:
а) резонаторная
б) защитная
в) деление полости носа на две половины
г) обонятельная
Правильный ответ: в
037. Наиболее активный мукоцилиарный транспорт в слизистой оболочке полости носа осуществляется на:
а) верхней носовой раковине
б) средней носовой раковине
в) нижней носовой раковине
г) перегородке носа
Правильный ответ: в
038. В собственном слое нижних носовых раковин располагаются:
а) артериальные сплетения
б) пещеристые венозные сплетения
в) сосудистые капиллярные образования
г) смешанные сосудистые сплетения
Правильный ответ: б
039. Пещеристые венозные сплетения в полости носа выполняют функцию:
а) дыхательную
б) калориферную
в) транспортную
г) резонаторную
Правильный ответ: б

Анатомия околоносовых пазух

001. Наиболее крупными из околоносовых пазух носа являются:
а) лобные
б) решетчатые
в) верхнечелюстные
г) клиновидные
Правильный ответ: в
002. У взрослого человека обычно бывает развито придаточных пазух:
а) 4
б) 6
в) 8
г) 10
Правильный ответ: в
003. У новорожденного ребенка имеется околоносовых пазух:
а) 1
б) 2
в) 3
г) 4
Правильный ответ: г
004. С крылонебной ямкой граничит околоносовая пазуха:
а) клиновидная
б) лобная
в) верхнечелюстная
г) решетчатый лабиринт
Правильный ответ: в
005. В состав остиомеатального комплекса входят околоносовые пазухи носа:
а) решетчатые, верхнечелюстные и основная
б) верхнечелюстные, лобная и клиновидная
в) верхнечелюстные и клетки решетчатого лабиринта
г) все пазухи носа
Правильный ответ: г
006. «Собачья» ямка в верхнечелюстной пазухе находится:
а) на верхней стенке
б) на нижней стенке
в) на передней стенке
г) на задней стенке
Правильный ответ: в
007. Носослезный канал находится в стенке верхнечелюстной пазухи:
а) верхней
б) нижней
в) медиальной
г) передней
Правильный ответ: в
008. Дегисценции - это:
а) врожденные расщелины в кости
б) полипозно-измененная ткань
в) остеомиелит костной ткани
г) костный нарост покрытый слизистой оболочкой
Правильный ответ: а
009. Наиболее тонкая стенка верхнечелюстной пазухи:
а) медиальная
б) верхняя
в) нижняя
г) передняя
Правильный ответ: б
010. Канал нижнеглазничного нерва находится в стенке верхнечелюстной пазухи:
а) передней
б) задней
в) медиальной
г) верхней
Правильный ответ: г
011. Задняя стенка верхнечелюстной пазухи образована:
а) верхнечелюстным бугром
б) альвеолярным отростком
в) клиновидной костью
г) телом височной кости
Правильный ответ: а
012. В глазничной стенке верхнечелюстной пазухи проходит канал нерва:
а) лицевого
б) видиевого
в) нижнеглазничного
г) решетчатого
Правильный ответ: в
013. Верхнечелюстная пазуха открывается в:
а) нижний носовой ход
б) средний носовой ход
в) верхний носовой ход
г) общий носовой ход
Правильный ответ: б
015. Средний объем верхнечелюстной пазухи у взрослого человека:
а) 2,0 см³
б) до10,5 см³

в) 20,0 см³
г) 25,0 см³
Правильный ответ: б
016. Наиболее вероятной причиной развития воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе является особенность строения ее выводного отверстия:
а) расположение его в верхнем отделе пазухи
б) его относительная узость
в) нередкое наличие фонтанелл
г) близкое соседство клеток решетчатой кости
Правильный ответ: а
017. Альвеолярным отростком верхней челюсти образована стенка верхнечелюстной пазухи:
а) верхняя
б) нижняя
в) задняя
г) передняя
Правильный ответ: б
018. Соустье верхнечелюстной пазухи в полости носа расположено на стенке:
а) задней
б) нижней
в) медиальной
г) передней
Правильный ответ: в
019. Слизистую оболочку верхнечелюстной пазухи выстилает эпителий:
а) цилиндрический мерцательный
б) кубический
в) многослойный плоский
г) многорядный плоский
Правильный ответ: а
020. Слизь в верхнечелюстной пазухе перемещается:
а) в сторону дна пазухи
б) от дна пазухи
в) к выводному отверстию пазухи
г) от выводного отверстия пазухи
Правильный ответ: в
021. Не существует околоносовых пазух:
а) подглазничных
б) лобных
в) решетчатых
г) клиновидных
Правильный ответ: а
022. Чаще всего встречаются заболевания околоносовых пазух:
а) верхнечелюстных
б) лобных
в) решетчатых
г) основных
Правильный ответ: а

Анатомия решетчатых пазух

001. Воздухоносными являются околоносовые пазухи:
а) только верхнечелюстные
б) только решетчатые
в) только передние и средние клетки решетчатой кости
г) все околоносовые пазухи
Правильный ответ: г
002. Решетчатый лабиринт отделен от передней черепной ямки:
а) ситовидной пластинкой
б) бумажной пластинкой
в) горизонтальной пластинкой небной кости
г) носовой раковиной
Правильный ответ: а
003. Ячейки решетчатого лабиринта расположены симметрично:
а) да
б) нет
в) только у детей
г) только у взрослых
Правильный ответ: б
004. Решетчатый лабиринт граничит с черепной ямкой:
а) передней
б) средней
в) задней
г) передней и средней
Правильный ответ: а
005. Решетчатых клеток с одной стороны у взрослого человека может быть:
а) от 8 до 20
б) 20-40
в) 0-60
г) 24
Правильный ответ: а
006. С медиальной стенкой орбиты граничат околоносовые пазухи:
а) верхнечелюстные
б) лобные
в) решетчатые
г) основная
Правильный ответ: в
007. Клетки решетчатого лабиринта резонируют на:
а) более высокие звуки
б) высокие и низкие тона
в) более низкие тона
г) в резонаторной функции носа не участвуют
Правильный ответ: а
008. Выводное отверстие задних клеток решетчатого лабиринта открывается:
а) в нижний носовой ход
б) в средний носовой ход
в) в верхний носовой ход
г) в хоану
Правильный ответ: в
009. Клетки решетчатого лабиринта сообщаются с полостью носа через носовой ход:
а) средней
б) нижний и средний
в) только верхний
г) средний и верхний
Правильный ответ: г
010. Основная часть воздуха поступает в околоносовые пазухи носа:
а) при вдохе
б) при выдохе
в) одинаково при вдохе и выдохе
г) зависит от возраста
Правильный ответ: б
011. Наиболее информативный метод исследования решетчатого лабиринта:
а) рентгенография
б) контрастная рентгенография
в) компьютерная томография
г) диафаноскопия
Правильный ответ: в
012. В резонаторной функции носа участвуют:

а) все пазухи носа
б) только гайморовы пазухи
в) только задние клетки решетчатой кости
г) только основная пазуха
Правильный ответ: а
013. Задние клетки решетчатого лабиринта чаще граничат с нервом:
а) тройничным
б) зрительным
в) блоковым
г) отводящим
Правильный ответ: б

Анатомия лобной пазухи

001. Наиболее толстой из стенок лобной пазухи является:
а) передняя
б) нижняя
в) медиальная
г) задняя
Правильный ответ: а
002. Не содержит губчатого вещества и является компактной пластинкой стенка лобной пазухи:
а) задняя
б) передняя
в) нижняя
г) медиальная
Правильный ответ: а
003. Самая тонкая стенка лобной пазухи:
а) задняя
б) медиальная
в) нижняя
г) передняя
Правильный ответ: в
004. Лобные пазухи при сагиттальном срезе имеют форму:
а) треугольную
б) кубическую
в) призматическую
г) овальную
Правильный ответ: а
005. Лобная пазуха граничит с черепной ямкой:
а) передней
б) средней
в) нижней
г) передней и средней
Правильный ответ: а
006. Задняя стенка лобной пазухи граничит:
а) с передней черепной ямкой
б) со средней черепной ямкой
в) с крылонебной ямкой
г) с сигмовидным синусом
Правильный ответ: а
007. Отверстие лобноносового канала находится в стенке лобной пазухи:
а) передней
б) задней
в) нижней
г) медиальной
Правильный ответ: в
008. Лобная пазуха находится:
а) в чешуе лобной кости
б) в клиновидной кости
в) в теле верхней челюсти
г) в решетчатой кости
Правильный ответ: а
009. Лобная пазуха открывается в:
а) нижний носовой ход
б) средний носовой ход
в) верхний носовой ход
г) общий носовой ход
Правильный ответ: б
010. Нижняя стенка лобной пазухи граничит:
а) с полостью носа
б) с крылонебной ямкой
в) с решетчатым лабиринтам
г) с орбитой
Правильный ответ: г
011. С орбитой граничит стенка лобной пазухи:
а) передняя
б) задняя
в) медиальная
г) нижняя
Правильный ответ: г
012. Нижняя стенка орбиты граничит:
а) с верхнечелюстной пазухой
б) с решетчатой пазухой
в) с лобной пазухой
г) с клиновидной пазухой
Правильный ответ: а
013. Верхняя стенка орбиты граничит с:
а) решетчатым лабиринтом
б) лобной пазухой
в) клиновидной пазухой
г) передней черепной ямкой
Правильный ответ: б
014. Связь полости носа и полости черепа обеспечивает:
а) бумажная пластинка
б) ситовидная пластинка
в) лобноносовой канал
г) надглазничное отверстие
Правильный ответ: б

Анатомия основной пазухи

001.Выводное отверстие основной пазухи располагается:
а) на верхней стенке
б) на нижней стенке
в) на задней стенке
г) на передней стенке
Правильный ответ: г
002. Основная пазуха располагается:
а) в теле лобной кости
б) в теле клиновидной кости
в) в теле височной кости
г) в теле верхней челюсти
Правильный ответ: б
003. Средний объём клиновидной пазухи:
а) до 2 $см^3$
б) 3 – 4 $см^3$
в) 5 - 10 $см^3$
г) 10 – 20 $см^3$
Правильный ответ: б
004. Толщина передней стенки основной пазухи:
а) до 1 мм
б) 1 – 2 мм
в) 2 – 6 мм
г) 6 – 10 мм
Правильный ответ: б
005. Верхняя стенка основной пазухи обращена к черепным ямкам:

а) передней, средней
б) только к передней
в) задней
г) ко всем ямкам
Правильный ответ: а
006. С гипофизом граничит стенка клиновидной пазухи:
а) нижняя
б) верхняя
в) задняя
г) наружная
Правильный ответ: б
007. К верхней стенке клиновидной пазухи прилежит:
а) только гипофиз
б) лобная доля мозга, гипофиз
в) височная доля мозга
г) затылочная доля мозга
Правильный ответ: б
008. Отверстие зрительного нерва находится на стенке основной пазухи:
а) на задней
б) на передней
в) на верхней
г) на наружной
Правильный ответ: в
009. С тремя черепными ямками граничит околоносовая пазуха:
а) лобная
б) основная
в) передние клетки решетчатого лабиринта
г) задние клетки решетчатого лабиринта
Правильный ответ: б
010. К боковой стенке основной пазухи прилежит:
а) наружная сонная артерия
б) внутренняя сонная артерия
в) яремная вена
г) базилярная артерия
Правильный ответ: б
011. Пещеристый синус прилежит к стенке клиновидной пазухи:
а) верхней
б) нижней
в) задней
г) боковой
Правильный ответ: г
012. Дегисценции чаще встречаются на стенке основной пазухи:
а) боковой
б) внутренней
в) верхней
г) нижней
Правильный ответ: в
013. Место расположения выводного отверстия основной пазухи:
а) нижний носовой ход
б) средний носовой ход
в) верхний носовой ход
г) хоана
Правильный ответ: в

Анатомия наружного уха

001. Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит с:
а) передней черепной ямкой
б) средней черепной ямкой
в) задней черепной ямкой
г) сосцевидным отростком
Правильный ответ: б
002. Не осуществляют чувствительную иннервацию наружного уха:
а) шейное сплетение
б) блуждающий нерв
в) лицевой
г) тройничный
Правильный ответ: в
003. Двигательным нервом для мышц ушной раковины является:
а) лицевой
б) тройничный
в) блуждающий
г) затылочный
Правильный ответ: а
004. Участок ушной раковины не имеет хряща:
а) завиток
б) противозавиток
в) мочка
г) противокозелок
Правильный ответ: в
005. На ушной раковине кожа плотно сращена с надхрящницей в области:
а) выпуклой поверхности
б) вогнутой
в) мочки
г) не сращена
Правильный ответ: б
006. Длина наружного слухового прохода у взрослого:
а) 1,5 см
б) 2,0 см
в) 2,5 см
г) 3,0 см
Правильный ответ: в
007. Просвет слухового прохода в диаметре у взрослого:
а) 0,5 – 0,6 см
б) 0,6 – 0,7 см
в) 0,7 – 0,9 см
г) 1,0 – 1,1 см
Правильный ответ: в
008. Наружный слуховой проход состоит только:
а) из перепончато-хрящевого отдела
б) из костного и фиброзного
в) из фиброзно-соединительной ткани
г) из перепончато-хрящевого и костного
Правильный ответ: г
009. Санториниевы щели расположены на стенке наружного слухового
прохода:
а) передней
б) задней
в) нижней
г) верхней
Правильный ответ: в
010. Благодаря рыхлой клетчатке слуховой проход граничит с околоушной железой:
а) снизу
б) сверху
в) спереди
г) сзади
Правильный ответ: а

011. Для осмотра барабанной перепонки у взрослого ушную раковину
оттягивают:
а) вверх и кпереди
б) вверх и кзади
в) вниз и кзади
г) вниз и кпереди
Правильный ответ б
012. Для осмотра барабанной перепонки у ребенка ушную раковину оттягивают:
а) вверх и кпереди
б) вверх и кзади
в) вниз и кзади
г) вниз и кпереди
Правильный ответ: в
013. Наиболее узкий участок слухового прохода, перешеек, находится:
а) у входа в наружный слуховой проход
б) в середине перепончато-хрящевого отдела
в) на границе перепончато-хрящевого и костного отделов
г) на границе с барабанной перепонкой
Правильный ответ: в
014. Перепончатохрящевой отдел наружного слухового прохода не
содержит:
а) сальные железы
б) потовые железы
в) серные железы
г) волосы
Правильный ответ: б
015. У младенца до 6 месяцев вход в наружный слуховой проход имеет вид:
а) щели
б) овала
в) круга
г) треугольника
Правильный ответ: а
016. Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит:
а) с суставом нижней челюсти
б) с околоушной железой
в) с задней черепной ямкой
г) со средней черепной ямкой
Правильный ответ: г
017. Задняя стенка наружного слухового прохода граничит:
а) с задней черепной ямкой
б) с сосцевидным отростком
в) с суставом нижней челюсти
г) с сигмовидным синусом
Правильный ответ: б
018. При введении воронки в наружный слуховой проход может появиться
кашель так как это:
а) рефлекс с тройничного нерва
б) рефлекс с блуждающего нерва
в) рефлекс с языкоглоточного нерва
г) рефлекс с лицевого нерва
Правильный ответ: б

Анатомия среднего уха

001. Барабанная перепонка является стенкой барабанной полости:
а) передней
б) задней
в) наружной
г) нижней
Правильный ответ: в
002. Слои барабанной перепонки от наружного слухового прохода расположены в последовательности:
а) кожный, слизистый, соединительнотканный
б) кожный, соединительнотканный, слизистый
в) соединительнотканный, кожный, слизистый
г) соединительнотканный, слизистый, кожный
Правильный ответ: б
003. Наибольшее расстояние барабанной перепонки от медиальной стенки полости:
а) в ее центре
б) в нижнепереднем квадранте
в) в задненижнем квадранте
г) в задневерхнем квадранте
Правильный ответ: в
004. Линия, являющаяся продолжением рукоятки молоточка, делит
барабанную перепонку на:
а) переднюю и заднюю половины
б) верхнюю и нижнюю половины
в) переднюю и среднюю части
г) заднюю и среднюю части
Правильный ответ: а
005. Это образование на барабанной перепонке не является анатомическим:
а) рукоятка молоточка
б) световой рефлекс
в) передняя и задняя складки
г) короткий отросток молоточка
Правильный ответ: б
006. Не относится к опознавательным пунктам барабанной перепонки:
а) короткий отросток молоточка
б) задняя и передняя складки барабанной перепонки
в) рукоятка молоточка
г) длинный отросток наковальни
Правильный ответ: г
007. Не относится к опознавательным пунктам барабанной перепонки:
а) световой конус
б) рукоятка молоточка
в) пупок
г) головка стремечка
Правильный ответ: г
008. Барабанная перепонка у детей раннего возраста толще, чем у взрослых за счет:
а) фиброзного - среднего слоя
б) только эпидермального слоя
в) за счет всех трех слоев
г) за счет эпидермального и слизистого слоев
Правильный ответ: г
009. Размеры барабанной перепонки у взрослого:
а) 5–6 мм длинный, 2–3 мм короткий
б) 7–8 мм длинный, 5–6 мм короткий
в) 9,5–10 мм длинный, 8,5–9 мм короткий
г) 11–12 мм длинный, 9–10 мм короткий
Правильный ответ: в
010. Парацентез барабанной перепонки производится в квадранте:
а) в передненижнем
б) в передневерхнем
в) в задненижнем
г) в задневерхнем

Правильный ответ: в
011. В этом слое барабанной перепонки укреплена рукоятка молоточка:
а) наружном (эпидермис)
б) внутреннем (плоский эпителий)
в) среднем (соединительнотканный)
г) среднем и внутреннем
Правильный ответ: в
012. Отделы среднего уха располагаются спереди назад в данной последовательности:
а) слуховая труба, сосцевидный отросток, барабанная полость
б) барабанная полость, слуховая труба, сосцевидный отросток
в) слуховая труба, барабанная полость, сосцевидный отросток
г) барабанная полость, сосцевидный отросток, слуховая труба
Правильный ответ: в
013. На этой стенке барабанной полости открывается слуховая труба:
а) задней
б) верхней
в) нижней
г) передней
Правильный ответ: г
014. На этой стенке барабанной полости открывается вход в пещеру:
а) внутренней
б) передней
в) задней
г) нижней
Правильный ответ: в
015. Это образование не входит в отделы барабанной полости:
а) эпитимпанум
б) мезотимпанум
в) антрум
г) гипотимпанум
Правильный ответ: в
016. Этим можно объяснить частоту средних отитов у детей раннего возраста:
а) слуховая труба широкая и короткая
б) отсутствие мерцательного эпителия в слуховой трубке
в) недоразвитие слуховой трубы
г) отсутствие костного отдела слуховой трубы
Правильный ответ: а
017. В среднем ухе проходит черепно–мозговой нерв:
а) тройничный
б) отводящий
в) лицевой
г) преддверноулитковый
Правильный ответ: в
018. Круглое окно прикрыто:
а) подножной пластинкой стремени
б) лицевым нервом
в) молоточком
г) вторичной барабанной перепонкой
Правильный ответ: г
019. Звукопроводящий аппарат не включает:
а) кортиев орган
б) барабанную перепонку
в) слуховые косточки
г) окна лабиринта
Правильный ответ: а
020. Образование, не граничащее с барабанной полостью:
а) сосцевидный отросток
б) передняя черепная ямка
в) антрум
г) устье слуховой трубы
Правильный ответ: б
021. Не является анатомической особенностью среднего уха у новорожденного:
а) короткая и широкая слуховая труба
б) отсутствие сосцевидного отростка
в) наличие дегисценций в верхней стенке барабанной полости
г) отсутствие антрума–пещеры сосцевидного отростка
Правильный ответ: г
022. Это образование не относится к звукопроводящей системе:
а) наружный слуховой проход
б) кортиев орган
в) барабанная перепонка
г) жидкости внутреннего уха
Правильный ответ: б
023. Истинный объём барабанной полости:
а) 0,5 см/куб
б) 1,0 см/куб
в) 2,0 см/куб
г) 2.5 см/куб
Правильный ответ: б
024. С этим крупным сосудом граничит передняя стенка барабанной полости:
а) кавернозным синусом
б) яремной веной
в) позвоночной артерией
г) внутренней сонной артерией
Правильный ответ: г
025. Слуховые косточки в основном расположены:
а) в эпитимпануме
б) в мезотимпануме
в) в гипотимпануме
г) во всех отделах барабанной полости
Правильный ответ: а
026. На этой стенке барабанной полости расположена щель между каменистой и чешуйчатой частями височной кости:
а) на передней
б) на задней
в) на верхней
г) на нижней
Правильный ответ: в
027. Мышцу, натягивающую барабанную перепонку, иннервирует нерв:
а) большой ушной
б) симпатический
в) тройничный
г) лицевой
Правильный ответ: в
028. Не располагается на медиальной стенке барабанной полости:
а) окна лабиринта
б) вход в пещеру
в) горизонтальное колено лицевого нерва

г) барабанное сплетение
Правильный ответ: б
029. Стременную мышцу иннервирует нерв:
а) тройничный
б) лицевой
в) акустический
г) нерв Арнольда
Правильный ответ: б
030. Средняя длина слуховой трубы у взрослого человека:
а) 1 см
б) 3,5 см
в) до 5 см
г) 5–10 см
Правильный ответ: б
031 Среднее ухо сообщается с внешней средой посредством:
а) входа в пещеру
б) круглого окна
в) слуховой трубы
г) овального окна
Правильный ответ: в
032. С носоглоткой барабанная полость сообщается через:
а) вход в пещеру
б) слуховую трубу
в) каменисто-чешуйчатую щель
г) круглое окно
Правильный ответ: б
033. С этой стенкой барабанной полости граничит луковица яремной
вены:
а) верхней
б) передней
в) нижней
г) задней
Правильный ответ: в
034. Трубная или сонная стенка барабанной полости это:
а) верхняя
б) нижняя
в) наружная
г) передняя
Правильный ответ: г
035. Эта стенка барабанной полости граничит с сосцевидным отростком:
а) верхняя
б) задняя
в) передняя
г) нижняя
Правильный ответ: б
036. Барабанная полость сообщается с пещерой через:
а) attic
б) aditusadantrum
в) tubaeauditivae
г) fenestracochleae
Правильный ответ: б
037. Нисходящее или вертикальное колено лицевого нерва проходит в
толще:
а) нижней стенки барабанной полости
б) верхней стенки барабанной полости
в) нижнего отдела задней стенки барабанной полости
г) нижнего отдела передней стенки барабанной полости
Правильный ответ: в
038. Наружная стенка барабанной полости образована только:
а) барабанной перепонкой
б) костной пластинкой, отходящей от верхней костной стенки слухового
прохода
в) костной пластинкой нижней стенки слухового прохода
г) барабанной перепонкой и костной пластинкой верхней стенки прохода
Правильный ответ: г
039. Овальное окно преддверия прикрыто:
а) вторичной барабанной перепонкой
б) подножной пластинкой стремечка
в) наковальней
г) барабанной струной
Правильный ответ: б
040. Барабанная струна не дает волокна:
а) вкусовые к языку на своей стороне
б) секреторные к слюнной железе
в) к нервным сосудистым сплетениям
г) к мышцам барабанной полости
Правильный ответ: г
041. На уровне этого этажа барабанной полости находится натянутая
часть барабанной перепонки:
а) верхнего–эпитимпанум
б) среднего–мезотимпанум
в) нижнего–гипотимпанум
г) на уровне всех трех этажей
Правильный ответ: б
042. Между барабанной перепонкой и окном преддверия находятся
косточки:
а) молоточек, стремечко
б) наковальня, стремечко
в) молоточек, наковальня
г) молоточек, наковальня, стремечко
Правильный ответ: г
043. Такого строения слуховой трубы не бывает в норме:
а) самое узкое место около 24мм от глоточного устья
б) в костной части в разрезе представляет подобие треугольника
в) в перепончато-хрящевом отделе стенки прилежат друг к другу
г) в перепончато-хрящевом отделе труба зияет
Правильный ответ: г
044. Это утверждение ошибочно:
а) глоточное отверстие слуховой трубы вдвое шире барабанного
б) глоточное отверстие лежит ниже барабанного на 1–2,5см
в) медиальнее костного отдела слуховой трубы проходит внутренняя
сонная артерия
г) глоточное устье трубы расположено на уровне верхней носовой
раковины
Правильный ответ: г
045. Под медиальной стенкой входа в пещеру расположен:

а) латеральный полукружный канал
б) лицевой нерв
в) сагиттальный полукружный канал
г) фронтальный полукружный канал
Правильный ответ: б
046. Отток крови из барабанной полости не осуществляется:
а) в крыловидное и сонное сплетения
б) среднюю менингеальную вену
в) в каменистый синус и луковицу яремной вены
г) в поперечный синус
Правильный ответ: г
047. Из барабанной полости лимфа дренируется:
а) в ретрофарингеальные и глубокие шейные узлы
б) впередиушные
в) заушные
г) затылочные
Правильный ответ: а
048. По характеру пневматизации сосцевидный отросток не может быть:
а) пневматического типа строения
б) диплоэтического или спонгиозного типа
в) склеротического или компактного типа
г) фиброзного типа строения
Правильный ответ: г
049. На внутренней задней поверхности сосцевидного отростка в
углублении в виде желоба лежит венозная пазуха:
а) поперечный синус
б) кавернозный синус
в) сигмовидный синус
г) яремная вена
Правильный ответ: в
050. Эта линия не является границей треугольника Шипо:
а) сверху–височная линия–продолжение скуловой дуги
б) прямая, проходящая по задней стенке наружного слухового прохода до
височной линии
в) вертикаль, соединяющая задний край верхушки сосцевидного отростка
и височную линию
г) вертикаль, соединяющая передний край верхушки сосцевидного
отростка и височную линию
Правильный ответ: г
051. Кровоснабжение сосцевидной области осуществляется за счет:
а) задней ушной артерии
б) лицевой
в) затылочной
г) челюстной
Правильный ответ: а
052. Не обеспечивает максимальную передачу звука средним ухом в улитку:
а) вибрирующая поверхность барабанной перепонки, которая в 17 раз
больше основания стремени, т.е. энергия возрастает в 17 раз
б) рукоятка молоточка, которая в 1,3 раза длиннее короткого отростка
наковальни
в) вибрация барабанной перепонки и рычажный механизм цепи слуховых
косточек, приводящие к возрастанию силы в 22 раза (до 25дБ)
г) наличие дегисценций на верхней стенке барабанной полости
Правильный ответ: г

Анатомия внутреннего уха

001. Костный лабиринт внутреннего уха не включает:
а) улитку
б) внутренний слуховой проход
в) преддверие
г) полукружные каналы
Правильный ответ: б
002. Информация не верна:
а) в каждом полукружном канале имеется гладкое и расширенное колено
б) у переднего и заднего каналов гладкие колена слиты в одно общее
в) все пять колен обращены к эллиптическому карману преддверия
г) все пять колен обращены к сферическому карману
Правильный ответ: г
003. Перепончатые полукружные каналы сообщаются с:
а) улиткой
б) с эллиптическим мешочком
в) с эдолимфатическим протоком
г) со сферическим мешочком
Правильный ответ: б
004. Улитка – костный спиральный канал имеющий у человека:
а) 1 оборот вокруг костного стержня – modiolus
б) 1,5
в) 2
г) 2,5
Правильный ответ: г
005. Лестница преддверия (scalavestibuli) и барабанная (scalatympani)
разделены:
а) только костной спиральной пластинкой
б) только базилярной или основной мембраной
в) только мембраной Рейсснера
г) сверху мембраной Рейсснера, снизу – костной спиральной пластинкой
и основной мембраной
Правильный ответ: г
006. Перепончатая улитка (ductuscochlearis) не расположена:
а) между лестницей преддверия и барабанной лестницей
б) между мембраной Рейсснера и основной мембраной
в) в костном спиральном канале
г) между костной спиральной пластинкой и мембраной Рейсснера
Правильный ответ: г
007. Между костной стенкой улитки и улитковым ходом находится:
а) эндолимфа
б) перилимфа
в) ликвор
г) кортилимфа
Правильный ответ: б
008. В мешочках преддверия находится:
а) эндолимфа

б) перилимфа
в) лимфа
г) ликвор
Правильный ответ: а
009. Перилимфа сообщается с субарахноидальным пространством через:
а) отверстие - helicotrema
б) водопровод улитки
в) круглое окно
г) полукружные каналы
Правильный ответ: б
010. Перилимфа обеих лестниц смешивается у верхушки улитки:
а) через отверстие – helicotrema
б) не смешивается
в) через улитковый ход
г) через круглое окно
Правильный ответ: а
011. Отделы перепончатого лабиринта, относящиеся к вестибулярному
анализатору:
а) улитковый ход
б) вестибулярная лестница
в) полукружные каналы
г) барабанная лестница
Правильный ответ: в
012. Эндолимфатический мешочек располагается:
а) во внутреннем слуховом проходе
б) на задней поверхности пирамиды височной кости
в) на верхней поверхности пирамиды височной кости
г) на медиальной поверхности барабанной полости
Правильный ответ: б
013. Во внутреннем слуховом проходе не располагаются нервы:
а) лицевой
б) добавочный
в) срединный
г) слуховестибулярный
Правильный ответ: б
014. Внутреннее ухо кровоснабжается артерией:
а) внутренней сонной
б) затылочной
в) позвоночной
г) височной
Правильный ответ: в
015. Спиральный орган расположен в улитке на:
а) базилярной пластинке (основной мембране)
б) преддверной мембране
в) костной спиральной пластинке
г) спиральной связке
Правильный ответ: а
016. Самая широкая часть базилярной пластинки находится:
а) у основания улитки
б) у верхушки
в) возле сферического мешочка
г) в средней части улитки
Правильный ответ: б
017. В состав спирального (кортиева) органа не входят клетки:
а) внутренние и наружные волосковые клетки
б) наружные и внутренние столбиковые клетки
в) бокаловидные секреторные
г) поддерживающие и питающие (Дейтерса, Гензена, Клаудиуса)
Правильный ответ: в
018. Волосковые клетки кортиева органа находятся в:
а) перилимфе
б) эндолимфе
в) кортилимфе
г) межтканевой жидкости
Правильный ответ: в
019. К звуковоспринимающему аппарату относится:
а) барабанная перепонка
б) слуховые косточки
в) кортиев орган
г) перилимфа
Правильный ответ: в
020. Проводящие пути звукового анализатора включают в себя:
а) 2 нейрона
б) 3
в) 4
г) 5
Правильный ответ: г
021. Корковый центр слуха расположен в:
а) височной доле мозга
б) лобной доле мозга
в) теменной доле мозга
г) затылочной доле мозга
Правильный ответ: а
022. Кортиев орган расположен:
а) в лестнице преддверия
б) в барабанной лестнице
в) в улитковом ходе
г) в сферическом мешочке
Правильный ответ: в
023. Адекватным раздражителем рецептора улитки является:
а) вибрация
б) звук
в) вращение
г) ускорение
Правильный ответ: б
024. При передаче звуковых колебаний с барабанной перепонки на
подножную пластинку стремени:
а) увеличивается амплитуда звуковых колебаний и увеличивается их сила
б) амплитуда остается постоянной и сила давления остается постоянной
в) уменьшается амплитуда колебаний, но увеличивается их сила
г) уменьшается амплитуда колебаний и уменьшается их сила
Правильный ответ: в
025. Сила звука при передаче звуковых колебаний с барабанной перепонки на подножную пластинку стремени увеличивается примерно:
а) на 10 дБ
б) на 25 дБ
в) на 50 дБ
г) на 100 дБ
Правильный ответ: б
026. Звукопроведение больше страдает от:
а) нарушения колебаний основной мембраны
б) нарушения подвижности стремени
в) толщины барабанной перепонки
г) ограничения подвижности жидкостей лабиринта
Правильный ответ: б

027. Диапазон частот, характеризующий разговорную речь:
а) от 2500 герц и выше
б) от 250 до 2500 герц
в) от 16 до 250 герц
г) от 4000 герц и выше
Правильный ответ: б
028. Этот показатель не характеризует любой звук:
а) высота
б) резонанс
в) сила
г) тембр
Правильный ответ: б
029. Единицы измерения силы звука в клинической практике:
а) ватты
б) децибелы
в) герцы
г) октавы
Правильный ответ: б
030. Человеческое ухо способно воспринимать звуки частотой:
а) от 1 до 10 тыс. герц
б) от 16 до 40 тыс. герц
в) от 16 до 20 тыс. герц
г) от 0 до 5 тыс. герц
Правильный ответ: в
031. При сравнительном исследовании воздушной и костной проводимости
опыт называется:
а) Бинга
б) Федериче
в) Ринне
г) Швабаха
Правильный ответ: в
032. При сравнительном камертональном исследовании слуха с сосцевидного отростка и козелка мы выполняем:
а) опыт Желле
б) опыт Федеричи
в) опыт Вебера
г) опыт Швабаха
Правильный ответ: б
033. Отрицательные пробы Желле, Ринне и Федеричи наиболее характерны для:
а) нейросенсорной тугоухости
б) внезапной глухоты
в) отосклероза
г) эпитимпанита
Правильный ответ: в
034. Латеризация звука (опыт Вебера) при нарушении звукопроведения:
а) в здоровую сторону
б) в больную сторону
в) в лучше слышащее ухо при 2-х стороннем поражении
г) в оба уха при одностороннем поражении
Правильный ответ: б
035. Явление отражения звуковой волны от встречающихся на ее пути
препятствий называется:
а) эхом
б) дифракцией
в) реверберацией
г) интерференцией
Правильный ответ: а
036. К основным свойствам слухового анализатора не относится его
способность различать звук по:
а) высоте (понятие частоты)
б) громкости (интенсивности)
в) тембру (включающий тон и обертоны)
г) скорости распространения
Правильный ответ: г
037. Порогом слухового ощущения называется энергия звуковых колебаний:
а) минимальная энергия, способная вызвать ощущение звука
б) средней степени, устойчиво воспринимаемая
в) интенсивная, воспринимаемая как звук
г) интенсивная, вызывающая уже боль
Правильный ответ: а
038. Ототопика - это:
а) способность определять интенсивность звука
б) способность определять направление звука
в) способность определять частоту тона
г) способность адаптироваться к тишине
Правильный ответ: б
039. Основную роль в трофике спирального органа играет:
а) перилимфа
б) эндолимфа
в) сосудистая полоска
г) кортилимфа
Правильный ответ: в
040. К восходящим слуховым путям не относятся:
а) спиральный узел и кохлеарные ядра
б) верхняя олива и нижние холмики пластинки крыши
в) внутреннее коленчатое тело и височная доля
г) мозжечок
Правильный ответ: г
041. Слуховой нейрон Yпорядка сосредоточены в:
а) кохлеарных ядрах продолговатого мозга
б) комплексе верхней оливы
в) нижних холмиках пластинки крыши или нижнем двухолмии
г) медиальном коленчатом теле
Правильный ответ: г
042. Локализация источников звука в пространстве по вертикали зависит от:
а) ушной раковины
б) наружного слухового прохода
в) среднего уха
г) внутреннего уха
Правильный ответ: а
043. Центры статокинетического анализатора расположены:
а) в височной и теменной долях
б) в древней коре и лобной доле
в) в затылочной доле мозга
г) в мозжечке и продолговатом мозге
Правильный ответ: а
044. Отолитовый аппарат находится:
а) во внутреннем слуховом проходе
б) в улитке
в) в преддверии
г) в полукружных каналах
Правильный ответ: в

045. Адекватным раздражителем рецепторов полукружных каналов является:
а) вибрация
б) звук
в) угловое ускорение
г) прямолинейное ускорение
Правильный ответ: в
046. Рецепторный аппарат полукружных каналов адекватно реагирует на:
а) прямолинейное ускорение
б) центробежную силу
в) силу земного притяжения
г) угловое ускорение
Правильный ответ: г
047. Угловое ускорение воспринимается волосковыми клетками:
а) в окнах лабиринта
б) в улитке
в) в преддверии
г) в полукружных каналах
Правильный ответ: г
048. Изменение положения тела в пространстве является адекватным раздражителем для:
а) кортиева органа
б) ампулярного аппарата
в) отолитового аппарата
г) коры головного мозга
Правильный ответ: в
049. Окуломоторные реакции реализуются благодаря связям вестибулярных ядер с:
а) корой головного мозга
б) мозжечком
в) ядрами блуждающего нерва
г) ядрами глазодвигательных нервов
Правильный ответ: г
050. Вестибулосоматические реакции реализуются благодаря связям вестибулярных ядер с:
а) корой головного мозга
б) мозжечком
в) спинным мозгом
г) ядрами блуждающего нерва
Правильный ответ: в
051. О направлении нистагма судят по его:
а) быстрому компоненту
б) медленному компоненту
в) плоскости
г) амплитуде
Правильный ответ: а
052. О наличии фистулы лабиринта свидетельствует нистагм:
а) поствращательный
б) калорический
в) прессорный
г) гальванический
Правильный ответ: в
053. Прессорный нистагм вызывается:
а) компрессией и декомпрессией воздуха в слуховом проходе
б) вливанием воды в слуховой проход
в) раздражением электрическим током
г) вращением больного
Правильный ответ: а
054. Не является симптомом раздражения вестибулярного анализатора:
а) головокружение
б) изменение тонуса поперечно-полосатой мускулатуры
в) снижение слуха
г) тошнота, рвота
Правильный ответ: в
055. Лабиринтные расстройства равновесия направлены в сторону:
а) медленного компонента нистагма
б) быстрого компонента нистагма
в) медленного и быстрого компонентов нистагма
г) ни медленного ни быстрого компонентов нистагма
Правильный ответ: а
056. Для выяснения функции вестибулярного анализатора не исследуется:
а) устойчивость в позе Ромберга
б) прямая и фланговая походка
в) указательная проба
г) акуметрия
Правильный ответ: г
057. У здорового человека нистагма не будет:
а) при калорической пробе
б) пневматической пробе
в) вращательной пробе
г) гальванической пробе
Правильный ответ: б
058. Исследование отолитового аппарата проводят для определения:
а) профессиональной пригодности
б) выявления арефлексии вестибулярного аппарата
в) остроты слуха
г) уровня поражения проводящих путей вестибулярного анализатора
Правильный ответ: а
059. К характеристике нистагма по плоскости не относится нистагм:
а) горизонтальный
б) вертикальный
в) мелкоразмашистый
г) ротаторный
Правильный ответ: в
060. Адиадохокинез – специфический симптом заболевания:
а) височной доли мозга
б) мозжечка
в) вестибулярного анализатора
г) слухового анализатора
Правильный ответ: б

Гортань - анатомия.

001. Гортань располагается на уровне:
а) IV–VIшейных позвонков
б) II-IVшейных позвонков
в) VI–VIIшейных позвонков
г) VII-VIIIшейных позвонков
Правильный ответ: а
002. Гортань – это полый орган, основу которого составляют:
а) костные структуры
б) мышцы
в) хрящи, мышцы, связки
г) эластичный конус
Правильный ответ: в
003. Основной хрящ гортани, к которому крепятся все остальные хрящи:
а) надгортанный
б) щитовидный

в) черпаловидный
г) перстневидный
Правильный ответ: г
004. Самый крупный хрящ гортани:
а) черпаловидный
б) щитовидный
в) перстневидный
г) надгортанный
Правильный ответ: б
005. Перстневидный и щитовидный хрящи гортани являются:
а) гиалиновыми
б) эластическими
в) смешанными (геалиново - эластическими)
г) рудиментарными
Правильный ответ: а
006. Перстневидный хрящ состоит из:
а) 2 – х пластинок сросшихся под углом
б) основания и лепестка
в) печатки и дуги
г) арки и тела
Правильный ответ: в
007. Надгортанник является:
а) не хрящевой тканью
б) смешанным хрящем
в) гиалиновым хрящем
г) эластическим хрящем
Правильный ответ: г
008. Перстневидный и щитовидный хрящи соединены между собой:
а) плотно – неподвижно
б) посредством сустава
в) одной единственной мышцей и висят друг на друге
г) не соединяются между собой
Правильный ответ: б
009. Черпаловидный хрящ имеет отростки в количестве:
а) двух
б) трех
в) четырех
г) одного
Правильный ответ: а
010. Голосовая мышца задним концом прикрепляется к:
а) рожковидному хрящу
б) голосовому отростку черпаловидного хряща
в) мышечному отростку черпаловидного хряща
г) основанию черпаловидного хряща
Правильный ответ: б
011. К парным хрящам гортани относится:
а) перстневидный
б) щитовидный
в) черпаловидный
г) надгортанный
Правильный ответ: в
012. К парным хрящам гортани относится:
а) перстневидный
б) щитовидный
в) рожковидный
г) надгортанный
Правильный ответ: в
013. К парным хрящам гортани относится:
а) перстневидный
б) щитовидный
в) клиновидный
г) надгортанный
Правильный ответ: в
014. Непарными хрящами гортани являются:
а) клиновидный
б) рожковидный
в) черпаловидный
г) перстневидный
Правильный ответ: г
015. Непарными хрящами гортани являются:
а) клиновидный
б) рожковидный
в) черпаловидный
г) щитовидный
Правильный ответ: г
016. Непарными хрящами гортани являются:
а) клиновидный
б) рожковидный
в) черпаловидный
г) надгортанный
Правильный ответ: г
017. Перстневидный и черпаловидный хрящи соединены между собой:
а) неподвижно
б) подвижно посредством сустава
в) не соединяются между собой
г) эластической мембраной
Правильный ответ: б
018. Ложная голосовая складка имеет синоним:
а) вестибулярная складка
б) истинная голосовая складка
в) эластический конус
г) коническая связка
Правильный ответ: а
019. Истинная голосовая складка передним концом прикрепляется:
а) к углу щитовидного хряща
б) к подъязычной кости
в) к голосовому отростку черпаловидного хряща
г) к дуге перстневидного хряща
Правильный ответ: а
020. Гортанные желудочки представляют собой:
а) углубления снаружи от черпалонадгортанных складок
б) карманы на передней поверхности гортани
в) углубления между корнем языка и надгортанником
г) углубления между истинными и ложными голосовыми складками
Правильный ответ: г
021. Полость гортани на разрезе представляет собой:
а) песочные часы
б) круг
в) овал
г) треугольник
Правильный ответ: а
022. Самая узкая часть полости гортани:
а) преддверие гортани
б) голосовая щель
в) подскладковое пространство
г) область вестибулярных складок
Правильный ответ: б
023. Ложные голосовые складки это:
а) дубликатура слизистой оболочки
б) мышечные образования

в) продолжение истинных голосовых складок
г) полостные карманы
Правильный ответ: а
024. Двигательным нервом для гортани преимущественно является:
а) верхнегортанный
б) среднегортанный
в) нижнегортанный
г) языкоглоточный
Правильный ответ: в
025. Чувствительным нервом для гортани преимущественно является:
а) языкоглоточный
б) нижнегортанный
в) среднегортанный
г) верхнегортанный
Правильный ответ: г
026. Социальной функцией гортани является:
а) голосовая
б) дыхательная
в) разделительная
г) защитная
Правильный ответ: а
027. Витальной (жизненной) функцией гортани является:
а) голосовая
б) дыхательная
в) конденсаторная
г) защитная
Правильный ответ: б
028. Гортань располагается:
а) справа от пищевода
б) слева от пищевода
в) кпереди от пищевода
г) кзади от пищевода
Правильный ответ: в
029. В гортани выделяют этажей и рефлексогенных зон:
а) пять
б) два
в) три
г) четыре
Правильный ответ: в
030. Верхняя рефлексогенная зона гортани находится:
а) в преддверии гортани
б) на уровне истинных голосовых складок
в) в подскладковом отделе гортани
г) в области только надгортанника
Правильный ответ: а
031. Средняя рефлексогенная зона гортани находится:
а) в преддверии гортани
б) на уровне истинных голосовых складок
в) в подскладковом отделе гортани
г) в области надгортанника
Правильный ответ: б
032. Нижняя рефлексогенная зона гортани находится:
а) в преддверии гортани
б) на уровне истинных голосовых складок
в) в подскладковом отделе гортани
г) в области надгортанника
Правильный ответ: в
033. Истинные голосовые складки здорового человека имеют цвет:
а) перламутрово-белый
б) красный
в) розовый
г) голубой
Правильный ответ: а
034. Физиологическая крепитация гортани обусловлена:
а) сокращением мышц гортани
б) движением в суставах гортани и трением ее о позвоночник
в) сокращением истинных голосовых складок
г) движением воздуха в просвете гортани
Правильный ответ: б
035. Голосовым отделом голосовых складок условно считают:
а) передний
б) средний
в) задний
г) все три
Правильный ответ: б
036. Коническая связка гортани располагается:
а) в просвете гортани между черпаловидными хрящами
б) на передней поверхности гортани между щитовидным и перстневидным хрящами
в) между щитовидным хрящом и подъязычной костью
г) между дугой перстневидного хряща и трахеей
Правильный ответ: б
037. Расположение точки наибольшей вибрации голосовых складок (область роста доброкачественных опухолей):
а) в передних отделах голосовых складок
б) на границе средней и задней трети голосовых складок
в) на границе передней и средней трети складок
г) в задних отделах голосовых складок
Правильный ответ: в
038. Материальной основой голоса является:
а) нервный импульс
б) воздушная струя
в) звуковые колебания
г) механические колебания
Правильный ответ: б
039. Истинные голосовые складки покрыты эпителием:
а) цилиндрическим
б) мерцательным
в) реснитчатым
г) плоским
Правильный ответ: г
040. Наибольшая часть гортани покрыта эпителием:
а) мерцательным
б) плоским
в) цилиндрическим
г) кубическим
Правильный ответ: а
041. Наибольший просвет гортани составляет:
а) в среднем 6 мм.
б) в среднем 15 мм.
в) в среднем 20 мм.
г) в среднем 40 мм.
Правильный ответ: б

042. Голосовая щель – это пространство:
а) между истинными голосовыми складками
б) между ложными голосовыми складками
в) между черпало – надгортанными складками
г) гортанных желудочков
Правильный ответ: а
043. Голосовые складки приходят в движение под действием:
а) нервных импульсов из коры головного мозга
б) колебаний воздушной струи в просвете гортани
в) волевых мышечных сокращений
г) смещающихся хрящей гортани
Правильный ответ: а
044. Отток лимфы из верхнего и нижнего этажей гортани происходит:
а) в затылочные лимфоузлы
б) в предгортанную группу л/узлов
в) в подчелюстные л/узлы
г) в глубокие шейные л/узлы по ходу внутренней яремной вены
Правильный ответ: г

Трахея

001. Длина трахеи у взрослого колеблется в среднем:
а) от 9 до 11 см
б) 11 – 13 см
в) 5 -6 см
г) 2 – 4 см
Правильный ответ: а
002. Бифуркация трахеи – это:
а) место перехода гортани в трахею
б) перепончатая задняя стенка трахеи
в) хрящевые полукольца трахеи
г) место деления трахеи на два главных бронха
Правильный ответ: г
003. Уровень расположения трахеи:
а) от Iгрудного позвонка доIVгрудного позвонка
б) от IIIшейного позвонка доVIшейного позвонка
в) от IVшейного позвонка доVIшейного позвонка
г) от нижнего края VIшейного позвонка до верхнего краяVгрудного
Правильный ответ: г
004. Проекция бифуркации трахеи на переднюю стенку у взрослых соответствует:
а) уровню II–IIIребер
б) уровню III–IVребер
в) уровню IV–Vребер
г) уровню V–VIребер
Правильный ответ: а
005. Количество колец трахеи:
а) постоянно
б) непостоянно
в) у детей меньше
г) у пожилых людей уменьшается
Правильный ответ: б
006. Трахея состоит из полуколец в количестве:
а) 7 – 10
б) 4 – 6
в) 15 – 20
г) 22 – 25
Правильный ответ: в
007. Передняя стенка трахеи представлена:
а) мышцами
б) связками
в) соединительной тканью
г) хрящевыми полукольцами
Правильный ответ: г
008. Задняя стенка трахеи:
а) перепончатая
б) хрящевая
в) костная
г) адвентициальная
Правильный ответ: а
009. Трахея сзади граничит:
а) с пищеводом
б) с гортанью
в) с позвоночником
г) с сонными артериями
Правильный ответ: а
010. Полукольца трахеи между собой соединены:
а) слизистой оболочкой
б) хрящевой тканью
в) фиброзными связками
г) мышцами
Правильный ответ: в
011. Слизистая оболочка трахеи представлена:
а) плоским эпителием
б) мерцательным эпителием
в) кубическим эпителием
г) цилиндрическим эпителием
Правильный ответ: б
012. Осмотр всей трахеи возможен при:
а) непрямой ларингоскопии
б) прямой ларингоскопии
в) трахеобронхоскопии
г) эзофагоскопии
Правильный ответ: в
013. Наиболее безопасный метод осмотра трахеи:
а) фиброларинготрахеобронхоскопия
б) ригидная ларинготрахеобронхоскопия
в) непрямая ларингоскопия
г) прямая ларингоскопия
Правильный ответ: а

Пищевод

001. Шейная часть пищевода проецируется:
а) от VIIшейного доIVгрудного позвонка
б) от VIшейного доIIгрудного позвонка
в) от VIшейного доIгрудного позвонка
г) от VIшейного доVIIгрудного позвонка
Правильный ответ: б
002. В грудном отделе просвет пищевода имеет форму:
а) круглую или звездчатую
б) поперечной щели
в) продольной щели
г) треугольную
Правильный ответ: а
003. На поперечном разрезе шейный отдел пищевода имеет форму:
а) круглую
б) звездчатую
в) продольной щели
г) поперечной щели
Правильный ответ: г
004. В шейном отделе пищевод:
а) звездчатый
б) округлый
в) спавшийся
г) зияет
Правильный ответ: в
005 Пищевод зияет в отделе:

а) в грудном
б) в шейном
в) в брюшном
г) во всех
Правильный ответ: а
006. Стенка пищевода состоит из:
а) 3 – х слоев
б) 2 – х слоев
в) 4 – х слоев
г) 5 – ти слоев
Правильный ответ: а
007. Мышечный слой пищевода состоит из:
а) 5 – ти видов волокон
б) 2 – х видов волокон
в) 3 – х видов волокон
г) 1 вида волокон
Правильный ответ: б
008. К физиологическим сужениям пищевода относятся:
а) бифуркационное
б) аортальное, кардиальное
в) бронхиальное, диафрагмальное
г) вход в пищевод
Правильный ответ: б
009. К анатомическим сужениям пищевода не относится:
а) аортальное
б) бронхиальное
в) рот пищевода
г) диафрагмальное
Правильный ответ: а
010. Отток лимфы из пищевода осуществляется:
а) в л/узлы гортани
б) в предпозвоночные л/узлы
в) в заглоточные л/узлы
г) в верхние паратрахеальные и глубокие шейные и парабронхиальные л/узлы
Правильный ответ: г

Глотка

001. Этажи глотки:
а) передний, задний
б) цефальный, каудальный
в) носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка
г) околонебный, околозевный, подъязычный
Правильнай ответ: в
002. Глотка предлежит к позвонкам:
а) 3-7 шейный
б) 1-6 шейный
в) шейный – 2 грудной
г) 1 шейный-1грудной
Правильный ответ: б
003. Назовите слои глотки:
а) костный, мышечный, подслизистый, слизистый
б) мышечный, лимфоидный, слизистый
в) соединительнотканный, мышечный, подслизистый, слизистый
г) соединительнотканный, мышечный, подслизистый, лимфоидный
Правильный ответ: в
004. По автору лимфаденоидное глоточное кольцо называется:
а) Симоновского-Венсана
б) Вальдеера-Пирогова
в) Эпштейн-Бара
г) Воячека
Правильный ответ: б
005. В лимфаденоидном глоточном кольце насчитывается миндалин:
а) 4
б) 6
в) 8
г) 10
Правильный ответ: б
006. Слизистая оболочка носоглотки покрыта:
а) многорядным мерцательным эпителием
б) многослойным плоским эпителием
в) лимфатическим эпителием
г) железистым эпителием
Правильный ответ: а
007. Слизистая оболочка ротоглотки покрыта:
а) многорядным мерцательным эпителием
б) многослойным плоским эпителием
в) лимфатическим эпителием
г) железистым эпителием
Правильный ответ: б
008. Небные миндалины располагаются на границе:
а) вкусовой и пищеварительной систем
б) дыхательной и пищеварительной систем
в) вкусовой и дыхательной систем
г) дыхательной и обонятельной систем
Правильный ответ: б
009. Функциональной основой миндалин лимфаденоидного глоточного кольца является:
а) железистая ткань
б) соединительная ткань
в) лимфоидная ткань
г) лакунарная ткань
Правильный ответ: в
010. Боковые валики глотки представлены:
а) железистой тканью
б) соединительной тканью
в) лимфоидной тканью
г) хрящевой тканью
Правильный ответ: в
011. Поверхность миндалин значительно увеличивается за счет:
а) дигесценций
б) крипт
в) санториниевых щелей
г) миндаликовых ниш
Правильный ответ: б
012. Основные функции миндалин отражены в выражении:
а) «лифоэпителиальный симбиоз»
б) «физиологическая рана»
в) «входные ворота» инфекции
г) карманы для инфекции
Правильный ответ: а
013. Казеозные пробки это:
а) скопление микробных тел, слущенного эпителия и лейкоцитов
б) гнойное отделяемое
в) железистое отделяемое
г) слизисто-гнойное отделяемое
Правильный ответ: а
014. Крипты язычной миндалины не имеют патологического содержимого, т.к
а) эта миндалина не имеет крипт
б) в каждую крипту открывается устье слюнных желез

в) из-за анатомического расположения миндалины на корне языка
г) содержимое не видно
Правильный ответ: б
015. «Аденоидами» называется гипертрофия:
а) язычной миндалины
б) трубных миндалин
в) небных миндалин
г) глоточной миндалины
Правильный ответ: г
016. Структурной единицей миндалин является только:
а) лимфотический фолликул
б) криптолимфон
в) крипта
г) вторичный узелок
Правильный ответ: б
017. Глотка – это:
а) полый орган, являющийся частью пищеварительной трубки и дыхательных путей
б) полый орган, состоящий из хрящей и связочного аппарата
в) орган пищеварения
г) все перечисленное
Правильный ответ: а
018. В состав задней стенки глотки не входит:
а) мышцы
б) фиброзная оболочка
в) слизистая оболочка
г) хрящи
Правильный ответ: г
019 Глотка расположена на уровне шейных позвонков:
а) от основания черепа до 6-го
б) от основания черепа до 4-го
в) от основания черепа до 5-го
г) от основания черепа до 3-го
Правильный ответ: а
020. Носоглотка сообщается с:
а) полостью носа и слуховой трубой
б) гортанью
в) пищеводом
г) полостью рта
Правильный ответ: а
021. К отделам глотки не относится:
а) носоглотка
б) ротоглотка
в) гортаноглотка
г) подскладковое пространство
Правильный ответ: г
022. Носоглотка располагается:
а) от основания черепа до 3-го шейного позвонка
б) от свода глотки до мягкого нёба
в) от корня языка до входа в пищевод
г) над трахеей на уровне тел 4-го шейного позвонка
Правильный ответ: а
023. Носоглоточная миндалина располагается:
а) только на задней стенке
б) на верхней
в) на боковых стенках
г) в устьях слуховых труб
Правильный ответ: б
024. Глоточные устья слуховых труб расположены:
а) на боковых стенках глотки
б) в своде глотки - на верхней стенке
в) на задней стенке
г) на уровне небных миндалин
Правильный ответ: а
025. Трубные миндалины расположены
а) на боковых стенках ротоглотки
б) в своде носоглотки
в) на задней стенке носоглотки
г) в щелевидном углублении (РОЗЕНМЮЛЛЕРОВА ямка)
Правильный ответ: г
026. Носоглотка отграничена от ротоглотки:
а) мягким нёбом
б) языком
в) твердое нёбо
г) передние нёбные дужки
Правильный ответ: а
027.Ротоглотка сообщается с:
а) ротовой полостью
б) полостью носа
в) устьем слуховых труб
г) гортанью
Правильный ответ: а
028. Зев ограничен только:
а) краями мягкого нёба
б) передними и задними нёбными дужками
в)корням языка
г) всё перечисленное
Правильный ответ: г
029. Мягкое нёбо представлено только:
а) дупликатурой слизистой
б) мышцами
в) фиброзной пластинкой
г) всё перечисленное
Правильный ответ: г
030. Мягкое нёбо только:
а) продолжается в твердое небо
б) свисает вниз
в) переходит в выступ – язычок
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
031. Мягкое нёбо переходит:
а) в переднюю дужку
б) в заднюю дужку
в) язычок
г) всё перечисленное
Правильный ответ: г
032. В нёбных нишах находятся:
а) нёбные миндалины
б) скопления лимфоидной ткани
в) аденоиды
г) мягкое нёбо
Правильный ответ: а
033. Гортаноглотка расположена:
а) ниже корня языка
б) продолжается до входа в пищевод
в) спереди открывается вход в гортань
г) всё перечисленное
Правильный ответ: г
034. Язычная миндалина расположена:
а) на корне языка
б) в носоглотке
в) в небных нишах
г) на задней стенке глотки
Правильный ответ: а

035. Многослойный плоский неороговевающий эпителий находится:
а) в носоглотке
б) в ротоглотке и гортаноглотке
в) в полости носа
г) все перечисленное
Правильный ответ: б
036. Многорядный цилиндрический мерцательный эпителий находится:
а) в носоглотке
б) в ротоглотке и гортаноглотке
в) в полости носа
г) все перечисленное
Правильный ответ: а
037. Глотку кровоснабжают:
а) восходящая глоточная артерия
б) верхняя щитовидная артерия
в) наружная сонная артерия
г) всё перечисленное
Правильный ответ: г
038. Для глотки региональными являются только:
а) глубокие шейные лимфоузлы
б) лимфоузлы по ходу внутренний ярёмной вены
в) лимфоузлы на уровне бифуркации общей сонной артерии
г) всё перечисленное
Правильный ответ: г
039. Нёбные миндалины обладают только:
а) болевой чувствительностью
б) тактильной чувствительностью
в) температурной чувствительностью
г) всё перечисленное
Правильный ответ г
040. Специфическую защиту слизистых оболочек дыхательных путей обеспечивает:
а) системный иммунитет
б) секреторный иммунитет
в) сапрофитная флора
г) лизоцим
Правильный ответ: б
041. Продолжением заглоточного пространства является:
а) переднее средостение
б) заднее средостение
в) парафарингиальное пространство
г) паравертебральное пространство
Правильный ответ: б
042. Вблизи нижнего полюса небной миндалины располагается:
а) внутренняя сонная артерия
б) наружная сонная артерия
в) общая сонная артерия
г) щитовидная артерия
Правильный ответ: а
043. Степень гипертрофии глоточной миндалины определяют с помощью:
а) ларингоскопии
б) передней риноскопии
в) фарингоскопии
г) пальцевого исследования
Правильный ответ: г
044. Носоглотку исследуют с помощью:
а) задней риноскопии
б) передней риноскопии
в) фарингоскопии
г) ларингоскопии
Правильный ответ: а
045. Через парафарингиальное пространство проходит:
а) лицевой нерв
б) тройничный нерв
в) блуждающий нерв
г) гортанный нерв
Правильный ответ: в
046. Через парафарингиальное пространство проходит:
а) позвоночная артерия
б) внутренняя сонная артерия
в) наружная яремная вена
г) небная артерия
Правильный ответ: б
047. Осмотр ротоглотки называется:
а) орофарингоскопия
б) ларингоскопия
в) риноскопия
г) отоскопия
Правильный ответ: а
048. Крипты - это:
а) железы
б) дубликатура слизистой оболочки
в) вдавления слизистой в лимфоидную ткань
г) пространство между дольками миндалин
Правильный ответ: г
049. В небных миндалинах выделяют только:
а) верхний полюс
б) нижний полюс
в) наружную и внутреннюю поверхности
г) всё перечисленное
Правильный ответ: г
050 Поверхность миндалин увеличивается за счет:
а) выпуклостей
б) крипт
в) кратеров
г) ямок
Правильный ответ: б
051. В кольцо Вальдейера-Пирогова входит:
а) 6 миндалин
б) 8 миндалин
в) 12 миндалин
г) 4 миндалины
Правильный ответ: а
052. В небных миндалинах выделяют:
а) 12 – 20 лакун
б) 4- 10 лакун
в) 19- 21 лакуна
г) 3-5 лакун
Правильный ответ: а
053. Лакуны наиболее развиты:
а) в области верхнего полюса
б) в области нижнего полюса
в) наружная поверхность миндалины
г) внутренняя поверхность
Правильный ответ: а
054. Небные миндалины максимально развиты к:
а) 10 годам
б) 20 годам
в) 5 годам
г) 1 –году
Правильный ответ: а
055. Возрастная инволюция небных миндалин после

50 лет проявляется:
а) уменьшением объема
б) снижением числа фолликулов
в) атрофией лимфоидной ткани
г) замещением лимфоидной ткани на соединительную
Правильный ответ: г
056. Небные миндалины имеют только:
а) капсулу
б) строму
в) паренхиму
г) всё перечисленное
Правильный ответ: г
057. Капсула небных миндалин представлена:
а) листком щёчно-глоточной фасции
б) соединительной тканью
в) жировой клетчаткой
г) всё перечисленное
Правильный ответ: а

Острый гнойный средний отит

001. Боль в ухе и высокая температура тела до 39С характерны для среднего отита:
а) неперфоративной стадии острого гнойного
б) перфоративной стадии острого гнойного
в) стадии регенерации острого гнойного
г) экссудативного
Правильный ответ: а
002. Гнойное отделяемое из уха, стихание боли характерно для среднего отита:
а) неперфоративной стадии острого гнойного
б) перфоративной стадии острого гнойного
в) стадии регенерации острого гнойного
г) экссудативного
Правильный ответ: б
003. При остром гнойном среднем отите барабанная перепонка:
а) перламутрового цвета
б) с наличием перфорации с омозоленными краями
в) гиперемирована
г) с известковыми отложениями в ней
Правильный ответ: в
004. Причиной развития острого гнойного среднего отита могут быть только:
а) стрептококки, стафилококки
б) вирусы, аденовирусы, анаэробы
в) синегнойная и кишечная палочка, протей
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г
005. Парацентез при остром гнойном среднем отите не показан при:
а) гиперемии, выбухании барабанной перепонки
б) высокий температуре тела 3 8-39С
в) менингизме
г) краевой перфорации барабанной перепонки
Правильный ответ: г
006. Камертональные пробы при остром гнойном среднем отите:
а) опыт Швабаха удлинен, опыт Федеричи положительный
б) опыты Федеричи и Ринне отрицательные
в) опыт Вебера – в здоровое ухо
г) опыты Желле и Ринне положительные
Правильный ответ: б
007. Гнойный очаг при остром гнойном среднем отите не может быть в:
а) аттике
б) барабанной полости
в) клетках сосцевидного отростка
г) лабиринте
Правильный ответ: г
008. Рецидивирующий острый гнойный средний отит наблюдается в возрасте:
а) до3-х лет
б) до 14-и лет
в) в старческом возрасте
г) в любом возрасте
Правильный ответ: а
009. При типичном течении острого гнойного среднего отита выделяют:
а) 1 период
б) 2 периода
в) 3 периода
г) 4 периода
Правильный ответ: в
010. Первый период острого гнойного среднего отита характеризуется:
а) возникновением и развитием воспалительного процесса в среднем ухе
б) прободением барабанной перепонки
в) гноетечением из уха
г) прекращением воспалительного процесса
Правильный ответ: а
011. Инфекция чаще проникает в среднее ухо:
а) гематогенным путем
б) лимфогенным путем
в) в следствие травмы
г) тубогенным путем
Правильный ответ: г
012. В воспалительный процесс при остром гнойном среднем отите вовлекаются:
а) 2 слоя
б) все 3 слоя барабанной перепонки
в) 1 слой
г) барабанная перепонка не вовлекается
Правильный ответ: б
013. Гноетечение при остром гнойном среднем отите обычно продолжается:
а) 5 -7 дней
б) 2 недели
в) 3 – 4 недели
г) не прекращается
Правильный ответ: а
014. В первые дни острого гнойного среднего отита показатели крови:
а) лейкопения, повышенная СОЭ
б) лейкоцитоз, повышенная СОЭ
в) лейкоцитоз
г) эозинофилия
Правильный ответ: б
015. Сосудосуживающие капли в нос при остром гнойном среднем отите используют:
а) для снятия воспаления в ухе
б) для улучшения слуха
в) для восстановления дренажной и вентиляционной функций слуховой трубы
г) не назначают
Правильный ответ: в
016. Диагноз острого гнойного среднего отита можно поставить на основании только:
а) рентгенологических данных

б) лабораторных данных
в) жалоб и отоскопической картины
г) жалоб и рентгенологической картины
Правильный ответ: в
017. Дифференциальная диагностика острого гнойного среднего отита должна проводиться с:
а) острым наружным отитом
б) отомикозом
в) лабиринтитом
г) адгезивным отитом
Правильный ответ: а
018. Переход острого гнойного среднего отита в хронический не зависит от наличия:
а) мочекаменной болезни
б) выраженного авитаминоза и диабета
в) аденоидных вегетаций
г) патологии околоносовых пазух
Правильный ответ: а
019. Лечение острого гнойного среднего отита лучше проводить:
а) гентамицином
б) пенициллином
в) аугментином
г) тетрациклином
Правильный ответ: в
020. Наиболее тяжелые (некротические) поражения среднего уха возникают при:
а) кори и скарлатине
б) малярии
в) туберкулезе
г) гриппе
Правильный ответ: а
021. Впервые возникшая боль в ухе, гиперемия барабанной перепонки и ее выпячивание характерно для:
а) острого гнойного среднего отита в перфоративной стадии
б) острого гнойного среднего отита в неперфоративной стадии
в) хронического гнойного мезотемпанита
г) хронического гнойного эпитемпанита
Правильный ответ: б
022. Впервые возникшая боль в ухе, гноетечение, гиперемия барабанной перепонки характерно для:
а) острого гнойного среднего отита в перфоративной стадии
б) острого гнойного среднего отита в неперфоративной стадии
в) хронического гнойного мезотемпанита
г) хронического гнойного эпитемпанита
Правильный ответ: а
023. При остром гнойном среднем отите в процесс не вовлекается:
а) барабанная полость
б) слуховая труба
в) пещера
г) полукружный канал
Правильный ответ: г
024. Отоскопическая картина острого гнойного среднего отита:
а) втянутость барабанной перепонки и укорочение светового конуса
б) тусклый цвет и рубцовые изменения барабанной перепонки
в) укорочение рукоятки молоточка и светового конуса
г) слизисто-гнойные выделения и гиперемия барабанной перепонки
Правильный ответ: г
025. Ушная ликворея – проявление перелома:
а) теменной кости
б) поперечного перелома пирамиды височной кости
в) затылочной кости
г) продольного перелома пирамида височной кости
Правильный ответ: г
026. Кровотечение из уха это следствие:
а) перелома свода черепа
б) поперечного перелома пирамиды височной кости
в) травмы наружного слухового прохода или продольного перелома
пирамиды височной кости
г) отогематомы
Правильный ответ: в
027. Наиболее вероятный диагноз при болях в ухе и снижение слуха после насморка:
а) мастоидит
б) фурункул наружного слухового прохода
в) острый катаральный средний отит
г) острый гнойный средний отит
Правильный ответ: г
028. Показания к парацентезу имеются при:
а) остром гнойном среднем отите
б) адгезивном отите
в) острый катаральный средний отит
г) хроническом гнойном эпитимпаните
Правильный ответ: а
029. Частота средних отитов у детей раннего возраста обусловлена:
а) широкой и короткой слуховой трубой
б) отсутствием мерцательного эпителия в слуховой трубе
в) недоразвитием слуховой трубы
г) отсутствием костного отдела слуховой трубы
Правильный ответ: а
030. При гриппозном отите процесс преимущественно локализуется:
а) в перепончатохрящевом отделе
б) в костном отделе слухового прохода, барабанной перепонке
в) в пещере (антруме)
г) в слуховой трубе
Правильный ответ: б

Мастоидит. Антрит

001. Для мастоидита характерно только:
а) повышение температуры тела
б) тугоухость
в) изменение состава крови
г) все выше перечисленное
Правильный ответ: г
002. Субпериостальный абсцесс при мастоидите это скопление гноя между:
а) кожей и фасцией мышцы
б) мышцей и ее фасцией
в) фасцией и надкостницей
г) надкостницей и кортикальным слоем
Правильный ответ: г
003. Распространение гноя при гнойном отите в область верхушки
сосцевидного отростка называется:
а) петрозит
б) верхушечно-шейный (Бецольдовский мастоидит)

в) зигоматицит
г) апицит
Правильный ответ: б
004. Характерный отоскопический симптомом мастоидита:
а) нависание задневерхней стенки в костном отделе наружного слухового прохода
б) гноетечение
в) укорочение светового конуса
г) втянутость барабанной перепонки
Правильный ответ: а
005. При мастоидите на рентгенограмме определяется только:
а) снижение пневматизации клеток сосцевидного отростка
б) завуалированность антрума (пещеры)
в) разрушение костных перегородок между клетками сосцевидного отростка
г) все перечисленное верно
Правильный ответ: г
006. Для развития мастоидита наилучшие условия создаются при типе строения сосцевидного отростка:
а) склеротическом
б) диплоэтическом
в) пневматическом
г) смешанном
Правильный ответ: в
007. Слуховая функция при мастоидите чаще:
а) нормальная
б) снижена
в) полное отсутствие слуха
г) обостренный слух
Правильный ответ: б
008. Ушная раковина при мастоидите обычно оттопыривается:
а) кпереди
б) кзади
в) смещения нет
г) кверху
Правильный ответ: а
009. При типичном мастоидите изменения происходят:
а) в чешуе височной кости
б) в сосцевидном отростке
в) в пирамиде височной кости
г) в слуховых косточках
Правильный ответ: б
010. Появлению атипичных форм мастоидита способствует чаще:
а) несоблюдение правил личной гигиены
б) длительное переохлаждение
в) анатомические особенности височной кости
г) несвоевременное удаление серной пробки
Правильный ответ: в
011. Антрит развивается у:
а) детей
б) взрослых
в) пожилых
г) женщин
Правильный ответ: а
012. Часто антрит сопровождается бурной реакцией со стороны:
а) только ЖКТ
б) только дыхательной системы
в) только нервной системы
г) все перечисленное верно
Правильный ответ: г
013. Основным видом оперативного лечения антрита является:
а) стапедопластика
б) антротомия
в) катетеризация слуховой трубы
г) радикальная операция
Правильный ответ: б
014. Осложнением антропункции является:
а) попадание иглой в синус или мозг
б) птоз
в) офтальмоплегия
г) фурункул наружного слухового прохода
Правильный ответ: а
015. Субпериостальный абсцесс при мастоидите локализуется:
а) в слуховом проходе
б) в твердой мозговой оболочке
в) под надкостницей сосцевидного отростка
г) на поверхности сигмовидного синуса
Правильный ответ: в
016. Признаком мастоидита является:
а) нависание тканей задневерхней стенки слухового прохода
б) втянутость барабанной перепонки
в) кровоизлияние в толщу барабанной перепонки
г) гиперемия и отек в перепончатохрящевом отделе слухового прохода
Правильный ответ: а
017. У больного мастоидитом, как правило, вынужденное положение:
а) голова отклонена кзади
б) голова отклонена кпереди
в) голова наклонена в больную сторону
г) голова наклонена в здоровую сторону
Правильный ответ: в
018. Ограничение движений глазного яблока при мастоидите связано с:
а) поражением тройничного нерва
б) с нерациональным применением антибиотиков
в) со строением височной кости
г) с поражением глазодвигательного нерва.
Правильный ответ: г
019. Мастоидит следует дифференцироватьт с:
а) фурункулом слухового прохода
б) болезнью Меньера
в) отосклерозом
г) переломом височной кости
Правильный ответ: а
020. При остром гнойном отите у детей грудного возраста гной
распространяется:
а) в пирамиду
б) в решетчатую кость
в) в антрум
г) скуловую кость
Правильный ответ: в
021. Консервативное лечение мастоидита включает назначение:
а) глюкокортикостероидов
б) антибиотиков
в) трепанацию сосцевидного отростка
г) УВЧ на сосцевидный отросток
Правильный ответ: б

022. Распространение гноя при гнойном отите в область скуловой дуги называется:
а) петрозит
б) верхушечношейный мастоидит
в) зигоматицит
г) апицит
Правильный ответ: в
023. Распространение гноя при гнойном отите в область пирамиды височной кости называется:
а) петрозит
б) верхушечношейный мастоидит
в) зигоматицит
г) апицит
Правильный ответ: а

Рожистое воспаление. Перихондрит ушной раковины

001. Рожа (erysipeles) разлитое инфекционное воспаление кожи вызванное:
а) стафилококком
б) стрептококком
в) пневмококком
г) гонококком
Правильный ответ: б
002. При рожистом воспалении носа и уха кожа в области поражения только:
а) резко гиперемирована
б) значительно инфильтрирована
в) ограничена воспалительным валом от здоровой кожи
г) все верно
Правильный ответ: г
003. Для перихондрита ушной раковины в отличие от рожи характерно:
а) гиперемия и припухлость с четкими границами
б) распространение воспаления на мочку, заушную область
в) образование пузырьков с серозным содержимым на воспаленной коже
г) мочка ушной раковины не вовлекается в воспалительный процесс
Правильный ответ: г
004. Диффузное воспаление надхрящницы - перихондрит не может быть:
а) серозным в момент укуса насекомого или ожоге
б) гнойным при попадании инфекции в надхрящницу
в) следствием отогематомы, фурункула слухового прохода
г) буллезным с образованием серозных пузырьков на мочке уха
Правильный ответ: г
005. Для прогрессирующего перихондрита наружного уха не характерна:
а) равномерная, бугристая припухлость кожи
б) флюктуация при образовании гнойного экссудата между надхрящницей и хрящем
в) деформация мочки уха
г) гнойное расплавление хряща ушной раковины
Правильный ответ: в
006. При появлении флюктуации при перихондрите ушной раковины не следует
а) производить широкий разрез тканей
б) выскабливать ложкой область абсцесса и удалять некротизированные ткани
в) дренировать вскрытую полость
г) не вскрывать абсцесс, а провести УВЧ – терапию
Правильный ответ: г
007. Перихондрит ушной раковины - это диффузное воспаление:
а) только кожи
б) хряща
в) только надхрящницы
г) надхрящницы с вовлечением кожи
Правильный ответ: г
008. Перихондрит может быть:
а) серозный или гнойный
б) гематогенный, лимфогенный
в) катаральный, фолликулярный
г) герпетический, контактный
Правильный ответ: а
009. При перихондрите ушной раковины пальпация болезненна:
а) всей ушной раковины
б) мочки уха
в) заушной области
г) всей раковины, кроме мочки
Правильный ответ: г

Экзема наружного уха

001. Для экземы наружного уха не характерно:
а) краснота без четкой границы воспаления
б) утолщение кожи, зуд
в) мокнущие, корки или шелушение
г) четкая граница воспаления
Правильный ответ: г
002. Для хронической формы экземы уха не характерно:
а) вовлечение в процесс поверхностных и глубоких слоев кожи
б) вовлечение в процесс только поверхностных слоев кожи
в) сужение просвета слухового прохода за счет утолщения кожи
г) появление трещин кожи у входа в слуховой проход
Правильный ответ: б
003. Боль при фурункуле слухового прохода главным образом иррадиирует:
а) в руку на стороне поражения
б) в глаз, зубы, шею
в) в верхние и нижние конечности
г) диффузно распространяется по всему телу
Правильный ответ: б
004. При фурункуле нижней стенки слухового прохода может поражаться:
а) околоушная железа
б) сосцевидный отросток
в) лицевой нерв
г) сустав нижней челюсти
Правильный ответ: а
005. Околоушные лимфатические узлы при фурункуле слухового прохода:
а) не изменяются в размерах, при пальпации болезненны
б) увеличиваются, при пальпации безболезненны
в) увеличиваются, при пальпации болезненны
г) без изменений
Правильный ответ: в
006. Отоскопия при фурункуле наружного слухового прохода:
а) видно округлое возвышение гиперемированной кожи, суживающее слуховой проход
б) отмечается втянутость барабанной перепонки

в) гиперемия и инфильтрация кожи перепончато-хрящевого и костного отделов слухового прохода
г) сужение просвета в костном отделе, гиперемия воспаленной кожи
Правильный ответ: а
007. Тактика лечения фурункула слухового прохода:
а) раннее вскрытие у всех больных
б) вскрытие фурункула и антибактериальная терапия
в) выдавливание
г) гормональная терапия
Правильный ответ: б
008. При созревании фурункула наружного уха и усилении болевого синдрома целесообразно применить:
а) гормонотерапию
б) вскрытие фурункула, антибиотикотерапию
в) противовоспалительную терапию
г) антигистаминнуго терапию
Правильный ответ: б

Отомикоз

001. Возбудитель отомикоза:
а) синегнойная палочка
б) стафилококки
в) грибы
г) стрептококки
Правильный ответ: в
002. Способствуют развитию отомикоза:
а) только хронический гнойный средний отит
б) только антибиотикотерапия
в) сахарный диабет
г) все верно
Правильный ответ: г
003. Основные симптомы при отомикозе:
а) постоянный зуд в ухе, заложенность, скудные выделения
б) тошнота, рвота
в) высокая температура, частое головокружение
г) постоянная головная боль, высокая температура, зловонные выделения
Правильный ответ: а
004. При отомикозе не может быть:
а) гиперемии и инфильтрации кожи передненижней стенки перепончато-хрящевого отдела слухового прохода
б) сужения просвета и гиперемии кожи в костном отделе слухового прохода
в) кожа слухового прохода бледно-розового цвета, барабанная перепонка втянута
г) на всем протяжении слуховой проход сужен, кожа инфильтрирована и слабо гиперемирована
Правильный ответ: в
005. Особенности в тактике лечения отомикоза:
а) всем показано только хирургическое лечение
б) антимикотическая терапия
в) всем показано антибактериальное лечение
г) лечение консервативное, одинаковое для всех
Правильный ответ: б
006. Для больных отомикозом показана только:
а) антибактериальная терапия
б) противогрибковая, десенсибилизирующая
в) гормонотерапия
г) антигистаминная терапия
Правильный ответ: б

Инородные тела наружного уха. Травмы уха

001. «Вколачивание» горошины, металлического шарика чаще происходит:
а) сразу у входа в наружный слуховой проход
б) в перепончато - хрящевом отделе
в) в месте перехода перепончато - хрящевого в костный отдел
г) в костном отделе перед барабанной перепонкой
Правильный ответ: в
002. Удалить «вколоченную» в слуховой проход свежую горошину можно:
а) крючком
б) промыванием уха водой
в) закапать в слуховой проход несколько раз спирт и сморщенную горошину
удалить
г) щипцами, пинцетом
Правильный ответ: в
003. «Вколоченный» в слуховой проход металлический шарик легче удалить:
а) крючком
б) пинцетом
в) магнитом
г) промыть водой
Правильный ответ: в
004. Живое инородное тело легче удалить:
а) крючком
б) обездвижить, закапав масло в слуховой проход, и удалить
в) пинцетом
г) не трогать, само выйдет
Правильный ответ: б
005. Наиболее частая локализация отогематомы:
а) передняя поверхность верхней половины раковины
б) мочка уха
в) внутренняя поверхность ушной раковины
г) область сосцевидного отростка
Правильный ответ: а
006. При сквозном ранении ушной раковины снаружи повреждаются ткани:
а) кожа, надхрящница, хрящ, кожа
б) кожа, мышцы, надхрящница, хрящ, кожа
в) кожа, надхрящница, хрящ, надхрящница, мышцы, клетчатка, кожа
г) кожа, надхрящница, хрящ, мышца, кожа
Правильный ответ: в
007. Перелом нижне - передней стенки наружного слухового прохода возможен при:
а) ударе в подбородок
б) падении на область затылка
в) переломе височной кости
г) переломе лобной кости
Правильный ответ: а
008. Для перелома стенки наружного слухового прохода не характерно:
а) кровотечение из уха
б) боль при жевании
в) боль при открывании рта
г) слюнотечение
Правильный ответ: г
009. При продольном переломе пирамиды височной кости бывает только:
а) разрыв барабанной перепонки
б) кровотечение из уха
в) иногда ликворея, паралич п. facialis

г) все верно
Правильный ответ: г
010. При поперечном переломе пирамиды височной кости не будет:
а) тетрапареза
б) полной глухоты
в) угасания вестибулярной функции
г) паралича лицевого нерва
Правильный ответ: а

Хронический гнойный средний отит

001. Стойкая перфорация барабанной перепонки характерна для:
а) острого гнойного среднего отита
б) хронического гнойного среднего отита
в) острого экссудативного среднего отита
г) рецидивирующего острого среднего отита
Правильный ответ: б
002. Перфорация в расслабленной части барабанной перепонки характерна
для:
а) хронического гнойного мезотимпанита
б) хронического гнойного эпитимпанита
в) хронического экссудативного среднего отита
г) хронической сенсоневральной тугоухости
Правильный ответ: б
003. Перфорация в натянутой части барабанной полости характерна для:
а) хронического гнойного мезотимпанита
б) хронического гнойного эпитимпанита
в) хронического экссудативного среднего отита
г) хронической сенсоневральной тугоухости
Правильный ответ: а
004. Краевая перфорация барабанной перепонки характерна для:
а) хронического гнойного мезотимпанита
б) хронического гнойного эпитимпанита
в) хронического экссудативного среднего отита
г) хронической сенсоневральной тугоухости
Правильный ответ: б
005. Наличие холестеатомы характерно для:
а) хронического гнойного мезотимпанита
б) острого гнойного среднего отита
в) хронического гнойного эпитимпанита
г) хронического экссудативного среднего отита
Правильный ответ: в
006. Нависание задневерхней стенки наружного слухового прохода
характерно для:
а) острого гнойного среднего отита
б) мастоидита
в) острого экссудативного среднего отита
г) хронического гнойного эпитимпанита
Правильный ответ: б
007. Гнойное отделяемое с неприятным запахом характерно для:
а) хронического гнойного мезотимпанита
б) хронического гнойного эпитимпанита
в) острого гнойного среднего отита
г) хронического экссудативного среднего отита
Правильный ответ: б
008. При наличии кариозного процесса в височной кости при
эпитимпаните показано:
а) только консервативная терапия
б) только санирующая операция с удалением измененной кости
в) при отсутствии обострения лечение не проводится
г) санирующая операция на ухе и консервативная терапия
Правильный ответ: г
009. Для хронического гнойного мезотимпанита справа и здоровом левом
ухе характерно:
а) Опыт Вебера - латерализация звука вправо
б) Швабах - укорочен справа
в) Ринне - положительный
г) Федеричи – положительный
Правильный ответ: а
010. Для хронического гнойного среднего отита характерно:
а) выделение из уха крови
б) выделение из уха серозногеморрагической жидкости
в) гноетечение из уха
г) выделение из уха ликвора
Правильный ответ: в
011. Хроническому гнойному среднему отиту предшествует:
а) острый гнойный средний отит
б) лабиринтит
в) болезнь Меньера
г) тимпаносклероз
Правильный ответ: а
012. К формам хронического гнойного среднего отита относятся:
а) мезотимпанит и эпитимпанит
б) воспалительная и невоспалительная
в) острая
г) тяжелая, средняя, легкая
Правильный ответ: а
013. Эпитимпанит по сравнению с мезотимпанитом имеет более:
а) доброкачественное течение
б) злокачественное течение
в) вялое течение
г) без особенностей
Правильный ответ: б
014. При мезотимпаните поражаются:
а) слизистая оболочка барабанной полости
б) преимущественно костная ткань
в) клетки сосцевидного отростка
г) барабанная перепонка не вовлекается в процесс
Правильный ответ: а
015. У больных при эпитимпаните наряду с процессами воспаления слизистой оболочки возникает:
а) некроз улитки
б) паралич тройничного нерва
в) кариес кости
г) атрофия слизистой оболочки
Правильный ответ: в
016. При мезотимпаните слух не:
а) улучшается
б) изменен
в) понижен
г) нарушается
Правильный ответ: а
017. Мезотимпанит вне обострения дифференцируют с:
а) лабиринтитом

б) эпитимпанитом
в) фурункулом
г) острым гнойным отитом
Правильный ответ: б
018. Подход к лечению обострения мезотимпанита:
а) общее и местное
б) только местное
в) только общее
г) витаминотерапия
Правильный ответ: а
019. Причиной разрушения височной кости при эпитимпаните является:
а) холестеатома уха
б) невринома
в) остеома
г) ангиома
Правильный ответ: а
020. Основным методом диагностики эпитимпанита является:
а) магнитнорезонансnсная томография
б) отоскопия
в) компьютерная томография
г) УЗИ – исследование
Правильный ответ: б
021. Дифференциальная диагностика эпитимпанита проводится с :
а) нейросенсорной тугоухостью
б) болезнью Меньера
в) мастоидитом, лабиринтитом
г) наружным отитом, фурункулом наружного слухового прохода
Правильный ответ: г
022. Абсолютными показаниями к операции при эпитимпаните не
являются:
а) наличие признаков внутричерепного осложнения, синустромбоза, абсцесса мозга
б) появление признаков мастоидита
в) парез лицевого нерва, лабиринтит
г) гноетечение из уха
Правильный ответ: г

Лабиринтит

001. По этиологическому фактору лабиринтит не может быть:
а) неспецифическим
б) специфическим туберкулезным
в) специфическим сифилитическим
г) специфическим малярийным
Правильный ответ: г
002. Лабиринтит не может быть:
а) тимпаногенным (отогенным)
б) менингогенным
в) гематогенным
г) синусогенным (риногенным)
Правильный ответ: г
003. К специфическим воспалительным заболеваниям внутреннего уха относятся:
а) тимпаногенный ограниченный лабиринтит
б) тимпаногенный диффузный серозно-гнойный лабиринтит
в) менингогенный лабиринтит
г) сифилитический лабиринтит
Правильный ответ: г
004. По течению и выраженности клинических проявлений лабиринтит не может быть:
а) острый
б) подострый
в) хронический явный
г) хронический латентный
Правильный ответ: б
005. По локализации воспалительного процесса лабиринтит может
быть только:
а) ограниченным или диффузным
б) диффузным
в) ограниченным
г) локализованным
Правильный ответ: а
006. По патоморфологической характеристике лабиринтит не может быть:
а) серозный
б) гнойный
в) некротический
г) катаральный
Правильный ответ: г
007. Последствием гнойного диффузного лабиринтита может быть:
а) тугоухость Істепени
б) глухота
в) слух нормальный
г) разрыв до 30 дб на аудиограмме
Правильный ответ: б
008. Патогномоничным признаком ограниченного лабиринтита является:
а) положительный фистульный симптом
б) отрицательный фистульный симптом
в) наличие вращательного нистагма
г) наличие гальванического нистагма
Правильный ответ: а
009. При левостороннем диффузном серозном лабиринтите отклонение туловища в позе Ромберга:
а) влево
б) вправо
в) вперед
г) назад
Правильный ответ: б
010 Форма лабиринтита, возникшая в раннем детском возрасте и приводящая к поражению обоих лабиринтов и как следствие к глухонемоте:
а) туберкулезный
б) менингококковый
в) ограниченный
г) диффузный серозный
Правильный ответ: б
011. При тимпаногенном лабиринтите инфекция во внутреннее ухо проникает через:
а) барабанную перепонку
б) окна улитки и преддверия
в) слуховую трубу
г) водопровод улитки
Правильный ответ: б
012. Гематогенный лабиринтит может быть обусловлен:
а) только эпидемическим паротитом
б) только сифилисом
в) только гриппом
г) все верно
Правильный ответ: г
013. Наиболее ранними признаками менингогенного лабиринтита являются только:

а) шум в одном или в обоих ушах
б) прогрессирующая тугоухость
в) вестибулярные знаки
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
014. Отогенному менингиту в подавляющем большинстве случаев предшествуют:
а) катаральное воспаление слизистой оболочки верхних дыхательных путей
б) острый отит или обострение хронического гнойного эпитемпанита
в) гайморит
г) ничего из перечисленного
Правильный ответ: б
015. Головокружение - симптом раздражения или нарушения симметрии тонуса анализатора:
а) вестибулярного
б) слухового
в) обонятельного
г) зрительного
Правильный ответ: а
016. При лабиринтите холестеатома поражает костную стенку полукружного канала:
а) горизонтального
б) сагиттального
в) фронтального
г) всех перечисленных
Правильный ответ: а
017. Исходом ограниченного лабиринтита может быть:
а) только выздоровление
б) только развитие диффузного гнойного лабиринтита
в) только длительное течение с периодами обострения
г) все верно
Правильный ответ: г
018. К морфологическим формам диффузного лабиринтита не относятся:
а) атрофическая
б) серозная
в) гнойная
г) некротическая
Правильный ответ: а
019. Иллюзорное ощущение вращения предметов вокруг больного, или вращения самого больного это:
а) спонтанный нистагм
б) прессорный нистагм
в) несистемное головокружение
г) системное головокружение
Правильный ответ: г
020. Спонтанный лабиринтный нистагм это:
а) опущение нижнего века
б) воспаление волосяного фолликула
в) непроизвольное колебательное движение глазных яблок
г) нарушение остроты зрения
Правильный ответ: в
021. При ограниченном лабиринтите наибольшее диагностическое значение имеет:
а) поза Ромберга
б) пневматическая проба
в) опыт Ринне
г) пальценосовая проба
Правильный ответ: б
022. При лабиринтите из расстройств звукового анализатора наибольшее диагностическое значение имеет:
а) шум в ухе и снижение слуха
б) улучшение слуха и нистагм
в) боль и неприятное ощущение в ухе
г) тошнота, расстройство координации
Правильный ответ: а
023. Лабиринтэктомия предусматривает:
а) вскрытие преддверия, полукружных каналов и улитки
б) трепанацию сосцевидного отростка
в) удаление слуховых косточек
г) разрез барабанной перепонки
Правильный ответ: а
024. Симптомы не характерные для лабиринтита:
а) головокружение и нистагм
б) головная боль
в) повышение температуры тела
г) адиадохокинез
Правильный ответ: г
025. При правостороннем лабиринтите отклонение нистагма:
а) вправо
б) влево
в) вперед
г) назад
Правильный ответ: б
026. При благоприятном течении разлитого серозного лабиринтита функции лабиринта:
а) не восстанавливается
б) восстанавливается
в) восстанавливается частично
г) возникает дисфункция
Правильный ответ: б
027. Лечение диффузного гнойного лабиринтита должно быть:
а) консервативным
б) хирургическим
в) комплексным
г) симптоматическим
Правильный ответ: в
028. Медикаментозное лечение лабиринтита не включает:
а) дегидратационную
б) антибактериальную
в) дезинтоксикационную
г) антикоагулянтную терапию
Правильный ответ: г
029. При менингите, вызванном ГР (-) бактериями, особенно у новорожденных эффективны:
а) тетрациклин
б) цефалоспорины
в) незащищенные пенициллины
г) макролиды - эритромицин
Правильный ответ: б

Отогенные внутричерепные осложнения

001. Гемианопсия, чаще гомонимная (выпадение обеих одноименных половин зрения каждого глаза) бывает при абсцессе:
а) мозжечка
б) лобной доли мозга
в) височной доли мозга
г) экстрадурально
Правильный ответ: в

002. Головная боль при отогенных абсцессах мозга и мозжечка чаще:
а) интенсивная, локализованная, приступообразная
б) диффузная, интенсивная, распирающая
в) отсутствует
г) иррадиирующая в глотку
Правильный ответ: а
003. Амнестическая афазия является ведущим симптомом у правшей для:
а) субдурального абсцесса
б) менингита
в) абсцесса левой височной доли мозга у правшей
г) абсцесса мозжечка
Правильный ответ: в
004. Характерный симптом абсцесса левой височной доли мозга у правшей:
а) нарушение сознания
б) амнестическая афазия
в) ригидность затылочных мышц
г) симптом Кернига
Правильный ответ: б
005. При отогенном абсцессе височной доли головная боль чаще всего локализуется:
а) на стороне поражения
б) в затылочной области
в) в теменной области
г) на противоположной стороне
Правильный ответ: а
006. Двигательные нарушения при абсцессе левой височной доли мозга возникают:
а) на стороне поражения
б) на противоположной стороне
в) на обеих сторонах
г) не возникают
Правильный ответ: б
007. При абсцессе левой височной доли мозга у правшей может быть:
а) только амнестическая афазия
б) только сенсорная афазия
в) только моторная афазия
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
008. При абсцессе правой височной доли мозга головная боль наиболее часто локализуется:
а) в височнотеменной области справа
б) в височнотеменной области слева
в) в затылочной области
г) в лобной области
Правильный ответ: а
009. Основным локальным симптомом абсцесса правой височной доли является:
а) афазия
б) гемианопсия
в) появление спонтанного нистагма
г) нарушение координации
Правильный ответ: б
010. Наиболее точным методом диагностики абсцессов мозга является:
а) ангиография
б) рентгенография черепа и височных костей
в) компьютерная томография, магнитно-ядерный резонанс
г) вентрикулография
Правильный ответ: в
011. При абсцессе височной доли мозга показано срочное хирургическое лечение в виде:
а) мастоидотомии
б) тимпанопластики
в) антродренажа
г) расширенной радикальной операции
Правильный ответ: г
012. Клинические симптомы начальной (энцефалитической) стадии абсцесса мозга и мозжечка:
а) только головная боль, вялость
б) только подъем температуры до 37,5 °
в) только тошнота, рвота
г) верно все перечисленное
Правильный ответ: г
013. Патогенетический механизм головной боли при абсцессе мозга и мозжечка:
а) давление на рецепторы сигмовидного синуса
б) раздражение рецепторов мозговых оболочек
в) явление мозговой гипертензии и интоксикации
г) все перечисленное верно
Правильный ответ: г
014. Развитию абсцесса мозжечка чаще предшествует:
а) острый гнойный средний отит
б) гнойный лабиринтит
в) экссудативный средний отит
г) хронический гнойный мезотимпанит
Правильный ответ: б
015. Развитию абсцесса мозжечка чаще предшествует:
а) острый гнойный средний отит
б) тромбоз сигмовидного синуса
в) экссудативный средний отит
г) хронический гнойный мезотимпанит
Правильный ответ: б
016. Пульс при отогенных абсцессах мозга и мозжечка, как правило:
а) частый - тахикардия
б) редкий – брадикардия
в) не изменен - нормальный
г) с выраженной экстрасистолией
Правильный ответ: б
017. Температура тела при отогенных абсцессе мозга, мозжечка чаще:
а) гектическая (с несколькими перепадами на 1,5 - 2,0 ° в течение суток) – ремитирующее течение лихорадки
б) фебрильная (38 - 40°), колеблется в течение суток, но не более, чем на 1 °
в) субфебрильная (37,2-37,9)
г) нормальная (до 36,9)
Правильный ответ: в
018. Клиническая картина абсцесса мозжечка складывается из следующих симптомов:
а) только инфекционного процесса
б) только из общемозговых симптомов и знаков локального поражения мозга
в) только в зависимости от места нахождения абсцесса
г) все перечисленное верно
Правильный ответ: г
019. Головная боль при абсцессе мозжечка чаще локализуется:
а) в лобной области
б) в теменной
в) в затылочной

г) в височной области
Правильный ответ: в
020. Наиболее важным очаговым симптомом абсцесса мозжечка является только:
а) нистагм
б) нарушение мышечного тонуса
в) нарушение координации
г) верно все перечисленное
Правильный ответ: г
021. Брадикардия почти исчезает при следующем сопутствующем заболевании абсцесса мозжечка:
а) только при менингите
б) только при тромбозе поперечного синуса
в) только при тромбозе сигмовидного синуса
г) все перечисленное верно
Правильный ответ: г
022. Нарушение координации в конечностях при абсцессе мозжечка бывает:
а) на стороне поражения
б) на противоположной стороне
в) с обеих сторон
г) нарушений в координации движений нет
Правильный ответ: а
023. Характерно для абсцесса мозжечка:
а) адиадохокинез
б) возбуждение больного
в) тахикардия
г) субфебрилитет
Правильный ответ: а
024. Температура тела при отогенном менингите чаще:
а) гектическая (с несколькими перепадами на 1,5 - 2,0 ° в течение суток) - ремитирующее течение лихорадки
б) фебрильная (38-40°), колеблется в течение суток, но не более, чем на 1°
в) субфебрильная (37,2-37,9)
г) нормальная (до 36,9)
Правильный ответ: б
025. Пульс при отогенном менингите, как правило:
а) частый - тахикардия
б) редкий – брадикардия
в) не изменен - нормальный
г) с выраженной экстрасистолией
Правильный ответ: а
026. Головная боль при отогенном менингите чаще:
а) интенсивная, локализованная, приступообразная
б) диффузная, интенсивная, распирающая
в) отсутствует
г) иррадиирующая в глотку
Правильный ответ: б
027. Для гнойного отогенного менингита не характерны:
а) симптом Кернига
б) ригидность затылочных мышц
в) повышение ликворного давления
г) тризм жевательной мускулатуры
Правильный ответ: г
028. Мутный ликвор, цитоз до 30000 клеток в 1 мкл, выделяется из иглы под давлением 500 мм вод. ст.при:
а) абсцессе мозга
б) арахноидите
в) менингите
г) в норме
Правильный ответ: в
029. При лечении гнойного отогенного менингита проводится только:
а) расширенная радикальная операция
б) антибиотикотерапия, дегидратациоиная и дезинтоксикационная
в) антромастоидэктомия, антибиотикотерапия
г) расширенная радикальная операция с обнажением duramateri сигмовидного синуса, антибиотикотерапия, дегидратация и дезинтоксикация
Правильный ответ: г
030. Лечение больных с отогенным менингитом проводится в отделении:
а) хирургическом
б) отоларингологическом
в) нейрохирургическом
г) инфекционном
Правильный ответ: б
031. Предпочтительнее при гнойном менингите введение антибиотиков:
а) внутримышечно
б) подкожно
в) в кубитальную вену
г) в подключичную вену через катетер
Правильный ответ: г
032. Для менингита не характерно:
а) острое начало
б) изменение сознания
в) вынужденное положение головы с наклоном к плечу
г) изменение картины глазного дна
Правильный ответ: в
033. Головная боль при менингите, как правило:
а) отсутствует
б) незначительная
в) очень интенсивная
г) наблюдается не всегда
Правильный ответ: в
034. Наибольшую диагностическую ценность при отогенном сепсисе имеет:
а) бактериологическое исследование крови
б) серологическое исследование крови
в) исследование ликвора
г) исследование мочи
Правильный ответ: а
035. В комплексное терапевтическое лечение сепсиса входит только:
а) антибактериальная терапия
б) дезинтоксикационная
в) иммунокоррекция и компенсация функций органов и систем
г) все перечисленное верно
Правильный ответ: г
036. Температура тела при тромбозе сигмовидного синуса и сепсисе чаще:
а) гектическая (с несколькими перепадами на 1,5 - 2,0 ° в течение суток) – ремитирующее течение лихорадки
б) фебрильная (38 - 40°), колеблется в течение суток, но не более, чем на 1°
в) субфебрильная (37,2 - 37,9)
г) нормальная (до 36,9)
Правильный ответ: а
037. Наиболее часто, при отогенных осложнениях, наблюдается тромбоз:

а) пещеристого синуса
б) кавернозного и поперечного синусов
в) сигмовидного и поперечного синусов
г) поперечного синуса
Правильный ответ: в
038. Причиной тромбоза сигмовидного синуса и следующего за ним сепсиса является:
а) кариес скулового отростка
б) гнойное воспаление среднего уха, распространяющееся на сосцевидный отросток
в) гнойное воспаление клеток решетчатого лабиринта
г) катаральное воспаление среднего уха
Правильный ответ: б
039. Для отогенного сепсиса не характерны:
а) потрясающие ознобы, ежедневно или 2-3 раза в день
б) скачущий характер температуры
в) метастазы в виде гнойников
г) брадикардия
Правильный ответ: г
040. При тромбозе сигмовидного синуса и отогенном сепсисе не рекомендуется:
а) дегидратационная терапия (маннитол, лазикс, магния сульфат)
б) дезинтаксикационная терапия (гемодез, аскорбиновая кислота), глюкортикоиды
в) антигистаминные и антикоагулянты
г) викасол, аминокапроновая кислота
Правильный ответ: г

Отосклероз

001. Отосклероз – это заболевание:
а) наследственное
б) аллергической природы
в) острое инфекционное
г) специфическое инфекционное
Правильный ответ: а
002. Отосклероз чаще встречается у:
а) мужчин 40-60 лет
б) женщин 20-40 лет
в) в раннем детском возрасте
г) в грудном возрасте
Правильный ответ: б
003. Наиболее частый предрасполагающий фактор отосклероза у женщин:
а) травма
б) переохлаждение
в) беременность
г) острый гнойный средний отит
Правильный ответ: в
004. Типичные жалобы больных отосклерозом:
а) гноетечение из уха
б) боли в ухе
в) кровотечение из уха
г) снижение слуха и шум в ушах
Правильный ответ: г
005. Морфологическим субстратом при отосклерозе является:
а) отек и инфильтрация слизистой оболочки внутреннего уха
б) ограниченный остеодистрофический процесс в костной капсуле
в) расширение сосудов и гиперемия слизистой оболочки внутреннего уха
г) гиперемия и инфильтрация барабанной перепонки
Правильный ответ: б
006 Отосклероз дифференцируют с:
а) хроническим диффузным наружным отитом
б) хроническим гнойным мезотимпанитом
в) невритом слухового нерва
г) лабиринтитом
Правильный ответ: в
007. Клинические формы отосклероза:
а) серозная, гнойная, смешанная
б) тимпанальная, кохлеарная, смешанная
в) тимпанальная, серозная, смешанная
г) кохлеарная, тимпанальная, серозная
Правильный ответ: б
008. Аудиологическим признаком отосклероза не являются:
а) понижение порогов костной проводимости
б) повышение порогов костной проводимости
в) повышение порогов воздушной проходимости
г) наличие костно-воздушного разрыва между восприятием по кости и воздуху
Правильный ответ: а
009. Периоды течения отосклероза:
а) начальный
б) выраженного проявления всех основных симптомов
в) терминальной
г) все верно
Правильный ответ: г
010. Терминальный период отосклероза характеризуется:
а) глубокой тугоухостью
б) незначительным снижением слуха на одно ухо
в) перфорацией барабанной перепонки
г) сепсисом
Правильный ответ: а
011. Патогномоничный симптом при отосклерозе:
а) приступы системного лабиринтного головокружения
б) шум в больном ухе
в) паракузис Willisii
г) гноетечение из больного уха
Правильный ответ: в
012. При отосклерозе слух снижен по типу нарушения только:
а) звуковосприятия
б) звукопроведения
в) с костно-воздушным разрывом между кривыми
г) все верно
Правильный ответ: г
013. При отосклерозе опыты Ринне, Желле, Федеричи:
а) Ринне и Федеричи положительные
б) Ринне положительный, Федеричи отрицательный
в) Желле отрицательный, Ринне положительный
г) Ринне, Желле, Федеричи отрицательный
Правильный ответ: г
014. Лечение отосклероза:
а) десенсибилизирующая терапия
б) хирургическое
в) специфическими препаратами
г) противогрибковая терапия
Правильный ответ: б
015. При отосклерозе для улучшения слуха проводится:
а) радикальная операция на ухе

б) мастоидэктомия
в) стапедопластика
г) тимпанопластика
Правильный ответ: в
016. В клинике отосклероза наблюдается:
а) шум в ушах, понижение слуха
б) понижение слуха, периодическое гноетечение из уха
в) головокружение, боли в ухе
г) шум и боли в ушах
Правильный ответ: а
017. При отоскопии у больных отосклерозом обнаруживается все, кроме:
а) сухость кожи наружного слухового прохода
б) гиперсекреция ушной серы
в) широкие слуховые проходы
г) истончение барабанной перепонки
Правильный ответ: б
018. Мобилизацию стремени разработал в 1952 году:
а) А.Трельч
б) Т.В.Пальчун
в) С.Розен
г) Д.И.Тарасов
Правильный ответ: в

Болезнь Меньера

001. Основным этиологическим фактором болезни Меньера является:
а) стрептококк
б) грибы рода Candida
в) туберкулезная палочка
г) этиология не ясна
Правильный ответ: г
002. Основными признаками болезни Меньера являются все, кроме:
а) повышение температуры, головная боль
б) периодические обморочные состояния с тошнотой и рвотой
в) шум в ухе
г) односторонняя тугоухость
Правильный ответ: а
003. Болезнь Меньера не может иметь:
а) абортивное течение
б) прогрессирующее течение
в) приступообразное течение
г) латентное течение
Правильный ответ: а
004. Нистагм при болезни Меньера:
а) прессорный
б) спонтанный
в) поствращательный
г) крупноразмашистый
Правильный ответ: б
005. В основе патогенеза болезни Меньера лежит:
а) деструкция отолитовых мембран
б) снижение внутрилабиринтного давления
в) повышение давления эндолимфы и отек (гидропс) лабиринта
г) ничего из перечисленного
Правильный ответ: в
006. Причинами повышения внутрилабиринтного давления являются только:
а) гиперпродукция эндолимфы сосудистой полоской
б) нарушение циркуляции эндолимфы по эндолимфатическим протокам
в) недостаточная резорбция эндолимфы в эндолимфатическом мешке
г) все перечисленное выше
Правильный ответ: г
007. В патогенезе повышения лабиринтного давления основную роль играет:
а) сосудистый фактор
б) инфекция
в) аллергический фон
г) нарушение питания
Правильный ответ: а
008. Дифференциальную диагностику болезни Меньера необходимо проводить с:
а) рассеянным склерозом
б) острым средним отитом
в) менингитом
г) абсцессом головного мозга
Правильный ответ: а
009. К классической триаде болезни Меньера не относится:
а) приступы системного лабиринтного головокружения, сопровождающиеся тошнотой
б) снижение слуха на одно ухо
в) шум в пораженном ухе
г) резкая боль в пораженном ухе
Правильный ответ: г
010. Приступы головокружения при болезни Меньера возникают:
а) на фоне резкой боли в пораженном ухе
б) только в ночное время
в) среди полного здоровья
г) на фоне системного заболевания
Правильный ответ: в
011. Барабанная перепонка при болезни Меньера:
а) гиперемирована
б) не изменена
в) выбухает в сторону наружного слухового прохода
г) перфорирована
Правильный ответ: б
012 Для обратимой стадии болезни Меньера на тональной аудиограмме характерно:
а) снижение порогов костной и воздушной проводимости
б) снижение порога костной и повышение порога воздушной проводимости
в) нормальные значения порогов проводимости
г) повышение порогов воздушной и костной проводимости на всех частотах
Правильный ответ: г
013. При определении чувствительности к ультразвуку при болезни Меньера как правило обнаруживается:
а) нормальное восприятие его и латерализация преимущественно в больное ухо
б) нормальное восприятие его и латерализация преимущественно в здоровое ухо
в) снижение восприятия
г) повышенная чувствительность к нему
Правильный ответ: а
014. Для болезни Меньера характерен нистагм:
а) горизонтально-ротаторный в сторону хуже слышащего уха
б) горизонтально-ротаторный в сторону лучше слышащего уха
в) вертикальный

г) ротаторный крупноразмашистый
Правильный ответ: б
015. Гидропс лабиринта подтверждается:
а) пневматической пробой
б) пробой Эвальда
в) опытом Ринне
г) глицерол-тестом
Правильный ответ: г
016. При болезни Меньера больной в позе Ромберга:
а) отклоняется назад
б) отклоняется в сторону медленного компонента нистагма
в) отклоняется в сторону быстрого компонента нистагма
г) наклоняется вперед
Правильный ответ: б
017. При тяжелой форме болезни Меньера приступы продолжаются:
а) не более 15 минут
б) от 1 до 2 часов
в) от 2 до 4 часов
г) более 5 часов
Правильный ответ: г
018. Чаще болезнь Меньера начинается с:
а) шума в ушах
б) тошноты
в) головной боли
г) слуховых расстройств
Правильный ответ: г
019. В лечении болезни Меньера применяют только:
а) спазмолитики
б) глюкокортикоиды
в) антигистаминные препараты
г) все перечисленное выше
Правильный ответ: г
020. При лечении болезни Меньера не производят операции:
а) на нервах барабанной полости
б) декомпрессионные
в) деструктивные
г) стапедопластику
Правильный ответ: г
021. Для купирования приступа при болезни Меньера применяют:
а) ацетилсалициловая кислота 1,0 внутрь
б) 0,1% раствор сульфата атропина 1 мл в мышцу
в) 50% раствор анальгина 2 мл в мышцу
г) 5% раствор аскорбиновой кислоты 2 мл в вену
Правильный ответ: б
022. При болезни Меньера не выделяют:
а) легкую форму
б) среднюю форму
в) тяжелую форму
г) терминальную форму
Правильный ответ: г
023. Основные методы, применяемые при лечении болезни Меньера:
а) сосудосуживающие капли
б) тимпано- или стапедопластика
в) оксигено-, карбогено-, сосудистая терапия
г) антибиотикотерапия
Правильный ответ: в
024. Хирургический метод лечения болезни Меньера – это:
а) вскрытие (декомпрессия) эндолимфатического мешка
б) антротомия
в) транстимпанальное нагнетение гидрокортизона
г) миринготомия
Правильный ответ: а
025. По методике Ланга при болезни Меньера в барабанную полость вводят:
а) 0,3-0,5 мл гентамицина
б) 1,0 мл пенициллина
в) 0,5 мл гидрокортизона
г) 1 мл стрептомицина
Правильный ответ: а
026. При подозрении болезни Меньера проводят обследование:
а) только статокинетическое
б) только аудиометрическое и калорическая проба
в) только глицерол тест и вращательная проба
г) все верно
Правильный ответ: г
027. В понятие статокинетического исследования при болезни Меньера входит только:
а) пальцепальцевая и пальценосовая пробы
б) классическая и усложненная поза Ромберга
в) походка с открытыми и закрытыми глазами, фланговая походка
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г
028. При лечении вазоспастической формы болезни Меньера используют ингаляции:
а) кислорода
б) карбогена
в) воздуха под давлением
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: б
029. При лечении вазопаретической (дилятационной) формы болезни Меньера используют ингаляции:
а) карбогена
б) кислорода
в) закиси азота
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: б

Нейросенсорная тугоухость.

001. На первом месте сенсоневральной тугоухости инфекционной природы стоят:
а) вирусы
б) бактерии
в) смешанные инфекции
г) не выделяется
Правильный ответ: а
002. Антибиотики не ототоксического действия:
а) мономицин
б) каномицин
в) гентамицин
г) цефтриаксон
Правильный ответ: г
003. Сенсоневральная тугоухость возникает чаще после перенесенных заболеваний:
а) пневмонии
б) гриппа
в) дифтерии
г) лимфолейкоза
Правильный ответ: б
004. Причинами нейросенсорной тугоухости являются только:
а) инфекционные заболевания

б) травмы позвоночника.
в) гипертоническая болезнь
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г
005. При интоксикационном поражении лекарственными препаратами
отмечаются следующие изменения:
а) дегенеративные изменения клеток кортиевого органа
б) внутрилабиринтный отек
в) нарушение вегетативной иннервации сосудов лабиринта
г) периостит
Правильный ответ: а
006. К лекарственным препаратам, поражающим внутреннее ухо, относятся:
а) верошпирон, фуросемид
б) ампициллин
в) сульфаниламиды
г) клацид, рулид
Правильный ответ: а
007.Одним из основных симптомов нейросенсорной тугоухости является:
а) субъективный шум в ушах
б) головная боль
в) тошнота
г) головокружение
Правильный ответ: а
008. Акутравма возникает в результате воздействия звука, превышающего:
а)140Дб
б)160Дб
в)130Дб
г)120Дб
Правильный ответ: б
009. Сенсоневральная тугоухость не бывает по течению:
а) острой
б) внезапной
в) хронической
г) вялотекущей
Правильный ответ: г
010. В классификации нейросенсорной тугоухости различают только форму:
а) хроническую
б) острую
в) внезапную
г) все верно
Правильный ответ: г
011. При интоксикации ототоксическими веществами показано введение:
а) унитиола
б)димедрола
в) амоксиклава
г) глюкозы
Правильный ответ: а
012. Развитие внезапной тугоухости происходит:
а) в течение нескольких часов
б) в течение недели
в) в течение месяца
г) в течение года
Правильный ответ: а
013. Сенсоневральная тугоухость сосудистого генеза связана только:
а) с нарушением тонуса внутренней сонной артерии
б) с нарушением тонуса позвоночной артерии.
в) с дисциркуляцией кровотока в вертебробазилярном бассейне
г) все верно
Правильный ответ: г
014. Для диагностики глухоты применяют только:
а) импедансную аудиометрию
б) аудиометрию по слуховым вызванным потенциалам
в) отоакустическую эмиссию
г) все верно
Правильный ответ: г
015. По частоте различают тугоухость только:
а) общую
б) басовую
в) дискантовую
г) все верно
Правильный ответ: г
016. Глухота - это:
а) полное отсутствие способности восприятия звуков
б) частичное отсутствие способности восприятия звуков
в) отсутствие способности восприятия звуков высокой частоты
г) отсутствие способности восприятия звуков низкой частоты
Правильный ответ: а
017. Ведущее значение в диагностике нейросенсорной тугоухости имеет:
а) аудиометрическое исследование
б) отоскопия
в) риноскопия
г) калорическая проба
Правильный ответ: а
018. Локализация патологического процесса в улитке:
характеризуется преимущественным нарушением восприятия:
а) звуков высокой частоты
б) звуков средней частоты
в) звуков низкой частоты
г) все верно
Правильный ответ: а
019. Феномен ускоренного нарастания громкости характерен для:
а) нейросенсорной тугоухости
б) ретрокохлеарной тугоухости
в) отосклероза
г) лабиринтита
Правильный ответ: а
020. Чтению с губ при тугоухости 3-4 степени обучает:
а) сурдопедагог
б)сурдолог
в)логопед
г)отоларинголог
Правильный ответ: а
021. Ведущее значение в диагностике нейросенсорной тугоухости имеет метод:
а) камертональное исследование
б) отоскопия
в) риноскопия
г) калорическая проба
Правильный ответ: а

022. К антибиотикам ототоксического действия относятся только:
а) гентамицин
б) канамицин
в) стрептомицин
г) все верно
Правильный ответ: г
023. Для лечения нейросенсорной тугоухости можно использовать:
а) электрофорез на область шеи
б) компрессы
в) УВЧ
г) лазеротерапия
Правильный ответ: г
024. Сенсоневральная тугоухость является вторичной только при:
а) хроническом гнойном среднем отите
б) адгезивном отите
в) отосклерозе
г) все верно
Правильный ответ: г
025. Антидотом при токсической сенсоневральной тугоухости является только:
а) унитиол
б) только натрия тиосульфат
в) только кальция пантотенат
г) все верно
Правильный ответ: г
026. Препарат, улучшающий проведение импульсов в холинергических синапсах слуховой системы:
а) трентал
б) экстракт алоэ
в) галантамин
г) танакан
Правильный ответ: в
027. Частота курсов поддерживающего лечения в период стабилизации тугоухости составляет:
а) 1 раз в 3 месяца
б) 1 -2 раза в год
в) 1 раз в год
г) не проводится
Правильный ответ: б
028. Причиной тугоухости в постнатальном периоде является только:
а) родовая травма с асфиксией
б) нарушение мозгового кровообращения
в) резусконфликт и гемолитическая желтуха
г) все верно
Правильный ответ: г
029. При длительном воздействии высокого уровня шума и вибрации происходят дистрофические изменения в рецепторе на фоне:
а) расширения сосудов
б) спазма сосудов
в) сосуды не задействованы
г) все верно
Правильный ответ: б
030. Нейросенсорная тугоухость может быть обусловлена только:
а) при инфекционных заболеваниях
б) наследственной
в) из-за расстройства кровообращения в улитке
г) все верно
Правильный ответ: г
031. Внезапная нейросенсорная тугоухость развивается в течении:
а) 1 месяца
б) суток
в) нескольких часов
г) недели
Правильный ответ: в
032. Для внезапной нейросенсорной тугоухости не характерно:
а) неожиданная и мгновенная потеря слуха
б) постепенная потеря слуха
в) односторонний характер процесса
г) самоизлечение в ближайшие дни
Правильный ответ: б
033. Показанием к слухопротезированию является:
а) реткохлеарная тугоухость
б) снижение восприятия звуков в зоне речевых частот более 40 Дб
в) односторонняя тугоухость
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: б
034. Для некротического среднего отита при скарлатине характерно:
а) обильное гноетечение из уха с резким гнилостным запахом
б) отделяемое из уха без запаха
в) отсутствие гноетечения из уха
г) сильная боль в наружном ухе
Правильный ответ: а
035. Барабанная перепонка при сенсоневральной тугоухости:
а) гиперемирована
б) втянута
в) выпячена
г) не изменена
Правильный ответ: г
036. Нейросенсорную тугоухость дифференцируют с:
а) хроническими эпитимпанитами и мезотимпанитами
б) отосклерозом и болезнью Меньера
в) тимпаносклерозом
г) адгезивным отитом
Правильный ответ: б
037. Сурдология - это специальный раздел отиатрии, занимающийся:
а) диагностикой и лечением вестибулярных расстройств
б) организацией профилактики и лечения глухоты и тугоухости
в) слуховосстанавливающими операциями
г) санирующими операциями на ухе
Правильный ответ: б
038. При профессиональной нейросенсорной тугоухости резко снижается слух на частоты:
а) 500-1000 Гц
б) 4000Гц
в) 125 -250 Гц
г) 250-500 Гц
Правильный ответ: б

Фурункул носа

001. В этиопатогенезе фурункула носа основное значение имеет:
а) наличие атрофического процесса в полости носа
б) воспаление слизистой оболочки полости носа

в) местное снижение устойчивости кожи и всего организма к инфекции
г) климатический фактор
Правильный ответ: в
002. Возникновению фурункула носа способствует наличие:
а) сердечнососудистой патологии
б) патологии почек
в) врожденных аномалий носа
г) сахарного диабета
Правильный ответ: г
003. Возникновению фурункула носа способствует:
а) хронический тонзиллит
б) гиповитаминоз
в) пиелонефрит
г) гастрит
Правильный ответ: б
004. Чаще фурункул носа возникает у больных с:
а) нарушением обмена веществ
б) патологией нервной системы
в) врожденной аномалией носа
г) гипертонической болезнью
Правильный ответ: а
005. Фурункул носа может быть первым проявлением:
а) язвы желудка
б) рака гортани
в) сахарного диабета
г) гломерулонефрита
Правильный ответ: в
006. Острое воспаление волосяной сумки или сальной железы носа это не:
а) сикоз (остиофолликулит)
б) фурункул
в) озена
г) корбункул
Правильный ответ: в
007. Этиологическим фактором фурункула носа является:
а) стафилококк
б) вульгарный протей
в) вирус герпеса
г) аллергия
Правильный ответ: а
008.Фурункул носа - это:
а) хроническое воспаление сальной железы
б) острое воспаление волосяной сумки
в) острое воспаление подслизистой железы
г) острое воспаление слизистой оболочки
Правильный ответ: б
009. В патогенезе фурункула носа важную роль играет:
а) экссудация
б) снижение проницаемости сосудов
в) тромбоз мелких кровеносных сосудов
г) увеличение проницаемости сосудов
Правильный ответ: в
010. Наличие ограниченного гнойника в преддверии носа характерно для фурункула носа в стадии:
а) инфильтрации
б) абсцедирования
в) разрешения
г) не характерно
Правильный ответ: б
011. Возникновение фурункулов не только в области носа, но и на других участках тела это:
а) фурункулез
б) карбункул
в) сикоз
г) фолликулит
Правильный ответ: а
012. Слияние двух или более фурункулов называется:
а) фурункулез
б) карбункул
в) сикоз
г) остиофолликулит
Правильный ответ: б
013. Дифференциальный диагноз фурункула носа проводится:
а) с гематомой носовой перегородки
б) с ринофимой
в) с рожистым воспалением
г) со склеромой
Правильный ответ: в
014. Признак тромбофлебита кавернозного синуса при фурункуле носа:
а) увеличение инфильтрации
б) болезненность угловой вены
в) ознобы
г) усиление болей в носу
Правильный ответ: в
015. Осложнением фурункула носа не является:
а) искривление перегородки носа
б) тромбофлебит вен лица
в) тромбофлебит вен орбиты
г) тромбоз кавернозного синуса
Правильный ответ: а
016. При фурункуле носа нецелесообразно исследовать кровь на:
а) сахар
б) стерильность
в) свертываемость
г) гормоны
Правильный ответ: г
017. У больных с фурункулом носа в первую очередь необходимо:
а) исследовать кровь и мочу на сахар
б) исследовать кал на я/глистов
в) провести R- графию придаточных пазух носа
г) контролировать артериальное давление
Правильный ответ: а
018. При фурункуле носа в стадии инфильтрации применяют:
а) хирургическое лечение
б) антибактериальную терапию
в) акупунктуру
г) витаминотерапию
Правильный ответ: б
019. Тактика лечения фурункула носа:
а) консервативное у всех больных
б) вскрытие фурункула в стадии абсцедирования
в) выдавливание
г) раннее вскрытие у всех больных
Правильный ответ: б
020. При лечении фурункула носа не применяется:
а) эритромицин
б) аспирин
в) супрастин
г) нафтизин

Правильный ответ: г
021. Вскрытие фурункула носа проводится:
а) в стадии инфильтрации
б) в стадии абсцедирования
в) в стадии разрешения_
г) во всех стадиях
Правильный ответ: б
022. Основной метод лечения фурункула носа в стадии инфильтрации:
а) выдавливание
б) вскрытие
в) антибиотики и мазевые аппликации
г) витаминотерапия
Правильный ответ: в
023. Вскрытие фурункула носа не проводится:
а) стадии инфильтрации
б) стадии абсцедирования
в) в стадии абсцедирования и тромбозе вен лица
г) при возникновении карбункула
Правильный ответ: а
024. Основной метод лечения фурункула носа в стадии абсцедирования:
а) вскрытие и антибактериальная терапия
б) антибактериальная терапия и мазевые аппликации
в) выдавливание
г) иммуностимуляция
Правильный ответ: а
025. .После вскрытия фурункула носа целесообразно применять влажные повязки:
а) с 70 % спиртом
б) с изотоническим (0,9%)раствором хлорида натрия
в) с гипертоническим раствором хлорида натрия
г) с полуспиртовым раствором
Правильный ответ: в

Инородные тела носа. Рожа

001. Плоские инородные тела из полости носа удаляются:
а) пинцетом
б) крючком
в) проталкиванием в носоглотку
г) петлей
Правильный ответ: а
002. К правилам удаления инородных тел из полости носа у детей не относится:
а) фиксация ребенка
б) круглые инородные тела удаляют тупым крючком
в) плоские инородные тела удаляются пинцетом
г) проталкивание инородных тел в носоглотку
Правильный ответ: г
003. Инородное тело в полости носа чаще локализируется в:
а) верхнем носовом ходе
б) среднем носовом ходе
в) общем носовом ходе
г) нижнем носовом ходе
Правильный ответ: в
004. Разлитое инфекционное воспаление кожи, при котором имеется общая реакция организма это:
а) сикоз
б) рожа
в) фурункул носа
г) экзема
Правильный ответ: б
005. Основным возбудителем рожистого воспаления носа является:
а) стафилококк
б) стрептококк
в) вирус герпеса
г) грибок
Правильный ответ: б
006. В лечении рожистого воспаления носа не применяют:
а) антибактериальные препараты
б) мазевые антисептические повязки
в) противогрибковые мази
г) облучение кварцем
Правильный ответ: в
007. В лечении рожистого воспаления носа широко применяются:
а) антибактериальные препараты
б) антигистаминные препараты
в) противовирусные препараты
г) витаминотерапия
Правильный ответ: а

Деформации наружного носа и перегородки носа. Заболевания перегородки носа

001. Причиной деформации наружного носа не является:
а) военная травма
б) бытовая травма
в) аллергия
г) сифилис
Правильный ответ: в
002. Показанием к операции при деформации перегородки носа является:
а) нарушение носового дыхания
б) атрофический ринит
в) острый ринит
г) хронический тонзиллит
Правильный ответ: а
003. При подслизистой резекции носовой перегородки удаляется:
а) треугольный хрящ
б) четырехугольный хрящ
в) сесамовидный хрящ
г) хрящ крыла носа
Правильный ответ: б
004. При септопластике разрез слизистой оболочки:
а) прямой
б) крестовидный
в) дугообразный с переходом на дно полости носа
г) зигзагообразный
Правильный ответ: в
005.К методам лечения искривления перегородки носа относятся только:
а) септопластика
б) кристотомия
в) подслизистая редекция 4х угольного хряща
г) все выше перечисленное
Правильный ответ: г
006. Синехии полости носа - это:
а) полипозные образования перегородки носа
б) склерозированные участки слизистой оболочки полости носа:
в) костные перемычки в верхних отделах полости носа
г) соединительнотканные перемычки между перегородкой и латеральной стенкой носа
Правильный ответ: г

007. Наиболее частая причина возникновения гематомы носовой перегородки:
а) травма носа
б) инфекционное заболевание
в) вирусное заболевание
г) вазотомия
Правильный ответ: а
008. Основным симптомом гематомы перегородки носа является:
а) носовое кровотечение
б) затрудненное носовое дыхание
в) отсутствие обоняния
г) деформация наружного носа
Правильный ответ: б
009. Гематома перегородки носа диагностируется на основании:
а) пальпации костей носа
б) бактериологического исследования
в) передней риноскопии
г) R- графии
Правильный ответ: в
010. Для лечения гематомы перегородки носа применяют:
а) анемизацию слизистой оболочки носа
б) пункцию и отсасывание крови
в) гемостатическую терапию
г) физиотерапию
Правильный ответ:
011. Симптомом абсцесса перегородки носа является только:
а) боль
б) повышение температуры тела
в) нарушение носового дыхания
г) все выше перечисленное
Правильный ответ: г
012. Наиболее информативным методом в диагностике абсцесса перегородки носа является:
а) R- графия костей носа
б) передняя риноскопия
в) задняя риноскопия
г) КТГ околоносовых пазух
Правильный ответ: б
013. У больного после травмы появилась головная боль, t- 38, нарушение носового дыхания с обеих сторон, отечность и гиперемия наружного носа. Диагноз:
а) острый ринит
б) искривление носовой перегородки
в) абсцесс перегородки носа
г) ринолит
Правильный ответ: в
014. Абсцесс перегородки носа чаще является осложнением:
а) острого ринита
б) вазомоторного ринита
в) аденоидных вегетации
г) гематомы
Правильный ответ: г
015. Для лечения абсцесса перегородки носа применяется:
а) пункция абсцесса
б) вскрытие и дренирование
в) передняя тампонада носа
г) физиолечение
Правильный ответ: б
016. Причиной развития перфорации перегородки носа не является:
а) абсцесс носовой перегородки
б) озена
в) острый гнойный гайморит
г) третичный сифилис
Правильный ответ: в
017. К возникновению перфорации перегородки носа могут привести:
а) острый гнойный гайморит
б) оперативное вмешательство на перегородке носа
в) длительная передняя тампонада
г) пункция верхнечелюстной пазухи
Правильный ответ: б
018. Целью передней тампонады после репозиции костей носа не является:
а) остановка кровотечения
б) фиксация костных отломков
в) предупреждение инфецирования слизистой носа
г) предупреждение образования синехий
Правильный ответ: в
019. При поступлении больного с переломом носа и обильным носовым кровотечением первоочередным является:
а) переливание одногрупной крови
б) направление в реанимационное отделение
в) назначение рациональной антибиотикотерапии
г) передняя тампонада носа
Правильный ответ: г
020. При переломе носа с боковым смещением производится:
а) пальцевое вправление
б) ринопластика
в) трахеотомия
г) интубация трахеи
Правильный ответ: а
021. При ранении кожного покрова при переломе носа показано:
а) введение антибиотиков
б) введение противостолбнячной сыворотки
в) развернутый анализ крови
г) введение анальгетиков
Правильный ответ: б
022. Перелом костей носа может быть только:
а) открытый
б) закрытый
в) закрытый и открытый
г) без травмы слизистой носа
Правильный ответ: в
023. Если у пострадавшего с переломом носа диагностируется сотрясение головного мозга следует:
а) немедленно вправить кости носа
б) произвести люмбальную пункцию
в) отсрочить вправление на 1 и более суток
г) произвести трепанацию черепа
Правильный ответ: в
024. Лечение пострадавшего с переломом носа и подозрением на перелом основания черепа начинается с:
а) немедленного вправления костных отломков
б) тщательного наблюдения
в) люмбальной пункции
г) противошоковой терапии
Правильный ответ: г

Нарушение обоняния

001. Молекулы пахучих веществ называются:
а) статоконии
б) киноцилии
в) одоривекторы
г) ферромоны
Правильный ответ: в
002. Ухудшение обоняния - это:
а) гипосмия
б) аносмия
в) гиперосмия
г) какосмия
Правильный ответ: а
003. Гипосмия - это:
а) извращенное обоняние
б) отсутствие обоняния
в) ухудшение обоняния
г) обонятельные галлюцинации
Правильный ответ: в
004. Аносмия - это:
а) отсутствие обоняния
б) извращенное обоняние
в) ухудшение обоняния
г) обонятельные галлюцинации
Правильный ответ: а
005. Полное отсутствие обоняния - это:
а) аносмия
б) какосмия
в) гиперосмия
г) озена
Правильный ответ: а
006. Извращенное восприятие дурного запаха - это:
а) гипосмия
б) аносмия
в) какосмия
г) нормосмия
Правильный ответ: в

Носовое кровотечение

001. Носовое кровотечение чаще возникает из:
а) нижней носовой раковины
б) средней носовой раковины
в) переднее - нижнего отдела перегородки носа
г) заднего отдела перегородки носа
Правильный ответ: в
002. Носовые кровотечения чаще всего бывают из слизистой:
а) дна полости носа
б) нижней носовой раковины
в) средней носовой раковины
г) перегородки носа
Правильный ответ: г
003. В зависимости от причины носовые кровотечения делятся на:
а) сосудистые
б) общие и местные
в) атрофические
г) травматические
Правильный ответ: б
004. Местной причиной носового кровотечения является:
а) артериальная гипертензия
б) атеросклероз
в) лейкоз
г) травма носа
Правильный ответ: г
005. Причины носового кровотечения это только:
а) атеросклероз
б) гипертоническая болезнь
в) болезни крови
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
006. Носовое кровотечение может возникнуть чаще при:
а) гастрите
б) холецистите
в) гепатите
г) панкреатите
Правильный ответ: в
007. Носовое кровотечение может возникнуть при:
а) атеросклерозе
б) трахеостомии
в) абсцессе головного мозга
г) хроническом гайморите
Правильный ответ: а
008. Возникновение носового кровотечения возможно только при:
а) телеангиоэктазиях
б) гриппе
в) ангиофиброме носоглотки
г) все выше перечисленное
Правильный ответ: г
009. В передненижнем отделе перегородки носа располагается:
а) венозное сплетение
б) зона Киссельбаха
в) сплетение лимфатических сосудов
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: б
010. Носовое кровотечение может возникнуть чаще при:
а) атеросклерозе
б) ревматическом миокардите
в) инфаркте миокарде
г) дефекте межжелудочковой перегородки сердца
Правильный ответ: а
011. Причинами кровотечений из полости носа являются только:
а) травмы и хирургические вмешательства в полости носа
б) атрофия и изъявления в слизистой оболочки носа
в) новообразования полости носа и околоносовых пазух
г) все выше перечисленное
Правильный ответ: г
012. Симптоматическое носовое кровотечение не характерно для:
а) травмы носа, гемофилии
б) ангиофибромы носоглотки
в) гипертонической болезни
г) пневмонии
Правильный ответ: г
013. Носовые кровотечения, вызванные нарушением коагуляционного гемостаза возникают при:
а) гипотиреозе
б) С - авитаминозе
в) гемофилии
г) тромбоцитопенической пурпуре
Правильный ответ: в
014. Для остановки носового кровотечения из передних отделов носа используют:
а) прижатие крыльев носа к носовой перегородке

б) заднюю тампонаду
в) парентеральное введение дибазола
г) перевязку наружной сонной артерии
Правильный ответ: а
015. Для остановки носового кровотечения из передних отделов полости носа не применяют:
а) коагуляцию сосуда
б) введение в полость носа тампона, смоченного 2 % перекисью водорода
в) заднюю тампонаду
г) прижатие крыльев носа к носовой перегородке
Правильный ответ: в
016. Способы остановки носовых кровотечений - это только:
а) электрические или химические коагуляции
б) тампонада носа
в) введение тампона, смоченного 2 % перекисью водорода
г) все перечисленное выше
Правильный ответ: г
017. Доврачебная помощь при носовых кровотечениях заключается только в:
а) придании больному полусидячего положения
б) наложении холода на область наружного носа
в) прижатии крыльев носа к перегородке
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г
018. Для прижигания кровоточащей зоны при носовом кровотечении не используют:
а) азотнокислое серебро
б) трихлоруксусную кислоту
в) раствор гидрокарбоната натрия
г) хромовую кислоту
Правильный ответ: в
019. Методы остановки носового кровотечения:
а) криовоздействие
б) тугое прижатие крыла носа к перегородке
в) передняя тампонада
г) все верно
Правильный ответ: г
020. Передняя тампонада полости носа проводится:
а) марлевой салфеткой
б) ватой
в) марлевыми турундами длиной 50-60 см
г) поролоном
Правильный ответ: в
021. Передняя тампонада полости носа проводится:
а) поролоновыми тампонами в перчаточной резине
б) поролоном
в) марлевой салфеткой
г) ватой
Правильный ответ: а
022. Передняя тампонада полости носа проводится:
а) поролоном
б) ватой
в) марлевой салфеткой
г) пневматическим тампоном
Правильный ответ: г
023. Передняя тампонада полости носа не проводится:
а) поролоновыми тампонами в перчаточной резине
б) марлевой турундой длиной 50-60 см
в) ватой
г) пневматическим тампоном
Правильный ответ: в
024 Передняя тампонада устанавливается на:
а) 10-12 часов
б) 24-48 часов
в) 5 суток
г) 7-10 суток
Правильный ответ: б
025. При носовом кровотечении из средних и задних отделов носа проводится:
а) прижатие крыльев носа к перегородке
б) хирургическая диатермия
в) передняя или задняя тампонада
г) криовоздействие
Правильный ответ: в
026. При массивном, непрекращающемся кровотечении показана:
а) гальванокаустика
б) хирургическая диатермия
в) задняя тампонада
г) химическая коагуляция
Правильный ответ: в
027. Величина тампона для задней тампонады носа определяется по размеру:
а) ногтевых фаланг больших пальцев руки больного
б) ногтевых фаланг мизинцев
в) при пальцевом исследовании носоглотки
г) никак не определяют, он стандартный
Правильный ответ: а
028. Для осуществления задней тампонады необходимо иметь только:
а) тонкую резиновую трубку или катетер
б) тампон - подушечку, перевязанный крест накрест шелковыми нитями
в) турунды для передней тампонады
г) все выше перечисленное
Правильный ответ: г
029. Задний тампон в носоглотке можно удерживать в течение:
а) 3 часов
б) 24 часов
в) 48 часов
г) 10 суток
Правильный ответ: в
030. При установке задней тампонады оставленная во рту нить предназначена для:
а) предотвращения асфиксии у пациента
б) фиксации заднего тампона
в) удаления тампона
г) все вышеперечисленное верно
Правильный ответ: в
031. Длительное пребывание тампона в носоглотке при задней тампонаде чревато развитием:
а) бронхита
б) пневмонии
в) острого среднего гнойного отита
г) сенсоневральной тугоухости
Правильный ответ: в

Острый катаральный ринит

001. Стадия раздражения при остром рините обычно продолжается:
а) от нескольких часов до 1 – 2 суток
б) от 30 минут до 2 часов
в) 3 – 4 суток
г) до недели
Правильный ответ: а
002. В клинике острого ринита выделяют:

а) 2 стадии
б) 3 стадии
в) 4 стадии
г) 5 стадий
Правильный ответ: б
003. 1 стадия острого ринита называется:
а) сухого раздражения
б) серозной экссудации
в) слизисто – гнойного отделяемого
г) бессимптомных проявлений
Правильный ответ: а
004. В первые дни абортивное течение острого катарального ринита можно вызывать путем назначения:
а) антибиотиков широкого спектра действия
б) антигистаминных препаратов
в) сосудосуживающих препаратов
г) тепловых и потогонных процедур
Правильный ответ: г
005. Основой медикаментозной терапии острого катарального ринита у взрослых является назначение:
а) антигистаминных и жаропонижающих средств
б) противомикробных и сосудосуживающих средств
в) сосудосуживающих и жаропонижающих средств
г) физиолечение и акупунктуры
Правильный ответ: б
006. В первую стадию острого катарального ринита у взрослых назначают:
а) согревающий компресс на область носа
б) сосудосуживающие капли
в) препараты серебра
г) орошение слизистой антибиотиками
Правильный ответ: б
007. При длительном закапывании сосудосуживающих средств в нос развивается:
а) хронический гипертрофический ринит
б) озена
в) вазомоторный ринит
г) хронический атрофический ринит
Правильный ответ: в
008. В профилактике острого катарального ринита основную роль играет:
а) закаливание
б) прием антибиотиков
в) дыхательная гимнастика
г) промывание полости носа
Правильный ответ: а
009. У детей грудного возраста восстановление носового дыхания обеспечивает только:
а) нормальное питание
б) предупреждение воспаления слуховых труб и среднего уха
в) спокойный сон
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г
010. В патогенезе острого катарального ринита основное значение имеет:
а) хронический гайморит
б) фолликулярная ангина
в) острый ларингит
г) снижение общей реактивности организма
Правильный ответ: г

Хронический ринит

001. Передние концы носовых раковин напоминают по виду «малину» при:
а) фиброзной форме хронического гипертрофического ринита
б) папилломатозной форме хронического гипертрофического ринита
в) костной форме хронического гипертрофического ринита
г) комбинированной форме хронического гипертрофического ринита
Правильный ответ: б
002. Изменение задних концов нижних раковин при хроническом гипертрофическом рините может привести к нарушению функции:
а) кортиева органа
б) барабанной перепонки
в) слуховой трубы
г) преддверия носа
Правильный ответ: в
003. Операции в полости носа при хроническом гипертрофическом рините обычно проводят под:
а) местным обезболиванием
б) общим обезболиванием
в) проводниковой анестезией
г) приемом аналгетиков
Правильный ответ: а
004. Развитие фиброзных изменений при гипертрофическом рините происходит:
а) в соединительной ткани
б) в кавернозной ткани
в) в околоносовых пазухах
г) в небных миндалинах
Правильный ответ: б
005. Перед проведением коникотомии, необходимо провести:
а) исследование состояния свертывающей системы крови
б) исследование на сахара
в) рентген черепа
г) компьютерную томографию околоносовых пазух
Правильный ответ: а
006. Основные патоморфологические изменения при атрофическом рините:
а) метаплазия мерцательного эпителия в бокаловидные клетки
б) метаплазия цилиндрического эпителия в плоский, различной степени выраженности истончение многорядного цилиндрического эпителия и уменьшения количества ресничек
в) гипертрофия соединительной ткани отдельных участков слизистой оболочки раковины
г) метаплазия плоского эпителия в бокаловидные клетки
Правильный ответ: б
007. При атрофическом рините наблюдается недостаток:
а) калий
б) магний
в) натрий
г) железо
Правильный ответ: г
008. Причиной вторичного атрофического ринита не является:
а) грязная вода
б) загазованность атмосферы
в) избыточное употребление алкоголя
г) сахарный диабет

Правильный ответ: а
009. Передний сухой ринит, одна из форм:
а) атрофического ринита
б) вазомоторного ринита
в) гипертрофического ринита
г) аллергического ринита
Правильный ответ: а
010. При лечении атрофического ринита используют:
а) препараты Вит. А, Е
б) 3% эуфиллин
в) препараты висмута
г) раствор протаргола
Правильный ответ: а
011. Первичный атрофический ринит может быть проявлением:
а) железодефицитной анемии
б) В12 дефицитной анемии
в) апластической анемии
г) гемобластозов
Правильный ответ: а
012. Триадой симптомов вазомоторного ринита является:
а) перемеживающаяся заложенность носа, слизисто-гнойные выделения, головная боль
б) многократное чихание, затрудненное носовое дыхание, выделения из носа
в) нарушение носового дыхания, сухость в носу, аносмия
г) головная боль, гипосмия, многократное чихание
Правильный ответ: б
013. Для аллергического ринита характерно отделяемое:
а) слизистое
б) геморрагическое
в) гнойное
г) серозное
Правильный ответ: а
014. Для аллергической формы вазомоторного ринита характерно увеличение в крови:
а) эозинофилов
б) нейтрофилов
в) базофилов
г) моноцитов
Правильный ответ: а
015. Симптомом вазомоторного ринита не является:
а) заложенность носа
б) выделения из носа
в) нарушение обоняния
г) боли в горле
Правильный ответ: г
016. Приступообразное течение заболевания носа характерно для:
а) вазомоторного ринита
б) хронического синусита
в) катарального ринита
г) атрофического ринита
Правильный ответ: а
017. Отек нижних носовых раковин при аллергическом рините более выражен:
а) в передних отделах
б) в задних отделах
в) в средних отделах
г) по всей длине
Правильный ответ: г
018. Для вазомоторного ринита не характерно:
а) отек раковин
б) носовое кровотечение
в) слизистые выделения
г) нарушение носового дыхания
Правильный ответ: б
019. Озена – это:
а) разновидность атрофического ринита
б) разновидность гипертрофического ринита
в) аллергический ринит
г) острый катаральный ринит
Правильный ответ: а
020. При передней риноскопии при озене наблюдается:
а) гнойнички
б) изъязвления
в) темные желтозеленые корки
г) обильное гноетечение
Правильный ответ: в

Синусит

001. К методу диагностики синусита не относится:
а) эндоскопия полости носа
б) компьютерная томография носа и околоносовых пазух
в) пневмоэнцефалография
г) диафаноскопия
Правильный ответ: в
002. Для диагностики фронтита применяется:
а) рентгенография височной кости по Шюллеру
б) рентгенография височной кости по Майеру
в) рентгенография околоносовых пазух в прямой и боковой проекциях
г) цитологическое исследование
Правильный ответ: в
003. Для диагностики этмоидита применяется:
а) рентгенография височной кости по Стенверсу
б) пункция верхнечелюстной пазухи
в) импедансометрия
г) рентгенография околоносовых пазух
Правильный ответ: г
004. Для диагностики сфеноидита применяется:
а) компьютерная томография околоносовых пазух
б) магниторезонансная томография головного мозга
в) перкуссия передней стенки верхнечелюстной пазухи
г) лазерная доплеровская флоуметрия
Правильный ответ: а
005. Для диагностики полипозного синусита и полипов носа достаточна:
а) передняя риноскопия
б) спирография
в) реовазография
г) баралгезиметрия
Правильный ответ: а
006. Для диагностики синусита применяется:
а) исследование мазков – отпечатков
б) бактериологическое исследование носовой слизи
в) риноманометрия
г) синусоскопия
Правильный ответ: г
007. Наиболее частый путь распространения инфекции в околоносовые
пазухи:
а) гематогенный
б) лимфогенный
в) одонтогенный

г) риногенный
Правильный ответ: г
008. Причиной одонтогенного синусита является патология зубов верхней челюсти:
а) 2,3
б) 4,5,6
в) 7
г) 8
Правильный ответ: б
009. Это лечение фронтита ошибочно:
а) зондирование через лобноносовой канал
б) пункция лобной пазухи через медиальную стенку
в) пункция лобной пазухи через нижнюю стенку
г) трепанопункция
Правильный ответ: б
010. Наиболее оптимальный доступ при гнойном сфеноидите при операции
на клиновидной пазухе:
а) эндоскопический
б) по Денкеру
в) по Калдвелл-Люку
г) по Иванову
Правильный ответ: а
011.Наиболее частым симптомом при остром верхнечелюстном синусите является только:
а) отек слизистой полости носа
б) гнойные выделения по среднему носовому ходу
в) головная боль
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г
012. Направление движения иглы Куликовского при пункции верхнечелюстной пазухи:
а) вверх
б) вниз
в) в направлении наружного угла глаза
г) перпендикулярно полости носа
Правильный ответ: в
013. Морфологическая форма не характерная для синусита:
а) экссудативная
б) пристеночногиперпластическая
в) папилломатозная
г) полипозная
Правильный ответ: в
014. При лечении острых синуситов не применяются:
а) деконгенсанты
б) антигистаминные средства
в) физиотерапия
г) диуретики
Правильный ответ: г
015. К общим предпосылкам развития острого синусита относится только:
а) состояние иммунитета
б) неблагоприятные факторы окружающей среды
в) конституционные особенности
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г
016. К местным предрасполагающим факторам развития синусита относится только:
а) искривление перегородки носа
б) инородное тело полости носа
в) вазомоторный ринит
г) все вышеперечисленное
Правильный ответ: г
017. Пункция верхнечелюстной пазухи проводится через:
а) нижний носовой ход
б) средний носовой ход
в) верхний носовой ход
г) дно полости носа
Правильный ответ: а
018. Наименее инвазивным методом лечения синусита является:
а) «синус-катетер ЯМИК»
б) пункция верхнечелюстной пазухи
в) метод диализа околоносовых пазух
г) метод постоянного дренажа
Правильный ответ: а
019. Стекание гноя по верхнему носовому ходу характерно для:
а) вазомоторного ринита
б) верхнечелюстного синусита
в) сфеноидита
г) фронтита
Правильный ответ: в
020.Гиперемия и отек в области щеки характерны для:
а) фронтита
б) верхнечелюстного синусита
в) этмоидита
г) сфеноидита
Правильный ответ: б
021. Выделение из полости носа серой, вязкой слизи с точечными черными фрагментами характерно для синусита:
а) аллергического
б) бактериального
в) вирусного
г) грибкового
Правильный ответ: г
022. У ребенка до 3 – х лет чаще невозможен:
а) верхнечелюстной синусит
б) фронтит
в) сфеноидит
г) этмоидит
Правильный ответ: б
023. Для диагностики сфеноидита менее информативным является метод:
а) компьютерная томография околоносовых пазух
б) эндоскопический осмотр
в) диафаноскопия
г) все вышеперечисленные
Правильный ответ: в
024. При пункции верхнечелюстной пазухи наиболее частым осложнением является:
а) арахноидит
б) синустромбоз
в) флегмона орбиты
г) флегмона шеи
Правильный ответ: в
025. Гемисинусит – это воспаление:
а) всех пазух с одной стороны
б) всех околоносовых пазух
в) верхнечелюстной и решетчатой пазухи
г) лобной и клиновидной пазухи
Правильный ответ: а
026. Пансинусит это:
а) воспаление всех пазух с одной стороны
б) воспаление всех околоносовых пазух
в) воспаление верхнечелюстной и решетчатой пазухи

г) воспаление лобной и клиновидной пазухи
Правильный ответ: б
027. Возбудителем этмоидита не является:
а) палочка Волковича - Фриша.
б) вирусы
в) грибковая флора
г) все ответы верны
Правильный ответ: а
028. Возбудителем сфеноидита может быть только:
а) стафилококк
б) вирусы
в) синегнойная палочка
г) все ответы верны
Правильный ответ: г
029. Приоритетным методом лечения сфеноидита является:
а) применение диуретиков
б) применение синус-катетера «ЯМИК»
в) витаминотерапия
г) антиневритное лечение
Правильный ответ: б
030. Методом лечения верхнечелюстного синусита является:
а) применение гемостатиков
б) трепанопункция лобной пазухи
в) эндоскопическая этмоидотомия
г) пункция верхнечелюстной пазухи
Правильный ответ: г
031. Методом лечения этмоидита является:
а) применение цитостатиков
б) лучевая терапия
в) аутогемотерапия
г) промывание методом перемещения по Проэтцу
Правильный ответ: г
032. При носовом кровотечении возможно развитие:
а) бактериального синусита
б) гематосинусита
в) грибкового синусита
г) вирусного синусита
Правильный ответ: б
033. Хирургический метод лечения верхнечелюстного синусита является:
а) перемещения по Проэтцу:
б) фронтотомия
в) сфеноидотомия
г) гайморотомия
Правильный ответ: г
034. Инвазивным методом лечения гайморита является:
а) использование синус-катетера «ЯМИК»
б) пункция верхнечелюстной пазухи
в) перемещения по Проэтцу
г) антибиотикотерапия
Правильный ответ: б
035. Инвазивным методом лечения этмоидита является:
а) перемещения по Проэтцу
б) антибиотикотерапия
в) пункция решетчатой пазухи
г) фронтотомия
Правильный ответ: в
036. При наличии инородного тела верхнечелюстной пазухи необходимо:
а) трахеостомия
б) фронтотомия
в) удаление крючком
г) вскрытие верхнечелюстной пазухи
Правильный ответ: г
037. При наличии пломбировочного материала в верхнечелюстной пазухе развивается:
а) этмоидит
б) фронтит
в) верхнечелюстной синусит
г) сфеноидит
Правильный ответ: в
038. При кисте клиновидной пазухи показана:
а) сфеноидотомия
б) этмоидотомия
в) вскрытие верхнечелюстной пазухи
г) фронтотомия
Правильный ответ: а
039. При одонтогенном верхнечелюстном синусите показана:
а) сфеноидотомия
б) этмоидотомия
в) вскрытие верхнечелюстной пазухи
г) фронтотомия
Правильный ответ: в
040 При остром гнойном фронтите показана:
а) сфеноидотомия
б) этмоидотомия
в) вскрытие верхнечелюстной пазухи
г) трепанопункция лобной пазухи
Правильный ответ: г
041. При остром гнойном верхнечелюстном синусите показана:
а) сфеноидотомия
б) этмоидотомия
в) пункция верхнечелюстной пазухи
г) фронтотомия
Правильный ответ: в

Риногенные орбитальные осложнения

001. Основной путь распространения инфекции при развитии риногенных орбитальных осложнений:
а) контактный
б) отогенный
в) травматический
г) лимфогенный
Правильный ответ: а
002. При развитии риногенных орбитальных осложнений невозможен путь распространения инфекции:
а) гематогенный
б) лимфогенный
в) транстимпанальный
г) контактный
Правильный ответ: в
003. Осложнение не относится к орбитальным риногенным:
а) тромбоз вен клетчатки глазницы
б) синустромбоз
в) диффузное негнойное воспаления клетчатки глазницы
г) ретробульбарный абсцесс
Правильный ответ: б
004. Риногенное осложнение не относится к орбитальным:
а) реактивный отек клетчатки век
б) ретробульбарный абсцесс
в) флегмона глазницы
г) субдуральный абсцесс

Правильный ответ: г
005. К нарушению подвижности глазного яблока ведет парез нерва:
а) лицевого
б) отводящего
в) блуждающего
г) зрительного
Правильный ответ: б
006. Слезотечение (вероятнее всего) может возникнуть при воспалении пазухи:
а) лобной
б) верхнечелюстной
в) клиновидной
г) решетчатой
Правильный ответ: г
007. При прорыве гноя в ретробульбарную клетчатку при субпериостальном абсцессе орбиты возникает:
а) абсцесс мозжечка
б) флегмона глазницы
в) абсцесс мозга
г) синустромбоз
Правильный ответ: б
008. Для флегмоны орбиты не характерны:
а) озноб
б) подвижность глазного яблока
в) потеря зрения
г) экзофтальм
Правильный ответ: б
009. Риногенное осложнение не относится к орбитальным:
а) эпидуральный абсцесс
б) ретробульбарный абсцесс
в) абсцесс век
г) флегмона глаза
Правильный ответ: а
010. Осложнением этого риногенного заболевания чаще всего является флегмона орбиты:
а) обострение хр. гайморита
б) острый гнойный ринит
в) фурункул носа
г) абсцесс перегородки носа
Правильный ответ: а
011. Субпериостальный абсцесс глазницы может осложниться:
а) ретробульбарным абсцессом
б) менингитом
в) энцефалитом
г) абсцессом мозжечка
Правильный ответ: а
012. Происходит нарушение обоняния при экстрадуральном абсцессе в связи:
а) сдавление обонятельной луковицы:
б) сдавление гипоталамуса
в) нарушение кровообращения центров обоняния
г) нарушение лимфотока
Правильный ответ: а
013. При риногенном экстрадуральном абсцессе не может нарушаться нерв:
а) отводящий
б) лицевой
в) возвратный
г) языкоглоточный
Правильный ответ: в
014. Судуральный абсцесс вероятнее всего может возникнуть при:
а) остромините
б) фурункуле носа
в) обострении хр. фронтита
г) абсцессе перегородки носа
Правильный ответ: в
015. При экстрадуральном абсцессе нет изменения нерва:
а) отводящего
б) языкоглоточного
в) лицевого
г) зрительного
Правильный ответ: г
016. Риногенные внутричерепные осложнения не возникают этим путем:
а) гематогенным
б) отогеным
в) контактный
г) лимфогенный
Правильный ответ: б
017. Это внутричерепное осложнение не может быть риногенным:
а) арахноидит
б) субдуральный абсцесс
в) менингит
г) внутричерепная гематома
Правильный ответ: г

Тромбоз кавернозного синуса (синустромбоз)

001. Пещеристый синус граничит с:
а) наружной сонной артерией
б) внутренней сонной артерией
в) яремной веной
г) лицевой артерией
Правильный ответ: б
002. Синустромбоз чаще возникает при
а) паратонзиллярном абсцессе
б) остром верхнечелюстном синусите
в) остром фронтите
г) фурункуле носа
Правильный ответ: г
003. Синустромбоз от флегмоны глазницы отличается:
а) отсутствие боли при надавливании на глазное яблоко
б) полная или частичная слепота
в) снижение подвижности глазного яблока
г) экзофтальм
Правильный ответ: а
004. Путь наиболее частого проникновения инфекции в кавернозный синус:
а) контактный
б) гематогенный
в) лимфогенный
г) риногенный
Правильный ответ: б
005. Осложнением тромбоза кавернозного синуса не может быть:
а) менингит
б) менингоэнцефалит
в) абсцесс мозга
г) мастоидит
Правильный ответ: г
006. При тромбозе кавернозного синуса обычно катетеризируют сосуд для эндоваскулярного введения антибиотиков:
а) внутренняя сонная артерия

б) наружная сонная артерия
в) поверхностная височная артерия
г) затылочная артерия
Правильный ответ: в
007. Боли при надавливании на глазное яблоко характерны для риногенного внутричерепного осложнения:
а) синустромбоза
б) флегмоны глазницы
в) абсцесса век
г) диффузного воспаления клетчатки орбиты
Правильный ответ: а
008. Осложнением синустромбоза не может быть:
а) лабиринтит
б) менингит
в) абсцесс мозга
г) абсцесс мозжечка
Правильный ответ: а
009. Для эндоваскулярного введения антибиотиков при синустромбозе обычно катетеризируют:
а) подключичную вену
б) локтевую вену
в) наружную сонную артерию
г) яремную вену
Правильный ответ: а
010. Для синустромбоза не характерно:
а) экзофтальм
б) отек век
в) отечность лба
г) нормальная температура
Правильный ответ: г

Менингит

001. Чаще других встречается риногенное внутричерепное осложнение:
а) синустромбоз
б) абсцесс мозга
в) субдуральный абсцесс
г) менингит
Правильный ответ: г
002. Для серозного менингита не характерно:
а) острое начало
б) понижение давления в субарахноидальном пространстве
в) благоприятное течение
г) ликвор мало изменен
Правильный ответ: б
003. К симптомам гнойного менингита не относится:
а) головная боль
б) потеря сознания
в) аносмия
г) лихорадка
Правильный ответ: в
004. Симптом не относящийся к менингиальным:
а) Ортнера
б) Кернига
в) Брудзинского
г) ригидность затылочных мышц
Правильный ответ: а
005. Симптом не характерный для гнойного менингита:
а) Брудзинского
б) Гордона
в) Галанта
г) Россолимо
Правильный ответ: в
006. Диагноз менингита устанавливается на основании данных:
а) анализа крови
б) анализа мочи
в) стернальной пункции
г) спиномозговой пункции
Правильный ответ: г
007. Изменение в составе ликвора, не характерное для гнойного менингита:
а) вытекает под давлением
б) повышение белка
в) нейтрофилез
г) повышение сахара
Правильный ответ: г
008. Для менингита характерно:
а) субфебрилитет
б) возбуждение больного
в) брадикардия
г) застойные явления на глазном дне
Правильный ответ: б
009. Для серозного менингита не характерно:
а) острое начало
б) неблагоприятное течение
в) повышение давления в субстратах крови
г) ликвор мало изменен
Правильный ответ: б
010. Для явной стадии абсцесса лобной доли мозга не характерны симптомы:
а) общие
б) общемозговые
в) лабиринтные
г) мозговые явления
Правильный ответ: в
011. Симптом, характерный для абсцесса лобной доли мозга:
а) иррадиация боли в затылок
б) расстройство зрения
в) ригидность мышц затылка
г) отсутствие расстройства психики
Правильный ответ: а
012. Симптом, не характерный для абсцесса мозга в лобной доле:
а) локальная боль в надбровных областях
б) лобная атаксия
в) адиадохокинез
г) расстройство психики
Правильный ответ: в
013.Изменение гемограммы, не характерное для абсцесса мозга:
а) лимфоцитоз
б) лейкоцитоз
в) нейтрофилез
г) ускоренное СОЭ
Правильный ответ: а
014. К необходимым обследованиям при абсцессах мозга не относится:
а) ЭЭГ
б) К.Т. пазух носа
в) ДГ сосудов головного мозга
г) рентгенография сосцевидного отростка
Правильный ответ: г

Аденоиды

001. До 7 лет глоточная миндалина работает как:
а) железа
б) «вакцинная лаборатория»

в) рудиментарный орган
г) не несет функциональной нагрузки
Правильный ответ: б
002. Аденоиды это:
а) железа
б) гипертрофия глоточной миндалины
в) лимфатический узел
г) разрастание соединительной ткани
Правильный ответ: б
003.При гипертрофии глоточной миндалины Iстепени лимфаденоидная ткань прикрывает:
а) верхнюю треть сошника
б) верхние две трети сошника
в) весь сошник
г) устья слуховых труб
Правильный ответ: а
004. Аденоиды IIстепени прикрывают сошник:
а) на одну треть
б) на две трети
в) полностью
г) не прикрывают
Правильный ответ: б
005. При гипертрофии глоточной миндалины IIIстепени сошник прикрыт:
а) на одну треть
б) на две трети
в) полностью
г) не прикрыт
Правильный ответ: в
006. Острое и хроническое воспаление глоточной миндалины называется:
а) эпиглотит
б) тонзиллит
в) аденоидит
г) фарингит
Правильный ответ: в
007. «Аденоидами» называется гипертрофия:
а) язычной миндалины
б) трубной миндалины
в) небной миндалины
г) глоточной миндалины
Правильный ответ: г
008. При остром аденоидите необходимо провести:
а) консервативное лечение
б) хирургическое лечение
в) лечения не требуется
г) все ответы верны
Правильный ответ: а
009.Основной симптом острого аденоидита это только:
а) нарушение носового дыхания
б) постоянные слизистые выделения из носа
в) заложенность в ушах
г) все перечисленное верно
Правильный ответ: г
010. Основной симптом острого аденоидита это только:
а) острое начало
б) заложенность носа
в) отделяемое по задней стенке глотки
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
011.Наиболее частым осложнением острого аденоидита является:
а) ангина
б) острый фронтит
в) острый средний отит
г) эпиглотит
Правильный ответ: в
012. Для выяснения состояния глоточной миндалины необходимо провести:
а) эндоскопический осмотр носоглотки
б) переднею риноскопию
в) УЗИ носоглотки
г) рентгенографию черепа
Правильный ответ: а
013. Степень гипертрофии глоточной миндалины определяют с помощью:
а) ларингоскопии
б) передней риноскопии
в) фарингоскопии
г) пальцевого исследования носоглотки или эндоскопии носоглотки
Правильный ответ: г
014. В комплекс лечения аденоидита сочетанного с аллергическим ринитом, необходимо включать:
а) системный антибиотик
б) топический стероид
в) топические иммуномодуляторы
г) системные иммуномодуляторы
Правильный ответ: б
015. Удаление глоточной миндалины это:
а) аденотомия
б) тонзиллотомия
в) тонзилэктомия
г) ринотомия
Правильный ответ: а
016. Абсолютным показанием для проведения аденотомии является:
а) искривление носовой перегородки
б) вазомоторный ринит
в) рецидивирующий средний отит
г) хоанальный полип
Правильный ответ: в
017. В ближайший послеоперационный период после аденотомии, ревизия
носоглотки проводится при:
а) отсутствии носового дыхания
б) тубоотите
в) носовом кровотечении
г) рецидивирующем аденоидите
Правильный ответ: в
018. Для аденоидов IIIстепени характерно только:
а) затрудненное носовое дыхание
б) «аденоидный тип» лицевого скелета
в) гипертрофия носоглоточной миндалины
г) все выше перечисленное
Правильный ответ: г
019. Характерным признаком "аденоидного лица" является:
а) сглаженность носогубных складок
б) выраженность носогубных складок
в) большой язык
г) отечное лицо
Правильный ответ: а

Заболевания глотки

001. Осмотр ротоглотки это:
а) фарингоскопия
б) ларингоскопия
в) риноскопия

г) отоскопия
Правильный ответ: а
002. К неврозам глотки относятся:
а) только гипестезии глотки
б) только анестезия глотки
в) только парестезия глотки
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
003. Причиной невроза глотки может быть:
а) только истерия
б) только сифилис
в) только бульбарные параличи
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
004. Лечение неврозов глотки включает:
а) только физиолечение
б) только новокаиновые блокады
в) только психотерапия
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
005. Инородное тело глотки чаще всего локализуются в:
а) языке
б) небной миндалине
в) надгортаннике
г) маленьком язычке
Правильный ответ: б
006. Характер боли при инородных телах в глотке:
а) режущая
б) колющая
в) ноющая
г) нарастающая
Правильный ответ: б
007. Ведущим симптомом инородных тел глотки является:
а) тризм жевательной мускулатуры
б) ринолалия
в) неприятный запах изо рта
г) боль при глотании
Правильный ответ: г
008. Чаще причиной острого фарингита являются:
а) грибы
б) внутриклеточные инфекции
в) вирусы
г) бактерии
Правильный ответ: в
009. Острый фарингит необходимо дифференцировать только с:
а) дифтерией
б) скарлатиной
в) корью
г) всем перечисленным
Правильный ответ: г
010. При остром фарингите наиболее эффективно назначение:
а) системных антибиотиков
б) физиолечения
в) местного лечения
г) рефлексотерапии
Правильный ответ: в
011. При остром фарингите наиболее эффективно назначение:
а) назонекса
б) тантум верде
в) клацида СР
г) зиртека
Правильный ответ: б
012. Для фарингита характерно:
а) воспаление слизистой оболочки глотки
б) воспаление паратонзиллярной клетчатки
в) воспаление заглоточного пространства
г) увеличение миндалин
Правильный ответ: а
013. При рассечении задней стенки глотки до позвоночника отмечается следующая последовательность оболочек(1-фиброзная, 2-слизистая, 3-мышечный слой, 4-адвентиция):
а) 2,1,3,4
б) 3,4,1,2
в) 4,3,2,1
г) 2,4,3,1
Правильный ответ: г
014. При боковом гранулезном фарингите страдает эпителий слизистой
оболочки глотки:
а) мерцательный
б) многослойный плоский
в) цилиндрический и лимфоидные фолликулы
г) лимфоидные фолликулы
Правильные ответы: в
015. В гранулах слизистой оболочки задней стенки глотки находятся
клетки:
а) цилиндрического эпителия
б) многослойного плоского
в) бокаловидные клетки
г) лимфоидная ткань
Правильные ответы: г
016. Микроциркуляторное русло слизистой оболочки задней
стенки глотки при хроническом атрофическом фарингите выглядит:
а) слабо васкуляризированным
б) без сосудистого рисунка
в) с единичными расширенными сосудами
г) с ярким сосудистым рисунком
Правильные ответы: а
017. Причиной хронического фарингита могут быть:
а) различные формы хронического тонзиллита
б) гипертрофия миндалин
в) может быть только компенсированная форма хронического тонзиллита
г) только декомпенсированная форма хронического тонзиллита
Правильные ответы: а
018. Ведущие этиологические факторы для фарингитов:
а) алкоголь, курение
б) чрезмерные голосовые нагрузки, холодная или горячая пища, нарушение носового дыхания
в) нарушение голосового режима, застойные явления в глотке при декомпенсации сердечной деятельности
г) работа в холодном помещении
Правильный ответ: б
019. Формы хронических фарингитов:
а) гиперпластический и некротический
б) серозный и гнойный
в) катаральный, атрофический, гипертрофический
г) катаральный, аллергический, некротический
Правильный ответ: в

020. Розовые гранулы на задней стенке глотки характерны для хронического фарингита:
а) гипертрофического
б) атрофического
в) субатрофического
г) катарального
Правильный ответ: а
021. Ощущение першения в глотке при хроническом фарингите не обусловлено раздражением нерва:
а) языкоглоточного
б) блуждающего
в) тройничного
г) лицевого
Правильный ответ: г
022. Ощущение боли в глотке при хроническом фарингите не обусловлено раздражением рецепторов нерва:
а) языкоглоточного
б) блуждающего
в) тройничного
г) промежуточного
Правильные ответы: г
023. При атрофическом фарингите в состоянии "истощения" находится:
а) цилиндрический эпителий слизистой оболочки задней стенки глотки
б) мерцательный эпителий слизистой оболочки задней стенки глотки
в) многослойный плоский эпителий слизистой оболочки задней стенки глотки
г) лимфоидные фолликулы
Правильные ответы: в
024. Атрофический хронический фарингит у больных сахарным диабетом обусловлен:
а) наличием в сосудистом русле циркулирующих иммунных комплексов
б) нарушением микроциркуляции слизистой оболочки задней стенки глотки
в) приемом длительно сахароснижающих препаратов
г) погрешностью в диете
Правильные ответы: б
025.Хронический атрофический фарингит является следствием хронического гастрита:
а) всегда
б) очень редко в случаях, когда происходит декомпенсация патологического процесса
в) при декомпенсации патологического процесса слизистой оболочки желудка
г) при погрешностях в диете
Правильные ответы: в.
026. При хроническом фарингите на фоне шейного остеохондроза основными жалобами будут только:
а) боль в глотке
б) чувство сухости в глотке
в) чувство инородного тела в глотке
г) все перечисленное
Правильные ответы: г
027. Переход хронического фарингита от одной формы к другой возникает:
а) после двусторонней тонзилэктомии
б) при смене внешних раздражителей
в) при гормональных изменениях в организме
г) при смене времени года
Правильные ответы: а
028. Критерием эффективности лечения хронического фарингита является:
а) изменения микробиоциноза глотки
б) отсутствие первичных ангин у больного
в) отсутствие жалоб
г) снижение температуры тела
Правильные ответы: в
029. При хроническом фарингите, когда у больного имеются жалобы на сухость и першение в горле, а при осмотре отмечаются атрофические изменения задней стенки глотки предпочтительнее:
а) ингаляции "Каметон"
б) ингаляции "Пропасол"
в) ультрозвуковые щелочно-масленные ингаляции
г) смазывание слизистой оболочки агрессивными растворами
Правильный ответ: в
030. Фарингомикоз это:
а) лептотрихоз глотки
б) грибковый налет на слизистых щек
в) грибковое поражение слизистой оболочки глотки
г) дистрофические изменения слизистой оболочки глотки
Правильный ответ: в
031. Основное место в патогенезе кандидомикоза глотки занимает:
а) частые ОРВИ
б) лечение большими дозами антибиотиков
в) заболевания ЖКТ
г) нарушение гигиены полости рта
Правильный ответ: б
032. Основным методом лечения заглоточного абсцесса является:
а) полоскание
б) физиолечение
в) вскрытие абсцесса
г) антибиотикотерапия
Правильный ответ: в
033. Ожоги глотки чаще обусловлены:
а) нашатырным спиртом
б) каустической содой
в) уксусной кислотой
г) другими кислотами
Правильный ответ: в
034. Тяжесть местных поражений слизистой оболочки глотки при
химическом ожоге зависит только от:
а) концентрации вещества
б) количества вещества
в) продолжительности воздействия на ткани
г) всего перечисленного
Правильный ответ: г

Ангины. Паратонзиллярный абсцесс

001. Ангина это острое воспаление:
а) всех отделов глотки
б) небных миндалин
в) задней стенки глотки
г) передних небных дужек
Правильный ответ: б
002. Предрасполагающее факторы возникновения ангин это:
а) лакунарное строение миндалин
б) аллергия
в) голосовые нагрузки
г) хроническая обструкция полости носа

Правильный ответ: г
003. Причиной возникновения ангины чаще могут быть:
а) энтерококк, вирус гриппа
б) стрептококк, стафилококк, пневмококк
в) менингококк,
г) вирус Коксаки
Правильный ответ: б
004. Для катаральной ангины характерно:
а) гиперемия дужек и небных миндалин
б) расширенные устья лакун небных миндалин
в) белые или светло-желтые налеты в лакунах
г) нагноившиеся фолликулы
Правильный ответ: а
005. Для лакунарной ангины характерно:
а) гиперемия дужек и небных миндалин
б) расширенные устья лакун небных миндалин
в) белые или светло-желтые налеты в лакунах
г) нагноившиеся фолликулы на поверхностях небных миндалин
Правильный ответ: в
006. Для фолликулярной ангины характерно:
а) гиперемия дужек
б) расширенные устья лакун небных миндалин
в) белые или светло-желтые налеты в лакунах
г) нагноившиеся фолликулы небных миндалин
Правильный ответ: г
007. Налеты желто-белого цвета в устьях лакун характерны для ангины:
а) лакунарной
б) катаральной
в) фолликулярной
г) некротической
Правильный ответ: а
008. Для лечения вульгарных ангин наиболее эффективно применение антибиотиков группы:
а) сульфаниламиды (бисептол)
б) синтетические пенициллины (амоксиклав)
в) тетрациклины (доксициклин)
г) фторхинолоны (ципрофлоксацин)
Правильный ответ: б
009. Осложнением ангины у взрослых может быть абсцесс:
а) эпидуральный
б) заглоточный
в) паратонзиллярный
г) надгортанника
Правильный ответ: в
010. Первое место среди осложнений ангин занимают:
а) парафарингиты и парафарингеальный абсцесс
б) паратонзиллит и паратонзиллярный абсцесс
в) ларингиты
г) отиты
Правильный ответ: б
011. При заболевании крови вторичная ангина наблюдается при:
а) гемофилии
б) лейкозе
в) капилляротоксикозе
г) гемморагическом васкулите
Правильный ответ: б
012. Плотные, грязно-серые, плохо снимаемые налеты на миндалинах, распространяющиеся на небные дужки свидетельствуют о:
а) фолликулярной ангине
б) лакунарной ангине
в) некротической ангине
г) дифтерии
Правильный ответ: г
013.При ангине налеты с миндалин удалять:
а) следует всегда
б) только при лакунарной
в) только при язвенно-пленчатой
г) не следует
Правильные ответы: г
014.Некротические изменения в глотке, налеты, в крови лейкопения, уменьшенное количество зернистых лейкоцитов. Диагноз:
а) дифтерия зева
б) флегмонозная ангина
в) агранулоцитарная ангина
г) язвенно-пленчатая ангина
Правильные ответы: в
015. В переводе с древне – греческого слово ангина означает:
а) удушье
б) боль
в) озноб, ознобление
г) огонь
Правильный ответ: а
016. Возбудителем ангины Симоновского – Венсана является:
а) симбиоз спирохеты полости рта и веретенообразной палочки
б) симбиоз В – гемолитического стрептококка и грибов рода Candida
в) симбиоз эпидермального стрептококка и синегнойной палочки
г) сперохеты полости рта и стрептококка
Правильный ответ: а
017. Токсический миокардит характерен для ангины:
а) дифтеритической
б) агранулоцитарной
в) язвенно – пленчатой
г) фолликулярной
Правильный ответ: а
018. Синоним флегмонозной ангины это:
а) внутриминдаликовый абсцесс
б) паратонзиллярный абсцесс
в) заглоточный абсцесс
г) паратонзиллит
Правильный ответ: а
019. Феномен гашения сыпи Шульца – Чарлтона наблюдается при ангине:
а) скарлатинозной
б) коревой
в) сифилитическом поражении глотки
г) лакунарной
Правильный ответ: а
020. Ангина Людовига это:
а) флегмона дна полости рта
б) ангина, возбудителем которой является симбиоз веретенообразной палочки и спирохеты полости рта
в) это воспаление гортанной миндалины
г) аденоидит
Правильный ответ: а
021. Возбудителем ангины при инфекционном мононуклеозе является:
а) вирус

б) В – гемолитической стрептококк
в) палочка инфлюенсы
г) стафилококк
Правильный ответ: а
022. Для инфекционного мононуклеоза характерно увеличение лимфоузлов:
а) системное с преимущественным поражением шейных
б) не характерно
в) увеличены только подмышечные и паховые
г) зачелюстные
Правильный ответ: а
023. Тонзилэктомия при ангине проводится:
а) нет
б) в случае септических осложнений
в) при осложнении ангины паратонзиллярным абсцессом
г) при наличии миокардита
Правильный ответ: а
024. При паратонзиллярном абсцессе гной локализуется в:
а) небном валике
б) лакунах небной миндалины
в) околоминдалликовом пространстве
г) в ткани небной миндалины
Правильный ответ: в
025. Самое опасное осложнение паратонзиллярного абсцесса:
а) абсцесс язычка
б) медиастинит
в) тромбоз сигмовидного синуса
г) менингит
Правильный ответ: б
026. Для паратонзиллита характерно:
а) нагноение ткани миндалин
б) воспаление околоминдаликовой клетчатки
в) инфильтрация зачелюстной оболочки
г) воспаление заглоточных лимфат ических узлов
Правильный ответ: б
027. Для фарингоскопической картины при одностороннем
паратонзиллярном абсцессе характерно:
а) только выпячивание мягкого неба и передней дужки на стороне поражения
б) только гиперемия и инфильтрация небной миндалины
в) только смещение язычка в сторону поражения
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
028. При паратонзиллярном абсцессе необходимо провести:
а) пункцию с последующим вскрытием абсцесса
б) физиолечение
в) полоскание антисептиками
г) все перечисленное
Правильный ответ: а
029. Паратонзиллярный абсцесс можно не дифференцировать с:
а) дифтерией
б) опухолью миндалин
в) туберкулезом глотки
г) паратонзиллитом
Правильный ответ: б
030. Односторонняя боль при глотании, температура 38 градусов, инфильтрация над миндалиной слева, язычок смещен вправо. Ваш диагноз:
а) заглоточный абсцесс
б) окологлоточный абсцесс
в) острый аденоидит
г) паратонзиллярный абсцесс слева
Правильные ответы: г

Хронический тонзиллит

001. Различают 2 формы хронического неспецифического тонзиллита по И.Б.Солдатову:
а) туберкулезный и сифилитический
б) простая и токсикоаллергическая
в) компенсированный и субкомпенсированный
г) компенсированный и декомпенсированный
Правильный ответ: г
002. При лакунарном строении небных миндалин, начинать лечение хронического тонзиллита лучше всего с:
а) санации лакун
б) системной антибиотикотерапии
в) полоскания глотки
г) физиолечения
Правильный ответ: а
003. К консервативному лечению хронического тонзиллита относится:
а) зондирование миндалин
б) физиолечение
в) ротация миндалин
г) смазывание задней стенки глотки
Правильный ответ: б
004. К консервативному лечению хронического тонзиллита относятся:
а) зондирование миндалин
б) санация лакун
в) ротация миндалин
г) смазывание задней стенки глотки
Правильный ответ: б
005. Показанием к тонзиллэктомии является:
а) желание больного
б) регионарный лимфаденит
в) ангины до 2 раз в год
г) неэффективность консервативной терапии
Правильный ответ: г
006. Хронический тонзиллит дифференцируют с:
а) катаральной ангиной
б) гипертрофией небных миндалин
в) острым фарингитом
г) сифилисом глотки
Правильный ответ: б
007. К осложнениям после тонзилэктомии относится только:
а) кровотечение
б) острый шейный лимфаденит
в) флегмона шеи
г) все перечисленное
Правильный ответ: г
008. Для юношеской ангиофибромы характерна триада симптомов:
а) носоглоточная опухоль, заложенность носа, рецидивирующие носовые кровотечения
б) аденоиды, опухоль в носоглотке, субфебрилитет
в) изменение мягкого неба, насморк, приступы удушья
г) опухоль носовой перегородки, бледная слизистая полости носа, инъекция сосудов полости носа
Правильный ответ: а

009. Юношескую ангиофиброму необходимо дифференцировать с:
а) хроническим тонзиллитом
б) аденоидами
в) гипертрофией язычной миндалины
г) тубоотитом
Правильный ответ: б

Заболевания (ожоги, рубцовые сужения, инородные тела) пищевода.

001. Наиболее часто встречаются следующие ожоги пищевода:
а) химические
б) термические
в) физические
г) лучевые
Правильный ответ: а
002. Ятрогенными чаще бывают следующие ожоги пищевода:
а) химические
б) лучевые
в) термические
г) физические
Правильный ответ: б
003. Электрические ожоги пищевода относятся к следующим поражениям:
а) лучевым
б) химическим
в) физическим
г) термическим
Правильный ответ: в
004. В клинике острых ожогов пищевода выделяют:
а) пять степеней
б) четыре степени
в) две степени
г) три степени
Правильный ответ: г
005. Коликвационный (мокнущий) некроз пищевода образуется:
а) при ожогах щелочами
б) при ожогах кислотами
в) при термических ожогах
г) при физических ожогах
Правильный ответ: а
006. Коагуляционный некроз пищевода образуется:
а) при ожогах щелочами
б) при ожогах кислотами
в) при термических ожогах
г) при физических ожогах
Правильный ответ: б
007. Прогностически наиболее неблагоприятный в отношении последующего рубцевания ожог пищевода:
а) кислотой
б) щелочью
в) электрический
г) термический
Правильный ответ: б
008. Ретроградное бужирование пищевода проводят чаще при:
а) сужении в грудном отделе
б) сужении при входе в пищевод
в) эксцентрическом положении входа в суженный участок
г) сужении у входа в желудок
Правильный ответ: в
009. Пациентов со свежими ожогами пищевода лучше
госпитализировать в отделение:
а) ЛОР
б) ожоговое
в) гастроэнтерологическое
г) токсикологическое
Правильный ответ: г
010. Струп в полости рта и в глотке при ожогах уксусной эссенции бывает:
а) белого цвета
б) желтого цвета
в) черного цвета
г) бурого цвета
Правильный ответ: а
011. Струп в полости рта и в глотке при ожогах азотной кислотой бывает:
а) белого цвета
б) желтого цвета
в) черного цвета
г) бурого цвета
Правильный ответ: б
012. Струп в полости рта и в глотке при ожогах серной кислотой бывают:
а) белого цвета
б) желтого цвета
в) черного цвета
г) бурого цвета
Правильный ответ: в
013. Фиброэзофагоскопия в первые сутки после ожога пищевода:
а) показана в случае подозрения на перфорацию пищевода
б) обязательна
в) показана в случае угрозы перфорации
г) не показана
Правильный ответ: г
014. Рекомендуемый контраст для рентгенографии пищевода при подозрении
на перфорацию:
а) водорастворимый
б) бариевая взвесь
в) йодолипол
г) металлический проводник вместо контраста
Правильный ответ: а
015. Раннее бужирование для профилактики рубцового стеноза пищевода:
а) показано абсолютно всем
б) противопоказано абсолютно всем
в) решается индивидуально в лечении каждого больного
г) зависит от установок и приоритетов клиники
Правильный ответ: в
016. Рентгенконтрастное исследование пищевода показано при:
а) металлических инородных телах
б) любых инородных телах
в) инородных телах растительного и животного происхождения
г) категорически не показано при данной патологии
Правильный ответ: в
017. Последовательность диагностических мероприятий при рентгеннегативных инородных телах пищевода:
а) фиброэзофагогастроскопия, затем контрастное

рентгенологическое исследование
б) контрастное рентгенологическое исследование пищевода, затем фиброэзофагогастроскопия
в) последовательность роли не играет
г) обзорная, затем контрастная рентгенография пищевода, затем фиброэзофагоскопия
Правильный ответ: г
018. Инородные тела пищевода чаще всего встречаются:
а) во входе в пищевод (рот пищевода)
б) в бифуркационном сужении
в) в диафрагмальном сужении
г) в кардиальном сужении
Правильный ответ: б
019. При острых инородных телах пищевода и его перфорации, чаще всего повреждается:
а) аорта
б) легочный ствол
в) нижняя полая вена
г) подключичная артерия
Правильный ответ: а
020. При перфорации пищевода наиболее грозное осложнение:
а) эзофагит
б) гастрит
в) медиастинит
г) пневмония
Правильный ответ: в

Заболевания гортани

001. Наиболее частая причина ятрогенного стеноза гортани:
а) длительная интубация гортани
б) операции на сердце
в) лучевые ожоги гортани
г) неадекватная антибактериальная терапия
Правильный ответ: а
002 Стеноз гортани подразделяется на степени:
а) две
б) три
в) четыре
г) пять
Правильный ответ: в
003. В течении стенозов гортани выделяют стадии:
а) две
б) три
в) четыре
г) пять
Правильный ответ: в
004. При остром стенозе гортани вне лечебного учреждения показана
операция:
а) микротрахеотомия
б) трахеотомия
в) трахеостомия
г) коникотомия
Правильный ответ: г
005. Для коникотомии при стенозе гортани необходимо произвести разрез:
а) горизонтальный
б) вертикальный
в) крестообразный
г) любой из перечисленных
Правильный ответ: а
006. Причиной хронического рубцового стеноза гортани чаще всего является:
а) длительное бактерионосительство
б) опухоль гортани
в) травма гортани
г) воспалительные заболевания гортани
Правильный ответ: в
007. При хроническом рубцовом стенозе гортани показана:
а) ларингофиссура
б) ларингэктомия
в) ларингостомия
г) ларингопластика
Правильный ответ: г
008. При хроническом рубцовом стенозе гортани Iстепени трахеостомия
является:
а) привентивной палиативной операцией
б) радикальной операцией
в) необязательной операцией
г) противопоказанной
Правильный ответ: а
009. Степень патологических проявлений на разных этапах развития стенозов
гортани, в основном, зависит от:
а) от возбудителя
б) от уровня гемоглобина крови
в) от уровня гипоксии
г) от резистентности организма
Правильный ответ: в
010. При нарастающих симптомах удушья следует делать трахеотомию при
стенозе гортани:
а) в стадию компенсации
б) в стадию субкомпенсации
в) асфиксии
г) при отсутствии стеноза
Правильный ответ: б
011. Причины обуславливающие стеноз гортани в поздние сроки после ее
повреждения:
а) хондроперихондриты
б) ларингиты
в) эпиглоттиты
г) флегмоны
Правильный ответ: а
012. К парезу гортани с явлениями стеноза приводит поражение нерва:
а) нижнегортанного
б) верхнегортанного
в) среднеготтанного
г) глоточного
Правильный ответ: а
013. К парезу гортани при операции на органах шеи чаще всего приводит:
а) ларинготомия
б) струмэктомия
в) эзофаготомия
г) трахеостомия
Правильный ответ: б
014. Парезом гортани чаще осложняется инфекционное заболевание:
а) скарлатина
б) тиф
в) грипп
г) корь
Правильный ответ: в

015. Односторонний парез гортани необходимо дифференцировать с:
а) ларингитом
б) функциональной дисфонией
в) папилломатозом гортани
г) анкилозом черпалоперстневидного сустава
Правильный ответ: г
016. При двухстороннем парезе гортани голосовые складки чаще всего
находятся в положении:
а) срединном или парамедиальном
б) крайнего отведения
в) «нахлеста» друг на друга
г) типичном для здорового человека
Правильный ответ: а
017. Подскладковый ларинготрахеит чаще наблюдается:
а) в половозрелом возрасте
б) в юношеском возрасте
в) в возрасте 1 – 3 лет
г) в старческом возрасте
Правильный ответ: в
018. Для подскладкового ларинготрахеита характерна одышка:
а) непостоянного характера
б) смешанного характера
в) экспираторного характера
г) инспираторного характера
Правильный ответ: г
019. Острый приступ подскладкового ларинготрахеита чаще начинается:
а) ночью
б) утром
в) днем
г) в любое время суток
Правильный ответ: а
020. Для ларинготрахеита характерна триада симптомов:
а) кашель, насморк, повышенная температура тела
б) лающий кашель, удушье, осиплость голоса
в) боли в горле, кашель, осиплость голоса
г) дисфагия, дисфония, насморк
Правильный ответ: б
021. При «ложном» крупе показана госпитализация:
а) в педиатрическое отделение
б) в ЛОР отделение
в) в инфекционное отделение
г) в терапевтическое отделение
Правильный ответ: в
022. При некупирующемся «ложном» крупе предпочтительным является:
а) коникотомия
б) ларинготомия
в) трахеостомия
г) интубация гортани
Правильный ответ: г
023. Подскладковый ларингит имеет синоним:
а) истинный круп
б) ложный круп
в) фонастения
г) дифтерия гортани
Правильный ответ: б
024. Появление «ложного» крупа у детей обусловлено:
а) частыми аллергическими реакциями
б) узостью всех отделов гортани
в) узостью подскладкового отдела гортани и рыхлостью подслизистого слоя этого отдела
г) наличием лимфоузлов в подскладковом отделе гортани
Правильный ответ: в
025. «Ложный» круп развивается:
а) постепенно
б) внезапно
в) как хроническое заболевание
г) в течение нескольких суток
Правильный ответ: б
026. Ларингоскопическая картина при «ложном» крупе – это :
а) увеличение надгортанника
б) парез истинных голосовых складок
в) наличие белых пленок и налетов в подскладковом отделе
г) сужение подскладкового пространства в виде красных валиков
Правильный ответ: г
027. Для «ложного» крупа характерно:
а) першение, сухость в горле
б) слизистогнойная мокрота
в) одышки, лающий кашель, афония
г) афония, боли в горле
Правильный ответ: в
028. Острый эпиглоттит это:
а) воспаление надгортанника
б) воспаление гортанной миндалины
в) воспаление язычной миндалины
г) разлитое воспаление глотки
Правильный ответ: а
029. Для эпиглоттита характерна ларингоскопическая картина:
а) гнойник на корне языка
б) гнойник на надгортаннике
в) увеличение, отек и гиперемия надгортанника
г) сужение подскладкового пространства
Правильный ответ: в
030. Для больных с эпилоглоттитом характерны жалобы на:
а) осиплость голоса
б) быструю утомляемость голоса
в) кашель, сухость и першение в горле
г) дисфагию различной степени тяжести и боли в горле
Правильный ответ: г
031. Абсцесс надгортанника опасен:
а) асфиксией
б) дисфагией
в) афонией
г) диспепсией
Правильный ответ: а
032. Жалобы характерные для больных с острым ларингитом:
а) першение, сухость в горле, кашель, хриплый голос
б) одышка, дисфагия, обильное количество мокроты
в) затруднение дыхания в покое
г) кашель, кровохарканье
Правильный ответ: а
033. Основные патологические изменения, наблюдающиеся в гортани, при
остром ларингите:
а) кровоизлияния в голосовые складки

б) налет на голосовых складках
в) неподвижность одной голосовой складки
г) гиперемия, отек, инфильтрация слизистой оболочки
Правильный ответ: г
034. Наиболее опасные осложнения при флегмонозном ларингите:
а) парез гортани
б) асфиксия
в) рак гортани
г) плеврит
Правильный ответ: б
035. Грозное осложнение, ведущее к смерти, имеет место при резанных ранах
гортани:
а) парез гортани
б) эмфизема в области шеи
в) кровотечение из крупных сосудов шеи
г) кровоизлияние в мышцы
Правильный ответ: в
036. Расстройство глотания и боли чаще всего возникает при повреждении:
а) ложных голосовых складок
б) надгортанника и области черпаловидных хрящей
в) истинных голосовых складок
г) подскладкового пространства
Правильный ответ: б
037. Функциональная дисфония это:
а) органическое заболевание гортани
б) снижение тонуса или гипертонус мыщцы гортани
в) проявление истерии
г) соматическое проявление психического заболевания
Правильный ответ: б
038. Синонимом врожденного стридора является:
а) ларингоспазм
б) ларингомаляция
в) ложный круп
г) атрезия гортани
Правильный ответ: б
039. «Внутривенная» трахеотомия это:
а) в/в введение гормонов
б) в/в введение спирта
в) в/в введение антигистаминных препаратов
г) в/в введение антибиотиков
Правильный ответ: а
040. Хронический гипертрофический ларингит дифференцируется со
следующими заболеваниями:
а) с доброкачественными опухолями гортани
б) с эпиглоттитом
в) с гортанной ангиной
г) с дифтерией
Правильный ответ: а
041. Дифтерия гортани имеет синоним:
а) истинный круп
б) ложный круп
в) склерома гортани
г) инфекционный ларингит
Правильный ответ: а
042. Причиной контактной гранулемы голосовых связок является:
а) длительная интубация гортани
б) жесткая атака голосообразования и рефлюксэзофагит
в) операции под наркозом
г) хронический ларингит
Правильный ответ: а
043. Наиболее типичная локализация интубационной гранулемы:
а) передняя комиссура
б) передние отделы истинных голосовых складок
в) черпаловидные хрящи и задние отделы истинных голосовых складок
г) ложные голосовые складки
Правильный ответ: в
044. Голосовая щель при наличии певческих узелков в гортани во время
фонации имеет форму:
а) треугольника
б) прямоугольника
в) овала
г) песочных часов
Правильный ответ: г
045. Папилломатоз гортани чаще наблюдается:
а) у детей
б) у пациентов среднего возраста
в) у лиц старческого и пожилого возраста
г) в любом возрасте
Правильный ответ: а
046. Основной жалобой у пациентов с доброкачественными опухолями
гортани является:
а) дислексия
б) дисфония
в) дисфагия
г) дисграфия
Правильный ответ: б
047. Наиболее типичная локализация доброкачественных опухолей гортани:
а) ложные голосовые складки
б) гортаноглотка
в) истинные голосовые складки
г) подскладковое пространство
Правильный ответ: в
048. Наиболее частая причина появления полипов в гортани:
а) курение
б) злоупотребление алкоголем
в) неправильное голосоведение и голосовые перегрузки
г) работа в запыленной и загазованной обстановке
Правильный ответ: в
049. Причиной появления папиллом в гортани является:
а) наличие вируса в организме
б) голосовые перегрузки
в) курение
г) работа в загазованной обстановке
Правильный ответ: а
050. Малигнизация наблюдается наиболее часто доброкачественной опухоли гортани:
а) ангиомы
б) полипа
в) фибромы
г) папилломы
Правильный ответ: г
051. Чаще наблюдается рецидив после удаления доброкачественной опухоли гортани:
а) папилломы

б) полипа
в) фибромы
г) певческих узелков
Правильный ответ: а
052. Рак гортани наиболее часто встречается:
а) в вестибулярном отделе
б) в складковом отделе
в) в подскладковом пространстве
г) на надгортаннике
Правильный ответ: б
053. При раке гортани показана:
а) ларингофиссура
б) струмэктомия
в) ларингэктомия
г) ларингопластика
Правильный ответ: в
054. Наиболее часто регистрируется гистологическая форма рака
гортани:
а) скирр
б) аденокарцинома
в) солидный рак
г) плоскоклеточный рак
Правильный ответ: г
055. Наиболее высокая частота регионального метастазирования
наблюдается при раке:
а) надскладкового отдела гортани (вестибулярного)
б) складкового отдела гортани
в) подскладкового отдела гортани
г) все перечисленное верно
Правильный ответ: а
056. Наиболее часто встречается форма роста рака гортани:
а) эндофитная
б) экзофитная
в) смешанная
г) все перечисленное верно
Правильный ответ: б
057. Наиболее достоверный признак злокачественной опухоли складкового
отдела гортани:
а) неподвижность голосовой складки
б) гиперемия голосовой складки
в) сохранение подвижности голосовой складки
г) неровность свободного края голосовой складки
Правильный ответ: а
058. При невозможности поставить морфологический диагноз рака гортани до операции – наиболее рационально:
а) наблюдение 1 – 3 месяца
б) лазеротерапия
в) ларингофиссура со срочным гистологическим исследованием
г) консервативная терапия
Правильный ответ: в
059. Основным методом лечения рака гортани является:
а) комбинированный
б) лучевой
в) хирургический
г) химиотерапевтический
Правильный ответ: а
060. К облигатным предракам гортани относится:
а) фиброма гортани
б) пахидермия и лейкоплакия
в) хронический ларингит
г) склеродермия
Правильный ответ: б
061. Наиболее частая локализация отдаленных метастазов рака гортани:
а) печень
б) средостение
в) головной мозг
г) легкие
Правильный ответ: г
062. Обычная локализация пахидермии в гортани:
а) на надгортаннике
б) в области черпалонадгортанных складок
в) в передней комиссуре
г) в межчерпаловидном пространстве
Правильный ответ: г
063. Возбудителем склеромы гортани является:
а) спирохета Симановского – Венсана
б) палочка Волковича – Фриша
в) спирохета полости рта
г) палочка Ланганса
Правильный ответ: б
064. При склероме гортани показано:
а) лучевая терапия
б) симптоматическая терапия
в) консервативная терапия с бужированием гортани
г) хирургическое иссечение инфильтратов
Правильный ответ: в
065. В склеромных инфильтратах гортани обнаруживают:
а) тромбоциты
б) лимфоциты
в) плазматические клетки
г) Клетки Микулича
Правильный ответ: г
066. Инфильтраты гортани не изъязвляются при:
а) склероме
б) туберкулезе
в) сифилисе
г) волчанке
Правильный ответ: а

Блок Травматология и ортопедия:

001. К положительной стороне лечебной физкультуры, как метода профилактики, лечения и оздоровления относится

а) многофакторное профилактическое действие
б) отсутствие возрастных противопоказаний
в) отсутствие побочных влияний при правильной дозировке
г) необходимость длительного применения средств лечебной физкультуры для получения
выраженного и стабильного эффекта

002. К особенностям лечебной физкультуры, как метода профилактики, лечения и оздоровления относится (верно все кроме одного)

а) активное участие больного в процессе
б) индивидуальный подход в назначении средств ЛФК
в) увеличение дозировки средств ЛФК с улучшением состояния больного
г) использование физических упражнений в реабилитации

003. Не допустимым для дозировки физических упражнений является

а) смена (выбор) исходных положений
б) темп
в) степень усилия выполнения упражнения
г) задержка дыхания
д) амплитуда движения

004. Физические упражнения оказывают

а) трофическое влияние
б) тонизирующее
в) иммунорегуляторное
г) антипирогенное
д) антистрессорное

005. Наименее эффективным средством улучшения периферического кровообращения является

а) идеомоторные упражнения
б) статические дыхательные упражнения
в) изометрические напряжения мышц
г) ритмические сокращения мышц в дистальных отделах

006. Основным критерием для расширения двигательного режима является

а) хорошее субъективное состояние
б) адекватная реакция организма на физическую нагрузку
в) нормальные клиник-инструментальные показатели в покое
г) хорошие показатели пробы Штанге, Генчи
д) все перечисленные

007. Не является противопоказанием к проведению лечебной физкультуры

а) длительная субфебрильная температура
б) резкий сдвиг лейкоцитарной формулы крови влево
в) недостаточность кровообращения III стадии
г) негативное отношение к занятиям лечебной гимнастикой, к лечебной физкультуре

008. Не относится к двигательному режиму, как средству лечебной физкультуры

а) дозированная ходьба
б) непроизвольные движения больного находящегося на постельном режиме
в) специальные дыхательные упражнения
г) занятия лечебной гимнастикой с методистом
д) самостоятельные занятия физическими упражнениями

009. Обязательным приемом массажа является

а) выжимание

б) растирание
в) разминание
г) поглаживание
д) ударные приемы

010. Какая из систем больше всего лимитирует физическую работоспособность здорового человека?

а) костно-мышечная система
б) дыхательная система
в) сердечно-сосудистая система
г) пищеварительная система
д) мочевыделительная система
е) нервная система

011. Что такое PWC170?

а) это максимальная физическая работоспособность
б) это должная величина физической работоспособности при ЧСС равной 170 уд/мин
в) это максимальный режим функционирования сердечно-сосудистой системы
г) это физическая работоспособность при ЧСС 170 уд/мин
д) это показатель тренированности организма спортсмена

012. К прямому методу определения максимального потребления кислорода (МПК) относятся:

а) номограмма Астранда
б) тест Купера
в) тест PWC170
г) использование оксигемометра
д) ничего из перечисленных

013. От чего зависит, в большей мере, продолжительность восстановления ЧСС и АД после физической нагрузки у обследуемого?

а) от типа телосложения
б) от возраста обследуемого
в) от интенсивности и длительности выполнения нагрузки
г) от физической подготовленности обследуемого
д) от профессии обследуемого

014. Что определяется при проведении одномоментной функциональной пробы?

а) адаптация организма к физической нагрузке
б) физическая работоспособность
в) тренированность обследуемого
г) реакция организма на физическую нагрузку

015. Укажите экстракардиальный сосудистый фактор кровообращения

а) присасывающее действие грудной клетки
б) “мышечный насос”
в) диафрагмальное дыхание
г) дополнительное раскрытие капилляров

016. Какой вид функционального исследования предпочтительнее провести больному с ишемической болезнью сердца при выписке из санатория?

а) определение PWC150,160
б) определение выносливости к статическому напряжению
в) определение % насыщения кислородом артериальной крови
г) определение толерантности к физическим нагрузкам

017. В каких случаях показатели ЧСС не могут служить критериями тяжести выполнения физической работы?

а) при выраженных аритмиях
б) при наличии искусственного водителя ритма

в) при хронотопной недостаточности сердца
г) при приеме сердечных гликозидов
д) при приеме бетаадреноблокаторов
е) во всех перечисленных

018. Цель ранней активизации больных с инфарктом миокарда

а) тренировка миокарда
б) улучшение трофики миокарда
в) профилактика осложнений
г) повышение тонуса организма
д) развитие компенсаторных механизмов

019. Укажите основную цель физических тренировок в поддерживающем двигательном режиме больному, перенесшему инфаркт миокарда

а) увеличение жизненной емкости легких
б) повышение толерантности к физической нагрузке
в) восстановление работоспособности
г) вторичная профилактика ИБС
д) Развитие экстракардиальных факторов кровообращения

020. Какие приемы массажа целесообразно использовать при преобладании деструктивных процессов в легких

а) поглаживание, растирание
б) поглаживание, выжимание
в) поглаживание, разминание
г) поглаживание, вибрация, поколачивание
д) поглаживание, движения

021. Какие приемы массажа целесообразно использовать при преобладании продуктивных процессов в легких

а) поглаживание, растирание
б) поглаживание, выжимание
в) поглаживание, разминание
г) поглаживание, вибрация, поколачивание
д) поглаживание, движения

022. При статических дыхательных упражнениях наименьшее значение имеет

а) формирование правильной биомеханики, ритма дыхания
б) ускорение процессов восстановления после физических нагрузок
в) улучшение кровообращения в легких
г) тренировка вспомогательной дыхательной мускулатуры

023. Укажите правильное сочетание и соотношение дыхательных упражнений с общеразвивающими на санаторном этапе реабилитации для больного с хроническим бронхитом

а) массаж, сочетание дыхательных упражнений с общеразвивающими 1:3
б) сочетание дыхательных упражнений с общеразвивающими 3:1, массаж
в) массаж, сочетание дыхательных упражнений с общеразвивающими 3:1
г) дренажные положения, массаж, общеразвивающие и дыхательные упражнения

024. Укажите правильную очередность в использовании средств на занятиях лечебной физкультурой с больными имеющими бронхоэктазы

а) физические упражнения, массаж, дыхательные упражнения, дренаж
б) массаж, физические упражнения, дренаж
в) дренаж, массаж, физические упражнения
г) постуральные положения, физические упражнения, массаж
д) физические упражнения, постуральные положения, массаж.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

001– а, б, в, г 005 – а, в, г 009 – а, б, в, г 013 – г 017 – а, б, в, г, д 021 – а, г
002 – а, б, в, г 006 – д 010 – б, в, 014 – г 018 – б, в 022 – г
003 – а, б, в, д 007 – а, б, в, г 011 – г 015 – г 019 – б, г, д 023 – в
004 – а, б, в, д 008 – а, в, г, д 012 – д 016 – г 020 – а, д 024 – в

Блок Урология:

001. Больная 37 лет в течение 2 лет страдает артериальной гипертензией: АД – 180/110 мм рт. ст. При обследовании заподозрен вазоренальный характер гипертензии с поражением артерии правой почки. Для уточнения диагноза предполагается выполнение почечной ангиографии. Ваша лечебная тактика в случае выявления стеноза почечной артерии:
1) срочная операция – пластика почечной артерии
2) баллонная дилатация стеноза почечной артерии
3) срочная операция – нефрэктомия со стороны стеноза
4) ничего не делать
5) консервативная гипотензивная терапия

002. Больная 28 лет в течение последних 2 лет отмечает боли в правой половине поясницы, возникающие в вертикальном положении, преимущественно во второй половине дня, особенно при физической нагрузке, и постепенно проходящие в положении лежа. При физикальном обследовании в правой половине живота определяется гладкое, подвижное, смещаемое в подреберье, умеренно болезненное образование, нижний край которого располагается на уровне верхней передней ости подвздошной кости. Предположительный диагноз:
1) опухоль восходящего отдела толстой кишки
2) водянка желчного пузыря
3) нефроптоз справа
4) киста яичника
5) поясничная дистопия почки

003. У больной 38 лет артериальная гипертензия: АД – 180/110 мм рт. ст. Во время беременности в 22-летнем возрасте перенесла острый пиелонефрит справа, который в последующем неоднократно обострялся, по поводу чего лечилась стационарно. В последние 5 лет обострения прекратились, но оставалась хроническая инфекция мочевых путей. Наблюдается урологом по поводу хронического пиелонефрита справа. Два года назад появилась артериальная гипертензия с постепенно прогрессирующим возрастанием цифр артериального давления, которые к настоящему времени стабилизировались. При обследовании обнаружена нефункционирующая сморщенная правая почка. Функция левой почки удовлетворительная. Какой вид лечения Вы предложите больной?
1) симптоматическое
2) санаторно-курортное
3) нефрэктомия справа
4) баллонная дилатация почечной артерии справа
5) реваскуляризация правой почки

004. У больной с камнем нижней трети правого мочеточника в течение последнего года отмечаются постоянные боли в поясничной области справа. Ранее имели место приступообразные боли в области правой почки. При пальпации в правом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, ровными контурами, слегка баллотирующее. По данным радиоизотопного и рентгенологического методов обследования, функция левой почки удовлетворительная, справа – отсутствует. Каков Ваш диагноз?
1) солитарная киста почки
2) туберкулез почки
3) гидронефроз справа
4) поликистоз почек
5) аденокарцинома почки

005. У больного имеется подозрение на гидронефротическую трансформацию единственной левой почки. При биохимическом исследовании крови уровень мочевины составляет 19,5 ммоль/л, уровень креатина – 0,467 ммоль/л. Какой из перечисленных методов позволит немедленно верифицировать диагноз?
1) радиоизотопная реноргафия
2) обзорная урография
3) ультразвуковое исследование
4) экскреторная урография
5) ретроградная уретеропиелография

006. Какие симптомы из перечисленных ниже наиболее характерны для гидронефроза: а) анурия; б) ноющие боли в поясничной области; в) гематурия; г) опухолевидное образование, пальпируемое в подреберье; д) острая задержка мочи? Выберите правильную комбинацию ответов:
1) а, б, д
2) б, в, г
3) а, г, д
4) в, г, д

5) а, в, д

007. Какие из приведенных ниже заболеваний могут способствовать развитию гидронефротической трансформации: а) эпидиморхит; б) болезнь Ормонда; в) мочекаменная болезнь; г) опухоли матки и придатков; д) поликистоз почек? Выберите правильную комбинацию ответов:
1) б, в, д
2) а, г, д
3) б, в, г
4) б, г, д
5) а, в, д

008. У больной 3 месяца назад во время операции экстирпации матки был поврежден левый мочеточник, дефект которого был немедленно ушит. После операции отмечает появление и прогрессирование тупых, ноющих болей в левой поясничной области. При пальпации в левом подреберье определяется опухолевидное образование с гладкой поверхностью, ровными контурами, слегка баллотирующее. Общие анализы мочи и крови без особенностей. По данным радиоизотопного и рентгенологического методов обследования, функция правой почки удовлетворительная, слева отмечается значительное снижение функции. Какое состояние возникло у больной?
1) аденокарцинома почки
2) поликистоз почек
3) пионефроз
4) гидронефротическая трансформация
5) сморщенная почка

009. В клинику в состоянии шока (АД – 70/40 мм рт. ст., тахикардия до 120 уд./мин, бледность кожных покровов) доставлен больной, который упал со строительных лесов с высоты 2-го этажа. В правой поясничной области выбухание, кожные ссадины, имеется болезненность и напряжение мышц в правой половине живота. На обзорной рентгенограмме справа тень почки и изображение контуров поясничной мышцы отсутствуют, визуализируется перелом XI и XII ребер. Какое исследование Вы изберете для уточнения диагноза?
1) цистоскопия
2) уретерография
3) УЗИ
4) биохимическое исследование крови
5) цистография

010. Какое сочетание признаков характерно для мочекислого нефролитиаза: а) наличие рентгенонегативного камня почки; б) резко щелочная реакция мочи; в) кислая реакция мочи; г) гиперурикурия; д) фосфатурия? Выберите правильную комбинацию признаков:
1) а, б, д
2) а, б, г
3) б, г, д
4) а, в, г
5) в, г, д

011. При обследовании больной 40 лет, доставленной в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи, диагностирован острый пиелонефрит слева, камень левого мочеточника. Какое из нижеперечисленных исследований позволит подтвердить или отвергнуть нарушение пассажа мочи из левой почки?
1) катетеризация мочевого пузыря
2) обзорная рентгенография
3) урофлоуметрия
4) хромоцистоскопия
5) радиоизотопная нефросцинтиграфия

012. У больного 60 лет, поступившего в экстренном порядке с тотальной безболевой макрогематурией, пальпируется объемное образование в подреберной области слева. Пациент также жалуется на субфебрильную гипертермию в течение 2 месяцев. В анализах крови повышение СОЭ до 50 мм/ч. Предварительный диагноз:
1) гепатолиенальный синдром
2) опухоль левой почки
3) аденома простаты
4) гидронефроз слева
5) поликистоз почек

013. Больной 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевой макрогематурией и жалобами на похудание, периодическое повышение температуры до субфебрильных цифр, боли в левой поясничной области. При физикальном обследовании выявлено варикозное расширение вен левого семенного канатика и левой нижней конечности. Предварительный диагноз:
1) туберкулез почек
2) мочекаменная болезнь
3) портальный цирроз печени
4) опухоль почки с инвазией нижней полой вены
5) папиллярная опухоль мочеточника

014. Больная 25 лет экстренно поступила в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39–40С, озноб, обильное потоотделение, слабость, тошноту, рвоту, тупую боль в поясничной области ив подреберье справа. При осмотре: пульс частый, до 100 уд/мин, ритмичный, язык чистый, влажный, живот при пальпации болезненный в правой половине. В анализе мочи: лейкоциты покрывают все поля зрения, бактериурия. В анализе крови: лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ повышена. При хромоцистоскопии индигокармин выделяется из левого устья на 5-й минуте интенсивно, из правого – на 8-й минуте. Ваш диагноз:
1) острый аппендицит
2) острый холецистит
3) острый необструктивный пиелонефрит справа
4) острый обструктивный пиелонефрит справа
5) тазовый перитонит

015. У больной 22 лет на 24-й неделе беременности появились тупые боли в правой поясничной области, однократно был озноб, повысилась температура тела до 39С. Страдает хроническим тонзиллитом. При осмотре: правая поясничная область пальпаторно болезненная, перитонеальной симптоматики нет. Больная старается лежать на левом боку. В анализе мочи: лейкоциты 2–4 в поле зрения. Ваш диагноз:
1) отслоение нормально расположенной плаценты
2) острый холецистит
3) острый панкреатит
4) острый пиелонефрит беременных
5) внематочная беременность

016. У больной 28 лет при вертикальном положении тела около двух лет отмечаются боли в правой половине поясницы, преимущественно во второй половине дня, усиливающиеся при физической нагрузке и постепенно стихающие в положении лежа. В правой половине живота пальпируется гладкое, легко смещаемое в подреберье, умеренно болезненное образование, нижний край которого располагается на уровне верхнепередней ости подвздошной кости. Заподозрен правосторонний нефроптоз. Какой из приведенных методов исследования позволит установить правильный диагноз:
1) изотопная ренография
2) ультразвуковое исследование
3) компьютерная томография
4) экскреторная урография в клино- и ортостазе
5) обзорный рентгеновский снимок почек и мочевых путей

017. В приемное отделение обратился пациент 34 лет с жалобами на боли в поясничной области с обеих сторон, отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 8 часов. Год назад диагностирована мочекаменная болезнь, камни обеих почек 0,5–0,6 см. При катетеризации мочевого пузыря мочи не получено. По данным УЗИ – билатеральное расширение чашечно-лоханочных систем. Каков предположительный диагноз:
1) секреторная анурия
2) экскреторная анурия
3) острая задержка мочеиспускания
4) хронический пиелонефрит
5) хроническая почечная недостаточность

018. Пациент 60 лет поступил в клинику с тотальной безболевой макрогематурией со сгустками на фоне субфебрилитета в течение последних двух месяцев. Какие методы исследования необходимо выполнить в срочном порядке:
1) цистоскопию и экскреторную урографию
2) хромоцистоскопию и исследование мочи по Нечипоренко
3) урофлоуметрию и микроскопию осадка мочи
4) катетеризацию мочевого пузыря и микроскопию осадка мочи
5) ретроградную уроцистографию и исследование концентрации мочевины крови

019. Больной 32 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39,6С. Состояние больного тяжелое, положение с приведенным к животу бедром, резкая болезненность при его разгибании, выбухание в поясничной области и гиперемия справа, болезненность в поясничной области, особенно в правом костовертебральном углу, защитное сокращение поясничных мышц при легкой пальпации, сколиоз поясничного отдела позвоночника. Какое экстренное обследование необходимо произвести для установления диагноза:
1) радиоизотопную ренографию
2) урофлоуметрию
3) УЗИ
4) хромоцистоскопию
5) обзорную и экскреторную урографию

020. Больная 21 года жалуется на боли в левой половине живота при физической нагрузке. Пальпаторно на уровне пупка определяется гладкое, малоподвижное, безболезненное образова-ние. По данным экскреторной урографии, пальпируемое образование – почка, мочеточник которой четко не визуализируется. Правая почка расположена нормально, функция ее удовлетворительная. Какой метод исследования позволит точно установить аномалию почки у больной:
1) цистография
2) радиоизотопная ренография
3) хромоцистоскопия
4) почечная ангиография
5) УЗИ

021. Какое сочетание методов обследования позволит провести дифференциальный диагноз между нефроптозом и дистопией почки:
а) экскреторная урография; б) ретроградная пиелоуретерография; в) радиоизотопная ренография; г) аортография; д) хромоцистоскопия?
Выберите правильную комбинацию от-ветов:
1) а, в, д 3) б, в, г 5) в, д
2) а, б, г 4) б, в, д

022. У больного 42 лет артериальная гипертензия с цифрами 220/120 мм рт. ст. Заболевание возникло внезапно, выявлено год назад при диспансерном осмотре. Родители больного не страдали артериальной гипертензией. Лечение у терапевта гипотензивными средствами оказалось неэффективным. При выслушивании живота в эпигастрии справа определяется систолический шум. Заподозрена вазоренальная артериальная гипертензия. Какой метод исследования позволит выявить характер поражения почечной артерии и уточнить диагноз:
1) радиоизотопная ренография
2) УЗИ почек
3) исследование глазного дна
4) почечная ангиография
5) экскреторная урография

023. Больной 37 лет поступил в клинику с жалобами на повышение температуры тела до 39–40С, озноб. Четыре дня назад появились боли в поясничной и подреберной областях справа, особенно при глубоком вдохе. Боли постепенно усиливались. При осмотре: болезненность при пальпации правой поясничной области, особенно в реберно-позвоночном углу, позвоночник искривлен вправо. Пальпация области правой почки болезненна, резко положительные симптомы Израэля и Пастернацкого справа (болезненность при надавливании в области поясничного треугольника). Больной лежит в положении с приведенным к животу правым бедром. Разгибание бедра резко болезненно. В правой поясничной области выбухание и гиперемия кожи. На обзорном снимке нечеткость контуров поясничной мышцы, искривление позвоночника вправо. Тень почки размыта. На экскреторной урограмме мочеточник отклонен медиально, слабо дифференцируется его прилоханочный отдел. Подвижность правой почки при дыхании резко ограничена. Ваш диагноз:
1) опухоль почки
2) радикулит
3) почечная колика
4) паранефрит
5) остеохондроз

024. Какое сочетание симптомов характерно для почечной колики, обусловленной камнем мочеточника:
а) возникновение болей после макрогематурии; б) иррадиация болей в паховую область; в) эритроцитурия после стихания болей; г) симптом Ортнера; д) тошнота, рвота?

Выберите правильную комбинацию ответов: 1) а, г ;2) б, в;3) в, г; 4) б, д; 5) а, д

025. У больной 48 лет в течение нескольких месяцев отмечаются микрогематурия, тупые боли в поясничной области. На обзорной урограмме теней конкрементов в проекции верхних мочевых путей не выявлено. По данным серии экскреторных урограмм функция почек сохранена, отмечается некоторое расширение чашечно-лоханочной системы слева и эктазия левого мочеточника до средней трети, где отмечается дефект наполнения округлой формы. При ретроградной катетеризации левого мочеточника катетер встретил на 15 см легко преодолимое препятствие, при прохождении которого из дистального отверстия мочеточникового катетера выделялась кровь, затем выделение прекратилось. При дальнейшем продвижении катетера частыми каплями стала выделяться чистая моча. Ваш диагноз:
1) уратный камень мочеточника
2) рак паренхимы почки
3) папиллярная опухоль мочеточника
4) туберкулезное поражение почки и мочеточника
5) волчаночный нефрит

026. При осмотре родившегося ребенка врач обнаружил у него дефект передней брюшной стенки ниже пупка с отсутствием передней стенки мочевого пузыря и пролабированием задней его стенки: видны устья мочеточников, из них ритмично поступает моча, выливаясь на кожу лобка и внутреннюю поверхность бедер. Консультация уролога: экстрофия мочевого пузыря, показано оперативное лечение. В какие сроки показана операция:
1) в течение первого года жизни ребенка
2) в течение 3–5 лет
3) в юношеском возрасте
4) при появлении менструации или первых половых признаков
5) по достижении половой зрелости

027. У больного 58 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в стадии T1N0M0. Что показано больному:
1) назначение курса тестостерона пропионата
2) трансуретральная термотерапия
3) радикальная простатэктомия с лимфаденэктомией
4) трансуретральная инцизия простаты
5) эпицистостомия

028. Из вытрезвителя доставлен больной 36 лет с жалобами на боли в животе и невозможность самостоятельного мочеиспускания. 6 часов назад больной был избит. При обследовании периодически садится. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации, особенно в нижних отделах. Перкуторно в отлогих местах притупление, создается впечатление о наличии жидкости в брюшной полости. Катетер Нелатона № 18 (Ch) свободно проведен в мочевой пузырь – выделилось 100 мл мочи с кро-вью. АД – 120/80 мм рт. ст, пульс – 88 уд./мин, хорошего наполнения, Hb – 140 г/л. Какое исследование Вы изберете для установления диагноза:
1) уретерографию
2) УЗИ почек н мочевого пузыря
3) цистографию в двух проекциях и снимок после опорожнения мочевого пузыря
4) биохимическое исследование крови
5) ренографию

029. Больная 29 лет поступила в клинику с жалобами на учащенное, болезненное мочеиспускание с интервалом 20–30 минут, небольшую примесь крови в моче в конце мочеиспускания, боли в надлобковой области вне акта мочеиспускания. В анализах мочи: моча мутная, лейкоциты покрывают все поля зрения. Выделений из половых путей и уретры не обнаружено. Половой партнер венерическими заболеваниями не страдает. Ваш диагноз:
1) вульвовагинит
2) аднексит
3) простая язва мочевого пузыря
4) острый цистит
5) парацистит

030. Больной 63 лет поступил в стационар с острой задержкой мочи в течение 5 суток. Мочу из мочевого пузыря эвакуировали катетером. В анамнезе в течение 2 лет дневная и ночная поллакиурия. В момент осмотра: температура тела – 38,3С, гнойные выделения из уретры, перкуторно верхняя граница мочевого пузыря на 4 см выше лонного сочленения; ректально: предстательная железа увеличена в размерах в 2,5 раза, тугоэластической консистенции, болезненная. Ваша лечебная тактика:
1) трансуретральная резекция предстательной железы

2) установка постоянного катетера в мочевой пузырь, двусторонняя вазорезекция
3) периодическая катетеризация мочевого пузыря
4) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
5) эпицистостомия

031. У больного 55 лет диагностирована аденокарцинома предстательной железы в стадии T1N0M0. Больному рекомендовано оперативное лечение. Выберите оптимальное оперативное вмешательство:
1) билатеральная вазэктомия, эпицистомия
2) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
3) неотложная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
4) лазерная комиссуротомия и аблация простаты
5) радикальная простатэктомия с лимфаденэктомией

032. Больной 72 лет отмечает интенсивную примесь крови в моче, периодически без болевых ощущений выделяются бесформенные сгустки крови темно-красного цвета. В течение 20 лет работал на химическом заводе, производившем анилиновые красители. Какое заболевание Вы предполагаете:
1) хронический интерстициальный цистит
2) хронический пиелонефрит, осложненный мочекаменной болезнью
3) форникальное кровотечение на фоне венной почечной гипертензии
4) опухоль мочевого пузыря
5) опухоль лоханки и мочеточника

033. У больного 57 лет гистологически верифицированный субтотальный рак мочевого пузыря в стадии T2N0M0. Какой объем оперативного вмешательства необходимо выполнить больному:
1) расширенную трансуретральную электрорезекцию мочевого пузыря
2) паллиативную трансуретральную электрорезекцию мочевого пузыря
3) цистэктомию с лимфоаденэктомией и отведением мочи
4) резекцию мочевого пузыря с уретеросигмоанастомозом
5) цистэктомию с лимфоаденэктомией и уретероцистоанастомозом

034. У больного 60 лет выявлена доброкачественная гиперплазия предстательной железы III стадии. Жалобы на недержание мочи, жажду, слабость. При УЗИ объем предстательной железы 96 см3, при пальцевом ректальном исследовании предстательная железа значительно увеличена в объеме (в три раза). Остаточной мочи 610 мл. Имеется билатеральный уретеро-гидронефроз, анемия. Мочевина крови – 16 ммоль/л, креатинин – 0,200 ммоль/л. Какую лечебную тактику Вы изберете:
1) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
2) срочная трансуретральная электрорезекция предстательной железы
3) лазерная комиссуротомия и аблация простаты
4) эпицистостомия
5) программный гемодиализ с предварительным созданием артерио-венозной фистулы

035. У больного 58 лет диагностирована аденома предстательной железы I стадии. Объем предстательной железы 29 см3, остаточной мочи нет. Ночная поллакиурия до 1–2 раз, днем мочеиспускание с интервалом в 3–4 часа. Укажите оптимальный вид необходимого лечения:
1) медикаментозная консервативная терапия
2) одномоментная чреспузырная аденомэктомия
3) трансуретральная электрорезекция предстательной железы
4) лазерная комиссуротомия и аблация простаты
5) позадилобковая аденомэктомия по Миллину

036. Какое сочетание симптомов характерно для перелома полового члена:
а) подкожная гематома; б) гематурия; в) уретрорагия, г) пролонгированная эрекция; д) боли в половом члене; е) повышение бульбо-кавернозного и кремастерного рефлюксов; ж) деформация полового члена; з) отек крайней плоти?
Выберите правильную комбинацию ответов: 1) б, г, д ; 2) а, е, ж; 3) г, д, з; 4) а, д, ж;5) а, в, е

037. При осмотре наружных половых органов мальчика выявлено, что наружное отверстие уретры расположено в области пеноскротального угла. Какой вид аномалии у ребенка:
1) эписпадия
2) гипоспадия
3) экстрофия мочевого пузыря
4) фимоз
5) парафимоз

038. Больной 20 лет во время игры в футбол получил удар ногой в промежность. Появилась уретрорагия. Отмечает позывы к мочеиспусканию, но самостоятельно помочиться не может. Над лоном определяется выбухание, над которым при перкуссии выявляется тупой звук. Имеется гематома промежности. Из уретры выделяется кровь. Ваш предварительный диагноз:
1) разрыв почки
2) разрыв мочевого пузыря
3) разрыв уретры
4) повреждение простаты
5) парапроктит

039. Больной 34 лет жалуется на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение 12 часов, выраженные болезненные позывы к мочеиспусканию, нестерпимые боли в промежности и над лоном. Ранее нарушения мочеиспускания не отмечал. На протяжении 3 лет страдает мочекаменной болезнью, периодически отходят камни до 0,5 см в диаметре. Перкуторно мочевой пузырь на 8 см выше лона. Каков предположительный диагноз:
1) доброкачественная опухоль предстательной железы
2) острый простатит
3) опухоль мочевого пузыря
4) камни мочеточника
5) камень уретры

040. Больной поступил через 3 месяца после закрытой травмы уретры и перенесенной эпицистостомии для решения вопроса о восстановлении самостоятельного мочеиспускания. При бужировании уретры обнаружено непреодолимое препятствие в перепончатом отделе. При уретерографии в этом же отделе выявлена стриктура протяженностью 1 мм. Выберите оптимальную тактику лечения этого больного:
1) бужирование
2) катетеризация
3) операция по Соловову
4) операция по Хольцову
5) внутренняя оптическая уретротомия

041. Больной 62 лет в течение двух последних лет отмечает постепенное болезненное увеличение в объеме левой половины мошонки. При осмотре: левая половина мошонки увеличена в объеме в 3 раза, кожа не изменена, пальпаторно тугоэластической консистенции, однородная, безболезненная, яичко с придатком и элементами семенного канатика не дифференцируется. Симптом диафаноскопии положительный. Правая половина мошонки со структурными элементами не изменена. Ваш диагноз:
1) мошоночная грыжа слева
2) опухоль левого яичка
3) лимфедема мошонки
4) водянка оболочек левого яичка
5) киста придатка левого яичка

042. Больной обратился с жалобами на болезненное увеличение в объеме крайней плоти, невозможность закрытия головки полового члена, возникшие после полового акта. При осмотре: головка полового члена обнажена, отечная, цианотичная. Крайняя плоть багрово-цианотичной окраски, резко отечная, болезненная. Ваш диагноз:
1) приапизм
2) кавернит
3) перелом полового член
4) лимфедема полового члена
5) парафимоз

043. Больной 18 лет обратился с жалобами на затрудненное мочеиспускание, раздувание препуциального мешка при мочеиспускании. При осмотре головка полового члена не обнажается вследствие резкого сужения наружного отверстия препуциального мешка. Ваш диагноз:
1) острый баланопостит
2) стриктура наружного отверстия уретры
3) фимоз
4) парафимоз
5) камень висячего отдела уретры

044. Больной 24 лет обратился с жалобами на эпизодические тупые боли в левой половине мошонки, возникающие после физической нагрузки. Пальпаторно по ходу левого семенного канатика определяется гроздьевидное, как клубок червей, безбо-лезненное эластическое образование, исчезающее в лежачем положении. Ваш диагноз:

1) фунникулит слева
2) варикоцеле слева
3) туберкулез придатка левого яичка
4) перекрут гидатиды Морганьи
5) киста левого семенного канатика

045. Из числа нижеперечисленных укажите лечебные манипуляции, не применяемые при купировании приапизма:

1) пункция кавернозных тел с аспирацией крови
2) перфузия кавернозных тел раствором гепарина
3) новокаиновая блокада семенного канатика по Лорин-Эпштейну
4) интракавернозное введение раствора адреналина
5) кавернозно-спонгиозное шунтирование

Эталоны ответов на тестовые задания

001 – 1	010 – 4	019 – 3	028 – 3	037 – 2
002 – 3	011 – 4	020 – 4	029 – 4	038 – 3
003 – 3	012 – 2	021 – 2	030 – 5	039 – 5
004 – 3	013 – 4	022 – 4	031 – 5	040 – 5
005 – 3	014 – 3	023 – 4	032 – 4	041 – 4
006 – 2	015 – 4	024 – 2	033 – 3	042 – 5
007 – 3	016 – 4	025 – 3	034 – 4	043 – 3
008 – 4	017 – 2	026 – 1	035 – 1	044 – 2
009 – 3	018 – 1	027 – 3	036 – 4	045 – 3

IV. КЕЙС- ЗАДАНИЯ (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ГОСПИТАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ, ДЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ»

1. Ситуационные кейс-задачи для итогового контроля

Блок Хирургия:

Задача № 1.

Больной С., 46 лет, страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. За 3 дня до госпитализации появились боли в левой голени, усиливающиеся при движении, температура тела повысилась до 37,8º С. Такие жалобы появились впервые.

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы, вне левой голени, бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с частотой 82 удара в минуту. Пульс удовлетворительного напряжения и наполнения. Артериальное давление 130 и 80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, не напряженный, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.

На левой нижней конечности, по ходу большой подкожной вены имеются варикозно расширенные вены по смешанному типу (см. рисунок) . По ходу основной магистрали в области голени определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно, пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа инфильтрирована, гиперемирована, болезненная. Отека на стопе и голени нет. Пульсация артерий на обеих нижних конечностях удовлетворительная на всех уровнях.

Внешний вид голени

Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования помогут в верификации диагноза?
3. Перечислите причины данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
5. Приведите классификацию острого тромбофлебита?
6. Опишите строение венозного русла нижних конечностей?
7. Почему варикозным расширением вен преимущественно болеют женщины?
8. Что способствует оттоку крови от нижних конечностей?
9. Перечислите триаду Вирхова. Какой компонент повлиял на развитие заболевания в данном случае?
10. Какая особенность венозного кровотока позволяет удалять систему поверхностных вен нижних конечностей с отличными послеоперационными результатами?
11. Какой должна быть тактика хирурга в этой ситуации?
12. В чем заключается предоперационная подготовка при данном заболевании?

13. С какой целью необходимо проводить функциональные пробы на проходимость глубоких вен и определение коммуникантных вен?

Почему при непроходимости глубоких вен противопоказано удаление большой подкожной вены?

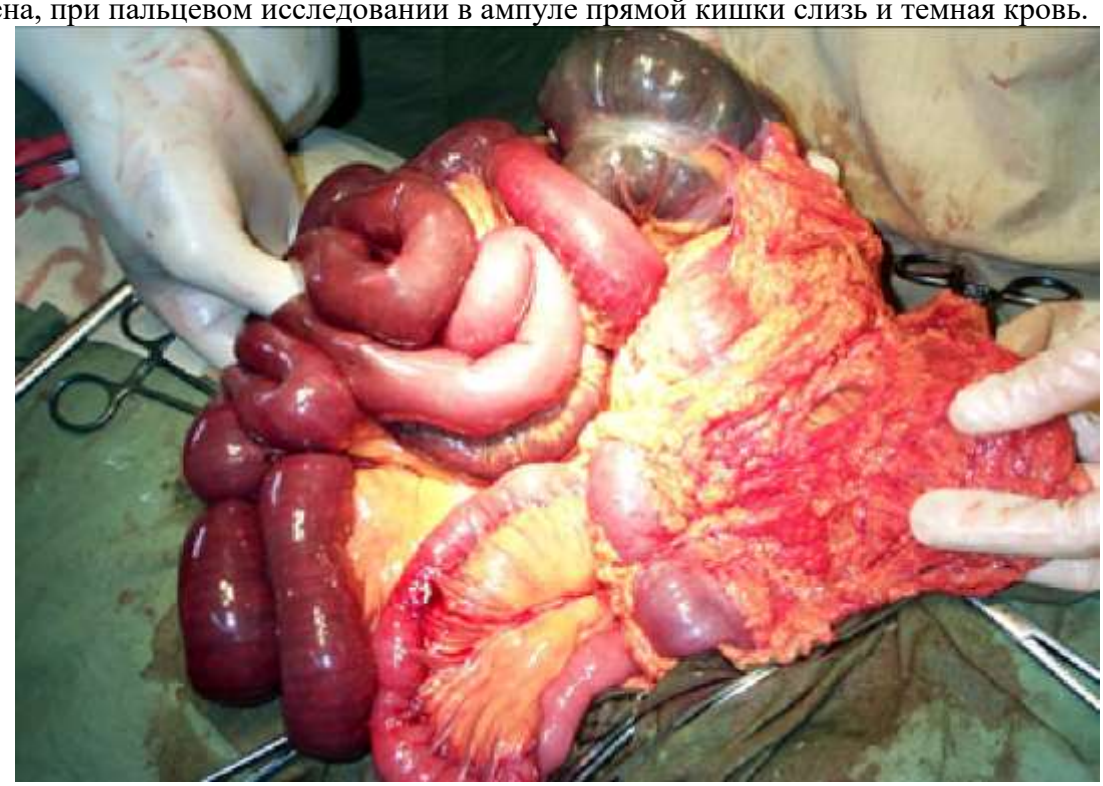
Задача № 2.

Тучная женщина, 66 лет, перенесшая за последние полтора года два инфарк-та миокарда, вечером накануне дня поступления внезапно ощутила резкие схват-кообразные боли в верхних отделах живота и тошноту.

Принятые больной нитроглицерин и но-шпа болей не сняли, была однократ-ная рвота желудочным содержимым и скудный жидкий стул. Затем боли стали менее интенсивными и приняли постоянный характер. Всю ночь больная была беспокойна, не спала. Утром прибывший врач скорой помощи заподозрил ост-рый инфаркт миокарда, доставил больную в кардиологический стационар, где острых нарушений коронарного кровотока по повторным электрокардиограм-мам не обнаружено.

Дежурный хирург расценил состояние как тяжелое. Она заторможена, непо-движна, любое движение и кашель усиливают разлитые боли в животе. У больной выраженная слабость, тошнота, икота, отрыжка с каловым запахом. Кожа земли-сто-серого цвета, губы цианотичны, одышка до 28 дыханий в минуту. Пульс 120 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 100 и 60 мм рт.ст. Температура тела 36,7° С.

Живот увеличен в объеме, болезненный при пальпации во всех отделах, уме-ренно напряжен, симптом Щеткина – Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется тимпанит, в отлогих местах – притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника резко ослаблена, при пальцевом исследовании в ампуле прямой кишки слизь и темная кровь.



Вопросы

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какова связь данного заболевания и инфаркта миокарда?
3. Каков патогенез заболевания?
4. Перечислите стадии течения заболевания.

5. Нужны ли дополнительные методы исследования и какие?
6. Показана ли медикаментозная терапия и в каком объеме?
7. Чем Вы объясняете притупление перкуторного звука в отлогих местах и тимпанит?
8. Как можно объяснить наличие крови в прямой кишке?
9. Какое оперативное вмешательство предполагаете выполнить?
10. Перечислите признаки нежизнеспособности кишки.
11. Какие анатомические образования Вы видите на операции, представленной на рисунке?
12. Показана ли антикоагулянтная терапия после операции? Если да, то через какое время следует ее начать?
13. Какими лабораторными показателями контролируется эффективность антикоагулянтной терапии?

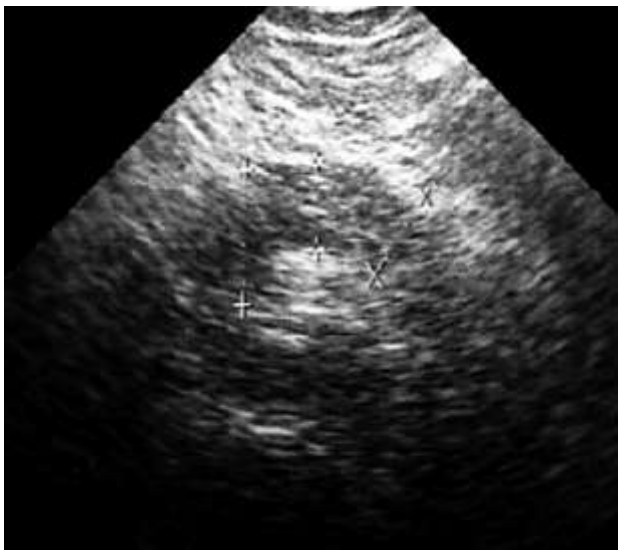
Задача № 3

Пациентка Н., 43 лет, доставлена в больницу с жалобами на нестерпимые боли, преимущественно в эпигастральной области, опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное, положение пассивное из-за болей. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с частотой сердечных сокращений 94 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения, артериальное давление 115 и 75 мм рт. ст. Живот вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий в мезогастрии и гипогастрии, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. На рентгенограмме подкова двенадцатиперстной кишки несколько развернута. На электрокардиограмме отмечены косвенные признаки инфаркта миокарда. Диастаза мочи – 512 ед. Произведено ультразвуковое исследование поджелудочной железы (см. рисунок) .

Вопросы

1. Каков предположительный диагноз?
2. Расскажите хирургическую анатомию пораженного органа?
3. Инкреторная и экскреторная функции данного органа?
4. Каков механизм развития боли в эпигастрии?
5. Какие еще симптомы характерны для данной патологии?
6. Какие дополнительные методы исследования помогут установить правильный диагноз?
7. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
8. Какова тактика хирурга?
9. Какова консервативная терапия?
10. Показано ли хирургическое вмешательство? В чем заключается оперативное лечение данной патологии?
11. Какова причина возникновения изменений на электрокардио-грамме?



Эхограмма поджелудочной железы (косое сканирование) .

Диффузный отек поджелудочной железы.

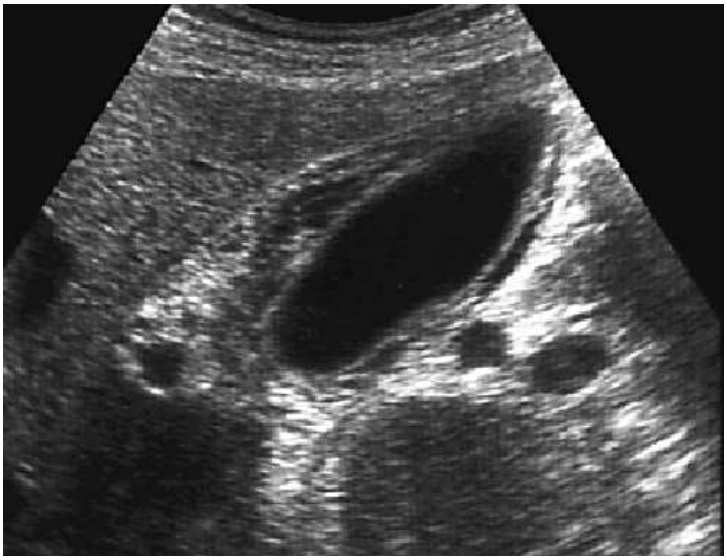
12. Каков прогноз данного заболевания?

Задача № 4

Женщина, 73 лет, в прошлом отмечала периодические приступы болей в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и область сердца. За сутки до поступления в больницу после приема жирной пищи появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирущие в лопатку и надключичную область, тошнота. Повторная рвота не приносила облегчения. После инъекции платифиллина, сделанной врачом скорой помощи боли уменьшились, но рвота не прекратилась. Появились озноб, жажда, сухость во рту, слабость. Ночь больная провела дома, принимала но-шпу, пыталась промыть желудок.

Доставлена в состоянии средней тяжести – беспокойна, температура тела 38° С, язык сухой. Пульс 110 в минуту, аритмичный, артериальное давление 100 и 70 мм рт. ст.

Живот умеренно вздут, резко болезненный в правых отделах. Положительный симптом Щеткина – Блюмберга в правом подреберье. Желчный пузырь не прощупывается из-за выраженного мышечного напряжения. Произведено ультразвуковое исследование (см. рисунок) .



Эхограмма желчного пузыря

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Опишите хирургическую анатомию внепеченочных желчных путей.
3. Расскажите патогенез желчной колики.
4. Опишите макроскопические изменения желчного пузыря при флегмонозном воспалении.
5. В чем состоит ошибки врача скорой помощи?
6. Какие миниинвазивные методы лечения приступа желчной колики Вы знаете?
7. Показаны ли инструментальные методы исследования?
8. Назначьте медикаментозную терапию для данной больной.
9. Показана ли операция? Какой объем хирургического вмешательства предполагаете выполнить?
10. Приведите методы интраоперационного обследования желчевыводящих путей.
11. Требуется ли ревизия холедоха?
12. Какие варианты билиодигестивных анастомозов Вы знаете?

Задача № 5.

При погрузке рабочий придавлен задним бортом машины к стене. Машина сразу же отъехала. Прибытие работников скорой помощи через 30 мин.

При осмотре: состояние пострадавшего средней степени тяжести, цианоз кожных покровов, одышка, левая половина грудной клетки резко отстает в акте дыхания, дыхание частое, поверхностное. Положительный симптом «прерывистого вдоха».

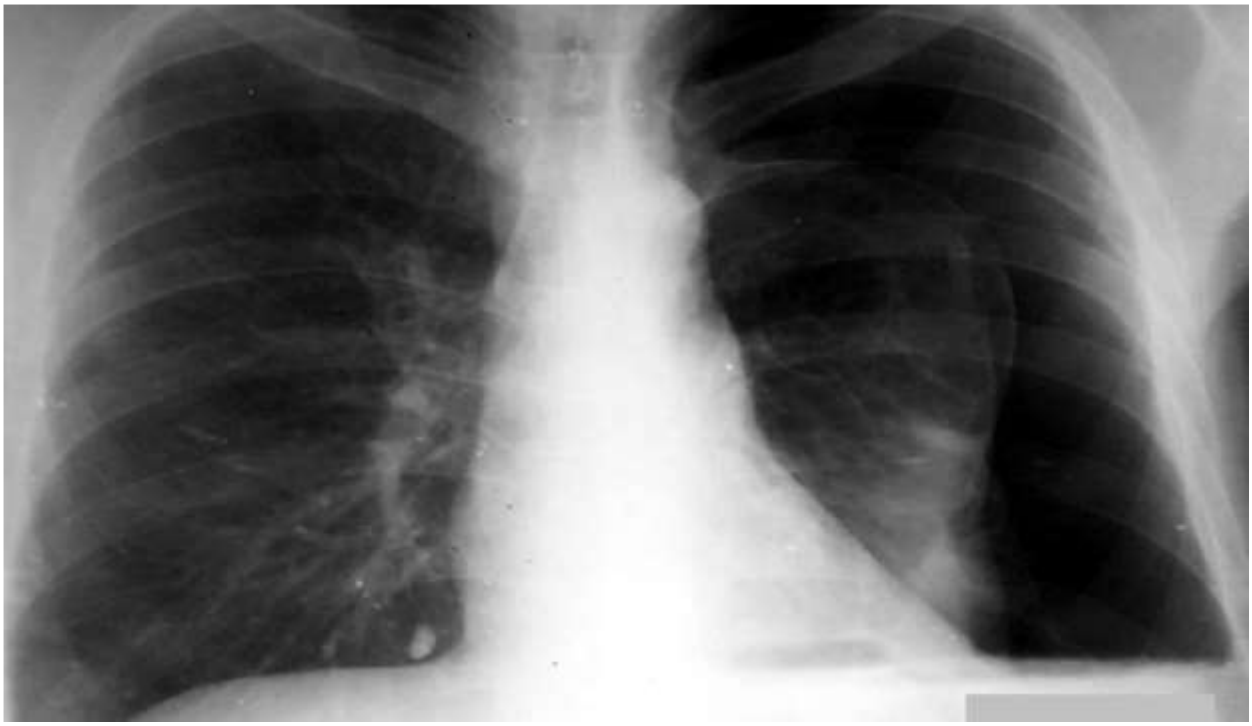
При перкуссии – в левой половине грудной клетки – тимпанит, границы сердца смещены вправо.

При аускультации - дыхание слева резко ослаблено, в нижних отделах не выслушивается.

При пальпации - подкожная эмфизема по левой половине груди, определяется болезненность, крепитация отломков, отек в проекции левых 8-9 ребер по средне-ключичной линии. Положительный симптом осевой нагрузки на левые 8-9 ребра.

Пульс 130 в 1 мин, АД 90/60 мм. рт. ст.

В анализах красной крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,6*10^{12}$, гематокрит – 35%.



Обзорная рентгенограмма грудной клетки, прямая проеция.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Раскройте полный объем первой врачебной помощи на месте происшествия и во время транспортировки больного в порядке очередности.
3. Расскажите о классификации данной патологии.
4. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
5. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
6. Консультации каких смежных специалистов необходимо назначить больному в приемном отделении больницы?
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения (ранние и поздние) возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Пункция плевральной полости, техника.
11. Опишите прилагаемую рентгенограмму.

Задача № 6.

Больной К., 50 лет, поступил с жалобами на схваткообразную боль в животе, тошноту, рвоту, неотхождение стула и газов. За 5 часов до госпитализации поднимал выполнял тяжелую физическую работу на заводе, появилось опухолевидное образование и резкие боли в правой паховой области. Обратился в медицинский пункт. Медицинская сестра здравпункта ввела внутримышечно раствор анальгина 50% 2 мл и раствор папаверина 2% 2 мл. Состояние больного не улучшилось. Бригадой «скорой помощи» доставлен в дежурную больницу.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледно-розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст., пульс 91 удар в мин. Язык влажный обложен белым налетом. Живот умеренно равномерно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. При перкуссии определяется тимпанический звук. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В правой паховой области имеется опухолевидное образование 6×8 см, при пальпации резко болезненное, плотно-эластической консистенции, не вправимое в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Общий анализ крови: гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – $14{,}3\times10^9$/л, СОЭ – 11 мм/ч. Общий анализ мочи без изменений.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости

Вопросы

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Были ли в действиях медсестры ошибки?
4. Опишите рентгенограмму органов брюшной полости.
5. Показана ли больному экстренная операция?
6. Будет ли учитываться возраст больного при проведении лечения?
7. В чем должно заключатся лечение?
8. Тактика хирурга при флегмоне грыжевого мешка.
9. Перечислите признаки нежизнеспособности кишечника на определенном участке.
10. Какой из способов наложения анастомоза при резекции кишки наиболее предпочтителен: а) конец в конец; б) конец в бок, и почему?
11. В чем заключается предоперационная подготовка больного?
12. Послеоперационное ведение больного.

Задача №7.

Больная П. 55 лет поступила в клинику с жалобами на боль в правом подреберье, желтуху, кожный зуд. Больна в течение 8 дней. Заболела остро, после приема жирной пищи, когда появились боли в правом подреберье. На следующий день отметила темную окраску мочи, обесцвеченный кал, желтушность кожных покровов и склер.

Состояние средней степени тяжести. Кожный покров желтушной окраски со следами расчесов, склеры иктеричные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, пульс 88 ударов в минуту, артериальное давление 140 и 80 мм рт.ст.

Живот мягкий болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, лейкоциты – $9{,}3\times10^9$/л, СОЭ – 14 мм/ч. Билирубин 231 мкмоль/л (прямой – 183 мкмоль/л, непрямой – 48 мкмоль/л) , АлАТ – 2,6 ммоль/л, АсАТ – 1,5 ммоль/л.

При ультразвуковом исследовании отмечается умеренное расширение внутрипеченочных желчных протоков, холедох расширен до 1,6 см, в просвете желчного пузыря и холедоха определяются плотные эхоструктуры диаметром от 0,5 до 1,5 см.

Произведена пункционная холангиография (см. рисунок) .

Холангиограмма

Вопросы

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимо сделать дополнительные методы обследования для постановки клинического диагноза?
3. Нарисуйте схему желчевыводящих путей.
4. Перечислите рентгенологические методы диагностики механической желтухи.
5. Объясните понятия: конъюгированный и неконъюгированный билирубин.
6. Какой специальный инструментарий необходим для удаления камней из холедоха?
7. Перечислите варианты дренирования холедоха.
8. Назовите операционные доступы при операциях на желчевыводящих путях и перечислите преимущества каждого.
9. Какова функция желчного пузыря и последствия его удаления?
10. Объясните понятия: холецистэктомия, холецистостомия.
11. Принципы предоперационной подготовки больных с желтухой.
12. Назовите методы (способы) экстракорпоральной коррекции механической желтухи.

Задача № 8.

Больной А., 63 лет, доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» с жалобами на сильные боли, онемение, зябкость в области правой верхней конечности, затруднение движений

в правом лучезапястном суставе и пальцах правой кисти. Из анамнеза установлено, что у больного 4 года назад был инфаркт миокарда. Внезапное заболевание связывает с нервно-эмоциональным возбуждением.

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,2°С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движение 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Артериальное давление 150 и 90 мм рт. ст., пульс 62 удара в минуту. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

При осмотре кожный покров правого предплечья и правой кисти бледный, холодный на ощупь. Пульсация правой плечевой артерии в кубитальной ямке удовлетворительных качеств, аритмичная, на предплечье – отсутствует, на левой верхней конечности – пульсация сохранена на всех уровнях.

Выполнена ангиография (см. рисунок) .

Артериограмма правой плечевой артерии

Вопросы

1. Какое заболевание можно заподозрить у данного больного?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для документального подтверждения и уточнения Вашего диагноза?
3. Ваша тактика, как врача приемного отделения.
4. Топографическая анатомия сосудов верхней конечности.
5. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с обоснованием предварительного диагноза.
6. Какие современные неинвазивные методы исследования в ангиохирургии Вы знаете?
7. Что такое синдром Рейно?
8. Какие методы лечения Вы примените у данного больного.
9. Хирургические доступы к плечевой артерии.
10. Какие виды операций Вы знаете при данной патологии?

11. Принципы фибринолитической и антикоагулянтной терапии.
12. Дайте рекомендации при выписке его из стационара с выздоровлением.

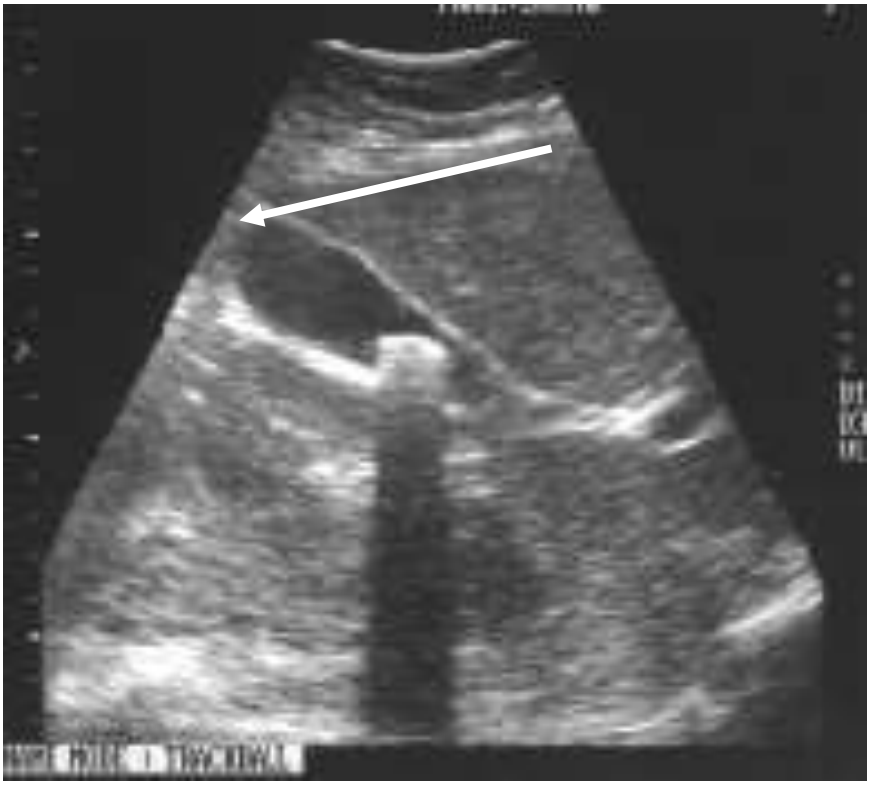
Задача №9.

Больная 67 лет поступила в отделение через 20 часов от начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, рвоту, лихорадку.

В анамнезе желчнокаменная болезнь, ИБС, стенокардия напряжения, II ФК, НК 0–1 ст. Артериальная гипертензия II стадия. Ранее неоднократно были подобные приступы, купированные консервативными средствами, а также неоднократно получала курсы лечения в кардиологических стационарах.

При объективном исследовании: кожные покровы обычной окраски, склеры иктеричные. Пациентка умеренного питания. АД 180 / 100 мм рт. ст. Пульс 88 в мин., ритм правильный. Язык сухой, покрыт налетом. Живот не вздут, защитное напряжение мышц в правых отделах, здесь же резкая болезненность, положительные симптомы Щеткина – Блюмберга, Образцова, френикус-симптом.

Количество лейкоцитов – 12 • 10^9/л, температура тела – 38,3 ºС.



Эхограмма желчного пузыря. В шейке желчного пузыря визуализируется гиперэхогенная структура до 1,5 см в диаметре (показана стрелкой) , дающая широкую акустическую тень.

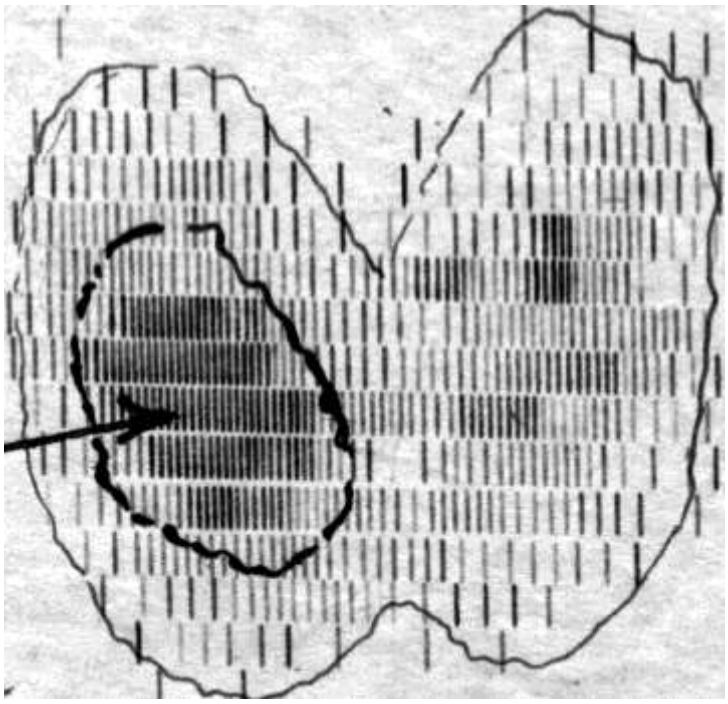
Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Приведите необходимый предоперационный объем диагностических исследований?
3. В чем будет заключаться предоперационная подготовка?
4. Какова хирургическая тактика у данной больной?
5. Расскажите хирургическую анатомию внепеченочных желчных путей.
6. Приведите методы интраоперационного исследования желчевыводящих путей.
7. Дайте определение постхолецистэктомическому синдрому.

8. Перечислите осложнения желчнокаменной болезни.
9. Какие медикаментозный средства Вы назначите после операции?
10. Перечислите заболевания при которых может наблюдатся механическая желтуха?
11. Назовите местные противопоказания к лапароскопической холецистэктомии?
12. Назовите основные клинические признаки холангита и привидите триаду Шарко.

Задача №10.

Женщина 34 лет больна 2 года. При клиническом исследовании выявлены признаки тиреотоксического зоба в легкой форме. Щитовидная железа увеличена до 2-й степени. В правой доле определяется узел до 4 см. Результаты сканирования показали наличие в правой доле «горячего узла» размером 4 х 5 см. Функция остальной ткани повышена. Отмечается снижение уровня ТТГ и увеличение тиреогормонов.



Радиоизотопная сканограмма щитовидной железы

Вопросы

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Приведите классификацию зоба. Что такое аберрантный зоб?
3. Какие специальные методы исследования используются при заболеваниях щитовидной железы?
4. Какие методы морфологической верификации диагноза можно использовать?
5. Опишите клиническую картину тиреотоксикоза.
6. Какую тактику лечения Вы предложите? Обоснуйте ее.
7. Показания к хирургическому лечению больных зобом.
8. Каковы особенности предоперационной подготовки больных с тиреотоксическим зобом?
9. Какие немедикаментозные способы предоперационной подготовки Вы можете назвать?
10. Перечислите возможные специфические осложнения при хирургическом лечении зоба.
11. Какова патофизиологическая причина возникновения судорог при удалении паращитовидных желез? Какие препараты вводятся в такой ситуации?

12. Перечислите и назовите причину возникновения глазных симптомов при токсическом зобе.

Задача №11

Больная К., 21 года, поступила в приемное отделение с жалобами на распирающие боли в правой молочной железе, повышение температуры тела до 39ºС. Больна в течение трех дней. За месяц до обращения родила девочку. Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожный покров, вне левой молочной железы, бледный. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный с частотой сердечных сокращений 96 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения, артериальное давление 130 и 80 мм рт. ст. При осмотре молочных желез выявлено, что правая молочная железа значительно больше левой, отечная, кожный покров в области верхне-внутреннего квадранта резко гиперемированы, а при пальпации там же определяется плотный резко болезненный инфильтрат размером 7×4 см (см. рисунок) . Симптом флюктуации положительный. Общий анализ крови: гемоглобин – 102 г/л, лейкоциты – $12{,}6\times10^9$/л, СОЭ – 32 мм/ч. Общий анализ мочи без изменений.

Внешний вид правой молочной железы

Вопросы

1. Установите предварительный диагноз?
2. Приведите анатомо-физиологические сведения о молочной железе.
3. Этиология и патогенез данной патологии?
4. Приведите классификацию данного заболевания.
5. Какие дополнительные методы исследования помогут Вам в постановке диагноза?
6. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
7. Какая тактика хирурга?
8. Какова лекарственная терапия данного заболевания?
9. Какую местную терапию вы назначите?
10. Какие хирургические доступы используются в зависимости от локализации процесса?
11. Какие методы детоксикации показаны?
12. В чем заключается профилактика данной патологии?

Задача № 12

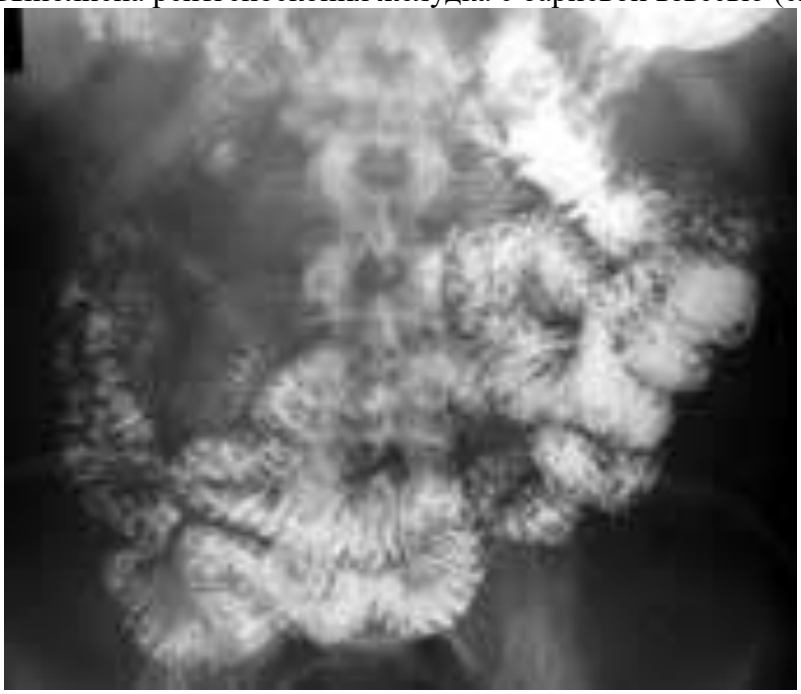
Больная 35 лет, жалуется на умеренные боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды, слабость головокружение, желание принять горизонтальное положение, периодический жидкий стул, преимущественно после молочной и сладкой пищи, похудание. Из анамнеза выяснено, что указанные жалобы возникли через 6 месяцев после хирургического лечения – резекции 2/3желудка по Бильрот II, выполненной по поводу гигантской язвы малой кривизны верхней трети тела желудка (диаметром до 3^{x} см) . После приема пищи из-за приступов слабости и головокружения вынуждена лежать в горизонтальном положении в течение 40 – 50 минут. За 3 месяца заболевания похудела на 15 кг. В связи с данным состоянием участковым терапевтом была признана временно нетрудоспособной.

Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей. Была выписана из стационара на 13 день после операции в удовлетворительном состоянии. До операции приступов слабости и головокружения не отмечала.

Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания. Рост 170 см, масса тела – 55 кг. Кожные покровы бледно-розовые, тургор кожи снижен. Со стороны легких без особенностей. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст., во время приступа слабости оно снижается до 90 и 70 мм рт. ст. Пульс учащается до 110 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Керра, Ортнера, Керте, Щеткина – Блюмберга и Склярова отрицательные. Слабо положительный симптом Менделя. Опухоленвидные образования не определяются. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови в пределах нормы, анализ мочи без изменений. На ЭКГ патологии не выявлено.

Выполнена рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью (см. рисунок) .



Рентгенограмма желудка с пассажем бариевой взвести по тонкой кишке.

Отмечается быстрая эвакуация контраста из желудка и ускоренный пассаж его по тонкой кишке. Через 30 минут небольшое количество контраста в культе желудка, большая часть контраста заполнила всю тонкую кишку до илеоцекального отдела.

Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Перечислите возможные причины данного состояния.
3. Какие функциональные послеоперационные расстройства Вы можете назвать?

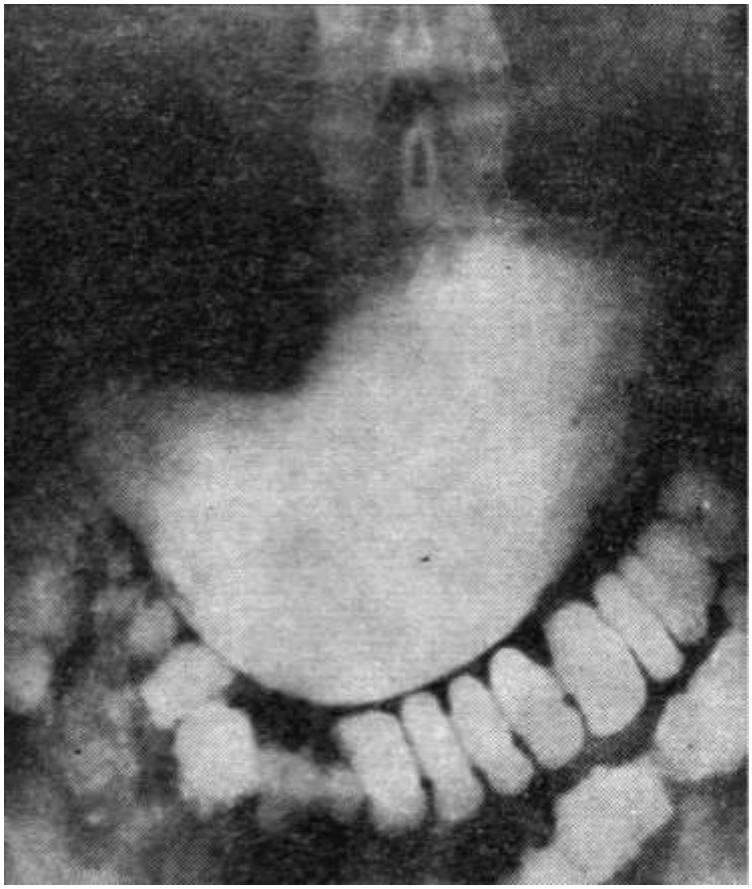
4. Объясните механизм возникновения приступов слабости со снижением артериального давления и учащением пульса после резекции желудка.
5. Составьте план обследования. Какие дополнительные методы исследования Вы проведете? В чем их диагностическое значение?
6. Проведите дифференциальный диагноз с инсулиномой.
7. Каково диагностическое значение может иметь тест с сахарной нагрузкой?
8. Какие лекарственные средства Вы можете назначить по поводу данного заболевания?
9. Существуют ли рекомендации по изменению образа жизни и питания? Если да, то назовите их?
10. Показания к хирургическому лечению?
11. Какое хирургическое пособие Вы можете предложить?
12. В чем смысл операции по «редуоденизации»?
13. Профилактика болезней оперированного желудка. Экспертиза трудоспособности.

Задача № 13

Больной С., 52 лет поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, усиливающиеся ночью, изжогу, отрыжку, многократную рвоту, слабость, похудание.

В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в течение 8 лет, много раз лечился консервативно, эффект отмечался до 6 месяцев. Рецидивы язвы 2 раза в год. Последнее усиление болей в течение 1 недели после тяжелой физической работы. Ранее периодически принимал ранитидин. В первое время при обострениях лечился стационарно в гастроэнтерологическом отделении. При данном обострении также начал принимать ранитидин, однако он оказался малоэффективным, боли практически не купировались, сохраняется рвота, ночные и голодные боли сменились постоянной болью с иррадиацией в левый реберно-позвоночный угол.

Объективно состояние средней тяжести, в сознании. Кожные покровы бледно-розовые, тургор кожи снижен, кожная складка расправляется не сразу. Костно-суставная система без видимой деформации. Со стороны легких и сердца без особенностей. Артериальное давление 120 и 80 мм рт.ст, пульс 84 в минуту. Язык влажный. Живот симметричный, не вздут, мягкий болезненный в эпигастральной области. Здесь же болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптомы Ортнера, Керте, Керра отрицательные. Положительные сипмтомы Склярова, Менделя, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, размеры по Курлову в норме, область ее безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный. Со слов мочеиспускание не нарушено. Проведена рентгеноскопия желудка.



Рентгенограмма желудка

Через 24 часа большая часть контраста находится в желудке, часть контраста заполняет поперечно-ободочную и нисходящую ободочную кишки.

Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Опишите хирургическую анатомию желудка.
3. Приведите классификацию данного заболевания.
4. С чем связано изменение характера и ритма боли, а также появление рвоты?
5. Показаны ли дополнительные методы диагностики и какие?
6. Какую диагностическую ценность имеет рентгенологическое исследование? Опишите прямые и косвенные признаки заболевания.
7. Проведите дифференциальный диагноз с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину.
8. Составьте план лечения. Какие лекарственные средства и лечебные мероприятия Вы назначите?
9. Показано ли хирургическое лечение и в каком объеме?
10. Опишите этапы предложенного оперативного пособия.
11. Перечислите возможные осложнения хирургического лечения.
12. Какие допущенные дефекты в диспансерном наблюдении Вы можете указать?

Задача № 14

Больной В., 16 лет, после переохлаждения заболел ангиной. Лечился амбулаторно. Через 10 дней был выписан с выздоровлением и стал посещать школу. Через 5 суток появились боли в левом бедре, перестал ходить. Ночью не спал из-за болей, лихорадил, температура повысилась

до 39°С, была рвота, появилась менингеальная симптоматика, а на теле появилась мелкоточечная сыпь.

После осмотра педиатром с диагнозом «менингит, полиомиелит?» направлен в инфекционный стационар. Через несколько часов из инфекционной больницы переведен в хирургическое отделение. Состояние тяжелое. Ребенок заторможен. На коже лица, туловища и конечностей отмечается сливающаяся пятнистая сыпь. Пульс 130 в минуту пониженного наполнения, ритмичный. Артериальное давление 80 и 40 мм рт. ст. Частота дыхания 32 в минуту. Язык сухой, обложен серо-белым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Больной лежит с ногой, согнутой в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротированной кнаружи. Местно отмечается отечность и пастозность тканей левого бедра, болезненность, кожа лоснится, в ней просвечиваются поверхностные венозные сплетения. Флюктуация не определяется. При поколачивании по левой пятке выявляется острейшая локальная болезненность в средней трети левого бедра, определяется увеличение окружности бедра на 3 см.

В крови лейкоцитоз до $15{,}4\times10^9$/л, сильный сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ – 45 мм/ч, нарастает анемии, диспротеинемия.

На рентгенограмме левой бедренной кости изменений не обнаружено.

Внешний вид левого бедра

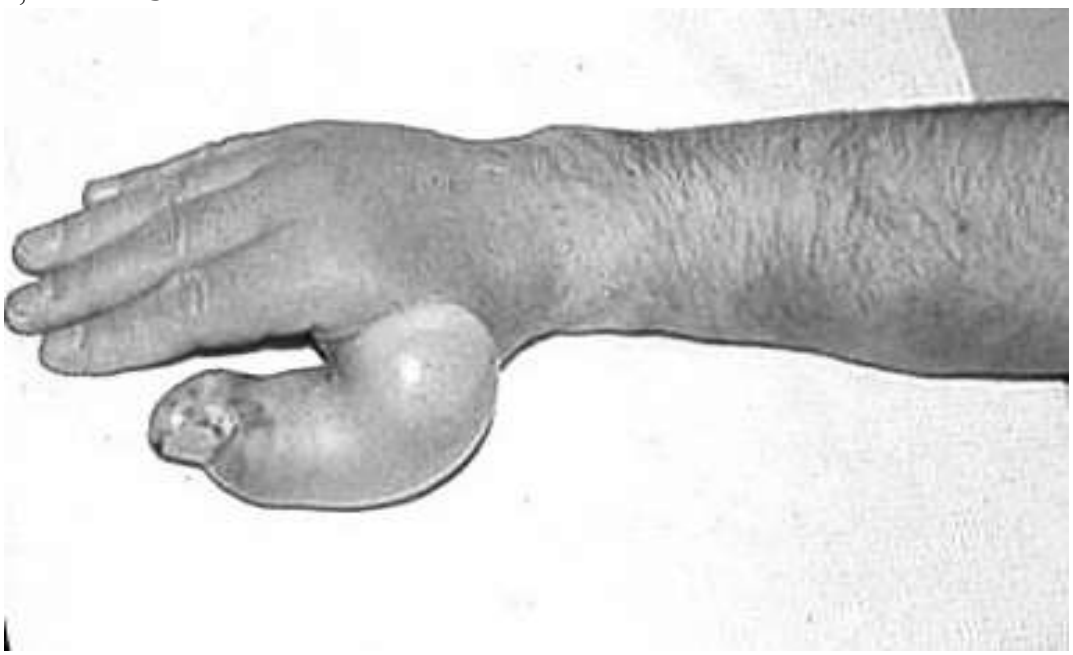
Вопросы

1. Укажите диагноз.
2. Приведите классификацию заболевания.
3. Каков патогенез данного заболевания?
4. Патологическая анатомия остеомиелита.
5. Какова клиническая картина данного заболевания.
6. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
7. Лечение данного заболевания.
8. Показания к операции и способы хирургического лечения данного заболевания.
9. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?
10. Назовите исходы лечения данного заболевания.
11. Каковы критерии постановки диагноза хронический остеомиелит?
12. Какие рентгенологические признаки остеомиелита Вы знаете?
13. Назовите показания к операции и этапы хирургического лечения хронического остеомиелита.

14. Дайте характеристику атипичным формам хронического остеомиелита.
15. Профилактика остеомиелита.

Задача № 15

Больной М., 62 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на отек правого предплечья и кисти, покраснение, сильные жгучие боли, повышение температуры до 39°С, озноб. За 6 месяцев до поступления лечился по поводу оскольчатого перелома правой локтевой кости со смещением отломков наложением аппарата Илизарова. Общее состояние средней степени тяжести. В сознании, адекватный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с частотой сердечных сокращений 88 в минуту. Артериальное давление 140 и 80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Правая верхняя конечность в области предплечья и в большей степени кисти резко гиперемирована, края гиперемии «зазубрены» в виде языков, предплечье и кисть увеличены в объеме за счет отека, при пальпации умеренно болезненные. В области первого пальца правой кисти имеется фликтена (см. рисунок) . В анализах крови лейкоцитоз до $17{,}4\times10^9$/л, сильный сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ – 25 мм/ч.



Внешний вид конечности

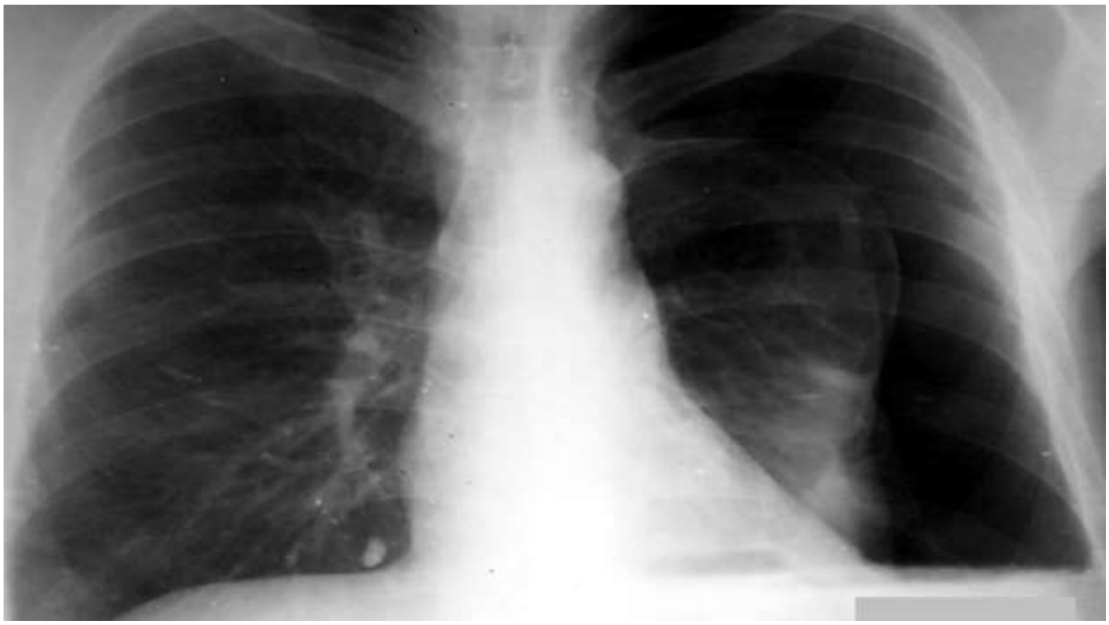
Вопросы

1.Установите предварительный диагноз.
2.Приведите классификацию заболевания.
3.Какие микроорганизмы являются причиной данного заболевания?
4.Каков патогенез данного заболевания?
5.Наиболее частые локализации данной патологии.
6.С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
7.В чем заключается консервативная терапия данного состояния?
8.Перечислите показания к хирургическому лечению.
9.Какие методы квантовой терапии показаны в данном случае?
10. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?
11. Тактика хирурга при эритематозной и буллезной формах заболевания.
12. Профилактика данного заболевания.

Задача № 16

При погрузке рабочий придавлен задним бортом машины к стене. Машина сразу же отъехала. Прибытие работников скорой помощи через 30 мин.

При осмотре: состояние пострадавшего средней степени тяжести, цианоз кожных покровов, одышка, левая половина грудной клетки резко отстает в акте дыхания, дыхание частое, поверхностное. Положительный симптом «прерывистого вдоха». При перкуссии – в левой половине грудной клетки – тимпанит, границы сердца смещены вправо. При аускультации - дыхание слева резко ослаблено, в нижних отделах не выслушивается. При пальпации - подкожная эмфизема по левой половине груди, определяется болезненность, крепитация отломков, отек в проекции левых 8-9 ребер по средне-ключичной линии. Положительный симптом осевой нагрузки на левые 8-9 ребра. Пульс 130 в 1 мин, АД 90/60 мм. рт. ст. В анализах красной крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,6*10^{12}$, гематокрит – 35%.



Обзорная рентгенограмма грудной клетки, прямая проеция.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Раскройте полный объем первой врачебной помощи на месте происшествия и во время транспортировки больного в порядке очередности.
3. Расскажите о классификации данной патологии.
4. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
5. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
6. Консультации каких смежных специалистов необходимо назначить больному в приемном отделении больницы?
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения (ранние и поздние) возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Пункция плевральной полости, техника.
11. Опишите прилагаемую рентгенограмму.

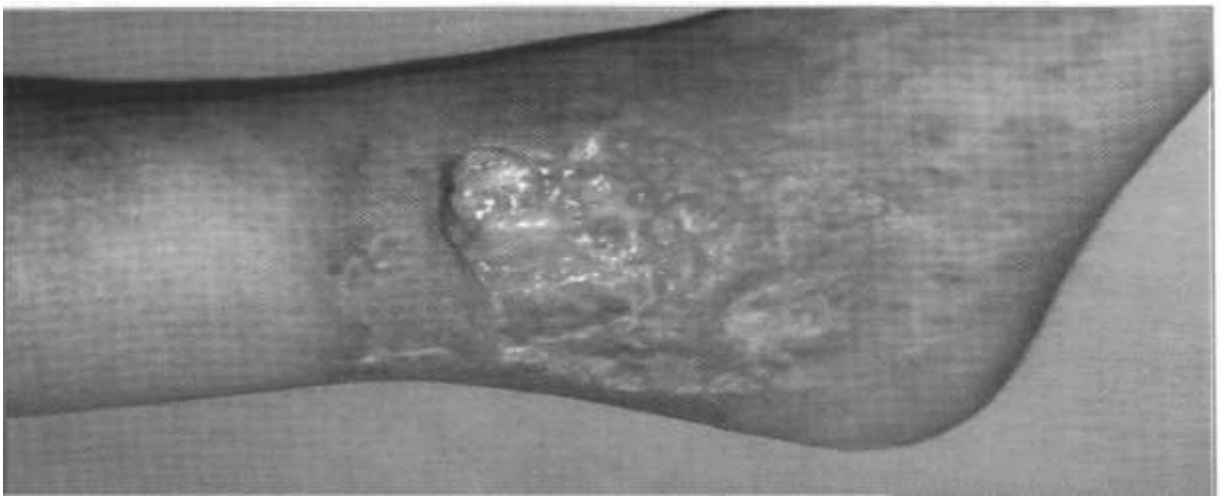
Задача №17

Больная С., 48 лет, поступила в отделение хирургии сосудов по направлению хирурга поликлиники с жалобами на наличие варикозных вен обоих нижних конечностей по системам

малой и большой подкожных вен, отек правой нижней конечности, наличие трофической язвы правой голени.

Тоны сердца ясные, ритм правильный. Артериальное давление 140 и 80 мм рт.ст. Пульс на верхних конечностях 64 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно – ясный лёгочный звук. ЧДД 16 движений в минуту. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Симптомов раздражения брюшины нет.

При осмотре правая голень утолщена, имеется гиперпигментация. Поверхностные вены резко расширены. Выраженный варикоз обеих нижних конечностей по системам малой и большой подкожных вен, больше справа. Имеется трофическая язва правой голени в области латеральной лодыжки размерами 3,0×4,0 см. покрытая налётом фибрина. Пальпаторно определяется сброс крови по коммуникантным венам, инфильтрация подкожно-жировой клетчатки бедра и голени, особенно в области язвы. Кожа в области язвы несмещаема. Лейкоциты $6{,}4\times10^9$/л., гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 25 мм/ч.



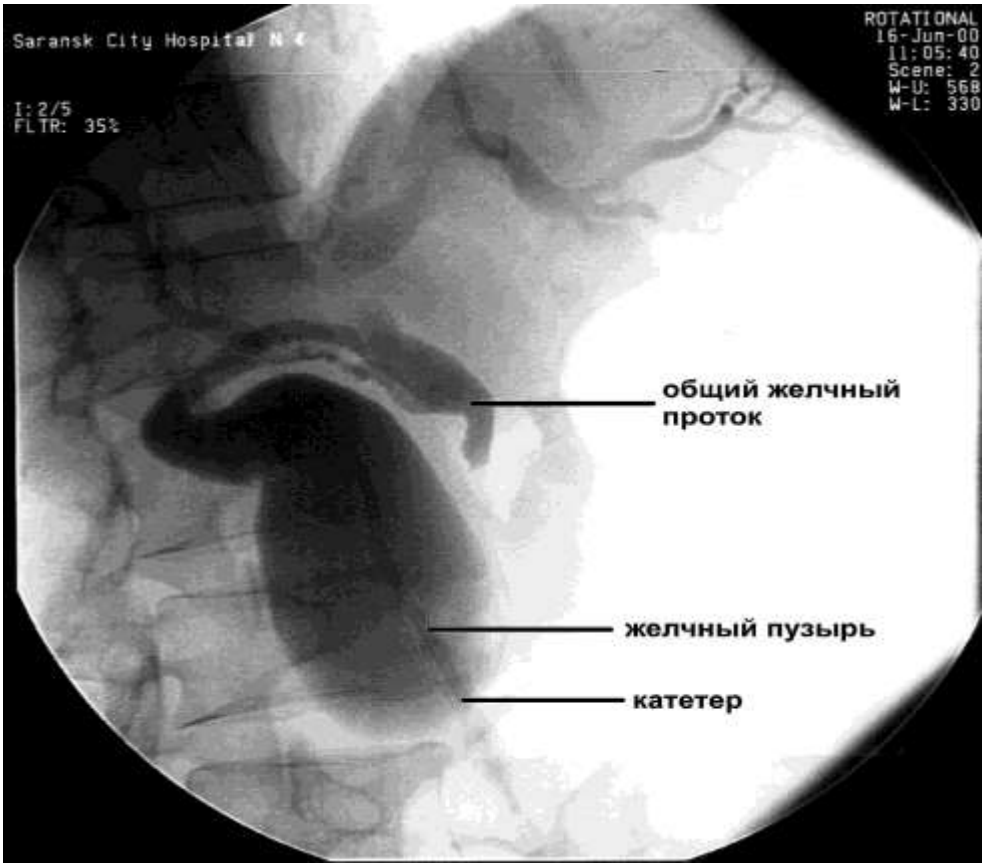
Внешний вид нижней конечности

Вопросы.

1. Каков диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больной?
3. Какие дополнительные клинико-биохимические анализы необходимо провести?
4. Каковы этиопатогенетические предпосылки этого заболевания?
5. Какова тактика хирурга при этом заболевании?
6. Назначьте лечение больной.
7. Какие операции применяют при этом заболевании?
8. Как осуществлять контроль за ходом лечебных мероприятий?
9. Какие осложнения возможны у больной?
10. Какие способы профилактики этого заболевания Вы знаете?
11. Каков прогноз заболевания у данной больной?
12. Какая реабилитационная терапия показана больной?

Задача №18.

Больная 67 лет поступила в клинику с жалобами на желтуху, кожный зуд, боли в эпигастральной области. Больна 2 недели. Моча темного цвета, кал обесцвечен. Живот мягкий, при пальпации в эпигастральной области болезненный. Количество общего билирубина – 212, прямого – 100 мкмоль/л, щелочной фосфатазы – 6, АлАТ – 0,65 ммоль/(ч.л) , количество лейкоцитов – $5 \cdot 10^9$/л. При ультразвуковом сканировании отмечается увеличение желчного пузыря, расширение внутрипеченочных желчных протоков и холедоха. Больной выполнена чрескожная микрохолецистостомия и фистулохолангиография.



Фистулохолангиография

Вопросы.

1. О каком заболевании идёт речь?
2. На основании обмена билирубина объясните клинические, лабораторные изменения?
3. Какие изменения выявлены при фистулохолангиографии?
4. Определите характер желтухи?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние?
6. Назовите дополнительные методы исследования, применяемые при синдроме холестаза?
7. Какие лекарственные препараты Вы назначите для лечения больного?
8. Необходима ли операция, и если необходима, то в каком объеме?
9. Какие осложнения могут встретиться при хирургическом лечении заболеваний желчевыводящих путей?
10. Что включает в себя программа послеоперационного ведения больных с заболеваниями желчевыводящих путей.
11. Какие операции выполняются при желчнокаменной болезни, холедохолитиазе?
12. Назовите показания для диагностической холедохотомии?

Задача № 19

У больной 26 лет отмечаются периодические приступы головокружения, слабости, дрожания во все теле. Указанные симптомы купируются после приема сладкого чая или внутривенного введения 40% раствора глюкозы. По поводу данного состояния была обследована. Объективно: больная повышенного питания, кожные покровы обычной окраски, со стороны сердца и легких патологии не обнаружено. Живот симметричен, не вздут, мягкий, безболезненный. Опухолевидные образования не определяются. В анализах крови и мочи, биохимических анализах отклонений от нормы нет; концентрация сахара крови на фоне приема сладкого колеблется от 4,4 до 6,6 ммоль/л, на фоне возникающей слабости снижение сахара до 2,5 – 3 ммоль/л. При проведении

аортоцелиакографии (см. рис.) обнаружена зона гиперваскуляризации в области головки поджелудочной железы.

Зона гиперваскуляризации в области головки поджелудочной железы

Вопросы

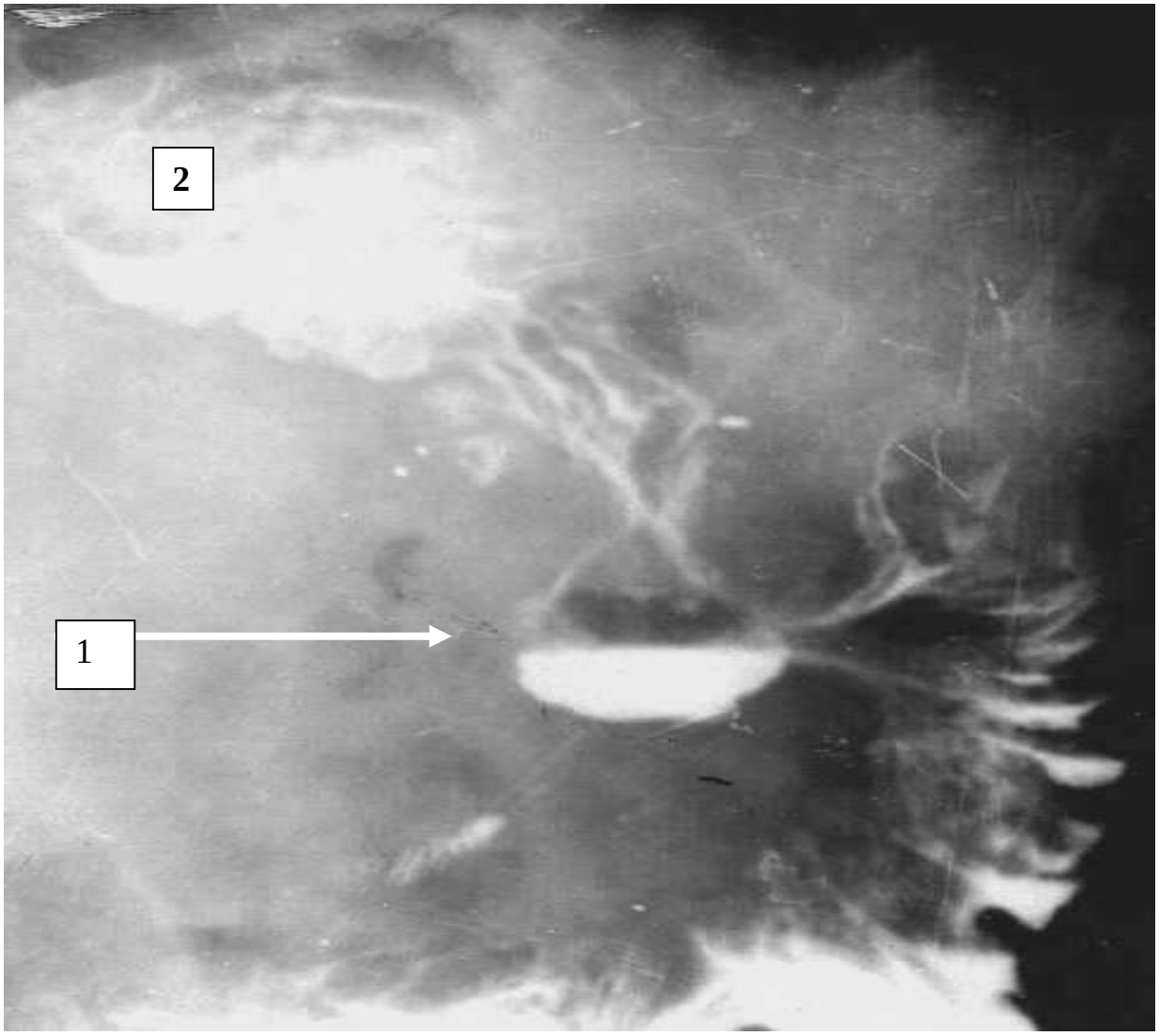
1. Какие заболевания можно заподозрить у данной больной?
2. Какие функциональные пробы можно использовать для верификации диагноза?
3. Перечислите методы инструментального обследования для клинической диагностики?
4. Какие признаки при целиакографии характерны для данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
6. Опишите возможные внеорганные места локализации морфологического субстрата.
7. Чем клинически проявляются гастринома, глюкоганома?
8. Почему поджелудочную железу относят к железам смешанной секреции?
9. Какие гормоны вырабатывает поджелудочная железа?
10. Влияние инсулина на углеводный и жировой обмен.
11. Способы хирургического лечения в зависимости от локализации опухоли.
12. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?

Задача № 20.

У больного 60 лет через 3 года после резекции желудка по поводу каллезной язвы желудка диагностирована пептическая язва гастроэнтероанастомоза с выраженным болевым синдромом с иррадиацией в область левого реберно-позвоночного угла. Признаков стеноза анастомоза и кровотечения из язвы нет.

Сопутствующей патологии у пациента не выявлено.

На рентгенограмме в области гастроэнтероанастомоза имеется глубокая ниша диаметром до 4 см (рис.) . При исследовании желудочной секреции отмечена высокая кислотность. При введении атропина на фоне интрагастральной pH-метрии отмечено резкое снижение секреции. Провокационный кальциевый тест не приводит к повышению желудочной секреции, что указывает на вероятное отсутствие гастриноклеточной гиперплазии.



Резецированный по Ру желудок.

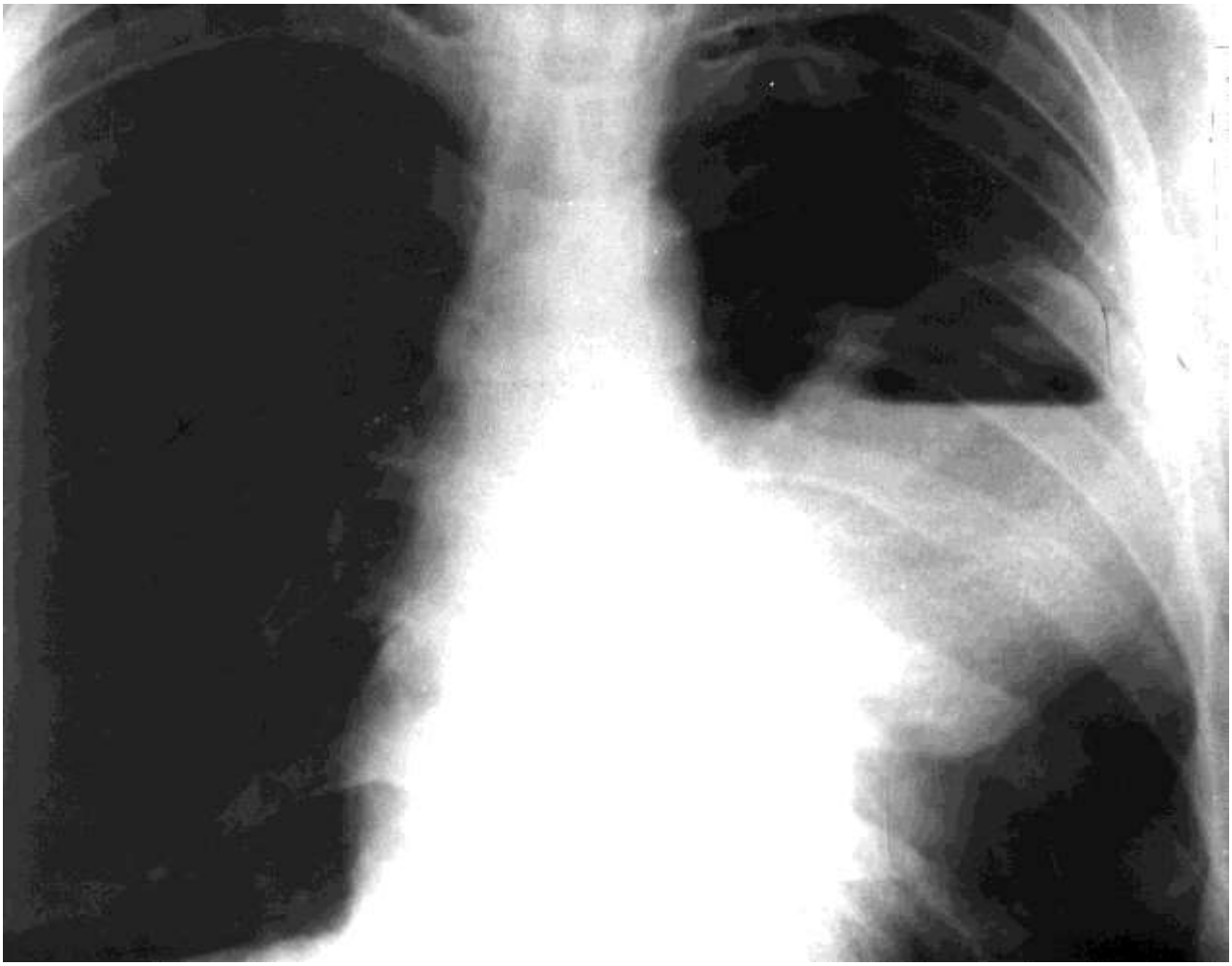
Пептическая язва в области гастроэнтероанастомоза (1) . Культя желудка (2) небольших размеров, нарушения эвакуации из культи желудка нет, проходимость анастомоза хорошая. Нормальная скорость продвижения контрастной взвеси по тонкой кишке

Вопросы.

1. Каков клинический диагноз ?
2. Какова причина образования пептической язвы ?
3. Какие функциональные отделы желудка Вы знаете?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Опишите рентгенограмму желудка?
6. Какой метод инструментальной диагностики следует назначить для уточнения диагноза?
7. С чем связана иррадиация болей в левый реберно-позвоночный угол?
8. На что указывает резкое торможение секреции после введения атропина?
9. Какие методы топической визуализации можно использовать для исключения гастриномы?
10. Какие лекарственные средства назначите?
11. Показано ли хирургическое лечение?
12. Какую операцию можно выполнить у данного больного?
13. Какие патологические синдромы встречаются после резекции желудка?

Задача № 21

У больного в возрасте 50 лет после переохлаждения температура тела повысилась до 39,5 °С, появились боли в груди слева, усиливающиеся при дыхании, отмечено отхождение скудной слизистой мокроты. Высокая температура наблюдалась в течение недели. Затем количество выделяемой мокроты с неприятным запахом увеличилось до 200 мл в сутки, общее состояние больного улучшилось, температура снизилась до нормы. При обследовании в левой подлопаточной области определялись укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. Сделана рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции.



Рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции

Вопросы.

1. Опишите рентгенограмму легких.
2. О каком заболевании следует думать? Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие пути попадания инфекции Вы можете назвать?
4. Опишите хирургическую анатомию легких.
5. Перечислите патогенетические факторы данного заболевания.
6. Какие фазы течения заболевания выделяют?
7. Перечислите исходы заболевания.
8. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном клиническом случае?
9. Какие антибактериальные препараты Вы назначите? Обоснуйте свой выбор.
10. Показано ли хирургическое лечение? Если да, то каков объём вмешательства.

11. Перечислите возможные осложнения в течении заболевания.
12. Когда показаны лобэктомия, пульмонэктомия?
13. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
14. Какие методы эфферентной терапии можно использовать?

Задача № 22

Больной М., 51 года, поступил на плановое лечение в гастроэнтерологический стационар с предварительным диагнозом: «Хронический панкреатит, обострение». Болен в течение 2^{-x} месяцев. В анамнезе: 20 лет назад оперирован по поводу двусторонней косой паховой грыжи. Послеоперационных осложнений не было. В течение 3^{-x} лет страдает бедренной грыжей. Назначены спазмолитики, ферментные препараты, гастрофарм, М-холиноблокаторы. Через 12 дней от начала лечения появились резкие боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота, многократная рвота.

При осмотре хирургом: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Конституция нормостеническая. Кожные покровы обычной окраски. Костно-суставная система без патологии. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, частота сердечных сокращений 88 ударов в минуту. Артериальное давление 110 и 70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, асимметричный, мягкий, болезненный в эпигастрии и в околопупочной области. В обеих паховых областях рубцы от грыжесечений. Ниже рубца в проекции бедренного кольца опухолевидное образование до 5 см в диаметре, не вправимое в брюшную полость, резко болезненное, отрицательный симптом кашлевого толчка. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Аускультативно перистальтика кишечника усилена, звонкая. Положительный симптом Склярова. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

При ректальном исследовании – ампула свободная, стенки ее безболезненные. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости выявлены множественные чаши Клойбера и Керкринговы складки в тонкой кишке (см. рисунок) . Анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, гематокритная величина – 40 %, количество эритроцитов – $3{,}8 \cdot 10^{12}$/л, лейкоцитов – $13{,}4 \cdot 10^{9}$/л, б – 1%, п – 39%, с – 56%, л –4%. Биохимические анализы в пределах нормы.

Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости

Вопросы.

1. Сформулируйте клинический диагноз.

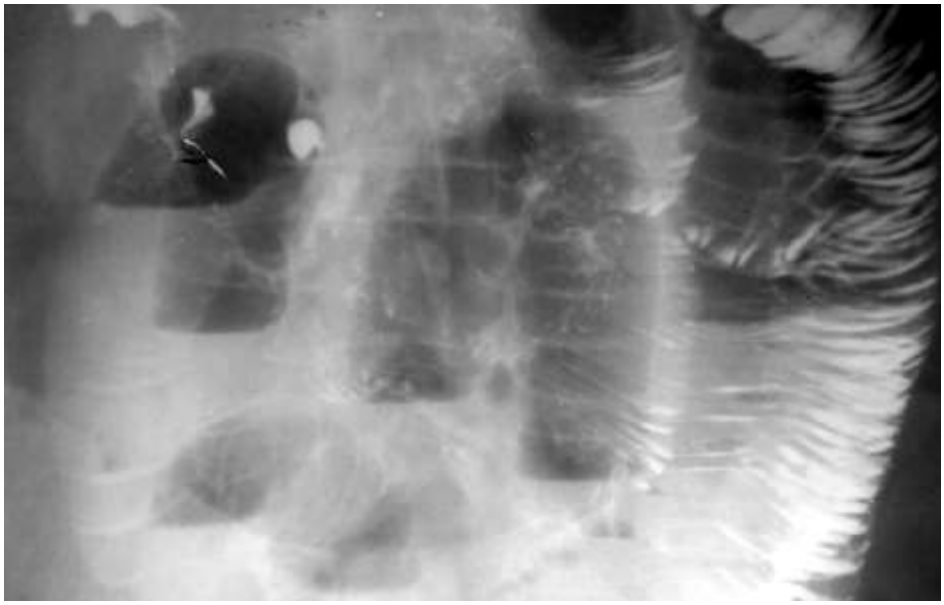
2. Дайте классификацию заболевания.
3. Приведите предрасполагающие и производящие факторы заболеваний.
4. Опишите хирургическую анатомию бедренного канала.
5. Какие осложнения наружных грыж Вы знаете?
6. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?
7. Охарактеризуйте патофизиологические изменения при данном заболевании.
8. Показано ли хирургическое вмешательство в случае спонтанного вправления грыжи? Если да, то почему?
9. Приведите признаки жизнеспособности кишки.
10. Существуют ли особенности выполнения операции у данного больного?
11. Какую послеоперационную терапию Вы назначите?
12. Какие осложнения могут встретиться после операции?

Задача № 23

Больная А., 49 лет, инженер-химик, поступила в хирургическую клинику через 23 часа с момента заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту. В анамнезе хронический гастрит, хроническая железодефицитная анемия, гипертоническая болезнь. Проходила неоднократное лечение по поводу анемии. Отмечала наличие извращенного вкуса, проявляющееся желанием есть мел. Один год назад проходила обследование. Патологии со стороны желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишок по данным эндоскопического и рентгенологического методов исследования выявлено не было. Операций на органах брюшной полости не проводилось.

При поступлении состояние средней тяжести, в сознании. Кожные покровы обычной окраски. Костно-суставная и мышечная система без патологии. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны приглушены, ритм правильный, пульс 82 удара в минуту. Артериальное давление 190 и 100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричный, умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и в околопупочной области. Положительный симптом Склярова. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена, край ее мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: Hb 96 г/л, лейкоцитов крови $18{,}2 \cdot 10^9$/л, п – 4%, с – 85%, л – 7%, м – 4%, СОЭ – 23 мм/час; общий анализ мочи: белок 132 мг/л, лейкоцитов 1–2 в п/зрения, эпителия – 3–5 в п/зрения, бактерии. При ультразвуковом исследовании патологии со стороны печени, желчных путей, поджелудочеой железы, селезенки, почек не обнаружено. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости выявляются множественные чаши Клойбера и Керкринговы складки в тонкой кишке.



Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости

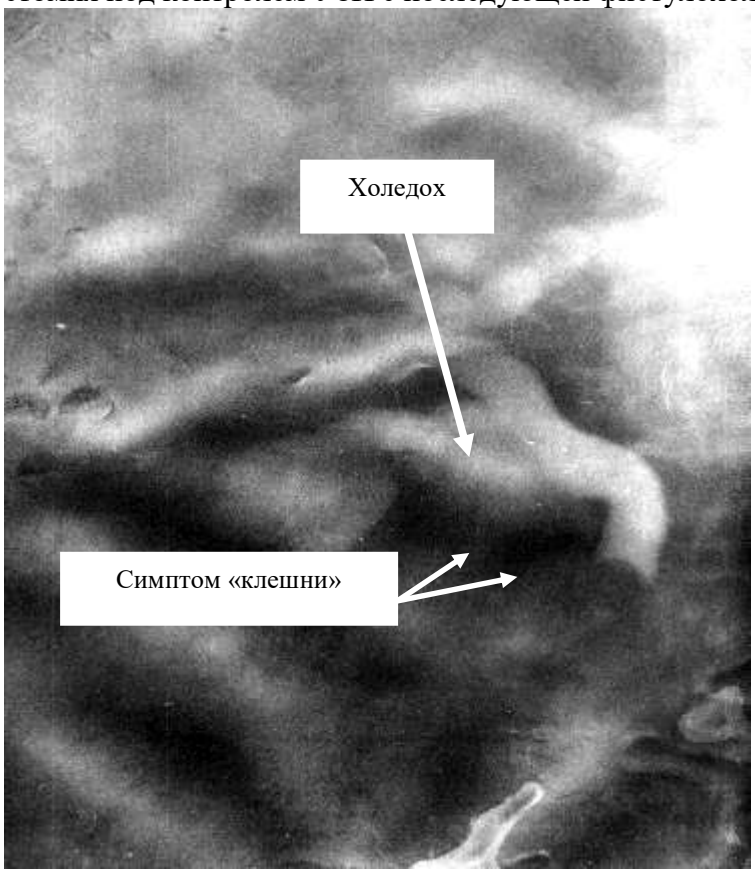
В правой подвздошной области нечетко определяется интенсивное гомогенное образование до 5 см в диаметре. Назначена консервативная терапия, на фоне которой улучшение не наступило. Отмечено появление защитного напряжения мышц передней брюшной стенки в эпи– и мезогастрии, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. «Шум плеска» стал более выраженным.

Вопросы.

1. Какова вероятная причина заболевания?
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. Дайте классификацию заболевания.
4. Приведите предрасполагающие и производящие факторы заболеваний.
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?
6. Охарактеризуйте патофизиологические изменения при данном заболевании.
7. Какую консервативную терапию Вы назначите до операции?
8. Какие дополнительные методы диагностики Вы назначите для уточнения диагноза?
9. Приведите признаки жизнеспособности кишки.
10. Существуют ли особенности выполнения операции у данного больного?
11. Какую послеоперационную терапию Вы назначите?
12. Какие осложнения могут встретиться после операции?

Задача № 24.

У больной 75 лет с желчнокаменной болезнью после очередного приступа появилась желтушность склер и кожи. При обследовании выявлен увеличенный болезненный желчный пузырь, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Сопутствующие заболевания: ИБС, гипертония, мерцательная аритмия. При УЗИ выявлен калькулез желчного пузыря и холедоха. Диаметр печеночно-желчного протока 15 мм. Больной выполнено чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ с последующей фистулохолангиографией (рис. 1) .



Фистулохолангиограмма

Вопросы.

1. Каков вероятный диагноз у этого больного?
2. Причина расширения холедоха и каков диаметр его в норме?
3. Опишите хирургическую анатомию внепеченочных желчных путей?
4. Какие эндоскопические лечебно-диагностические вмешательства можно использовать?
5. Перечислите вероятные изменения в лабораторных показателях и в чем заключается их диагностическое значение?
6. Определите объем операции с учетом сопутствующей патологии?
7. Какие методы интраоперационного исследования используются в хирургии желчных путей?
8. Каков объём предполагаемого хирургического вмешательства?
9. Назначьте предоперационное лечение с учетом ИБС с нарушением ритма?
10. Опишите макроскопическую картину печени при механической желтухе?
11. Назовите способы наружного дренирования холедоха?
12. Каковы причины образования камней в желчных протоках после холецистэктомии?

Задача № 25

Больной К., 64 лет, поступил в стационар через 16 часов после возникновения схваткообразных болей внизу живота с жалобами на задержку стула и газов, тошноту, однократную рвоту. Страдает запорами в течение 8 лет.

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с частотой 90 ударов в минуту. Пульс напряженный, хорошего наполнения. Артериальное давление 160 и 90 мм рт. ст.

Живот вздут, ассиметричен за счет выбухания его верхних отделов справа. При пальпации мягкий, не напряженный, болезненный по ходу толстой кишки. Левая подвздошняя область «пустая». Симптомы Склярова и «Обуховской больницы» положительны. Определяется «шум плеска».

Произведена обзорная рентгенография органов брюшной полости (см. рисунок) .

Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости

Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования помогут в постановке диагноза?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
4. Какой должна быть тактика хирурга в данной ситуации?
5. Приведите классификацию острой кишечной непроходимости?
6. О каком виде кишечной непроходимости можно думать у данного больного?
7. Перечислите признаки жизнеспособности кишки.

8. В чем особенности строения и кровоснабжения толстой кишки?
9. В каких отделах кишечника чаще случаются завороты?
10. Перечислите причины заворота кишечника?
11. Какие особенности послеоперационного ведения больного, если была выполнена операция Гартмана?
12. Какой прогноз?

2. Ситуационные задачи для текущего ежедневного контроля

Кейс задачи к разделу 1. Частная хирургия IX семестр.

Тема 1.1. Принципы подготовки больных к операции. Ведение послеоперационного периода, послеоперационные осложнения.

1. Больной 56 лет поступил в приемный покой с клоническими судорогами. В анамнезе – гиперацидный гастрит. Какой должна быть последовательность действий при оказании помощи?
2. Больная 48 лет с механической желтухой переведена из инфекционного отделения в хирургическое. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Ваш окончательный диагноз? В чем будет заключаться предоперационная подготовка?
3. Больному в возрасте 62 лет показано оперативное лечение по поводу язвенной болезни желудка. Какие обследования ему необходимо провести?
4. В чем заключается предоперационная подготовка больных с токсическим зобом?
5. Операция по поводу острого аппендицита начата под местным обезболиванием, но червеобразный отросток оказался в забрюшинном пространстве. Из-за болей больной стал вести себя беспокойно. Каковы действия хирурга?
6. Больному по поводу хронического аппендицита показано оперативное лечение в плановом порядке, но у него развилось гнойничковое заболевание кожных покровов. Какова тактика хирурга?
7. На второй и третий день после резекции желудка по Бильрот-I больного беспокоит рвота с обильным желудочным содержимым. В чем ее причина и каковы ваши действия?
8. На второй день после аппендэктомии пациента беспокоят боли в правом подреберье. Появилась бледность кожных покровов. Показатели крови: Hb – 96 г/л, количество эритроцитов – $3 \cdot 10^{12}$ / л. Отмечена общая слабость. Какое осложнение развилось? В чем будет заключаться Ваша тактика?
9. У больного после лапаротомии в течение трех дней отсутствует стул, не отходят газы, живот вздут. Каковы развившееся осложнение и тактика хирурга?
10. У больного на 3-й день после операции повысилась температура тела до 38 °С, в легких выслушиваются влажные хрипы. Каковы развившееся осложнение и тактика хирурга?

Тема 1.2. Ошибки, опасности и осложнения в лечении острого аппендицита. Диффе-ренциальная диагностика острых урологических, гинекологических и хирургических заболеваний брюшной полости..

1. Больной 42 лет поступил с жалобами на постоянные боли в области пупка и однократную рвоту. Боли появились 3 часа назад в эпигастральной области, которые постепенно переместились в правую подвздошную область. Пульс – 88 уд. / мин, язык с белым налетом, мочеиспуска-

ние не нарушено. Симптомы Щеткина–Блюмберга и Раздольского положительные в правой подвздошной области. Количество лейкоцитов – 8 • 10^9/л. В анамнезе – язвенная болезнь желудка. Каковы Ваши диагноз и тактика?

2. Больная 32 лет поступила в стационар с жалобами на постоянные боли в правой половине живота, тошноту и однократную рвоту. Пульс – 82 уд. / мин, температура тела – 37,2 ° С. Стул нормальный, мочеиспускание не нарушено. Положительные симптомы Воскресенского и Щеткина–Блюмберга в правой подвздошной области. Число лейкоцитов в крови – 6,4 • 10^9 /л, в моче – 2–3 в поле зрения. Каковы диагноз и тактика хирурга?

3. Больная 28 лет, поступившая в стационар, жалуется на боли в нижней половине живота, необычное течение менструации. В момент госпитализации боли усилились, особенно в правой подвздошной области. Симптомы Щеткина – Блюмберга и Воскресенского слабоположительные. Язык влажный, слегка покрыт белым налетом. Пульс – 86 уд. / мин, количество лейкоцитов – 9 • 10^9/ л. Консультация гинеколога: признаки эндометрита. Каковы диагноз и тактика хирурга?

4. Больной 52 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 10 лет. За 6 часов до госпитализации появились боли в эпигастральной области, которые затем переместились в правую подвздошную область. Искусственно вызванная рвота облегчения не дала. Пульс – 82 уд. / мин. Язык отечен, слегка обложен коричневатым налетом. Симптомы Щеткина–Блюмберга и Воскресенского слабоположительные. Отмечаются умеренный дефанс мышц правой половины живота и болезненность в правом подреберье. Каковы диагноз и тактика хирурга?

5. На 6-й день после аппендэктомии температура больного повысилась до 39 °С и приобрела гектический характер. Появились боли в правом подреберье, увеличилась печень. Количество лейкоцитов – 13 • 10^9/л, СОЭ – 26 мм/ч. Каковы диагноз и тактика хирурга?

6. После удаления деструктивного аппендикса на 5-й день температура тела повысилась до 39 °С, появились боли в низу живота, отмечены жидкий частый стул, учащенное мочеиспускание. Количество лейкоцитов – 12 • 10^9/л, анализ мочи без патологических изменений. При исследовании прямой кишки выявлено нависание ее передней стенки. Назовите осложнение, определите тактику хирурга.

7. На второй день после аппендэктомии пациента беспокоят боли в правом подреберье. Появилась бледность кожных покровов. Показатели крови: Hb – 96 г/л, количество эритроцитов – 3 • 10^{12}/ л. Отмечена общая слабость. Какое осложнение развилось? В чем будет заключаться Ваша тактика?

8. 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, 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 во всей нижней половине живота, симптом Ровзинга - положителен, симптом Ситковского - отрицателен, но при малейшей движении больной боли в животе усиливаются. Лейкоцитов в крови 12,3*10^9/л. Какое заболевание вы предположили? Какие дополнительные исследования нужно проделать? Как лечить больную?

9. У больной 50 лет, поступавшей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации, ни при вгалищном и ректальном исследования четких данных об инфильтрате не получено. Больную решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен аппендикулярный инфильтрат. Каковы ваши действия на операционном столе? Каково дальнейшее лечение больной?

10. У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 уд/мин. Температура тела нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхание, мягкий. Но в правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Лейкоцитов в крови 10*109/л. О каком заболевании можно думать? Что следует уточнить из анамнеза? Какие дополнительные исследования помогут подтвердить предполагаемый диагноз?

11. 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 определяется плотное неподвижное образование размером 10х12см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены. Какой диагноз вы поставите? Как будете лечись больного?

12. Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались, внезапно 2 часа назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась 12 дней назад, была в срок. При осмотре отмечена бледность кожного покрова. Температура нормальная, пульс 100 в мин. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитоз в крови $10*10^9$/л, эритроцитов - $3,1*10^9$/л, гемоглобин 100 г/л. Ваш диагноз и тактика лечения?

13. Больной 36 лет поступил через 4 часа от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 часа. В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненное, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 37,3 С, пульс 100 уд/мин. Лейкоцитов в крови $15*10^9$/л. Положительным оказался и симптом Ровзинга. Был поставлен диагноз острого аппендицита и больной взят на операцию. Однако после вскрытия брюшной полости выделилось значительное количество мутной жидкости с кусочками непереваренной пищи. Каков правильный диагноз? Почему ошибся хирург? Что следует предпринять?

14. У больного 18 лет появилась острые боли в правой подвздошной области, температура повысилась до 38 С, была рвота. Боли периодически усиливалась. При осмотре: пульс 96 уд/мин, язык суховат, живот при пальпации болезненный в правой подвздошной области, там же определяется защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Ровзинга положительный, симптом Ситковского отрицательный. Лейкоцитов в крови $12,0*10^9$/л. С диагнозом острого аппендицита больной взят на операцию. При вскрытии брюшной полости обнаружены значительные изменения в терминальном отделе подвздошной кишки. Она багрового цвета, покрыта фибринозными наложениями. Стенка кишки утолщена, отечна. На брыжейке – участки субсерозных кровоизлияний, определяются увеличенные лимфатические узлы. Червеобразный отросток утолщен и гиперемирован. Какое заболевание у больного? Что следует произвести во время операции? Какое лечение рекомендуется после операции?

15. У больной с 35-недельной нормально протекающей беременностью появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота, температура тела 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 $16,0*10^9$/л. В моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения. Ваш диагноз, тактика лечения?

16. Во время операции, которая производится больному 30 лет по поводу острого аппендицита, развившегося у него на фоне вполне удовлетворительного общего состояния, из брюшной полости выделилось большое количество прозрачной серозной жидкости. Червеобразный отросток, выведенный в рану, оказался неизменным, дивертикул Меккеля при ревизии тонкой кишки не обнаружен, однако на брюшине, покрывающей толстый и тонкий кишечник и брыжейку, обнаружено высыпание небольших белесоватых бугорков. Какое заболевание у больного? Как следует поступить?

17. Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся неделю назад. Сначала возникла сильная боль в эпигастрии, была однократная рвота, температура тела поднималась до 37,6 С. Затем боли локализовались в правой подвздошной области, значительно стихли, но не исчезли совсем. Стул был нормальный. При осмотре: язык влажный, температура нормальная, отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет. Положительны симптомы Ситковского и Ровзинга. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется. Лейкоцитов в крови $8{,}0*10^9$/л. Анализ мочи без особенностей. Ваш диагноз и тактика лечения?

18. После удаления деструктивного аппендикса на 5-й день температура тела повысилась до 39 °С, появились боли в низу живота, отмечены жидкий частый стул, учащенное мочеиспускание. Количество лейкоцитов – $12 \cdot 10^9$/л, анализ мочи без патологических изменений. При исследовании прямой кишки выявлено нависание ее передней стенки. Назовите осложнение, определите тактику хирурга.

19. Больной 52 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 10 лет. За 6 часов до госпитализации появились боли в эпигастральной области, которые затем переместились в правую подвздошную область. Искусственно вызванная рвота облегчения не дала. Пульс – 82 уд. / мин. Язык отечен, слегка обложен коричневатым налетом. Симптомы Щеткина–Блюмберга и Воскресенского слабоположительные. Отмечаются умеренный дефанс мышц правой половины живота и болезненность в правом подреберье. Каковы диагноз и тактика хирурга?

20. Больной 42 лет поступил с жалобами на постоянные боли в области пупка и однократную рвоту. Боли появились 3 часа назад в эпигастральной области, которые постепенно переместились в правую подвздошную область. Пульс – 88 уд. / мин, язык с белым налетом, мочеиспускание не нарушено. Симптомы Щеткина–Блюмберга и Раздольского положительные в правой подвздошной области. Количество лейкоцитов – $8 \cdot 10^9$/л. В анамнезе – язвенная болезнь желудка. Каковы Ваши диагноз и тактика?

21. У больной 32 лет во время операции, предпринятой по поводу острого аппендицита, никаких макроскопических изменений в отростке не найдено. При ревизии брюшной полости обнаружено большое количество увеличенных от 0,5 до 3 см лимфатических узлов в брыжейке тонкого кишечника. Какое заболевание у больной? Существуют ли отличительные признаки этого заболевания? Как следует поступить во время операции?

22. У молодой женщины внезапно возникли боли в нижнем отделе живота слева. Боли носят постоянный характер, иррадиируют в прямую кишку. Последние 2 года лечилась в женской консультации. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 38°С, пульс 102 удара в минуту. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. Пальпаторно- в нижнем отделе живота напряжение мышц передней брюшной стенки, резкая болезненность, положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей нижней половине живота. Симптомы Ровзинга, Ситковского отрицательные. Боль при пальпации передней стенки прямой кишки. При вагинальном исследовании усиление болей внизу живота при смещении шейки матки. Ваш диагноз и действия.

23. Больную 65 лет в течение 3 суток беспокоят боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, тошнота, эпизодически рвота. Боли усилились после приема пищи. Температура 38°С по вечерам, сильная слабость. Дома принимала спазмолитики. 5 часов тому назад состояние больной резко ухудшилось, появились боли по всему животу, чувство страха, одышка, рвота. Объективно: кожные покровы бледные, покрыты липким потом, температура 39,5°С. Пульс 120 ударов в минуту. Язык сухой. Живот умеренно вздут. Пальпаторно - резкая болезненность и напряжение мышц, больше в правой половине живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга в этой же зоне. Ваш диагноз и лечебная тактика.

24. Больной 17 лет доставлен в приемный покой горбольницы с жалобами на боли в эпигастрии, рвоту через 2 часа после заболевания. С приемом пищи появление болей не связывает. Состояние удовлетворительное, пульс 90 ударов в минуту, АД-120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в области пупка, кишечные шумы отчетливые, синдром

Щеткина отрицательный. Температура тела 37, 2°С. Стул и мочеотделение не нарушены. Заболел впервые. В крови - лейкоцитоз 12000, Анализ мочи без изменений. Какое заболевание наиболее вероятно? Ваша тактика.

25. Больная 28 лет доставлена в больницу с жалобами на боли в нижней половине живота Боли возникли внезапно по всему животу, имели постоянный характер. Нарушений стула не было. Задержки месячных нет. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37, 8°С. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижних отделах, больше справа, симптом Щеткина слабо положителен. Тахикардии нет. АД-120/70 мм рт. ст. Диурез в норме, анализ крови - лейкоцитоз 13000. Какое заболевание наиболее вероятно?' Что необходимо сделать для верификации диагноза?'

26. Больной 27 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, жидкий стул, высокую температуру. Боли возникли внезапно, около 12 часов до поступления в больницу. Рвоты не было. Температура тела 37, 6°С. Объективно: живот вздут, резко болезненен во всех отделах, больше справа, здесь же определяется выраженная мышечная защита", положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Ваш диагноз.

Тема 1.3. Заболевания желчевыводящих путей и печени.

1. У больной, 65 лет, в течение ряда лет страдающей приступами желч-нокаменной болезни, очередной приступ не купировался окончательно. Спустя два месяца больная продолжала отмечать тупые ноющие боли в правом подреберье, которые беспокоили ее постоянно. При пальпации там же определяется значительных размеров плотноэластическое, малоболезненное образование с гладкой поверхностью. Симптомы раздражения брюшины не выражены. Температура нормальная, лейкоцитоз 5600.
Ваш диагноз и тактика лечения?

2. У больной, 38 лет, после принятия жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38,3°, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Лейкоцитов 12000. После назначения спазмолитиков, антибиотиков, новокаиновой блокады состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напря-жение мышц стало -меньше и к концу 3 суток полностью исчезло. Небольшая болезненность оставалась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов стало 6000. Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения?

3. У больного, 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождается рвотой, повышением температуры до 38,5°, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностыо склер. Положительный симптом Щеткина—Блюм-берга в правом подреберье. Проводимые консервативные меро¬приятия (антибиотики, спазмолитики, новокаиновая блокада) не дают вот уже в течение 3 суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз колеблется от 15000 до 18000. Ваш диагноз и тактика лечения?

4. Больная, 60 лет, тучная женщина, страдает желчека-менной болезнью', хроническим калькулезяым холециститом, тяжелым диабетом и кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II А ст. Приступы холецистита у больной бывают 3—4 раза в год, протекают тяжело, однако, учитывая ряд серь¬езных противопоказаний, хирурги отказывали больной в опера¬ции. Неделю назад у больной начался очередной сильный боле¬вой приступ, но в от-личие от предыдущих, он сопровождался желтухой. Иктернчность появи-лась через сутки после начала приступа, а к моменту поступления в больницу желтуха была сильно выражена, билирубин крови составлял 6,7 мг%. Механический характер желтухи сомнения не вызывал. Несмотря на энергичное консервативное лечение, желтуха нарастает. Что случилось с больной? Какова должна быть тактика ее лечения?

5. Больная, 34 лет, эмоционально лабильная женщина, г течение 3 лет стра-дает периодически появляющимися кратковременными приступами сильных болей в правом подреберье, иррадиирующими в правое плечо и лопатку, капризным аппетитом, периодически бывают поносы, сменяющиеся запорами. Боли не сопровождаются повышением температуры, не связаны с приемом пищи. Продолжаются приступы от одного до пяти часов. Иктеричности кожи и слизистых оболочек никогда не отмечалось. При пальпации области правого подреберья напряжения мышц нет, небольшая болезненность определяется в точке желчного пузыря. Больная жалуется на неприятные ощущения, возникающие при пальпации брюшной аорты и толстого кишечника. Лейкоцитов 6000. Все три порции, полученные пря дуоденальном зондировании, без особенностей. При контрастной холецистографии камни не обнаружены, пузырь несколько растянут, после приема желтков медленно сокращается. Ваш диагноз и тактика лечения?

6. Больная тучная женщина, 78 лет, поступила на третий день от начала приступа острого холецистита. Калькулезньм холециститом страдает более 20 лет. Приступы частые и протекают тяжело, однако учитывая почтенный возраст больной, а главное, наличие таких противопоказаний, как тяжелая легочная недостаточность, недостаточность кровообращения II Б с г., хроническая почечная недостаточность и ожирение, операцию раньше больной не предлагали. Несмотря на энергичное консервативное лечение, воспалительный процесс явно прогрессировал и возникала угроза перфорации желчного пузыря. Какова должна быть тактика хирурга?

7. Больной, 72. лет, по поводу острого флегмонозного холецистита произведена операция холецистостомии. Состояние •больной после операции стало быстро улучшаться, и через 5—7 дней она себя чувствовала вполне удовлетворительно. Беспокоило ее лишь наличие дренажной трубки в пузыре и истечение желчи. Какие показатели необходимо учесть для определения сроков удаления трубки? Как удаляется трубка? Требует ли имеющийся наружный желчный свищ специального закрытия?

8. Больная, 45 лет, оперирована по поводу острого холецистита. Проведена холецистэктомия. Удаление пузыря протекало со значительными техническими трудностями. В области шейки пузыря была значительная инфильтрация тканей. Пузырный проток короткий, но его удалось перевязать двумя лигатурами. Однако хорошо перитонизировать ложе пузыря и культю его не удалось. Как вы закроете брюшную полость?

9. Больная, 38 лет, третий раз за 2 последних года доставляется в клинику с приступом острого холецистита. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покродов. Билирубин .крови 27 мкмоль\л. В моче уробилина нет. Кал частично обесцвеченный. К концу вторых суток решено больную оперировать. Какая операция в данном случае будет выполнена? К какой интраоперационной диагностике следует обязательно прибегнуть?

10. У больного, страдающего периодическими болями в правом подреберье на протяжении 5 лет, в порядке обследования проведено дуоденальное зондирование. При этом порция А оказалась без особенностей. Порцию В получить не удалось, в порции С оказалось до 25 лейкоцитов в поле зрения, большое количество кристаллов холестерина, и слизи. Как вы трактуете данные дуоденального зондирования? Ваш диагноз я дальнейший план обследования больной?

11. Во время операции больного по поводу острого калькулезного холецистита после холецистэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше общий желчный Кроток не контрастируется и в двенадцати-перстную кишку контрастное вещество не поступает. Как вы расцениваете данные холангиограммы? Каковы ваши дальнейшие действия? Как вы закончите операцию?

12. 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 замазко-образной массы с наличием множества мелких камней и песка. Каким образом хирург должен закончить операцию?

13. Во время операции больной 43 лет по поводу обострения хронического калькулезного холецистита после удаления желчного пузыря было обнаружено значительное расширение общего желчного протока. Вблизи сфинктера Одди обнаружен значительных размеров дефект наполнения—камень. Контрастное вещество из общего желчного протока свободно поступает в 12-перстную кишку. Общее состояние больной удовлетворительное, желтухи у нее никогда не было. Как следует поступить хирургу?

14. Больной, 64 лет, с механической желтухой, оперирован с подозрением на камень общего желчного протока. Во время операции выяснилось, что у больного рак фетерова соска с переходом на стенку общего желчного протока. Пузырный проток проходим, желчный пузырь резко растянут и напряжен. Какую операцию можно выполнить в данном случае?

15. Больная 50 лет оперировала па поводу острого холецистита. Операция прошла гладко. Пузырь удален субсерозно от шейки. Хорошо перевязаны пузырная артерия и проток. Культя пузыря и ложе надежно перитонизированы. Общий желчный проток проходим. Как вы зашьете брюшную полость?

16. У больной 48 лет, после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38,3 С, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитов в крови $12,0*10^9$/л. После назначения спазмолитиков, антибиотиков, новокаиновой блокады состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность оставалась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов в крови стало $6,0*10^9$/л. Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения?

17. Вы оперируете больную с острым флегмонозным калькулезным холециститом. После холецистэктомии вы произвели холангиографию на операционном столе и убедились, что в желчных протоках камней нет. Во время операции обратили внимание на значительное увеличение поджелудочной железы и, вскрыв сальниковую сумку, увидели, что поджелудочная железа отечна, а на брюшине, покрывающей ее большое количество бляшек жирового некроза. Вы обратили внимание, что в брюшной полости имеется небольшое количество жидкости геморрагического характера. Как вы расцениваете обнаруженные в брюшной полости изменения? Что следует предпринять во время операции?

18. Больная 56 лет поступила в стационар с картиной обострения хронического холецистита на вторые сутки от начала приступа. Общее состояние больной было удовлетворительным. Температура 38,1 С. Пульс 92 уд/мин. Живот болезнен только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Остальные отделы живота оставались спокойными, больная получала консервативное лечение. Внезапно состояние больном резко ухудшилось: появились сильные боли животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота, температура повысилась до 40 С. Пульс стал 120 уд/мин. Лейкоцитоз увеличился до $9,0*10^9$/л. Живот вздут, определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине живота. Что произошло с больной? Какой должна быть тактика хирурга?

19. Больной Б. 75 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правом подреберье, тошноту и рвоту. Болен 4 дня. Накануне госпитализации состояние значительно ухудшилось. В прошлом неоднократно лечился по поводу желчнокаменной болезни. Состояние тяжелое, температура тела – 38,3 С, язык сухой, живот болезненный, в правом подреберье – напряженный. Симптомы Ортнера, Кера, Щеткина – Блюмберга положительные, пульс аритмичный. Каковы диагноз и тактика лечения?

20. Больная 67 лет поступила в отделение через 20 часов от начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, рвоту, лихорадку. При объективном исследовании выявлены резкая

болезненность в правой половине живота, положительные симптомы Щеткина – Блюмберга, Образцова, френикус-симптом. Количество лейкоцитов – 12 • 10^9/л, температура тела – 38,3 ºС. Язык сухой, покрыт налетом. Каковы диагноз и тактика хирурга?

21. У больной 75 лет с желчнокаменной болезнью после очередного приступа появилась желтушность склер и кожи. При обследовании выявлен увеличенный болезненный желчный пузырь, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Сопутствующие заболевания: ИБС, гипертония, мерцательная аритмия. При УЗИ выявлен калькулез желчного пузыря и холедоха. Диаметр печеночно-желчного протока 15 мм. Каковы тактика и методы интраоперационного исследования?

22. Больная 67 лет поступила в клинику с жалобами на желтуху, кожный зуд, боли в эпигастральной области. Больна 2 недели. Моча темного цвета, кал обесцвечен. Живот мягкий, при пальпации в эпигастральной области болезненный. Количество общего билирубина – 212, прямого – 100 мкмоль/л, щелочной фосфатазы – 6, АлАТ – 0,65 ммоль/(ч.л) , количество лейкоцитов – 5 • 10^9/л. Каковы предварительный диагноз и дополнительные исследования?

23. Больная А. 47 лет доставлена в больницу с желчнокаменной болезнью, осложненной механической желтухой. Заболела за 3 дня до госпитализации. Какова тактика хирурга?

24. Больной Б. 75 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правом подреберье, тошноту и рвоту. Болен 4 дня. Накануне госпитализации состояние значительно ухудшилось. В прошлом неоднократно лечился по поводу желчнокаменной болезни. От операции отказался. Состояние тяжелое, температура тела – 38,3 ºС, язык сухой, живот болезненный, в правом подреберье – напряженный. Симптомы Ортнера, Кера, Щеткина – Блюмберга положительные, пульс аритмичный. Каковы диагноз и тактика лечения?

Тема 1.4. Постхолецистэктомичекий синдром.

1. Через 30 дней после холедохостомии по дренажу отделяется до 1 л желчи в сутки. Кал обесцвечен. Какова тактика хирурга?

2. У больной 48 лет через год после удаления желчного пузыря возобновились приступы болей в правом подреберье. При осмотре выявлены положительные симптомы Ортнера, Кера. Количество лейкоцитов крови составило 10,5 • 10^9/л. На холеграмме в области культи пузырного протока отмечена задержка контрастного вещества. Каковы диагноз и тактика хирурга?

3. Больная А. 38 лет поступила в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, повышение температуры до 38–39 °С. Из анамнеза выявлено, что за 6 месяцев до госпитализации была произведена холецистэктомия, осложнившаяся длительным желчеистечением из брюшной полости. На холангиограмме видно расширение желчевыводящих путей выше бывшего пузырного протока. Уровень билирубина крови – 34,3 мкмоль/л, лейкоцитов – 11,8 • 10^9/л, диастаза мочи – 128 ед. Каковы диагноз и тактика хирурга?

4. Хирург, проводя операцию по поводу предполагаемого рубцового сужения холедоха, нашел, что причиной нарушения пассажа желчи является индуративный панкреатит. Каковы его дальнейшие действия?

5. Больной, 48 лет, оперирован полтора месяца назад но поводу острого флегмонозного холецистита. Была произведена холецистэктомия. В желчном пузыре было большое количество мелких холестериновьях камней. При ощупывании и зондировании общего желчного цротока камней в нем не выявлено. Холангиография на операционном столе не проводилась. Брюшная полость была зашита с тампоном и дренажом, которые были удалены на 7—9 день. Состояние больного было хорошим. Но на 15 день после операции у него открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины не было. В сутки отделялось до 800 мл желчи. Общее состояние больного вначале особенно не страдало, но постепенно он стал жаловаться на слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови 0,5 мг%. Реакция на стеркобилил в кале отрицательная. Что могло послужить причиной образования свища? Какова ваша тактика в лечении больного?

Тема 1.5. Заболевания печени и селезенки. Портальная гипертензия. Эхинококкоз печени.

1. Больной 56 лет, житель Казахстана, в течение нескольких месяцов стал отмечать боли в правом подреберье; месяц назад впервые повысилась температура тела до субфебрильных, затем до фебрильных цифр, боли усилились. В прошлом у больного бывала крапивница и зуд кожи. При поступлении состояние больного относительно удовлетворительное. Желтухи нет. Питание не нарушено. Правая реберная дуга как бы приподнята, правое подреберье выбухает. Пальпируется увеличенная печень, по ее нижнему краю определяется плотно-эластическое, округлое, болезненное образование, большая часть которого находится за реберной дугой. Лейкоцитоз крови 13,6*10^9/л; СОЭ - 54 мм/ч. Какое заболевание можно предположить у больного? Какие уточняющие методы диагностики можно применить ? Ваша тактика?

2. Больная 39 лет, работница звероводческого хозяйства в Алтайском крае, в течении нескольких месяцев отмечает давящие боли в правом подреберье, увеличение живота. Похудания нет. Аппетит не нарушен. При осмотре: правая доля печени резко увеличена, выступает из-под реберной дуги на 10 см, плотной консистенции, пальпация болезненна; асцита нет. Лейкоцитоз 9,2*10^9/л, эозинофилов - 6%, СОЭ - 28 мм/ч. На УЗИ в правой доле очаг до 15 * 10 * 10 см, без четких контуров. Ваш предположительный диагноз? С какими заболеваниями следует провести диффдиагностику? Какова хирургическая тактика?

3. Больной 64 лет, житель Средней Азии, в течении 5 лет отмечает ноющие боли в области печени. Похудания и диспептических расстройств не было. При обследовании была выявлена эхинококковая киста IV и V сегментов печени. От предложенной год назад операции больной отказался. На протяжении последних 6 месяцов периодически повышалась температура тела. 3 дня назад был озноб, Т тела 39"С, боли в правом подреберье усилились, на следующий день появилась желтуха. Билирубин крови 130 ммоль/л, лейкоцитоз 19,0*10^9/л. Что произошло с больным? Ваша тактика?

4. Больная 35 лет месяц назад перенесла аппендэктомию. После операции длительно сохранялась высокая температура, лейкоцитоз. Выписана на 20 день в удовлетворительном состоянии. Через 5 дней Т тела повысилась до 39"С. При поступлении состояние тяжелое, склеры и кожа иктеричны, ЧСС 120 в мин. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, без перитонеальных явлений. Печень +5 см, болезненна. Лейкоцитоз крови 20,2*10^9/л, палочки 11%, юные 4%, миелоциты 2%, СОЭ 50 мм/ч. Ваш диагноз? Тактика?

5. У больной 45 лет диагностирован первичный рак левой доли печени без признаков метастазирования. Прежде чем выполнить радикальную операцию какие вмешательства можно применить для замедления роста и регрессии опухоли?

6. У больного 24 лет, перенесшего в недавнем прошлом амебную дизентерию и прошедшего курс лечения с последующим выздоровлением, появились нарастающие, довольно интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся при дыхании. Поднялась температура и стала носить интерметтирующий характер, появились изнуряющие ознобы. Больной стал прогрессивно терять в массе. При обследовании определяется болезненная, значительно увеличенная печень. Стул и мочеиспускание в норме. Лейкоцитоз крови 17*10^9/л. Ваш диагноз и тактика лечения?

7. У больной 36 лет диагностирован однокамерный эхинококк печени, расположенный в области заднего ската диафрагмальной поверхности печени. В чем будет заключаться оперативное пособие при размерах пузыря 8 - 8 см? Каков должен быть доступ и характер вмешательства?

8. У больной 58 лет диагностирована опухоль левой доли печени. Общее состояние больной удовлетворительное и позволяет выполнить ей радикальную операцию. Опухоли каких органов могут давать метастатическое поражение печени и какие дополнительные методы исследования необходимо применить для исключения последних?

9. У больного 39 лет 2 месяца была тупая травма живота в бытовых условиях. После травмы в течении недели беспокоили боли в правом подреберье и правой половине грудной клетки, которые затем самостоятельно стихли. За медпомощью не обращался. 2 дня назад, без видимой причины, вновь возникли боли в правом подреберье, повысилась температура тела до 39,5"С.

При осмотре состояние среднетяжелое, кожные покровы обычной окраски. Язык влажный, живот мягкий, болезненный в правом подреберье, печень +6 см, болезненная. Ваш предположительный диагноз? Какие методы уточняющей диагностики можно использовать? Тактика?

10. Больной 74 лет длительно страдает язвенной болезнью желудка, неоднократно обследовался и лечился стационарно, последняя госпитализация 5 лет назад. В течении этого времени существенных жалоб не было. Последние 1,5 месяца начала беспокоить слабость, прогрессивное похудание, боли в правом подреберье. При осмотре больной истощен, живот мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, печень +4 см, болезненная, бугристая. Каков Ваш диагноз? Какие методы уточняющией диагностики можно применить? Лечебная тактика?

11. В клинику поступил больной 45 лет, с жалобами на тупые, ноющие, постоянные боли в правом подреберье, эпигастральной области. Болен несколько лет. Из анамнеза жизни: больной работает в сельском хозяйстве. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые обычного цвета. Пульс 80 уд/мин, хорошего наполнения и напряжения. Язык влажный, чистый. При осмотре живота – выбухание передней брюшной стенки в правом подреберье. При пальпации печени определяется округлое, эластической консистенции опухолевидное образование. Ваш предварительный диагноз? Какие инструментальные исследования необходимы для постановки диагноза и ожидаемые результаты? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз. Назовите иммунологические методы диагностики эхинококкоза. Определите лечебную тактику и какие операции показаны при эхинококкозе?

12. Больной 41 год поступил в клинику с жалобами на рвоту неизмененной кровью, головокружение, слабость, перенес малярию 10 лет назад. В последние 3 года – периодические боли в правом подреберье. Объективно: состояние средней тяжести. Бледность кожи и слизистых. Небольшая желтушность склер, сосудистые звездочки на коже. Пульс 110 уд/мин. ритмичный. АД 90/50 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен коричневым налетом. Живот увеличен в размерах, распластан. Печень выступает из-под реберной дуги, плотная с заостренным краем. Селезенка выступает на 8 см. Перкуторно определяется асцит. В общем анализе крови: эритроциты 2,3•1012/л, гемоглобин 72 г/л, гематокрит 0,29. Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Какие специальные и инструментальные исследования необходимы для постановки окончательного диагноза, ожидаемые результаты. Укажите тактику лечения. Назначьте лечение. Перечислите оперативные методы лечения при безуспешности консервативной терапии.

13. Больная С, 62 лет, доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение. На улице внезапно появилась резкая боль в левом подреберье, кратковременно потеряла сознание. АД 90/60 мм. рт.ст. Пульс 100 уд. мин., слабого наполнения. Живот мягкий, умеренно болезненный по левому боковому каналу, там же притупление перкуторного звука и сомнительные симптомы раздражения брюшины. Дополнительно пациентка сообщила, что около 2 недель назад получила травму, ударилась левым боком о кресло в трамвае, после чего отмечала умеренные боли в левом подреберье. Поставьте предварительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данное заболевание? Какие дополнительные инструментальные методы исследования помогут поставить окончательный диагноз? Ожидаемые результаты. Какова лечебная тактика у данной больной? Назовите принципы лечения в послеоперационном периоде?

14. Больной 38 лет доставлен в хирургическое отделение с жалобами на рвоту алой кровью, слабость, головокружение. Из анамнеза установлено – около 7 лет назад перенёс острый панкреатит. При осмотре кожа и видимые слизистые бледные. Дыхание везикулярное, тоны сердца приглушены. Пульс 112 уд. в мин, ритмичный. АД 110/60 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, пальпируется селезёнка, выступающая за край ребёрной дуги на 6 см. При УЗИ определяется спленомегалия. Печень не увеличена, её ткань без особенностей. Воротная вена в пределах нормы. Определяется фиброз поджелудочной железы, кальцификаты в её ткани, селезеночная вена четко не визуализируется. В клиническом анализе крови: Эр. 2,8•1012/л., гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,32. Какой предварительный диагноз наиболее вероятен? С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику? Какие инструментальные методы могут по-

мочь в постановке окончательного диагноза и ожидаемые результаты? Определите степень кровопотери и лечебную тактику при различных состояниях гемостаза. Укажите основные составляющие предоперационной подготовки и объём операции при различных состояниях гемостаза.

15. Больная 42 л, обратилась к врачу общей практики по поводу простудного заболевания. При пальпации живота было обнаружено увеличение печени больше за счет левой доли, которая мягкоэластичной консистенции, контур не ровный. Заподозрена гемангиома левой доли печени. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику? Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза? Укажите возможные осложнения. Перечислите методы лечения.

16. Больной Е., 20 лет, доставлен бригадой «Скорой помощи» с жалобами на боли в левой половине грудной клетки и живота, слабость, которые появились после падения с борта машины на левый бок. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс 88 уд. в мин., артериальное давление 130 на 80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, мягкий, незначительно болезнен в эпигастральной области и в области 8-10 ребер слева по срединно-подмышечной линии. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: Эритроциты – 4,1•1012/л, лейкоциты –12,8•109/л, Нв – 120 г/л, гематокрит – 44%. Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для постановки окончательного диагноза? Ожидаемые результаты? Определите тактику лечения больного применительно к возможному окончательному диагнозу и определитесь в объеме операции.

17. За медицинской помощью обратился больной 36 лет с жалобами на тяжесть в правом подреберье, периодически появляются тупые боли в правом подреберье и эпигастрии. Бывают эпизоды кожного зуда, крапивницы. Занимается пастбищным животноводством. Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые обычного цвета. Над легочными полями дыхание везикулярное, тоны сердца чистые. Пульс 84 уд. в мин, ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, чистый. Живот при пальпации мягкий, определяется увеличенная, умеренно болезненная печень. В проекции левой доли пальпируется опухолевидное образование. Изложенное позволило врачу общей практики поставить предварительный диагноз – очаговое образование печени. В процессе клинико-инструментального исследования с использованием УЗИ и иммунологических методов диагностики эхинококкоза поставлен диагноз – эхинококковая киста левой доли печени. Дайте определение заболевания и укажите место человека в цикле развития паразита, а также пути заражения. Назовите органы человека, которые могут поражаться эхинококкозом. Назовите стадии течения заболевания и возможные осложнения. Укажите различия между однокамерным эхинококком и альвеококком. Определите лечебную тактику и объём операции у данного больного.

18. В хирургическое отделение для лечения поступил больной 36 лет, страдающий гидатидозной (однокамерной) формой эхинококка левой доли печени. Перечислите радикальные и паллиативные операции, применяемые для лечения эхинококка. Какая по объёму операция показана данному больному? Назовите возможные формы рецидива эхинококка. Назначьте профилактическую противопаразитарную химиотерапию.

19. Больной К., 42 года в экстренном порядке поступил в стационар. Кровавая рвота возникла внезапно. Перенес болезнь Боткина около 12 лет назад. При осмотре – заметная венозная сеть на животе. Пальпируется увеличенная селезенка у края левой реберной дуги и плотный край печени у реберной дуги. Пульс 105 уд. в мин, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. В общем анализе крови: эритроцитов 2,7•1012/л, гемоглобин 78 г/л, гематокрит 0,31. Поставьте предварительный диагноз больному. Определите степень кровопотери. Определите лечебную тактику и назначьте лечение. Какая радикальная операция показана больному, и при каких условиях её можно выполнять?

Тема 1.6. Осложнения язвенной болезни желудка и 12 п.кишки.

1. Больной А. 36 лет жалуется на постоянные боли в эпигастральной области в течение 3 мес. Временами боли носят опоясывающий характер. Страдает язвой желудка около 10 лет. Неоднократно лечился в стационаре и амбулаторно. Кислотность желудочного сока нормальная. На

рентгенограмме в области малой кривизны видна ниша 1 см в диаметре. При фиброгастроскопии обнаружена язва 1,2 х 1,2 см в диаметре с небольшим воспалительным валом. Каковы диагноз и тактика хирурга?

2. У больного на 7-е сутки после резекции желудка внезапно появились резкие боли в животе с иррадиацией в правое плечо и перитонеальные явления. Каковы диагноз и действия хирурга?

3. У больного 45 лет впервые диагностирована язва тела желудка больших размеров. Каков план лечения?

4. У больного 45 лет во время операции обнаружена пенетрация в печень язвы малой кривизны луковицы двенадцатиперстной кишки. Какова тактика хирурга?

5. У больного, страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, за 3 ч до поступления в клинику появились “кинжальные” боли в эпигастральной области, которые в дальнейшем распространились на правую половину живота. Объективные данные: живот втянут, нижние конечности подведены к животу, больной лежит на правом боку. В положении на спине передняя брюшная стенка доскообразно напряжена, симптом Щеткина–Блюмберга положительный, печеночная тупость при перкуссии отсутствует, пульс и артериальное давление в норме. Каковы диагноз и тактика хирурга? Какие дополнительные методы исследования следует провести?

6. У больного 34 лет возникли сильные боли в эпигастральной области, которые самостоятельно утихли. На 3-й день обратился в поликлинику, где при рентгенографии был обнаружен свободный газ в брюшной полости. Каковы диагноз и тактика хирурга?

7. У больного 35 лет, поступившего в стационар с клинической картиной прободной язвы, возникло профузное желудочное кровотечение. Каковы диагноз, действия хирурга и выбор метода операции?

8. Больному 49 лет произведены пилоропластика с иссечением перфоративной язвы и стволовая ваготомия. В послеоперационном периоде гистологическое исследование показало наличие признаков малигнизации в тканях иссеченной язвы. Каковы дальнейшие действия хирурга?

9. Больной К. 41 года поступил в клинику с жалобами на слабость, боли в эпигастрии, рвоту цвета кофейной гущи, жидкий дегтеобразный стул. В анамнезе – язвенная болезнь желудка. Кожные покровы лица и верхних конечностей имеют бледную окраску. Пульс 90 уд. в мин, АД 100 / 70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется черный жидкий кал. Каковы диагноз, дополнительные методы исследования и тактика хирурга?

10. У больного, поступившего в стационар с клиникой язвенного кровотечения из луковицы двенадцатиперстной кишки, консервативными мероприятиями остановить кровотечение не удалось, о чем свидетельствуют данные повторной гастроскопии и ухудшение показателей гемодинамики и анализа крови. Определите тактику хирурга.

11. Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью желудка, отметил, что последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, но появилась нарастающая слабость, головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание. Больной бледен, в эпигастральной области при пальпации отмечается небольшая болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Какое осложнение язвенной болезни вы заподозрили? Какие исследования примените для подтверждения? Куда и каким способом отправите больного на лечение?

12. У больного 35 лет, поступившего в приемное отделение, диагностирована кровоточащая язва желудка. Кровотечение скрытое, но подтверждено реакцией Грегерсена и падением гемоглобина и эритроцитов. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Какие назначения вы сделаете больному сразу при поступлении в стационар? Какова тактика лечения данного больного?

13. В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, он много лет страдает заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты и он сильно похудел. При осмотре: больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация кожи и определяется шум плеска. Какой диагноз макет быть поставлен? С чем связано состояние, в котором больной поступил? Как лечить больного, начиная с момента поступления?

14. Больной 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1-3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая ниша, располагающаяся по задней стенке желудка, ближе к малой кривизне антрального отдела. Почему изменился характер болей? Как рекомендуется лечить больного?

15. Больной 35 лет поступил в хирургическое отделение с клинической картиной язвенного желудочного кровотечения. Это кровотечение у него третье за два года. После применения ряда консервативных мероприятий кровавая рвота прекратилась, гемоглобин поднялся с 60 г/л до 108 г/л. Общее состояние улучшилось. Но через 2 суток вновь появилась обильная кровавая рвота. Гемоглобин упал до 58 г/л. Какова тактика лечения?

16. Больной 43 лет поступил в клинику по поводу перфоративной язвы желудка через 2 часа от начала заболевания. Язвенной болезнью страдает 8 лет. Многократно лечился в терапевтических стационарах с кратковременным успехом. При ревизии в пилорическом отделе желудка обнаружено перфорационное отверстие размером 0,5*0,5*3 см с небольшой инфильтрацией у основания. Какова лечебная тактика и объем оперативного лечения?

17. Больной 36 лет в течении 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был на курорте, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре не лечился. При рентгенологическом исследовании язва все время прослеживается. Следует ли предлагать больному операцию?

18. Больной В. 50 лет поступил в больницу с жалобами на сильные боли в животе. Болен в течение суток. В прошлом желудочно-кишечных заболеваний не было. Состояние больного тяжелое, температура тела 37,5 °С, пульс 100 уд./мин, язык сухой, покрыт белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации отмечаются напряжение и резкая болезненность передней брюшной стенки. Симптом Щеткина – Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует, кишечные шумы не выслушиваются. На обзорной рентгенограмме под правым куполом диафрагмы обнаружен газ. Количество лейкоцитов в крови равно 8,7 • 10^9/л. Анализ мочи без изменений. Каковы диагноз и тактика хирурга?

19. У больного, страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, за 3 ч до поступления в клинику появились “кинжальные” боли в эпигастральной области, которые в дальнейшем распространились на правую половину живота. Объективные данные: живот втянут, нижние конечности подведены к животу, больной лежит на правом боку. В положении на спине передняя брюшная стенка доскообразно напряжена, симптом Щеткина–Блюмберга положительный, печеночная тупость при перкуссии отсутствует, пульс и артериальное давление в норме. Каковы диагноз и тактика хирурга? Какие дополнительные методы исследования следует провести?

20. У больного, 33 лет, не имевшего ранее каких-либо «желудочных» жалоб, наступила перфорация язвы желудка. При ревизии на операции обнаружено перфорационное отверстие 0,5□0,5 см на малой кривизне желудка, без выраженной воспалительной инфильтрации вокруг. Каков должен быть объем операции? Какие рекомендации необходимо дать больному после выписки из хирургического стационара?

21. Больной, 58 лет, поступил в хирургическое отделение через 28 часов после перфорации язвы желудка. Выражены явления разлитого перитонита. Состояние больного тяжелое. Больной оперирован. Язва с перфорационным отверстием находится в центре пилорического отдела желудка. При ее ушивании выход из желудка резко суживался, что предвещало развитие стеноза

привратника. Какое оперативное пособие вы примените в данном случае? Как вы закончите операцию?

22. Во время операции по поводу перфоративной язвы желудка у больного 50 лет с декомпенсированным пороком сердца обнаружено, что язва на малой кривизне расположена довольно высоко. Края язвы инфильтрированы. При ее ушивании, швы прорезывались, приходилось делать новые попытки. В конце концов язву удалось ушить, но полной убежденности в надежности швов не создавалось. Однако решиться на высокую резекцию желудка из-за тяжести состояния, обусловленного сопутствующим заболеванием, невозможно. Каковы будут ваши действия в данном случае? Как будет закрыта брюшная полость?

23. У больного наступила перфорация длительно существующей язвы угла желудка. Доставлен в клинику через 2 часа после перфорации. Из анамнеза выяснено, что больной в последние месяцы сильно похудел. При ревизии обнаружена значительная инфильтрация краев язвы, местами края хрящевой плотности. Решить, имеется малигнизация язвы или нет, оказалось невозможным. Какую следует предпринять операцию?

24. Больной, 30 лет, поступил в хирургическое отделение через 2 часа от момента прободения язвы желудка. Диагноз сомнения не вызывает, однако больной категорически отказывается от операции. Какие способы воздействия на больного следует применить, чтобы добиться его согласия на операцию? Что вы предпримете, если добиться его согласия все-таки не удастся?

25. Больной, 48 лет, страдающий в течение многих лет язвенной болезнью желудка, отметил, что боли у него не стали зависеть от приема пищи, стали постоянными и менее интенсивными. Отметил слабость, недомогание, упадок сил. Похудел на 5 кг. Обращало на себя внимание снижение общей кислотности желудочного сока с 90 до 40 т.е. и появление в желудочном соке большого количества молочной кислоты. РОЭ 40 мм/час. О каком осложнении язвенной болезни можно думать? Какими диагностическими средствами можно воспользоваться для подтверждения вашего предположения? Какова ваша тактика в лечении данного больного?

26. У больного, 34 лет, 6 лет назад было прободение немой язвы 12-перстной кишки. Два года после этого больной чувствовал себя хорошо и никуда не обращался. Затем появились боли, характерные для язвенной болезни, и при рентгенологическом исследовании было установлено наличие язвы 12-перстной кишки. Больной лечился все время только амбулаторно. В хирургический стационар попал по поводу подозрения на язвенное кровотечение, наличие которого оказалось сомнительным. Подлежит ли больной хирургическому лечению?

27. У больного, 42 лет, язва желудка существует в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1—2—3 года. Три месяца назад у больного появились боли в поясничной области, иногда носящие опоясывающий характер. В остальном течение заболевания не изменилось. При рентгенологическом исследовании определяется глубокая ниша, располагающаяся по задней стенке вблизи малой кривизны антрального отдела желудка. Почему изменялся характер болей? Как рекомендуется лечить больного?

28. Больной, 50 лет, в течение нескольких лет страдает язвенной болезнью желудка. Особенно больших неприятностей заболевание ему не причиняло. Однако последний месяц больной отмечает, что у него усилились боли в эпигастральной области, появился неприятный запах изо рта, зловонная отрыжка, жидкий стул и позывы на стул после каждого приема пищи. В кале стали встречаться кусочки совершенно не переваренной пищи. Больной резко потерял в весе. Температура нормальная. При копрологическом исследовании отмечено значительное количество слизи и непереваренной пищи. Что произошло с больным? Каким исследованием можно подтвердить свое предположение? Как лечить больного?

29. У больного, 39 лет, страдающего в течение многих лет язвенной болезнью желудка, в последнее время появилось чувство тяжести в эпигастральной области, которое проходит обычно только после рвоты, которую больной нередко вызывает сам. Рвота обильная приносит облегчение, в рвотных массах примесь пищи, съеденной накануне. Больной значительно потерял в весе. Тургор кожи снижен, подкожно-жировая клетчатка отсутствует. Через истонченную брюшную стенку у больного на глаз определяется выпячивание грушевидной формы, в ответ на массаж

которого появляется перистальтика. Определяется шум плеска. О каком осложнении язвенной болезни можно подумать у данного больного? С помощью каких исследований можно подтвердить Ваше предположение? Какова тактика в его лечении?

30. Больной 58 лет поступил с жалобами на ноющие постоянные боли в эпигастральной области, похудание, общую слабость, периодически возникающие рвоты. Больным себя считает в течение 9 лет. Беспокоили боли в эпигастральной области после приема пищи. Боли уменьшались после приема соды. При обследовании отмечено повышение кислотности желудочного сока. При рентгеноскопии обнаружена язва на малой кривизне желудка. После стационарного лечения 3 года хорошего самочувствия. Затем снова периодически стали появляться боли. В течение последнего года боли стали постоянными. Больной стал отмечать отсутствие аппетита, общую слабость. Похудел за последние три месяца на 6 кг. При амбулаторном исследовании отмечена ахилия. Анализ крови Hb 92 г/л, эр – 3,7□10 12 /л, РОЭ – 35 мм/час. Что следует предполагать у больного? Каков план обследования и лечения больного?

Тема 1.7. Болезни оперированного желудка.

1. Больной, 67 лет, шесть месяцев тому назад был оперирован по поводу субкомпенсированного стеноза привратника, развившегося на почве язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. В связи с общим неудовлетворительным состоянием больного ему был наложен задний позадиободочный анастомоз по Петерсону. Некоторое время чувствовал себя хорошо, а затем появились боли, которые были значительно сильнее прежних. При исследовании желудочного сока были установлены высокие цифры содержания свободной соляной кислоты. Какой ваш предполагаемый диагноз? Какое исследование необходимо провести для уточнения диагноза? Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить у этого

2. У больной 48 лет через 6 месяцев после резекции желудка по поводу язвы желудка появилась горечь во рту, тошнота, ощущения тяжести и боли в эпигастральной области и правом подреберье, усиливающиеся после приема пищи, боли стихают после обильной рвоты съеденной пищей с примесью желчи, больная за нескольких месяцев похудела на 10 кг. Какое осложнение можно подозревать у больной? 2. Предложите методы обследования для уточнения диагноза? Предложите план консервативного и оперативного лечения?

3. Больная 53 лет несколько месяцев назад перенесла операцию по поводу язвенной болезни желудка методом Бильрот-2, обратилась к Вам со следующими жалобами: внезапно возникающая слабость, потливость, сердцебиение, чувство жара, головокружение, тошнота, рвота желчью тотчас после приема пищи, стихающие через некоторое время только в горизонтальном положении. Больная боится употреблять пищу, резко истощена и апатична. Какое осложнение можно подозревать у больной?2. Предложите методы обследования для уточнения диагноза? Предложите план консервативного и оперативного лечения?

4. У больного после радикальной резекции желудка по поводу язвы-рака желудка, через несколько месяцев возникли следующие симптомы: резкая тяжесть и боли при обычном 3-х разовом питании, заставляющие его вызывать рвоту после приема пищи. Какое осложнение можно подозревать у больной? Предложите методы обследования для уточнения диагноза? Предложите план консервативного и оперативного лечения?

5. Больной после органосохраняющей резекции желудка обратился к Вам со следующими жалобами: постоянные, упорные, интенсивные боли в эпигастрии, иррадиирующие в спину, без эффекта от приема анальгетиков, изжога, боли иногда сопутствует рвота, не приносящая облегчения. Какое осложнение можно подозревать у больного? Предложите методы обследования для уточнения диагноза? Какой синдром может сопутствовать данному осложнению? Предложите план консервативного и оперативного лечения?

6. Больной 52 лет, поступил в клинику с типичной картиной прободной язвы желудка через 6 часов после прободения. Экстренная операция: в пилорическом отделе желудка обнаружена каллезная язва с прободным отверстием в центре размерами 0,2х0,2см. Произведено ушивание язвы двухрядными швами, из брюшной полости удалено желудочное содержимое, дренирование

брюшной полости. Первые 3 суток послеоперационный период протекал обычно. На четвертые сутки появились интенсивные боли в верхнем отделе живота, тошнота, повторная рвота. Температура тела 38,3ºС. Пульс 100 в мин., АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой обложенный. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Газы не отходят, стула не было. При ректальном исследовании: выраженная болезненность в области Дугласова пространства. Анализ крови: лейкоцитов $12{,}6x10^9$/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Что произошло с больным в послеоперационном периоде? Ваш предполагаемый диагноз? Каковы дальнейшая тактика и план лечения?

7. Больному 39 лет, в рентгеновском кабинете в поликлинике производилась рентгеноскопия желудка. После тугого заполнения желудка бариевой взвесью, у больного внезапно появились резкие боли в эпигастрии, тошнота, общая слабость. Больной уложен на кушетку. Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 66 в мин. удовлетворительных качеств. АД 105/55 мм рт. ст. Слизистая губ сухая, отмечает сильную жажду. Живот ладьевидно втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации доскообразное напряжение брюшной стенки на всем протяжении, Выраженная болезненность в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положителен. Ваш предполагаемый диагноз? Какие исследования в условиях поликлиники позволят уточнить диагноз? Какова дальнейшая тактика?

8. Больной 40 лет, доставлен в клинику с болями в животе.Заболел 6 часов назад, когда внезапно возникли сильные боли в эпигастрии. Была однократная рвота желудочным содержимым. Через 2 часа боли почти полностью прекратились, больной самостоятельно ушел домой. На следующий день обратился к врачу с жалобами на небольшие боли в правом подреберье, повышение температуры до 37,5ºС. Из анамнеза известно, что в течение 8 лет страдает язвенной болезнью ДПК. При осмотре: пульс 84 в мин. удовлетворительных качеств, АД 110/70 мм рт. ст., живот мягкий, безболезненный за исключением правого подреберья, где имеется болезненность и защитное напряжение мышц. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный, Френикус-симптом – отрицательный. Печеночная тупость сохранена. Анализ крови: лейкоцитов: $8{,}0x10^9$/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Ваш предполагаемый диагноз? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику? Дальнейшая тактика и план лечения?

9. У больного после проведенной по поводу грыжи пищеводного отверстия диафрагмы фундопликации по Ниссену возникла резкая дисфагия с затруднением прохождения жидкой и твердой пищи в желудок. Какова вероятная причина и механизм развития дисфагии? Какие инструментальные исследования показаны больному? Какова тактика хирургического лечения?

10. У больного после резекции желудка в послеоперационном периоде возник стеноз желудочно-кишечного анастомоза, консервативная терапия не оказала должного эффекта, сохраняется резкая тяжесть и боли в эпигастрии, многократная рвота застойным содержимым желудка, потребление пищи больным снижено. Предположительные причины стеноза? Какое лечение вы предложите больному?

11. Больной пришел к Вам на прием после резекции желудка 5 лет назад и предъявляет жалобы на жгучие боли в эпигастральной области без эффекта от приема обезболивающих и антацидов, периодическую рвоту желчью. На ФГДС Вы обнаружили наличие желчи в антральном отделе желудка, наличие эрозий и явлений атрофического гастрита и гиперемии слизистой. Какое осложнение можно подозревать у больного? Какие данные вы получите при рентгенологическом исследовании с барием для уточнения диагноза? Предложите план консервативного и оперативного лечения?

12. У больного 30 лет через год после резекции желудка появились рвота желчью и распирающие боли в правом подреберье после еды. Частота рвоты – 2 раза в неделю, объем – 100–150 мл. Длительность заболевания – 3 месяца. Каковы диагноз и тактика хирурга?

13. У больного тяжелый демпинг-синдром, прогрессирующее похудание, психоневрологические расстройства выражены незначительно. Рвоты желчью нет. За последние 3 года неоднократно лечился в стационарах и санаториях. Какова тактика хирурга?

14. У больного через месяц после резекции желудка развился резко выраженный гипогликемический синдром. Какова тактика хирурга?

15. У больного 60 лет через 3 года после резекции желудка диагностирована пептическая язва анастомоза с выраженным болевым синдромом. Признаков стеноза анастомоза и кровотечения из язвы нет. Больной дважды перенес обширный инфаркт миокарда. Какова тактика хирурга?

16. У больного 30 лет через 1 год после резекции желудка обнаружена пептическая язва гастроэнтероанастомоза. Какова тактика хирурга?

17. У больного 46 лет во время операции по поводу рецидива язвы после резекции желудка обнаружен язвенный кратер размером 2 х 3 см, пенетрирующий в мезоколон и корень брыжейки тонкой кишки. Размер воспалительного инфильтрата – 15 х 15 см. Какова тактика хирурга?

18. У больного пептическая язва анастомоза после резекции желудка, пенетрирующая в переднюю брюшную стенку. Размер воспалительного инфильтрата на брюшной стенке – 20 х 20 см. Какова тактика хирурга?

19. У больного, оперированного по поводу язвенной болезни желудка (произведена резекция 1/2 желудка по Гофмейстеру-Финстереру) , на следующий день после операции был обильный дегтеобразный стул. Затем была кровавая рвота, которая повторилась. Больной ослаб, появилось головокружение, пульс 129 в минуту. Гемоглобин и число эритроцитов стали падать. Стало ясно, что у больного желудочное кровотечение. Что послужило причиной кровотечения? Что следует предпринять для его остановки?

20. Через 3 месяца после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру больной обратился с жалобами на сильную, слабость, возникающую через 15-20 мин после еды, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей. Затем появляется чувство усталости, сонливости, полиурия и жидкий стул. Болей в животе нет, но больной отмечает чувство полноты в желудке в начале приступа, приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. Больной не прибавляет в весе после операции. Дефицит массы составляет 8 кг. Что происходит с больным? Как его лечить?

21. У больного, перенесшего операцию на желудке в сочетании с ваготомией, на 10-е сутки появился жидкий стул до 4–6 раз в сутки. Каковы диагноз и лечебные мероприятия?

22. Через месяц после ушивания прободной язвы 12-перстной кишки у больного появились отрыжка, периодическая рвота пищей. Каковы диагноз и действия хирурга?

23. На второй и третий день после резекции желудка по Бильрот-I больного беспокоит рвота обильным желудочным содержимым. В чем ее причина и каковы Ваши действия?

24. У больного на 3-и сутки после операции на желудке отмечены общая слабость, головокружение, рвота кровью, падение АД и гемоглобина. Каковы диагноз и лечение?

25. У больного, которому 10 дней назад была ушита перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, стала постепенно повышаться температура и появились боли в правом подреберье, усиливающиеся при глубоком дыхании. При осмотре отмечается, что мягкие ткани в правом подреберье как бы выбухают, кожа здесь несколько пастозна. При пальпации определяется значительное увеличение печени и резкая болезненность в правом подреберье, здесь же выявляется слабоположительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 38,5-39 С, носит гектический характер. Больной потерял аппетит, стал адинамичным. При рентгенологическом исследовании: в правом реберно-диафрагмальном синусе жидкость, правый купол диафрагмы ограниченно подвижен. Какое осложнение появилось у больного и как его лечить?

Тема 1.8. Заболевания толстого кишечника.

1. Больная В. 40 лет при поступлении жалуется на кровянисто-слизистые выделения из прямой кишки во время акта дефекации, боли в левой подвздошной области, слабость. Больна в течение месяца. При ректороманоскопии на слизистых дистального отдела сигмовидной и прямой

кишок обнаружены изъязвления и капиллярное кровотечение. Каковы диагноз и тактика лечения?

2. При плановой колоноскопии выявлен одиночный полип прямой кишки диаметром до 1 см на широком основании ±с гладкой поверхностью. При исследовании биоптата установлена аденоматозная картина слизистой. Атипичные клетки не обнаружены. Какова тактика хирурга поликлиники?

3. У больной 60 лет, страдающей гипертонической болезнью и мерцательной арит-мией, внезапно возникли резкие боли в животе без четкой локализации. Появи-лись рвота, частый жидкий стул с небольшой примесью крови. Кожные покровы бледные, лицо покрыто холодным потом, пульс 112 уд./в мин, аритмичный. АД 160/90 мм рт. ст., температура тела 36,4 °С. Язык суховат. Живот участвует в ак-те дыхания, не вздут, правильной формы, при пальпации мягкий. Боли при паль-пации не усиливаются. Перистальтика отсутствует. При ректальном исследова-нии патологии не найдено. Каков диагноз? С какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика и какова лечебная тактика?

4. Больной К. 64 лет поступил в стационар через 16 часов после возник-новения схваткообразных болей в низу живота с жалобами на задерж-ку стула и газов, тошноту, однократную рвоту. Страдает запорами в те-чение 8 лет. Живот вздут, асимметричен за счет выбухания его верх-них отделов справа. Левая подвздошная область пустая. Симптомы Склярова и «обуховской больницы» положительны. Каковы диагноз и действия хирурга?

5. У больного появился частый стул 20–30 раз в сутки с примесью слизи и свежей крови, лихорадка до 39 °С, резкое воспаление и зияние ануса, болезненность по ходу прямой кишки. Каковы Ваши диагноз и тактика?

6. У больного с язвенным колитом профузное кровотечение, стул с большим количеством свежей крови. Какова тактика хирурга?

7. У больного с токсической дилятацией толстой кишки появились перитонеальные симптомы. Каковы Ваши диагноз и тактика?

8. После колоноскопии у больного с язвенным колитом возникли резкие боли в животе, появились перитонеальные симптомы. Каковы диагноз и тактика хирурга?

9. Больной с язвенным колитом жалуется на внезапное вздутие живота, рвоту, отсутствие стула, неотхождение газа, лихорадку, тахикардию. Каковы диагноз и тактика хирурга?

10. Больная В. 40 лет при поступлении жалуется на кровянисто-слизистые выделения из прямой кишки во время акта дефекации, боли в левой подвздошной области, слабость. Больна в течение месяца. При ректороманоскопии на слизистых дистального отдела сигмовидной и прямой кишок обнаружены изъязвления и капиллярное кровотечение. Каковы диагноз и тактика лечения?

11. У больного 46 лет при плановом эндоскопическом исследовании обнаружены 8 полипов в теле желудка размером от 0,5 до 2 см на узкой ножке. Какова лечебная тактика?

12. Во время ректоскопии у больного Н. 42 лет в 10 см от наружного заднепроходного отверстия обнаружен одиночный полип прямой кишки на широкой ножке. Какова тактика хирурга?

13. При плановой колоноскопии выявлен одиночный полип прямой кишки диаметром до 1 см на широком основании с гладкой поверхностью. При исследовании биоптата установлена аденоматозная картина слизистой. Атипичные клетки не обнаружены. Какова тактика хирурга поликлиники?

14. Больной С., 33 лет, предъявляет жалобы на ноющие боли в нижних и боковых отделах живота, усиливающиеся после приема пищи и уменьшающиеся после отхождения газов и после дефекации, неустойчивый стул (поносы в утренние часы или сразу после еды) , запоры. Кроме того пациента беспокоят ложные позывы, чувство неполного опорожнения кишечника, вздутие живота, повышенная утомляемость, раздражительность. Подобные проявления беспокоят больного несколько месяцев, ухудшение состояния наступает после нарушения диеты. Ранее считал себя здоровым, в юношеские годы перенес «кишечную инфекцию», лечился в инфекционной

больнице. Объективно: при пальпации живота в его нижних отделах и в левой подвздошной области выявлена болезненность, урчание.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. Назначьте лечение.

15. Больная А., 28 лет, предъявляет жалобы на подъем температуры до 38,50 С в течение нескольких дней, боли в суставах, ухудшение зрения, боли в животе, частый жидкий стул до 15 раз в сутки с примесью слизи и крови, ложные позывы, резкую слабость. Беспокоит также головокружение, похудание на 6 кг за месяц. Ранее считала себя здоровой. При осмотре обращает внимание бледность кожных покровов, явления стоматита, отмечается болезненность при пальпации по ходу кишечника, больше в левой подвздошной области.При копрологическом исследовании в кале большое количество лейкоцитов, эритроцитов, слизи, положительная реакция на растворимый белок.

1. Укажите предварительный диагноз, степень тяжести заболевания
2. Составьте план обследования для уточнения диагноза.
3. С какими заболеваниями в данном случае следует проводить дифференциальный диагноз.

Кейс задачи к разделу 2.Частная хирургия X семестр.

Тема 2.1. Заболевания поджелудочной железы.

1. Вратарь, 22 лет, получил сильный удар мячом в эпигастральную область. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Он бледен. Выражен акроцианоз. Покрыт липким потом. Пульс слабого наполнения, 140 ударов в 1 минуту. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина—Блюмберга здесь слабо выражен. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Эритроцитов 4,5□10 12, Hb — 140 г/л. Диастаза 1024 ед (по Вольгемуту) .

Ваш диагноз? Как верифицировать диагноз? Тактика лечения? Оформите лист назначений.

2. В отделение поступила больная, 52 лет. Накануне обильно поужинав, утром ощутила резчайшие боли в эпигастральной области опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура 37,3°С. Расстройств мочеиспускания нет. Стул задержан. Газы не отходят. Раньше ни чем не болела. Доставлена через 2 часа.

3. При осмотре состояние тяжелое. Больная бледная. Выражен акроцианоз. Кожа больной покрыта холодным потом. Пульс 140 ударов в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительные. Лейкоцитов 12,0□10 9 /л. Диастаза мочи 1024 ед (по Вольгемуту) . При УЗИ желчный пузырь 35□18 мм, конкрементов нет; поджелудочная железа не визуализирована; патологии печени, почек, селезенки, холедоха не выявлено.

Ваш диагноз и тактика лечения?

4. У больной, 49 лет, после приема 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 ед.. 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 (по Вольгемуту) .

Ваш диагноз и тактика лечения?

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

Каким образом следует расценить течение заболевания и какова должна быть тактика лечения?

6. Больная, 49 лет, поступила в клинику по поводу острого панкреатита. Комплекс консервативных мероприятий не дал эффекта. Состояние ухудшилось. Решено было больную оперировать. При ревизии был констатирован отек поджелудочной железы. Общий желчный проток расширен. Желчный пузырь напряжен, с трудом опорожняется, в нем прощупываются камни.

В чем заключается оперативное пособие непосредственно на поджелудочной железе? Необходимо ли вмешательство на желчных путях?

7. При постановке диагноза у больной, 58 лет, поступившей в клинику в порядке оказания экстренной помощи, были значительные затруднения. Одни высказывались за перфоративную язву желудка, другие за перфорацию желчного пузыря, третьи— за острый панкреатит. Поскольку явления раздражения брюшины были ярко выражены, решено было больную срочно оперировать. Как только была произведена лапаротомия, всем заинтересованным лицам стало ясно, что имеет место острый панкреатит.

Какие признаки по вскрытии брюшины заставили убедиться в данном диагнозе?

8. Больной, 41 г., был госпитализирован в плановом порядке в хирургическое отделение клинической больницы с жалобами на боли в эпигастральной области. Болен в течение двух лет. За год до поступления в одной из больниц произведено наружное дренирование многокамерной нагноившейся кисты поджелудочной железы. После операции периодически возникали боли в эпигастрии, что сопровождалось гипертермией. При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. В эпигастрии слева от средней линии прощупывалось опухолевидное образование диаметром около 6 см. При клиническом и специальном исследовании, включая рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, гастродуоденоскопию и селективную целиако- и мезентерикографию, установлен диагноз хронического рецидивирующего панкреатита, кисты головки поджелудочной железы. Больному были определены показания к операции. При операции обнаружено, что тело и хвост поджелудочной железы обычной величины и консистенции, головка значительно уплотнена, при пункции ее жидкости не получено, срочная биопсия — склероз и хроническое воспаление железы. Обнаружено кистозное образование диаметром до 12 см, содержащее желтоватую жидкость, соединяющееся с головкой железы и растущее книзу, раздвигая брыжейку поперечной ободочной кишки.

Выберете оптимальный объем оперативного вмешательства.

9. Больной , 30 лет, поступил в клиническую больницу в плановом порядке с жалобами на приступообразные боли в верхней половине живота с опоясывающей иррадиацией, поносы, похудание на 8 кг за год. Болен в течение трех лет. За это время 18 раз госпитализировался по поводу острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. При обследовании, включая рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта, ультразвуковую эхографию, селективную целиакографию, установлен диагноз хронического рецидивирующего алкогольного панкреатита, кисты головки

поджелудочной железы. При операции обнаружена интрапанкреатическая киста диаметром до 8 см в головке поджелудочной железы, тело и хвост железы увеличены, каменистой плотности. При цистопанкреатикографии полости кисты сообщаются с главным панкреатическим протоком, который в дистальной части тела резко сужен.

Какой объем оперативного вмешательства будет в данной ситуации наиболее рационален?

10. Больной , 47 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, плохой сон, слабость. На протяжении последних 2 лет у больного трижды наблюдались приступы болей в области правого подреберья, сопровождавшиеся повышением температуры до 39° С, неинтенсивной желтухой. После очередного приступа за два месяца до последней госпитализации желтуха прошла, но кожный зуд стойко держался.

При обследовании: желтухи нет, край печени на 3 см ниже реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. При дуоденографии отмечен стеноз в области вертикальной части двенадцатиперстной кишки, дефект наполнения протяженностью около 5 см по внутренней стенке кишки с резкой деформацией окружающих складок слизистой оболочки. Дуоденоскопия: на внутренней стенке вертикальной части имеется опухолевая инфильтрация.

Ваш диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить? Какая операция показана в этом случае?

11. Больная, 75 лет, считает себя больной около двух месяцев, когда стала отмечать слабость, анорексию, тошноту, тупые боли в правом подреберье, похудание. Через месяц выявились желтуха, прогрессирующий кожный зуд. Была госпитализирована в инфекционную больницу с подозрением на гепатит. После двухнедельного обследования диагноз вирусного гепатита был исключен и больная переведена в хирургическую клинику с диагнозом механическая желтуха. Из анамнеза выяснено, что больная шесть месяцев назад перенесла трансмуральный инфаркт миокарда. При физикальном обследовании обнаружены признаки сердечной недостаточности (отеки нижних конечностей и увеличенная печень) . При УЗИ визуализируется увеличенная печень умеренно повышенной эхогенности и однородной эхоструктуры с расширенными внутрипеченочными венами, и определяются признаки дистального блока холедоха. При папиллоскопии с биопсией диагностирована скиррозная аденокарцинома большого дуоденального сосочка. Билирубин 196 мкмоль/л.

Определите сроки и объем предоперационной подготовки и обоснуйте рациональный объем оперативного вмешательства.

12. Больной, 39 лет, экстренно госпитализирован на 2-е сутки от начала заболевания, которое возникло внезапно, через час после провоцирующей пищевой нагрузки (жир, пряности, сдобное тесто, алкоголь) и характеризовалось нарастающей болью в эпигастрии и левом подреберье с распространением на поясничную область. Вскоре боль стала очень сильной, почти нестерпимой, присоединилась многократная рвота (первоначально желудочным, а затем дуоденальным содержимым) . Больной был госпитализирован с диагнозом «высокая кишечная непроходимость». Объективно. Общее состояние средней тяжести, больной стонет, мечется и просит о помощи; несколько негативен, эйфоричен. Кожа лица и туловища бледная, влажная; выявляется акроцианоз. Одышка (30 дыханий в минуту) . Дыхание ослаблено, но хрипы не выслушиваются. Пульс частый, слабый, неполный— 120 ударов в минуту, АД—90/75 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Спинка языка сухая, обложена зеленовато-серым налетом. Живот умеренно и неравномерно вздут (преимущественно в эпигастральной области) ; верхние отделы в акте дыхания участвуют ограниченно. Перистальтические шумы не выслушиваются; выявляются равномерный тимпанит и укорочение перкуторного звука над правым латеральным каналом. При пальпации выявляется болезненность в правой половине живота и эпигастрии. Очаг наибольшей болезненности концентрируется в эпигастральной области. Здесь же при попытке более глубокой пальпации определяется защитное напряжение мышц. В других отделах живот мягкий, умеренно болезненный, причем болезненность несколько усиливается при отнятии руки. Желчный пузырь и край печени из-за болезненности этой области пальпировать не удается, перкуторно область печеночной тупости не увеличена. Селезенка не пальпируется. Симптом Щеткина отрицателен. Почки пальпи-

ровать не удается. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. При ректальном исследовании дополнительной информации не получено. Стула не было 2 суток, газы в последние сутки не отходили. Температура тела 37,1 °С. Гемограмма: эр. 5,0□1012 л; Hb 140 г/л; лейкоциты 12,0□10 9/л; формула— в пределах нормы, лимфоцитопения (0,4-109/л) ; СОЭ 10 мм/ч. Рентгенологически обнаружено небольшое скопление жидкости в левом плевральном синусе и изолированное вздутие поперечной ободочной кишки. Диастаза 1024 ед (по Вольгемуту) .

Сформулируйте диагноз, оформите лист назначений. Какие необходимы инструментальные методы исследования для верификации диагноза?

13. Больной, 39 лет, экстренно госпитализирован на 2-е сутки от начала заболевания, которое возникло внезапно, через час после провоцирующей пищевой нагрузки (жир, пряности, сдобное тесто, алкоголь) и характеризовалось нарастающей болью в эпигастрии и левом подреберье с распространением на поясничную область. Вскоре боль стала очень сильной, почти нестерпимой, присоединилась многократная рвота (первоначально желудочным, а затем дуоденальным содержимым) . При физикальном обследовании больного диагностирован острый панкреатит. Была исследована активность α-амилазы, уровень которой оказался повышенным как в крови (98 г/час □ л) , так и а моче (178,2 г/час □ л) . Активность липазы и трипсина в крови так же повышена. Предварительный диагноз: острый панкреатит, прогрессирующее течение; клинико-морфологическая форма неясна; предположительно—геморрагический панкреонекроз.

После правосторонней околопочечной новокаиновой блокады произведена катетеризация правой подключичной вены и начато вливание литической смеси с добавлением реополиглюкина, гепарина, эуфиллина и контрикала, сандостатина.

В эндоскопической операционной под местным обезболиванием в сочетании с НЛА выполнена лапароскопия. В брюшной полости обнаружено значительное количество геморрагического выпота с высокой активностью α-амилазы, липазы и трипсина. Брюшина гиперемирована, с множественными очажками жирового некроза, желудок оттеснен кпереди, геморрагический отек желудочно-ободочной связки и очаговые кровоизлияния на большом сальнике; желчный пузырь увеличен, не напряжен, гиперемирован; кишечник умеренно вздут.

Сформулируйте диагноз и определите дальнейшую лечебную тактику. Какие методы экстракорпоральной детоксикации в данном случае возможны?

14. Больная Л., 66 лет, экстренно госпитализирована в 1-е сутки от начала заболевания с жалобами на боль в верхней половине живота с иррадиацией в поясницу, нарастающую тошноту, четырехкратную рвоту, сухость во рту, общую слабость. Ранее, 2—3 года назад, наблюдался приступ болей в правом подреберье, которые исчезли после приема спазмолитиков. Госпитализирована с диагнозом «холецистопанкреатит». При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Обращали на себя внимание гиперемия лица, опережение пульса по отношению к субфебрильной (37 °С) температуре на 30 в минуту, сухость языка. Определялась локальная болезненность в эпигастральной области, в левом подреберье. Положителен симптом Мейо — Робсона. Гемограмма: нейтрофильный лейкоцитоз (10,0□10 9 /л) , лимфоцитопения. Активность α-амилазы в крови 48 г/(час□л) , в моче— 168 г/(час□л) . Предварительный диагноз: острый панкреатит со склонностью к абортивному течению (отечная форма) .

А. Обоснуйте объем и состав консервативной терапии.

Состояние больной после назначенного Вами лечения улучшилось, боль стихла. Однако через 12 ч появились признаки прогрессирования заболевания: усилилась боль в эпигастрии, повторилась рвота, стали нарастать симптомы панкреатогенной токсемии. Под местным обезболиванием выполнено лапароскопическое исследование, при котором обнаружен желтоватый ферментосодержащий выпот в подпеченочном пространстве, а также другие косвенные признаки острого панкреатита.

Б. Сформулируйте диагноз и определите лечебную тактику.

15. К Вам в палату была госпитализирована больная с диагнозом «Жировой медленно прогрессирующий панкреонекроз». Проведенное Вами лечение оказалось эффективным, и симп-

томы заболевания регрессировали. При обследовании больной выявлен хронический калькулезный холецистит с нарушением сократительной функции желчного пузыря, хронический дуоденопапиллит с явлениями желчной гипертензии.

Каков будет Ваш окончательный диагноз? Какая будет хирургическая тактика?

16. Больной, 42 лет, экстренно госпитализирован на 2-е сутки от начала заболевания с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. В анамнезе злоупотребление алкоголем. Состояние средней тяжести. Гиперемия лица. Пульс 112 в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Язык сухой. Живот умеренно вздут, напряжен и болезнен в эпигастральной области и правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. Кишечные шумы выслушиваются. Гемограмма: лейкоцитоз 12,3□10 9 /л, лимфоцитопения. Активность амилазы мочи 512 ед. (по Вольгемуту) . Предварительный диагноз: острый панкреатит со склонностью к абортивному течению (отечная форма) . После проведения комплексного неотложного лечения состояние быстро улучшилось: стихли боли, прекратилась рвота. Активность амилазы мочи снизилась до 64 ед. (активность амилазы крови не исследовалась) . На следующий день обращали на себя внимание лишь гиперемия лица и тахикардия — 90 в минуту. Консервативное лечение было продолжено. С ночи 3-го дня вновь начали нарастать боли в эпигастрии, а затем по всему животу. Повторилась рвота. С утра повторно проведен комплекс неотложной терапии с хорошим эффектом в течение 6 ч, после чего отмечены нарастание панкреатогенной токсемии и появление признаков перитонита в правой половине живота. При экстренном лапароскопическом исследовании обнаружено скопление мутного желтовато-зеленоватого выпота в правом латеральном канале. Желчный пузырь не виден, так как подпеченочное пространство занято инфильтрированным и гиперемированным большим сальником. Множественные очажки жирового некроза обнаружены преимущественно на большом сальнике и париетальной брюшине правого латерального канала.

Как Вы сформулируете диагноз? Обоснуйте дальнейшую лечебную тактику.

17. Больной, 50 лет, госпитализирован на 4-е сутки от начала заболевания с диагнозом: инфаркт миокарда. Переведен из блока интенсивной кардиологической терапии в крайне тяжелом состоянии. Бледность, акроцианоз, меняющаяся мраморная окраска кожи туловища. Одышка (38—40 дыханий в минуту) . Пульс 120 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД нестабильно: от 80 и 60 до 115 и 80 мм рт. ст. Язык сухой, живот вздут, резко болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина положительный, перистальтические шумы не выслушиваются, притупление перкуторного звука над латеральными каналами живота. Гемограмма: лейкоцитоз (11,6□10 9 /л) , лимфоцитопения. Активность амилазы в крови 5,1 г/(час □ л) , в моче 8 г/(час □ л) . Диагноз (уточнен в процессе специального обследования) : геморрагический субтотальный левосторонний панкреонекроз, панкреатогенный перитонит, шок I—II степени. Проведены диагностические и лечебные мероприятия: внутривенная инфузионно-трансфузионная терапия, включающая ингибиторы и сандостатин, лапароскопия и дренирование брюшной полости с последующей ее перфузией, целиакография с последующей региональной внутриартериальной инфузионной терапией, дренирование грудного протока. К 3-м суткам, от начала лечения и 7-м суткам от начала заболевания больной был выведен из состояния панкреатогенной токсемии и шока. Перед извлечением катетера из чревной артерии произведена ангиография. Кровообращение в зоне тела и хвоста поджелудочной железы отсутствует.

Ваша дальнейшая тактика?

18. Вы являетесь лечащим врачом пятидесятилетнего пациента, которому две недели назад была выполнена операция корпорокаудальная панкреатэктомия с подведением к культе поджелудочной железы инжекторных дренажей и резиново-марлевого тампона. Интаоперационный диагноз был сформулирован следующим образом: геморрагический субтотальный левосторонний панкреонекроз, панкреатогенный перитонит, шок I—II степени.

Тампон был удален на 9 сутки. В течение 2 недель по дренажам ежесуточно выделялось до 200 мл серозно-геморрагической жидкости с хлопьями и осадком. По извлечении дренажей сформировался наружный панкреатический свищ, по которому отделялось до 150 мл панкреатического сока за сутки.

Ваша лечебная тактика?

19. Больной, 29 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на уменьшение массы тела на 27 кг за два года болезни, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в поясницу. Неоднократно лечился в различных стационарах. Последние 2 месяца отмечает ухудшение общего состояния, повышение температуры тела по вечерам, полную потерю трудоспособности. Длительное время до болезни злоупотреблял алкогольными напитками.

При осмотре: истощен, масса тела 54 кг при росте 176 см. Глубокая пальпация живота позволила обнаружить в правом подреберье области плотное болезненное образование размером 6 х 6 см. При УЗИ обнаружено образование пониженной эхогенности с эффектом дистального усиления объемом 200 мл, расположенное в головке железы; признаки билиарной гипертензии – общий желчный проток до 15 мм шириной. Выполнена ретроградная панкреатография. Главный панкреатический проток проходим на всем протяжении, грубо деформирован.

Анализ крови: эритроциты - 4,0 □1012 /л; лейкоциты — 14,1□109/л; п — 28 %; с — 62%; СОЭ—27 мм/ч; общий белок—70 г/л; билирубин—7,7 мкмоль/л; тимоловая проба—4: ед.; АсАТ—20 ммоль/(ч-л) ; АлАТ—20 ммоль/(ч-л) .

Сформулируйте диагноз и выберите наиболее рациональное лечение.

20. После обильного приема пищи через 6 часов у больного появились нестерпимые боли в эпигастрии с иррадиацией в оба подреберья и подвздошные области, рвоты желчью, перестали отходить газы. Объективно: живот вздут, симптом Грюнвальда, укорочение перкуторного звука в отлогих местах живота, болезненность в точке Мейо-Робсона, положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При доставке в клинику отмечено: падение артериального давления до 80 и 50 мм рт. ст., нитевидный пульс, холодный липкий пот на лице; температура тела субфебрильная. Лейкоцитоз — 23,0□10 9 /л.

Наиболее вероятный диагноз? Диагностические и лечебные назначения?

21. Диагноз какого заболевания Вы поставите, если обнаружите у больного следующие симптомы: выраженную желтуху, прощупаете растянутый с гладкой поверхностью безболезненный желчный пузырь. Из анамнеза видно, что симптомы нарастают на протяжении последних полутора месяцев, острого болевого приступа в анамнезе не было.

22. Больной доставлен через 6 часов после внезапного начала болезни с острыми постоянными болями в правом подреберье. Отмечается иррадиация болей в поясничную область и правую лопатку. Объективно: Язык сухой, обложенный грязно-желтым налетом; пульс учащенный до 120 уд. в мин; температура тела 38,7°. При пальпации резкая болезненность и напряжение мышц брюшной стенки в верхней половине живота. Перистальтика кишечника отсутствует; при перкуссии живота — укорочение перкуторного звука в отлогих местах; положительный симптом Ортнера и симптом Щеткина. Лейкоцитоз 25,0□10 9 /л. Диагноз? Тактика врача?

23. Больной, 41 г., был госпитализирован в плановом порядке в хирургическое отделение клинической больницы с жалобами на боли в эпигастральной области. Болен в течение двух лет. За год до поступления в одной из больниц произведено наружное дренирование многокамерной нагноившейся кисты поджелудочной железы. После операции периодически возникали боли в эпигастрии, что сопровождалось гипертермией. При поступлении общее состояние больного удовлетворительное. В эпигастрии слева от средней линии прощупывалось опухолевидное образование диаметром около 6 см. При клиническом и специальном исследовании, включая рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, гастродуоденоскопию и селективную целиако- и мезентерикографию, установлен диагноз хронического рецидивирующего панкреатита, кисты головки поджелудочной железы. Больному были определены показания к операции. При операции обнаружено, что тело и хвост поджелудочной железы обычной величины и консистенции, головка значительно уплотнена, при пункции ее жидкости не получено, срочная биопсия — склероз и хроническое воспаление железы. Обнаружено кистозное образование диаметром до 12 см, содержащее желтоватую жидкость, соединяющееся с головкой железы и растущее книзу, раздвигая брыжейку поперечной ободочной кишки. Выберете оптимальный объем оперативного вмешательства.

24. Больной , 30 лет, поступил в клиническую больницу в плановом порядке с жалобами на приступообразные боли в верхней половине живота с опоясывающей иррадиацией, поносы, похудание на 8 кг за год. Болен в течение трех лет. За это время 18 раз госпитализировался по поводу острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. При обследовании, включая рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта, ультразвуковую эхографию, селективную целиакографию, установлен диагноз хронического рецидивирующего алкогольного панкреатита, кисты головки поджелудочной железы. При операции обнаружена интрапанкреатическая киста диаметром до 8 см в головке поджелудочной железы, тело и хвост железы увеличены, каменистой плотности. При цистопанкреатикографии полости кисты сообщаются с главным панкреатическим протоком, который в дистальной части тела резко сужен. Какой объем оперативного вмешательства будет в данной ситуации наиболее рационален?

25. Больной , 47 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, плохой сон, слабость. На протяжении последних 2 лет у больного трижды наблюдались приступы болей в области правого подреберья, сопровождавшиеся повышением температуры до 39° С, неинтенсивной желтухой. После очередного приступа за два месяца до последней госпитализации желтуха прошла, но кожный зуд стойко держался.

При обследовании: желтухи нет, край печени на 3 см ниже реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. При дуоденографии отмечен стеноз в области вертикальной части двенадцатиперстной кишки, дефект наполнения протяженностью около 5 см по внутренней стенке кишки с резкой деформацией окружающих складок слизистой оболочки. Дуоденоскопия: на внутренней стенке вертикальной части имеется опухолевая инфильтрация.

Ваш диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить? Какая операция показана в этом случае?

26. Вы являетесь лечащим врачом пятидесятилетнего пациента, которому две недели назад была выполнена операция корпорокаудальная панкреатэктомия с подведением к культе поджелудочной железы инжекторных дренажей и резиново-марлевого тампона. Интаоперационный диагноз был сформулирован следующим образом: геморрагический субтотальный левосторонний панкреонекроз, панкреатогенный перитонит, шок I—II степени.

Тампон был удален на 9 сутки. В течение 2 недель по дренажам ежесуточно выделялось до 200 мл серозно-геморрагической жидкости с хлопьями и осадком. По извлечении дренажей сформировался наружный панкреатический свищ, по которому отделялось до 150 мл панкреатического сока за сутки.

Ваша лечебная тактика?

27. Больной, 29 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на уменьшение массы тела на 27 кг за два года болезни, постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в поясницу. Неоднократно лечился в различных стационарах. Последние 2 месяца отмечает ухудшение общего состояния, повышение температуры тела по вечерам, полную потерю трудоспособности. Длительное время до болезни злоупотреблял алкогольными напитками.

При осмотре: истощен, масса тела 54 кг при росте 176 см. Глубокая пальпация живота позволила обнаружить в правом подреберье области плотное болезненное образование размером 6 х 6 см. При УЗИ обнаружено образование пониженной эхогенности с эффектом дистального усиления объемом 200 мл, расположенное в головке железы; признаки билиарной гипертензии – общий желчный проток до 15 мм шириной. Выполнена ретроградная панкреатография. Главный панкреатический проток проходим на всем протяжении, грубо деформирован.

28. Анализ крови: эритроциты - 4,0 □1012 /л; лейкоциты — 14,1□109/л; п — 28 %; с — 62%; СОЭ—27 мм/ч; общий белок—70 г/л; билирубин—7,7 мкмоль/л; тимоловая проба—4: ед.; АсАТ—20 ммоль/(ч-л) ; АлАТ—20 ммоль/(ч-л) .

Сформулируйте диагноз и выберите наиболее рациональное лечение.

29. Больной , 30 лет, поступил в клиническую больницу в плановом порядке с жалобами на приступообразные боли в верхней половине живота с опоясывающей иррадиацией, поносы, похудание на 8 кг за год. Болен в течение трех лет. За это время 18 раз госпитализировался по по-

воду острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. При обследовании, включая рентгеноскопию желудочно-кишечного тракта, ультразвуковую эхографию, селективную целиакографию, установлен диагноз хронического рецидивирующего алкогольного панкреатита, кисты головки поджелудочной железы. При операции обнаружена интрапанкреатическая киста диаметром до 8 см в головке поджелудочной железы, тело и хвост железы увеличены, каменистой плотности. При цистопанкреатикографии полости кисты сообщаются с главным панкреатическим протоком, который в дистальной части тела резко сужен.

Какой объем оперативного вмешательства будет в данной ситуации наиболее рационален?

30. Больной , 47 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на тяжесть в правом подреберье, кожный зуд, плохой сон, слабость. На протяжении последних 2 лет у больного трижды наблюдались приступы болей в области правого подреберья, сопровождавшиеся повышением температуры до 39° С, неинтенсивной желтухой. После очередного приступа за два месяца до последней госпитализации желтуха прошла, но кожный зуд стойко держался.

При обследовании: желтухи нет, край печени на 3 см ниже реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. При дуоденографии отмечен стеноз в области вертикальной части двенадцатиперстной кишки, дефект наполнения протяженностью около 5 см по внутренней стенке кишки с резкой деформацией окружающих складок слизистой оболочки. Дуоденоскопия: на внутренней стенке вертикальной части имеется опухолевая инфильтрация.

Ваш диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить? Какая операция показана в этом случае?

31. Вы являетесь лечащим врачом пятидесятилетнего пациента, которому две недели назад была выполнена операция корпорокаудальная панкреатэктомия с подведением к культе поджелудочной железы инжекторных дренажей и резиново-марлевого тампона. Интаоперационный диагноз был сформулирован следующим образом: геморрагический субтотальный левосторонний панкреонекроз, панкреатогенный перитонит, шок I—II степени.

Тампон был удален на 9 сутки. В течение 2 недель по дренажам ежесуточно выделялось до 200 мл серозно-геморрагической жидкости с хлопьями и осадком. По извлечении дренажей сформировался наружный панкреатический свищ, по которому отделялось до 150 мл панкреатического сока за сутки.

Ваша лечебная тактика?

Тема 2.2. Диафрагмальные грыжи. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.

1. Больной И. 45 лет поступил в стационар с жалобами на жгучие боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне туловища вперед, икоту, срыгивание, повышенное слюнотечение. Болен в течение 2 лет. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычного цвета. Со стороны сердца и легких без патологии. Живот не вздут, мягкий, слабо болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. При фиброгастроскопии отмечены пролабирование слизистой желудка в пищевод, гастроэзофагеальный рефлюкс, зияние кардии. В абдоминальном отделе пищевода выявлена пептическая язва на фоне эрозивного эзофагита. При рентгенологическом исследовании пищевода и желудка с контрастированием в положении Тренделенбурга выявлены выхождение кардиального отдела желудка в грудную полость и затекание контраста из желудка в пищевод.

2. Какую лечебную тактику Вы выберете? Какое оперативное вмешательство показано при кардиальной грыже пищеводного отверстия диафрагмы?

3. У больного П. по ходу операции по поводу язвенного пилородуоденального стеноза обнаружена кардиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы, которое свободно пропускает 4 поперечных пальца; угол Гиса выпрямлен. Каковы Ваши дальнейшие действия?

4. У больной 50 лет после операции по поводу зоба при рвоте возникли резкая боль в правой половине грудной клетки, падение артериального давления, потеря сознания. Аускультативно дыхание в правой половине грудной клетки отсутствует. Срочно сделана плевральная пункция,

при которой выделились воздух и слизь с примесью крови и пищи. Каков диагноз? Что Вам следует предпринять?

Тема 2.3. Кишечная непроходимость. Спаечная болезнь.

1. 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 степени тяжести, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура тела нормальная, пульс 112 уд/мин. 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 слеза от пупка определяется овальной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут. Ваш диагноз и тактика лечения?

2. Больной 32 лет поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, однократную рвоту в начале заболевания. Осмотрен через 3 часа от начала заболевания. Общее состояние больного удовлетворительное. Язык суховат. Пульс 92 уд/мин. Температура нормальная. Живот вздут в области пупка, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Выслушиваются усиленные перистальтические шумы. В области вздутия пальпируется плотноэластическое образование. Положительный симптом Валя. Создается впечатление, что правая подвздошная ямка пуста, при ректальном исследовании - положительный симптом Обуховской больницы. Был скудный однократный стул вскоре после начала заболевания, газы не отходят. Дежурный врач поставил диагноз: острая кишечная непроходимость. Учитывая, что 2 года назад больной был оперирован по поводу острого аппендицита, а максимальная болезненность определяется в правой подвздошной области, он решил, что непроходимость спаечного характера и начал операцию, вскрыв брюшную полость по старому операционному рубцу в подвздошной области. Однако сращений в брюшной области не было, а слепую кишку на обычном месте врач не обнаружил. Какие ошибки допустил врач? Как следует продолжить операцию?

3. Больной 69 лет оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки, вызывающей частичную кишечную непроходимость. При ревизии выявлено, что опухоль размером 15*10 см, плотная, неподвижная, прорастает париетальную брюшину. Отмечается много метастазов в лимфатические узлы брыжейки и сальника. Как вы закончите операцию?

4. Больной 65 лет, поступил на 2-й день заболевания с жалобами на умеренные боли внизу живота, схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепённо. Больной страдает запорами, отмечает, что состояния, напоминающие настоящие боли, были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного удовлетворительное, температура нормальная, пульс 72 уд/мин. Язык обложен, влажен. Живот «перекошенный» - резко вздута правая половина, при пальпации мягкий, безболезненный, справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не прослушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии – высокий тимпанит. При ректальном исследовании – ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму – жидкость изливается обратно. Поставлен диагноз заворота сигмовидной кишки. Какая операция и в какие сроки должна быть произведена?

5. Мужчина 39 лет проснулся среди ночи от жестких болей в животе, постоянного характера, сопровождавшихся многократно повторяющейся рвотой. Через час после начала заболевания был госпитализирован в хирургический стационар. Состояние тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Пульс слабого наполнения, 112 уд/мин. Артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Температура нормальная. Больной беспокоен, все время меняет положение. 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. Ваш диагноз и действия?

6. Больной 40 лет, поступил в хирургическое отделение через 4 часа от начала заболевания с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после тяжелой физической работы, рвоту, вздутие живота, неотхождение газов. Общее состояние больного средней тяжести, он беспокоен, пульс 93 уд/мин, температура нормальная. При осмотре: живот вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста. Ваш диагноз и тактика лечения?

7. Больной 17 лет во время тяжелого физического напряжения почувствовал резкую боль внизу живота, через 10-15 мин боль значительно уменьшилась. Через 4 часа боль снова усилилась, распространилась по всему животу, появилось вздутие живота, была трижды рвота. Больной положил на живот грелку, которая несколько уменьшила боли, вскоре у него обильно отошли газы, был самостоятельным стул, после чего живот опал, боли прошли. Ночь больной провел спокойно, а утром снова появились сильные схваткообразные боли в животе, метеоризм, газы не отходили, не было стула, появилась рвота. Общее состояние больного в момент поступления (через сутки от начала заболевания) оставалось вполне удовлетворительным. Температура нормальная, пульс 76 уд/мин. Язык влажный. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной и паховой области, выслушиваются усиленные перистальтические шумы. Дежурный врач диагностировал острую кишечную непроходимость, поставил больному сифонную клизму, после которой обильно отходили газы и был стул, живот опал, перистальтика стала нормальной, боли прекратились, больной был отпущен домой, а на следующий день доставлен в больницу с явлениями острого разлитого перитонита. Что произошло с больным? В чем ошибки врача? Что нужно делать с больным?

8. Больной 56 лет, находящийся на лечении в терапевтическом отделении по поводу тяжелой формы нижнедолевой крупозной пневмонии слева, со 2-го дня заболевания стал жаловаться на распирающие тупые боли в животе, которые постепенно нарастали, вздулся живот. Появилась задержка стула, перестали отходить газы, появилась рвота, не вызвавшая облегчения. Температура тела 38 С, пульс 120 уд/мин. Живот вздут, мягкий, слегка болезненный при пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. При перкуссии высокий тимпанит. Свободная жидкость в животе не определяется. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен, в прямой кишке небольшое количество каловых масс. При рентгенологическом исследовании определяется большое количество газа в желудке, тонком и толстом кишечнике, диафрагма стоит высоко, подвижность ее ограничена. Ваш диагноз и тактика лечения?

9. Больной 28 лет была произведена сложная гинекологическая операция 3 года назад. С тех пор было 5 приступов острой спаечной кишечной непроходимости. Все они сравнительно легко купировались после консервативных мероприятий. На этот раз приступ начался более резко и протекает значительно тяжелее предыдущих. Общее состояние больной тяжелое. Боли сильные, схваткообразные, локализуются внизу живота, многократная рвота. Больная беспокойна, меняет положение. Пульс 130 уд/мин. Артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. На общем фоне вздутия живота слева от пупка контурируется неперестальтирующая петля кишки. Почему клиническая картина непроходимости на этот раз отличается от предшествующих приступов? Какой тактики следует придерживаться?

10. 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. Какую операцию следует выполнить?

11. Больная 54 лет поступила в больницу через 6 часов с момента появления схваткообразных болей в околопупочной области. Отмечена задержка стула и газов. Ранее перенесла холецистэктомию из верхнесрединного доступа и аппендэктомию. Живот мягкий, вздутый, болезненный при пальпации в околопупочной и правой подвздошной областях. Шума «плеска», признаков свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено, при пальцевом исследовании ампула прямой кишки оказалась свободной, безболезненной. На обзорной рентгенограмме отмечена пневматизация восходящей ободочной кишки. Каковы диагноз и лечебная тактика?

12. Больной 56 лет госпитализирован через 8 часов с начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в околопупочной области, возникшие после физической нагрузки, задержку стула и газов. Живот мягкий, в околопупочной области вздутый. В правой подвздошной области отмечается западение. На рентгенограмме видна вздутая слепая кишка с горизонтальным уровнем жидкости. Каковы диагноз и тактика хирурга?

13. У больной 42 лет появились схваткообразные боли в низу живота, многократная рвота. Состояние пациентки тяжелое: она возбуждена, язык сухой, живот вздутый, мягкий, слева от пупка контурируется перистальтирующая петля кишки. Ранее оперирована по поводу рака матки. После операции было 6 приступов острой кишечной непроходимости, которые разрешались после консервативных мероприятий. Каковы диагноз и тактика ведения больной?

14. Больной 64 лет поступил в стационар через 16 часов после возникновения схваткообразных болей в низу живота с жалобами на задержку стула и газов, тошноту, однократную рвоту. Страдает запорами в течение 8 лет. Живот вздут, асимметричен за счет выбухания его верхних отделов справа. Левая подвздошная область пустая. Симптомы Склярова и «Обуховской больницы» положительны. Каковы диагноз и действия хирурга?

15. Больной Б. 72 лет поступил в стационар через 16 часов с момента заболевания с клиникой острой кишечной непроходимости. В анамнезе желчнокаменная болезнь. Консервативное лечение эффекта не дало. При операции выявлены холецистодуоденальный свищ и обтурация двенадцатиперстной кишки желчным камнем. Какой должна быть тактика хирурга?

16. Больная Ю. 34 лет поступила в стационар с жалобами на резкие боли в верхней половине живота и обильную рвоту с примесью желчи. Заболевание связывает с обильным приемом пищи. При рентгеноскопии желудка отмечена задержка эвакуации контраста из двенадцатиперстной кишки в вертикальном положении и ее улучшение в положении лежа на животе. Каковы диагноз и дальнейшие действия хирурга?

17. Больная П. 23 лет доставлена через 3 часа после того, как с суицидальной целью проглотила вязальную спицу 12х0,3 см. Жалоб не предъявляет. Живот мягкий, при глубокой пальпации в эпигастральной области болезненный, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. На обзорной рентгенограмме в желудке виден металлический предмет. Что следует предпринять в этом случае?

18. Больной К. 64 лет поступил в стационар через 16 часов после возникновения схваткообразных болей в низу живота с жалобами на задержку стула и газов, тошноту, однократную рвоту. Страдает запорами в течение 8 лет. Живот вздут, асимметричен за счет выбухания его верхних отделов справа. Левая подвздошная область пустая. Симптомы Склярова и «Обуховской больницы» положительны. Каковы диагноз и действия хирурга?

19. 8-месячный ребенок доставлен через 3 часа после возникновения схваткообразных болей в брюшной полости. В течение 2 суток отмечался частый жидкий стул с примесью крови и слизи. Живот мягкий, вздутый, в правой подвздошной области пальпируется болезненное колбасовидное образование. При ректальном обследовании выявлены расширенная ампула прямой кишки, слизь, кровь. Каковы диагноз и тактика хирурга?

20. Больной Р. 56 лет госпитализирован через 8 часов с начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в околопупочной области, возникшие после физической нагрузки, задержку стула и газов. Живот мягкий, в околопупочной области вздутый. В правой подвздошной области отмечается западение. На рентгенограмме видна вздутая слепая кишка с горизонтальным уровнем жидкости. Каковы диагноз и тактика хирурга?

21. Больной, 64 лет, поступил в хирургическое отделение дежурной больницы с диагнозом острого аппендицита. Заболевание началось остро за 17 часов до поступления. Появились умеренные боли схваткообразного характера внизу живота. Данные физикального обследования четкого представления о заболевании не дали. Ввиду неясного диагноза за больным установлено наблюдение. Через 20 часов с момента поступления произведена лапароскопия с предположительным диагнозом острого аппендицита. Под местной анестезией произведен прокол брюшной стенки в левой подвздошной области, в брюшную полость введено 2200 см3 воздуха. Троакар и лапароскоп введены в соответствии с нижней левой точкой Калька. В брюшной полости обнаружено довольно значительное количество геморрагического выпота. В правой половине живота найдена петля тонкой кишки длиной примерно 30—40 см, ярко-красного цвета, с резко отечной, утолщенной стенкой, без признаков перистальтики на измененном участке. Имеются утолщения брыжейки, кровоизлияния в ней. Сформулируйте диагноз и определите хирургическую тактику.

22. 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 показала, что непроходимость вызвана опухолью слепой кишки. Видимых метастазов не определяется. Опухоль размером 10□8 см, подвижна. Ниже ее кишечник находится в спавшемся состоянии, а тонкий кишечник резко растянут, переполнен кишечным содержимым и газами. Какое оперативное пособие вы изберете в данном случае?

23. 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. Какую операцию следует выполнить больному?

24. Больному 51 года выполняют операцию спустя 17 ч с момента начала заболевания. При ревизии органов брюшной полости был обнаружен некроз 4 м тонкой кишки, разлитой перитонит. Диагностирована эмболия ствола верхней брыжеечной артерии. Состояние больного крайне тяжелое, но артериальное давление удерживается на цифрах 90 и 60 мм рт. ст. Определите объем оперативного вмешательства.

25. У ребенка, 3 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, пожав плечами, 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 ударов в минуту. Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. При ректальном исследовании патология не определяется, на пальце, извлеченном из заднего прохода, видна кровь. В общем анализе крови лейкоцитов 10,2х10 9 /л. Какова должна быть тактика врача скорой помощи при первой встрече с больным? Ваш предположительный диагноз? Какое уточняющее диагноз исследование следует предпринять?

26. У мальчика, 12 лет, поставлен диагноз: «Илео-цекальная инвагинация». С момента начала заболевания прошло 10 часов. Общее состояние больного вполне удовлетворительное. Общий анализ крови и мочи в пределах нормы. Какова должна быть лечебная тактика?

27. Больная, 46 лет, четвертый раз оперируется в ночное время по поводу острой спаечной кишечной непроходимости, которой страдает в течение 6 лет. В свободную брюшную полость удалось войти с большими трудностями из-за распространенного спаечного процесса. После разделения большого числа спаек было обнаружено, что часть тонкой кишки (до 70- 80 см) и сальника спаяны в плотный конгломерат. Состояние больной перед операцией было средней тяжести. Что он должен сделать оперирующий хирург во время операции?

28. Больная, 66 лет, была доставлена бригадой «Скорой помощи» через 10 часов от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошноту и рвоту. Из анамнеза известно, что больная около 10 лет страдает желчнокаменной болезнью. Ранее при УЗИ был обнаружен крупный конкремент в желчном пузыре. Больная дважды госпитализировалась в дежурный хирургический стационар с диагнозом острый калькулезный холецистит. От оперативного лечения отказывалась. Двадцать лет назад перенесла аппендэктомию. Объективно. Общее состояние больной средней степени тяжести. Кожа и склеры обычной окраски. Пульс 92 в мин. Язык суховат. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правом подреберье и мезогастрии. Перитонеальных симптомов нет. «Шум плеска» не определяется. Свободная жидкость в животе не определяется. Перистальтика несколько усилена. При перкуссии высокий тимпанит. При ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен, в прямой кишке небольшое количество каловых масс. При УЗИ печень не увеличена; желчный пузырь, поджелудочная железа не визуализируются; почки, селезенка в пределах нормы. В общем анализе крови лейкоцитов 9,6□10 9/л. При рентгенологическом исследовании определяется вздутие желудка, тонкой кишки. При исследовании пассажа бария отмечается задержка контраста в дистальных отделах тонкой кишки. Ваш диагноз и тактика лечения?

29. В приемное отделение дежурного хирургического стационара доставлен БОМЖ через три часа от начала заболевания. Незадолго до заболевания обильно поел после голодания в течение нескольких дней. Через несколько часов после приема пищи 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 ударов в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в мезогастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Пальпаторно никаких образований не определяется. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически «чаши Клойбера», не определяются. Какое заболевание можно заподозрить у больного? Как Вы верифицируете диагноз? Ваша лечебная тактика в данной ситуации?

Тема 2.4. Заболевания и повреждения пищевода.

1. У больного П. 43 лет при обследовании выявлена ахалазия кардии III – IV стадий по Петровскому. Какую тактику Вы выберете?
2. У больного М. через 3 года после ожога пищевода уксусной эссенцией сформировалась полная его облитерация. Какая операция показана пациенту?
3. При рентгенографии пищевода больного И. выявлена эксцентрически расположенная стриктура среднегрудного отдела пищевода. Какая методика бужирования показана?
4. В клинику поступил больной с жалобами на боли за грудиной, связанные с приемом пищи, срыгивание, затрудненное прохождение пищи. Болен в течение 2 лет. При рентгеноскопии и эндоскопии пищевода выявлен дивертикул в среднегрудном отделе диаметром 3 см с устьем диаметром до 1 см с признаками дивертикулита. Какова тактика хирурга?

Тема 2.5. Заболевания щитовидной железы.

1. Больная 30 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы: расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс 115 уд./мин. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 3 степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Лечебная тактика?
2. У больной 30 лет выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2х2 см. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Лечение?

3. На 2-й день после операции по поводу диффузного токсического зоба у больного внезапно появилось двигательное и психическое возбуждение, тахикардия 130 уд./мин, температура тела 39,8 С. Диагноз?

4. Больной 35 лет произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. На следующий день появились жалобы на слабость, затруднение глотания, распирающие боли в левой половине шеи. Снята повязка. При осмотре обнаружена выраженная припухлость левой половины шеи мягкой консистенции. Из раны небольшое кровянистое отделяемое. Тактика?

5. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции отмечаются парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение "мурашек". Затем появился симптом "руки акушера", боли в мышцах предплечий. Какое осложнение можно предположить у больной

6. Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. Отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании. Диагноз

7. Больная 25 лет при поступлении в отделение жалуется на общую слабость, быстрые смены настроения, раздражительность, плаксивость, утомляемость. Беспокоит также опухолевидное образование на передней поверхности шеи. При осмотре: увеличение обеих долей щитовидной железы 3 ст., положительные глазные симптомы. Тахикардия 120 уд./мин. При пальпации щитовидная железа эластичной консистенции, диффузно увеличены обе доли. Диагноз?

8. Больная 30 лет поступила с жалобами на боли при глотании и увеличение левой доли щитовидной железы. Из анамнеза известно, что недавно больная перенесла фолликулярную ангину. При осмотре: температура 38□ С, левая доля щитовидной железы увеличена, уплотнена, болезненна. Пульс □1Задача уд./мин. В анализе крови: лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ □ 30 мм/час. Основной обмен 25%. Диагноз?

9. Больной 45 лет был прооперирован по поводу гипертиреоидного зоба. Сразу же после операции появилась осиплость голоса. Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного?

10. Больная 30 лет поступила с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, которое появилось 5 лет назад и с тех пор медленно увеличивалось. В левой доле щитовидной железы при пальпации определяется плотное образование с гладкой поверхностью размерами 8х5 см, безболезненное. Пульс 78 уд./мин. Основной обмен 10%. Какое лечение показано этой больной?

11. У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5х3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные. Диагноз?

12. Больной 40 лет заболел остро: озноб, слабость, затруднение глотания, боли в области шеи с иррадиацией в уши, голову, усиливающиеся при поворотах, температура 38 С. Больного беспокоит потливость. При пальпации щитовидная железа увеличена, болезненна, не спаяна с окружающими тканями, уплотнена, флюктуирующих участков нет. Подчелюстные, шейные лимфоузлы не увеличены. В анализе крови: СОЭ до 21 мм/ч, относительный лимфоцитоз. При исследовании накопления йода щитовидной железой на сканограмме участки просветления, накопление понижено. Диагноз?

13. Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен – 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5х5 см с четкими границами. Какое дополнительное исследование необходимо для уточнения диагноза?

14. Какой метод диагностики следует избрать как наиболее исчерпывающий при подозрении на малигнизацию узлового зоба?

15. У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3х4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. Как радикально лечить больную?

16. Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен +30%. При рентгеноскопии в переднем средостении образование округлой формы 5х5 см с четкими контурами. Легочная ткань прозрачна. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

17. При биохимическом исследовании крови выявлены: гиперкальциемия, гипофосфатемия. При рентгенологическом исследовании обнаружен остеопороз костей. Стернальная пункция без особенностей. Диагноз?

18. При выявлении солитарного узла в щитовидной железе показано:

19. У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами, 8 см в диаметре, смещающая трахею вправо. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции. Ваш диагноз?

20. У больной 35 лет через двое суток после субтотальной резекции щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба появились онемение кончиков пальцев рук, скованность в конечностях, подрагивание мышц лиц. Диагноз?

21. Женщина 34 лет больна 2 года. При клиническом исследовании выявлены признаки тиреотоксического зоба в легкой форме. Щитовидная железа увеличена до 2-й степени. В правой доле определяется узел до 4 см. Результаты сканирования показали наличие в правой доле «холодного узла» размером 4 х 4 см. Функция остальной ткани повышена. Каковы клинический диагноз, тактика лечения и объем оперативного вмешательства?

22. Больная Н. 41 года предъявляет жалобы на сильные боли и припухлость в области передней поверхности шеи, слабость, повышенную температуру (до 38 ºС) . Больна 2 месяца. За короткое время зоб значительно увеличился в размерах. При пальпации определяется уплотнение щитовидной железы. Лимфоузлы не увеличены. Пульс 100 в мин, АД 150 и 80 мм рт. ст.. Каковы предварительный диагноз, план обследования и лечения?

23. Больная П. 43 лет поступила в клинику с жалобами на раздражительность, дрожание пальцев рук, значительную потерю массы за короткий срок. Общее состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожные покровы бледно-розового цвета. Пульс 96 в мин, АД 170 и 100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, при аускультации в легких прослушивается жесткое дыхание, со стороны органов брюшной полости патология не выявлена. На передней поверхности шеи определяется образование, которое смещается при глотании. При пальпации обнаружено, что щитовидная железа диффузно увеличена, безболезненна. Основной обмен – +30 %. Каков Ваш диагноз?

24. В больницу поступил пациент с клиникой мочекаменной болезни. Болен в течение 10 лет. При обследовании выявлены желчнокаменная болезнь, хронический калькулезный панкреатит и рубцовая деформация двенадцатиперстной кишки. В анализах крови снижение уровня кальция, резкое повышение костной фракции щелочной фосфатазы, повышение уровня

фосфора. В анализе мочи выявлены гиперкальциурия и гиперфосфатурия. О каком заболевании может идти речь, учитывая указанные данные? Какие методы диагностики показаны для подтверждения диагноза?

25. У больного 56 лет с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, осложненной субкомпенсированным стенозом, сочетающейся с желчнокаменной болезнью и нефролитиазом, проведенное сканирование 10 % метионином, меченным 75Se, выявило наличие опухоли по передней поверхности шеи. Какое заболевание следует предположить? Каков порядок оперативных вмешательств?

Тема 2.6. Заболевания артерий.

1. Больная 50 лет жалуется на постоянные головные боли, головокружение, звон в ушах, кратковременную потерю сознания, «шаткую походку», снижение остроты зрения, двоение в глазах, ослабление мышечной силы в правой верхней конечности. АД на левой руке 130 / 70 мм рт. ст, на правой – 130 / 90 мм рт. ст. При панаортографии выявлена окклюзия атеросклеротической бляшкой устья брахиоцефального ствола. Дистальный магистральный кровоток сохранен. Какое оперативное вмешательство показано данной больной?

2. В хирургическое отделение поступил больной 46 лет с жалобами на боли в эпигастрии и мезогастрии, возникающие через 30 мин после приема пищи, сухость во рту, запоры. В анамнезе ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь. Объективно: живот не вздут, не напряжен, мягкий, болезненный в эпигастрии и мезогастрии. Опухолевидных образований не выявлено. При рентгенологическом исследовании выявлено замедление пассажа контраста по желудочно-кишечному тракту. Эндоскопически – атрофический гастродуоденит. На фоне лечения спазмолитиками состояние не улучшилось. Каков предварительный диагноз? Какие дополнительные инструментальные методы исследования необходимо провести для верификации диагноза?

3. У больного 23 лет, страдающего гипертонической болезнью, при аортографии выявлено циркулярное сужение устья левой почечной артерии. Каковы этиология сужения и тактика хирурга?

4. Больной 47 лет поступил в отделение с жалобами на общую слабость, головную боль, быструю утомляемость, нарушение функции зрения. Болен в течение 5 лет, консервативное лечение малоэффективно. При объективном исследовании акцент II тона на аорте, АД 210/120 мм рт. ст. Пульсация магистральных артерий отчетливая, шумов над сосудами не слышно. При ЭКГ – гипертрофия левого желудочка и признаки коронарной недостаточности. Каковы Ваш диагноз и тактика лечения?

5. Больная 17 лет обратилась с жалобами на постоянные головные боли, повышение АД. Консервативное лечение неэффективно. При осмотре АД 230 /150 мм рт. ст., над областью сердца и в проекции грудной и брюшной аорты грубый систолический шум, отсутствие пульсации левой лучевой и плечевой артерии. На реонграмме — снижение сосудистого и секреторного сегментов с обеих сторон. При аортографии контрастирование почек неравномерное, левая контурируется позже, размеры ее на 4 см меньше правой. Правая почечная артерия в начальном отделе сужена, далее – в виде «бус». Каков Ваш диагноз?

6. Больная 42 лет жалуется на упорные головные боли, сонливость, плохое зрение. Находится на диспансерном наблюдении по поводу гипертонической болезни в течение 14 лет, консервативное лечение неэффективно. АД упорно держится на высоких цифрах – 200 / 140–210 / 130 мм рт. ст. При осмотре обращают на себя внимание хорошо развитый верхний плечевой пояс и отставание в развитии нижних конечностей. Аускультативно над областью грудной клетки выслушивается грубый систолический шум. АД на нижних конечностях и пульсация магистральных сосудов не определяются. Каков диагноз? Какие дополнительные обследования необходимо провести?

7. У больного 45 лет отмечены признаки ишемии нижних конечностей. При обследовании обнаружено, что пульсация на бедренных артериях снижена, определяется систолический шум. Каковы диагноз, план обследования и лечение?

8. У больного 60 лет наблюдаются выраженные признаки ишемии левой голени, на артериограмме – блокада кровотока на уровне подколенной артерии, слабый периферический кровоток. Каковы диагноз и план лечения?

9. В клинику поступил больной 65 лет с гангреной стопы (поражены дистальные отделы) : пульсация на бедренной артерии не определяется. Каковы диагноз, план обследования и лечения?

10. В стационар поступил больной с гангреной первого пальца стопы и диабетом средней степени тяжести. Пульсация на периферических сосудах отчетливая. Каковы диагноз, план обследования и лечение?

11. Больную 40 лет в течение нескольких лет беспокоят боли в пальцах кистей, снижение мышечной силы, зябкость, периодическое появление язв. Объективно: кожные покровы кистей цианотичные, холодные, на ногтевой фаланге второго пальца язва размером 0,3 см, пульсация сосудов отчетливая. Каковы диагноз, план обследования и лечение?

12. Больной 35 лет длительно страдает заболеванием нижних конечностей, снижена толерантность к физической нагрузке. При поступлении в стационар отмечена гангрена ногтевой фаланги первого пальца левой стопы. Пульсация на сосудах конечности снижена. Каковы диагноз, план обследования и лечение?

13. Больная 57 лет жалуется на частые боли в эпигастральной области после приема пищи, чувство тяжести, дискомфорта. Рентгенологическое обследование желудочно-кишечного тракта патологии не выявило. Каковы диагноз и план лечения?

14. Больной 60 лет поступил в клинику через 3 часа после начала сильных болей в левой нижней конечности. Пульсация на левой бедренной артерии отсутствует, конечность холодная, кожа мраморно-цианотичного цвета. Каковы диагноз и характер оперативного вмешательства?

15. Больной 70 лет поступил в клинику в тяжелом состоянии через 8 часов от начала болей в нижних конечностях. Пульсация на бедренных артериях с обеих сторон не определяется, отмечены признаки ишемии конечностей. Каковы диагноз и метод операции?

16. Больной поступил в клинику на 3-и сутки от начала сильных болей в левой нижней конечности. Отмечены четкие признаки гангрены голени и стопы. Пульсация на бедренной артерии отсутствует. Каковы диагноз и план лечения?

17. У больного 75 лет в течение суток держится боль в правой нижней конечности. Отмечены нарастающая слабость мышц, нарушение чувствительности и функции правой нижней конечности. При обследовании пульсация на бедренной артерии не определяется, признаки ишемии выражены умеренно. Каковы диагноз и план лечения?

18. У больной 50 лет с клиникой ревматического порока сердца, мерцательной аритмии внезапно появились сильные боли в правой верхней конечности. Пульс на кубитальной артерии не определяется. Каковы диагноз и план лечения?

19. У больного 50 лет через 6 часов после эмболэктомии при исследовании крови обнаружены четкие признаки гиперкоагуляции. Какие препараты следует назначить в этом случае?

20. Больная 30 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, немотивированные колебания настроения. При осмотре обнаружено диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы. Положительные глазные симптомы расширение глазных щелей, редкое мигание. Пульс – 115 в минуту. В течение 2 лет периодически лечилась тиреостатическими препаратами без большого эффекта. Поставлен диагноз: диффузный зоб 3-й степени с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести. Лечебная тактика?

А) Срочная субтотальная струмэктомия.
Б) Лечение тиреостатическими препаратами.
В) Субтотальная резекция щитовидной железы после подготовки антитиреоидами.

Г) Лечение радиоактивным йодом.
Д) Гемиструмэктомия после подготовки

21. У больной 30 лет выявлено плотной консистенции опухолевидное образование в правой доле щитовидной железы размерами 2´2 см. Периферические лимфоузлы не увеличены. Данные радиоизотопного сканирования подтверждают диагноз: узловой эутиреоидный зоб. Лечение?

А) Резекция части доли щитовидной железы с узлом.
Б) Субтотальная струмэктомия.
В) Гемиструмэктомия.
Г) Вылущивание опухоли.
Д) Консервативное лечение

22. Больной 35 лет произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. На следующий день появились жалобы на слабость, затруднение глотания, распирающие боли в левой половине шеи. Снята повязка. При осмотре обнаружена выраженная припухлость левой половины шеи мягкой консистенции. Из раны небольшое кровянистое отделяемое. Тактика?

А) Пункция, отсасывание отделяемого.
Б) Снять швы, удалить сгустки, остановить кровотечение.
В) Гемостатическая терапия.
Г) Холод на левую половину шеи.
Д) Антибиотикотерапия.

23. У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции – парастезии в области кончиков пальцев рук, ощущения "мурашек". Затем появился симптом "руки акушера", боли в мышцах предплечий. Какое осложнение можно предположить у больной?

А) Гипотиреоидная реакция.
Б) Гипертиреоидная реакция.
В) Паратиреоидная недостаточность.
Г) Гиперпаратиреоидоз.
Д) Повреждение n.vagus.

24. Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость. Отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации щитовидной железы определяется узел с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании. Диагноз?

А) узловой токсический зоб
Б) рак щитовидной железы
В) киста щитовидной железы
Г) абсцесс щитовидной железы
Д) холодная аденома щитовидной железы

25. Больная 25 лет при поступлении в отделение жалуется на общую слабость, быстрые смены настроения, раздражительность, плаксивость, утомляемость. Беспокоит также опухолевидное образование на передней поверхности шеи. При осмотре увеличение обеих долей щитовидной железы 3 ст., положительные глазные симптомы. Тахикардия 120 в минуту. При пальпации щитовидная железа эластичной консистенции, диффузно увеличены обе доли. Диагноз?

А) Токсическая аденома.
Б) Диффузный токсический зоб.
В) Рак щитовидной железы.
Г) Струмит.
Д) Тиреоидит.

Тема 2.7. Заболевания вен нижних конечностей.

1. У женщины 58 лет появилось обильное кровотечение из поврежденного варикозно расширенного венозного узла на левой голени. В чем будет заключаться первая помощь? Каков дальнейший план лечения больной?

2. Больной С. 46 лет 10 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. За 3 дня до госпитализации появились боли в левой голени, которые постепенно нарастали. Передвижение причиняет боль. Температура поднялась до 37,8 °С. При осмотре по ходу большой подкожной вены левой голени определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно, пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа несколько инфильтрирована, гиперемирована, болезненна, отека на стопе и голени нет. Каковы диагноз и тактика лечения?

3. У больной гинекологического отделения на 10-е сутки после операции обнаружен острый тромбоз левой общей подвздошной вены. После тромбоза прошло 2 суток. Какое лечение вы назначите?

4. Больной Х. 53 лет поступил в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры тела до 38,5 °С. Болен в течение 3 дней. В первый день заболевания появились судорожные сокращения икроножных мышц, на второй день – боли, на третий – отек. Кожа правой стопы и голени гиперемированная, напряженная, лоснящаяся, окружность правой голени на 5 см больше левой. Движения вызывают сильную боль. При пальпации конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Каковы диагноз и лечение?

5. В ангиохирургическое отделение поступил больной с правосторонним илеофеморальным тромбозом. При динамическом наблюдении выявлено распространение отека с уровня бедра на переднюю брюшную стенку и на левую нижнюю конечность с расширением подкожной венозной системы. Какое осложнение развилось, какова лечебная тактика?

6. При обследовании у больного выявлена язвенная стадия посттромбофлебитического синдрома. Какие инструментальные методы диагностики необходимо провести?

7. У больной наступила реканализация вен. Какие операции показаны?

8. У больного варикозная стадия посттромбофлебитического синдрома. Составьте план операции.

9. У больной посттромбофлебитический синдром с наличием варикозно расширенных вен нижних конечностей. Оперативное лечение противопоказано. Какое лечение Вы назначите?

10. В хирургическом стационаре обследуется больная 47 лет по поводу рецидива варикозной болезни правой нижней конечности, развившегося через 3 года после операции. При переходе из горизонтального в вертикальное положение отмечается быстрое заполнение варикозно расширенных поверхностных вен. При ретроградной бедренной флебографии получено контрастирование устья большой подкожной вены и ее притоков.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Его опорные пункты
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для окончательной верификации диагноза, каковы предполагаемые результаты этих исследований?
3. Анатомо-физиологические особенности поражённого органа(ов) , имеющего отношение к данному конкретному случаю.
4. Сформулируйте окончательный диагноз по общепринятой классификации.
5. Сконструируйте схему патогенеза заболевания у Вашего больного.
6. Проведите диф. диагностику.
7. Какие особенности хирургического лечения у данного пациента, виды операций.
8. Какие возможные осложнения могут быть у данного пациента и тактика при них.

11. Больной 37 лет поступил в клинику с жалобами на отек левой нижней конечности, наличие трофической язвы левой голени. Из анамнеза известно, что 3 года назад после аппендэктомии

развился отек и цианоз левой нижней конечности, боли в паховой области. Проводилось лечение антикоагулянтами. Постепенно отек уменьшился, однако появились варикозно расширенные поверхностные вены в левой паховой области и нижней части живота. Год назад на медиальной поверхности голени открылась трофическая язва. Несмотря на проводимое консервативное лечение язва постоянно рецидивирует. При флебографическом исследовании глубокие вены правой нижней конечности реканализованы, определяется сброс крови из глубоких вен в поверхностные на уровне голени и стопы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Его опорные пункты
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для окончательной верификации диагноза, каковы предполагаемые результаты этих исследований?
3. Анатомо-физиологические особенности поражённого органа(ов) , имеющего отношение к данному конкретному случаю.
4. Сформулируйте окончательный диагноз по общепринятой классификации.
5. Сконструируйте схему патогенеза заболевания у Вашего больного.
6. Проведите диф. диагностику.
7. Какие особенности хирургического лечения у данного пациента, виды операций.
8. Какие возможные осложнения могут быть у данного пациента и тактика при них.

12. У больного 68 лет, перенесшего месяц назад обширный трансмуральный инфаркт миокарда, за 3 дня до поступления в хирургическую клинику появились боли в левой нижней конечности. При осмотре состояние больного тяжелое. Одышка в покое, пульс 96 ударов в минуту, мерцательная аритмия; печень выступает из-под реберного края на 5 см. Правая нижняя конечность пастозна. Отмечается значительный отек левой нижней конечности вплоть до паховой складки. Кожные покровы конечности цианотичны. На бедре усилен венозный рисунок. Пальпация левой паховой области и зоны проекции сосудистого пучка на бедре болезненна. При ретроградной илиокавографии получено изображение нижней полой вены и правой подвздошной вены. Левая подвздошная вена не контрастирована. В инфраренальном отделе нижней полой вены имеется центрально расположенный дефект контрастирования, связанный с устьем левой общей подвздошной вены.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Его опорные пункты
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для окончательной верификации диагноза, каковы предполагаемые результаты этих исследований?
3. Анатомо-физиологические особенности поражённого органа(ов) , имеющего отношение к данному конкретному случаю.
4. Сформулируйте окончательный диагноз по общепринятой классификации.
5. Сконструируйте схему патогенеза заболевания у Вашего больного.
6. Проведите диф. диагностику.
7. Какие особенности хирургического лечения у данного пациента, виды операций.
8. Какие возможные осложнения могут быть у данного пациента и тактика при них.

Тема 2.8. Гнойно-деструктивные заболевания легких. Хирургическая тактика при осложнениях. Эмпиема плевры.

1. Больной А. 47 лет находился на лечении с клиникой острого абсцесса нижней доли правого легкого. 5 мин назад появились сильные боли в правой половине грудной клетки, одышка. Больной

испуган, бледен, покрыт холодным потом. При перкуссии в правой половине грудной клетки определяется тимпанический звук, дыхание по всем легочным полям здесь же резко ослаблено. Каковы диагноз и Ваши действия?

2. Больной Б. 34 лет поступил с жалобами на кровохарканье до 40 мл в сутки, повышение температуры тела до 38 0С, одышку, кашель со слизисто-гнойной мокротой до 150 мл в сутки, боли в левой половине грудной клетки. Болен в течение 3 недель, находился на лечении в терапевтическом отделении. Состояние средней тяжести, несколько возбужден. Пульс 94 уд./мин, АД 160 и 80 мм рт. ст. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Над нижней долей – притупление перкуторного звука, дыхание здесь же жесткое, ослабленное, выслушиваются сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы. Каковы предварительный диагноз, план обследования и лечения?

3. У больного в возрасте 50 лет после переохлаждения температура тела повысилась до 39,5 °С, появились боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, отмечено отхождение скудной слизистой мокроты. Высокая температура наблюдалась в течение недели. Затем количество выделяемой мокроты с неприятным запахом увеличилось до 200 мл в сутки, общее состояние больного улучшилось, температура снизилась до нормы. При обследовании в правой подлопаточной области определялись укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. О каком заболевании идет речь? Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

4. Больная 40 лет в течение 6 недель лечилась по поводу острого абсцесса верхней доли правого легкого инъекциями пенициллина и стрептомицина в сочетании с сульфаниламидными препаратами, витаминами, хлористым кальцием. Лечение эффекта не дало – температура оставалась высокой (38,5–39 °С) . Продолжался кашель с периодическим выделением большого количества мокроты. Какие ошибки были допущены в лечении больной? Как ее нужно лечить дальше?

5. Больной П. 34 лет поступил через час после получения закрытой травмы грудной клетки. Из анамнеза выяснено, что упал с крыши дачного домика. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании. Грудная клетка симметричная, правая половина отстает в акте дыхания. При пальпации болезненность и патологическая подвижность 5 – 9-го ребер справа, подкожная эмфизема, распространяющаяся на шею и лицо. Перкуторно справа коробочный звук. Аускультативно дыхание резко ослаблено. Назовите план обследования и лечения.

6. При рентгенологическом исследовании грудной клетки больного с закрытой травмой живота выявлено скопление жидкости в левой плевральной полости до уровня 6-го ребра. Какие лечебно-диагностические мероприятия необходимо провести?

7. У больного 45 лет, поступившего 4 суток назад с клиникой закрытой травмы грудной клетки, перелома 4 – 6-го ребер слева, пневмоторакса, при вакуум-аспирации из левой плевральной полости сохраняется выраженная подсочка воздуха. На контрольной рентгенограмме расправления легкое не отмечено. Каковы клинический диагноз и лечебная тактика?

8. Больной И. 50 лет поступил в стационар через 6 дней после получения травмы груди. При обследовании выявлено скопление жидкости в левой плевральной полости до уровня 6-го ребра, повышение температуры тела до 38 °С. При плевральной пункции получено до 50 мл мутной геморрагической жидкости. Какое осложнение развилось и какова дальнейшая хирургическая тактика?

9. В хирургическое отделение поступил больной с жалобами на резкую боль в правой половине грудной клетки, общую слабость, повышение температуры тела, кашель с отделением гнойной мокроты до 50 мл в сутки. Болен в течение трех недель. Лечился в терапевтическом отделении с клиникой острого абсцесса нижней доли правого легкого. Резкое ухудшение наступило 3 часа назад. После введения обезболивающих и сердечных препаратов переведен в хирургическое отделение. Каковы диагноз и тактика лечения?

10. Больная страдает ревматизмом с комбинированным пороком и недостаточностью кровообращения II Б степени. В терапевтическом отделении на фоне проводимого лечения состояние постепенно ухудшалось: появились одышка, сухой кашель, боли в грудной клетке справа, повысилась температура тела. На рентгенограмме отмечены интенсивное гомогенное затемнение над диафрагмой справа до угла лопатки с косой границей и смещение средостения влево. Какова тактика лечения?

11. У больного на 8-е сутки после закрытой травмы грудной клетки с множественными переломами ребер, повреждением легкого и гемотораксом состояние ухудшилось: повысилась температура тела, появилась одышка. При пункции плевральной полости выделялось до 5 мл мутноватой желтовато-оранжевой жидкости, игла забивалась сгустками крови; на рентгеноскопии отмечено интенсивное негомогенное затемнение, не изменяющее положения при наклонах больного и латероскопии. Каковы диагноз и тактика лечения?

12. У больного на 6-й день после комбинированной резекции нижней доли и язычковых сегментов левого легкого по поводу бронхоэктатической болезни повысилась температура, появились головная боль, слабость, одышка. На рентгенограмме отмечены признаки жидкости над диафрагмой слева. При пункции получена мутноватая жидкость серовато-желтого цвета. Каковы диагноз и дальнейшая тактика ведения больного?

13. У больного после удаления верхней доли правого легкого по поводу хронического абсцесса легкого сформировалась остаточная полость до 3 см в диаметре без содержимого. После операции прошло 2,5 месяца. Каковы дальнейшие действия?

14. Больной А. 47 лет находился на лечении с клиникой острого абсцесса нижней доли правого легкого. 5 мин назад появились сильные боли в правой половине грудной клетки, одышка. Больной испуган, бледен, покрыт холодным потом. При перкуссии в правой половине грудной клетки определяется тимпанический звук, дыхание по всем легочным полям здесь же резко ослаблено. Каковы диагноз и Ваши действия?

15. Больной Б. 34 лет поступил с жалобами на кровохарканье до 40 мл в сутки, повышение температуры тела до 38 0С, одышку, кашель со слизисто-гнойной мокротой до 150 мл в сутки, боли в левой половине грудной клетки. Болен в течение 3 недель, находился на лечении в терапевтическом отделении. Состояние средней тяжести, несколько возбужден. Пульс 94 уд./мин, АД 160 и 80 мм рт. ст. Левая половина грудной клетки отстает в акте дыхания. Над нижней долей – притупление перкуторного звука, дыхание здесь же жесткое, ослабленное, выслушиваются сухие и мелкопузырчатые влажные хрипы. Каковы предварительный диагноз, план обследования и лечения?

16. У больного в возрасте 50 лет после переохлаждения температура тела повысилась до 39,5 °С, появились боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, отмечено отхождение скудной слизистой мокроты. Высокая температура наблюдалась в течение недели. Затем количество выделяемой мокроты с неприятным запахом увеличилось до 200 мл в сутки, общее состояние больного улучшилось, температура снизилась до нормы. При обследовании в правой подлопаточной области определялись укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. О каком заболевании идет речь? Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?

17. Больная 40 лет в течение 6 недель лечилась по поводу острого абсцесса верхней доли правого легкого инъекциями пенициллина и стрептомицина в сочетании с сульфаниламидными препаратами, витаминами, хлористым кальцием. Лечение эффекта не дало – температура оставалась высокой (38,5–39 °С) . Продолжался кашель с периодическим выделением большого количества мокроты. Какие ошибки были допущены в лечении больной? Как ее нужно лечить дальше?

18. В хирургическое отделение поступил больной с жалобами на резкую боль в правой половине грудной клетки, общую слабость, повышение температуры тела, кашель с отделением гнойной мокроты до 50 мл в сутки. Болен в течение трех недель. Лечился в терапевтическом отделении с клиникой острого абсцесса нижней доли правого легкого. Резкое ухудшение наступило 3 часа назад. После введения обезболивающих и сердечных препаратов переведен в хирургическое отделение. Каковы диагноз и тактика лечения?

19. Больная страдает ревматизмом с комбинированным пороком и недостаточностью кровообращения II Б степени. В терапевтическом отделении на фоне проводимого лечения состояние постепенно ухудшалось: появились одышка, сухой кашель, боли в грудной клетке справа, повысилась температура тела. На рентгенограмме отмечены интенсивное гомогенное затемнение над

диафрагмой справа до угла лопатки с косой границей и смещение средостения влево. Какова тактика лечения?

20. У больного на 8-е сутки после закрытой травмы грудной клетки с множественными переломами ребер, повреждением легкого и гемотораксом состояние ухудшилось: повысилась температура тела, появилась одышка. При пункции плевральной полости выделялось до 5 мл мутноватой желтовато-оранжевой жидкости, игла забивалась сгустками крови; на рентгеноскопии отмечено интенсивное негомогенное затемнение, не изменяющее положения при наклонах больного и латероскопии. Каковы диагноз и тактика лечения?

21. У больного на 6-й день после комбинированной резекции нижней доли и язычковых сегментов левого легкого по поводу бронхоэктатической болезни повысилась температура, появились головная боль, слабость, одышка. На рентгенограмме отмечены признаки жидкости над диафрагмой слева. При пункции получена мутноватая жидкость серовато-желтого цвета. Каковы диагноз и дальнейшая тактика ведения больного?

22. У больного после удаления верхней доли правого легкого по поводу хронического абсцесса легкого сформировалась остаточная полость до 3 см в диаметре без содержимого. После операции прошло 2,5 месяца. Каковы дальнейшие действия?

23. У больной 40 лет в 1-й день после правосторонней верхнедолевой лобэктомии по поводу хронического абсцесса легкого резко усилились боли в груди, появились одышка, тахикардия (140 уд./мин) , цианоз. Объективно – правая половина грудной клетки отстает при дыхании, над всем правым легочным полем перкуторный звук укорочен, дыхательные шумы не прослушиваются. На рентгенограммах видны затемнение правой половины грудной клетки, смещение средостения вправо, высокое стояние правого купола диафрагмы. Каковы возникшие осложнения, его причины и тактика лечения?

24. Больному по поводу хронического абсцесса удалена верхняя доля правого легкого. Рентгенологически после операции в парамедиастинальном кармане определяется небольшой уровень жидкости. Через 2 недели у больного появились вечерняя температура (до 39 °С) , сильный кашель, особенно в положении на левом боку. Затем с кашлем начала отделяться зловонная мокрота в небольшом количестве. Каковы характер осложнения, профилактические меры и лечебная тактика?

25. У больного через 3 часа после правосторонней лобэктомии значительно ухудшилось состояние. Возникло ощущение давления в груди, участилось сердцебиение, появилась одышка. Перкуторно над всей правой половиной грудной клетки определяется коробочный звук. Дыхание резко ослаблено. При рентгенологическом исследовании обнаружены коллабирование оставшейся части легкого воздухом, небольшое количество жидкости в заднем синусе, смещение средостения. Каковы характер осложнения, его причины и тактика хирурга (последовательность действий для ликвидации этого осложнения) ?

Тема 2.9. Травмы груди и живота.

1. Больной А. 25 лет за 3 часа до поступления упал с велосипеда. При поступлении жалобы на боли в животе, затрудненное дыхание, вздутие живота. При осмотре патологии со стороны дыхательной системы не выявлено. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс – 100 уд./мин. Живот равномерно умеренно вздут, симметричный. В гипогастральной области на передней брюшной стенке кровоподтеки и ссадины. При пальпации живот умеренно напряжен в нижних отделах, болезненный. Сомнительный симптом Щеткина – Блюмберга. Печеночная тупость уменьшена. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. В анализе крови лейкоцитоз до 12 • 109/л, анализ мочи без изменений. Каков Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Определите лечебную тактику.

2. В стационар доставлен больной 18 лет с автомобильной аварии. Жалуется на резкую слабость, головокружение, тошноту. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные. При пальпации грудной клетки обнаружена болезненность в проекции X – XI ребер слева. В легких дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. АД 60/0 мм рт. ст. Пульс 140 уд./мин, слабого наполнения и

напряжения. Живот не вздут, мягкий, болезненный в левой подреберной области. Перкуторно по левому боковому каналу определяется притупление. Каков предположительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования Вы назначите? Тактика хирурга.

3. Больной А. 25 лет за 3 часа до поступления упал с велосипеда. При поступлении жалобы на боли в животе, затрудненное дыхание, вздутие живота. При осмотре патологии со стороны дыхательной системы не выявлено. АД 120/80 мм рт. ст. Пульс – 100 уд./мин. Живот равномерно умеренно вздут, симметричный. В гипогастральной области на передней брюшной стенке кровоподтеки и ссадины. При пальпации живот умеренно напряжен в нижних отделах, болезненный. Сомнительный симптом Щеткина – Блюмберга. Печеночная тупость уменьшена. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. При ректальном исследовании патологии не обнаружено. В анализе крови лейкоцитоз до 12 • 109/л, анализ мочи без изменений. Каков Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования необходимо провести? Определите лечебную тактику.

4. В стационар доставлен больной 18 лет с автомобильной аварии. Жалуется на резкую слабость, головокружение, тошноту. При поступлении состояние тяжелое, кожные покровы бледные. При пальпации грудной клетки обнаружена болезненность в проекции X – XI ребер слева. В легких дыхание везикулярное с обеих сторон, хрипов нет. АД 60/0 мм рт. ст. Пульс 140 уд./мин, слабого наполнения и напряжения. Живот не вздут, мягкий, болезненный в левой подреберной области. Перкуторно по левому боковому каналу определяется притупление. Каков предположительный диагноз? Какие дополнительные методы обследования Вы назначите? Тактика хирурга.

5. Больной А. 17 лет упал с лестницы, ударившись животом. Поступил в больницу через 3 часа после травмы. Состояние средней тяжести, беспокоят боли в мезо- и гипогастрии, тошнота. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот незначительно напряженный, болезненный в нижней части и околопупочной области. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный. Анализ «красной крови» в норме. На обзорной рентгенограмме виден газ под куполом диафрагмы. Каковы диагноз, тактика хирурга, лечение?

6. Больной 23 года, получил ножевое ранение области живота 2 часа назад. При осмотре общее состояние больного удовлетворительное, кожные покровы обычного цвета. Пульс 68 минуту, арт. давл. 120и 80 мм. рт. ст. Живот мягкий ненапряжен. Рана в обл. эпигастрия длинной 2 см. не кровоточит, в ней виден сальник. Ваш диагноз? Тактика, лечение.

7. Больной 32 года, поступил спустя 2 часа с момента получения травмы. Жалуется на выраженные боли в области эпигастрия, тошноту. Боли иррадиируют в шею. Кожные покровы бледноватые. Пульс 98,а.д.130 и 50мм. рт. ст. По средней линии ниже пупка на 4 см имеется рана 0,5х0,5 см не кровоточит. Перкуторно печеночная тупость не определяется. Ваш диагноз? Тактика. Лечение.

8. Вы оперируете больного с огнестрельным ранением живота. Во времялапаротомии обнаружили: тонкая кишка на участке 1 метра имеет 12 ран размером 1,0х1,0см на участке 10 см кишка «оторвана» от брыжейки. Вопрос. Какова хирургическая тактика?

9. Больная 25 лет, поступила через 7 часов после получения травмы-выпала с окна 4 этажа. При осмотре состояние больной тяжелое, травматический шок 111. Имеются симптомы черепно-мозговой травмы. Живот умерено вздут. Кишечные шумы не прослушиваются. В клиническом анализе крови без особенности. Заподозрено внутрибрюшное кровотечение. Вопрос: Каковы Ваши действия по уточнению диагноза?

10. Во время операции больного, спустя 8 часов с момента травмы, Вы обнаружили рану прямой кишки. Вопрос. Какова хирургическая тактика?

11. Вы оперируете больного по поводу внутрибрюшного кровотечения. Состояние больного крайне тяжелое. АД 40и 60 мм. рт. ст., пульс 146 в 1 мин. нитевидный. На операции выявили, что имеет место рана правой доли печени, ушить и остановить кровотечение ее Вам не удается. Вопрос. Ваша тактика.

12. У больного раненого взрывной волной при обследовании Вы обнаружили тахикардию, эйфорию, сухость слизистых оболочек, жажду. При УЗИ исследовании по правому боковому каналу признаки обширной гематомы. Вопрос. Ваш диагноз? Лечебная тактика?

13. У больного с абдоминальной травмой живота при обзорной рентгенографии живота обнаружен свободный газ под правым куполом диафрагмы. Общее состояние больного удовлетворительное. Вопрос. Ваш диагноз? Лечебная тактика.

14. Во время операции по поводу тупой травмы живота Вы обнаружили обширное повреждение правой почки. Вопрос. Ваши действия.

15. Вы решили выполнить больному лапароцентез. Операционная сестра приготовила Вам инструмент: скальпель, шелковую нить, раствор новокаина, троакар. Вопрос. Какие еще необходимые инструменты для выполнения исследования.

16. Больной П. 34 лет поступил через час после получения закрытой травмы грудной клетки. Из анамнеза выяснено, что упал с крыши дачного домика. При поступлении состояние средней тяжести, в сознании. Грудная клетка симметричная, правая половина отстает в акте дыхания. При пальпации болезненность и патологическая подвижность 5 – 9-го ребер справа, подкожная эмфизема, распространяющаяся на шею и лицо. Перкуторно справа коробочный звук. Аускультативно дыхание резко ослаблено. Назовите план обследования и лечения.

17. При рентгенологическом исследовании грудной клетки больного с закрытой травмой живота выявлено скопление жидкости в левой плевральной полости до уровня 6-го ребра. Какие лечебно-диагностические мероприятия необходимо провести?

18. У больного 45 лет, поступившего 4 суток назад с клиникой закрытой травмы грудной клетки, перелома 4 – 6-го ребер слева, пневмоторакса, при вакуум-аспирации из левой плевральной полости сохраняется выраженная подсочка воздуха. На контрольной рентгенограмме расправления легкое не отмечено. Каковы клинический диагноз и лечебная тактика?

19. Больной И. 50 лет поступил в стационар через 6 дней после получения травмы груди. При обследовании выявлено скопление жидкости в левой плевральной полости до уровня 6-го ребра, повышение температуры тела до 38 °С. При плевральной пункции получено до 50 мл мутной геморрагической жидкости. Какое осложнение развилось и какова дальнейшая хирургическая тактика?

Тема 2.10. Осложнения грыж живота.

1. Больная К. 50 лет поступила в больницу с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. За 12 часов до госпитализации после подъема тяжести почувствовала резкие боли в животе, появилось опухолевидное образование в паховой области. Со-стояние продолжало ухудшаться. В здравпункте больной ввели обезболивающие и спазмолитические препараты. Каков Ваш диагноз? Были ли в действиях врача ошибки? В чем должно заключаться лечение?

2. Больной Л.17 лет доставлен в клинику с ущемлением левосторонней паховой грыжи. С момента ущемления прошло 5 часов. В приемном отделении содержимое грыжевого мешка вправилось. Какой должна быть тактика хирурга?

3. Во время оперативного вмешательства по поводу ущемленной бедренной грыжи у больной М. была повреждена стенка мочевого пузыря, однако хирург в этом сомневал-ся. Какими методами можно уточнить наличие этого осложнения? Какой должна быть тактика хирурга при подтверждении повреждения мочевого пузыря?

4. Больной 45 лет поступил в стационар по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи через 2 часа после ущемления. Через 30 мин взят на операционный стол, во вре¬мя операции ущемленная петля кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что её состояние не было определено. Какими будут ваши дальнейшие действия?

5. У больного 16 лет во время операции по поводу левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка. К какому типу относится такая грыжа? В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного?

6. Во время плановом операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи, при ревизии оказалось, что

вскрыт просвет мочевого пузыря. Почему это произошло? Как закончить операцию? Как избегать подобных ошибок?

7. В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет паховомошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, попробовал 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. В чем состоит ошибка врача? Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи и какая должна быть соответственно тактика врача?

8. Больной 71 года, в течении 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад заметил в обоих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5*5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти болезненные, мягкой консистенции. Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см. Ваш диагноз и тактика лечения?

9. Больной 65 лет оперирован по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи. При ревизии кишечника ущемленная кишка оказалась нежизнеспособной. Была произведена резекция кишечника. Что заставляет считать ущемленную кишку нежизнеспособной? На каком расстоянии от границы некротизированного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимальном направлениях?

10. У больного 36 лет была сделана операция через 12 часов после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тоникой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции больной повторно оперирован по поводу разлитого гнойного перитонита. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника. Какая была допущена ошибка?

11. Больного 60 лет оперируют по поводу рецидивирующей пахово-мошоночной грыжи в четвертый раз. При ревизии обнаружено, что апоневроз наружной косой мышцы живота истончен, разволокнен и не дает возможности надежного укрепления стенок пахового канала. Каким образом вы укрепите его стенки, чтобы избежать повторного рецидива?

12. На прием явился допризывник, направленный военкоматом. За время обследования установлено, что оба наружных отверстия пахового канала расширены до 2 см в диаметре. Положителен симптом кашлевого точка. Каких-либо выпячиваний в этой области не обнаружено. Какова ваша тактика в отношении данного больного?

13. Больной Ш. 46 лет с правосторонней паховой грыжей поступил в приемное отделение с жалобами на боли в животе, тошноту. Боли появились после подъема тяжести. Одновременно в правой паховой области возникла опухоль плотноэластической консистенции, болезненная при пальпации. Каковы диагноз и тактика хирурга?

14. Больная К. 50 лет поступила в больницу с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. За 12 часов до госпитализации после подъема тяжести почувствовала резкие боли в животе, появилось опухолевидное образование в паховой области. Состояние продолжало ухудшаться. В медпункте больной ввели обезболивающие и спазмолитические препараты. Каков Ваш диагноз? Были ли в действиях врача ошибки? В чем должно заключаться лечение?

15. На прием явился допризывник, направленный военкоматом. Во время обследования установлено, что оба наружные отверстия пахового канала расширены до 2 см в диаметре. Четко определяется положительный симптом «кашлевого толчка», но каких-либо выпячиваний в этой области не обнаружено.

Какова ваша тактика в отношении данного больного?

16. У больного, 72 лет, в течение 3 последних лет появились затруднения при мочеиспускании. Трудно стало начать мочиться, моча выделялась тонкой вялой струёй. Пациент стал отмечать частые позывы на мочеиспускание. Год назад заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5□5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции. Семенные канатики располагаются кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы, в диаметре 1,5 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

17. Больной, 36 лет, жалуется на наличие опухолевидного выпячивания в левой половине мошонки, которое медленно появляется в вертикальном положении больного. Отмечает неудобство при ходьбе. При осмотре левая половина мошонки увеличена вдвое, но в горизонтальном положении постепенно уменьшается, а после ночного сна она принимает нормальные размеры. При перкуссии определяется тупость. Пальпация безболезненная. Консистенция тугоэластическая. Пропальпировать яичко в левой половине мошонки при вертикальном положении больного не удается. В положении лежа оно пальпируется обычной формы. Наружное отверстие пахового канала пропускает кончик пальца.

Ваш диагноз? Особенность оперативного вмешательства в данном случае?

18. К вам обратился больной, 70 лет, с жалобами на тупые боли в паховой области справа, появляющиеся при ходьбе и физической нагрузке. При осмотре в правой паховой области обнаружено шаровидной формы мягко эластической консистенции выпячивание размером 6□7 см, которое исчезает в горизонтальном положении больного. Образование имеет диаметр 1,5 см. Элементы семенного канатика расположены кнаружи от него.

Ваш диагноз и тактика лечения?

19. Больной жалуется на тупые боли в паховой области при длительной ходьбе и физической нагрузке. При осмотре в паховой области определяется овоидной формы, мягко эластическое образование размером 5□6 см, исходящее из наружного отверстия пахового канала. Диаметр отверстия 1,5 см. Элементы семенного канатика пальпируются кнутри от определяемого образования.

Ваш диагноз и тактика лечения?

20. Больной, 45 лет, жалуется на боли в эпигастральной области, появляющиеся без определенных причин, и на наличие опухолевидного образования на 10 см выше пупка по средней линии. При осмотре образование 2,5□1,5 см овоидной формы, эластической консистенции, безболезненное, не меняющее свою форму при перемене положения тела.

Каков ваш диагноз? Какие необходимо применить больному дополнительные исследования? Какова тактика в лечении этого больного.

21. К вам на прием обратилась больная, 40 лет, которая жаловалась на наличие тупых тянущих болей в левой паховой области, особенно после длительной ходьбы и поднятия тяжестей. При осмотре в этой области определяется овоидной формы мягко-эластическое образование размером 5□6 см, безболезненное, в горизонтальном положении уменьшающееся, но полностью не исчезающее. Образование расположено ниже Пупартовой связки. Температура нормальная.

Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

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

К какому типу относится такая грыжа? В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного?

23. Вы оперируете в плановом порядке больного, 40 лет, по поводу правосторонней паховомошоночной грыжи. В грыжевом мешке содержимым оказались петли тонкого кишечника и часть слепой кишки с аппендикулярным отростком. Отросток не изменен, но фиксирован плоскостными спайками к слепой кишке.

Будете ли Вы одновременно с грыжесечением производить аппендэктомию?

24. Больного, 60 лет, оперируют по поводу рецидивирующей пахово-мошоночной грыжи в четвертый раз. При ревизии обнаружено, что апоневроз наружной косой мышцы живота истончен, разволокнен и не дает возможности надежного укрепления стенки пахового канала.

Какой метод пластики пахового канала Вы изберете, чтобы избежать повторного рецидива?

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

В чем состоит ошибка врача? Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи? Какая должна быть соответственно тактика врача?

26. Больной, 45 лет, поступил по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи через 2 часа после ущемления. Через 30 минут с момента поступления пациент взят на операционный стол. Во время операции ущемленная петля кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что состояние ее не было определено. Какими будут ваши дальнейшие действия?

27. Больной, 65 лет, оперирован вами по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи. При ревизии кишечника ущемленная петля оказалась нежизнеспособной. Была произведена резекция кишечника.

Что заставляет считать ущемленную кишку нежизнеспособной? На каком расстоянии от границы некротизированного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимальном направлениях?

28. Больной, 36 лет, был доставлен в стационар через 12 часов после ущемления паховой грыжи. Через 30 минут пациент был оперирован молодым хирургом. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных, петель нормализовался, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли были погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции больной повторно оперирован по поводу разлитого гнойного перитонита. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкой кишки.

Какая была допущена ошибка, приведшая к возникновению перитонита?

29. У больной, 26 лет, направленной в клинику по поводу ущемленной бедренной грыжи, во время операции обнаружено Рихтеровское ущемление тонкой кишки.

В чем особенности этой грыжи? Какова последовательность ваших действий во время операции?

30. Поступил больной, 52 лет, с ущемленной паховой грыжей. Он жаловался на сильные боли в месте ущемления вздутие живота, газы. С момента ущемления прошло 16 часов. В приемном покое больницы во время осмотра грыжа вправилась. Больной был госпитализирован и повторно осмотрен. Состояние больного было удовлетворительным, пульс — 84 удара в минуту. Живот был умеренно вздут, однако перистальтика выслушивалась, признаки раздражения брюшины отсутствовали. Учитывая значительный срок ущемления, наличие в момент поступления больного в больницу явлений частичной кишечной непроходимости, Вы решили сделать больному лапаротомию. Во время операции, кроме некоторого вздутия тонкой кишки другой патологии обнаружено не было.

Правильной ли была избранная Вами тактика?

31. Больная, 46 лет, в течение 3 лет страдает невправимой пупочной грыжей. Особых неприятных ощущений она не причиняла. Но в течение последних 3 дней у больной в области выпячивания появилась краснота, отечность и резкая болезненность при прикосновении. Поднялась температура до 38°С. Язык чист, влажен. Пальпация живота безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое наступило осложнение грыжи? Какова ваша тактика?

32. Через 18 часов от начала заболевания выполнена герниотомия тучной пациентке 68 лет по поводу острой кишечной непроходимости в гигантской рецидивирующей срединной послеоперационной вентральной грыже. Удалось выполнить висцеролиз. Петли тонкой кишки расширены до 30 мм, на 2/3 заполнены жидкостью, жизнеспособны.

Какой объем оперативного вмешательства Вы считаете наиболее целесообразным в данной ситуации?

33. Больной, 25 лет, внезапно при подъеме тяжести почувствовал резкие боли в правой паховой области. Там же обнаружил болезненное выпячивание, не вправляющееся в брюшную полость. Боли продолжали усиливаться, и через 6 часов от начала заболевания больной был госпитализирован и срочно оперирован с диагнозом ущемленная паховая грыжа. При вскрытии грыжевого мешка обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые имеют багровый цвет.

Ваша дальнейшая тактика?

34. Больной 74 лет поступил с жалобами на выпячивания в медиальных отделах над Пупартовой связкой справа и слева. Настоящее заболевание началось около четырех лет назад, когда пациент заметил появление небольших выпячиваний указанной локализации. Со временем величина их постепенно увеличивалась.

Выпячивания исчезают в горизонтальном положении, увеличиваются при натуживании, но в мошонку—не спускаются. Паховые кольца с обеих сторон пропускают 3 пальца. «Кашлевой толчок» ощущается прямо против наружного отверстия пахового канала.

35. В течение 9 лет больной страдает затруднением мочеиспускания, что врачи объясняют увеличением предстательной железы. Каковы Ваш диагноз и тактика?

Тема 2.11. Перитониты. Хирургический сепсис.

1. При выполнении аппендэктомии из доступа Мак – Бурнея –Волковича – Дьяконова из брюшной полости выделилось 20 мл мутного экссудата. Отросток утолщен, гиперемирован, покрыт фибринозным налетом. Наложения фибрина имеются на дистальной части слепой кишки и у основания отростка. Отросток удален. Культя его перитонизирована кисетным и Z-образным швом.

Имелись ли у больного явления перитонита? Фаза заболевания? Сформулируйте диагноз. Как бы Вы закончили операцию?

2. Больной, 44 лет, поступил в клинику по поводу перфоративной язвы желудка. Перфорация наступила 9 часов назад. Язвенной болезнью страдает около 10 лет с частыми обострениями. Состояние при поступлении средней тяжести. При ревизии в брюшной полости большое количество мутного экссудата, особенно много его в поддиафрагмальных областях. Небольшое количество экссудата в правом фланке живота и малом тазу. Перфорационное отверстие на малой кривизне 0,5х0,3 см, в окружности его видны отложения фибрина. Кишечные петли слегка гиперемированы, не вздуты.

В чем должно заключаться оперативное пособие? Как следует закрыть брюшную полость?

3. У больного, 30 лет, на 5 сутки после операции по поводу острого аппендицита появилось вздутие живота, тупые распирающие боли в животе, многократная рвота. Язык сухой. Пульс 120 в минуту. Резко очерченные границы растянутого желудка. Живот болезненный, напряжен в правой половине. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга, Воскресенского. Газы не отходят. Стула нет. Лейкоцитоз с 9,0х10 9 /л возрос до 16,0х10 9 /л. При УЗИ определяется незначительное количество жидкости в малом тазу и за печенью. Петли тонкой кишки диаметром до 25 мм.

Какое осложнение можно заподозрить у больного? Ваша тактика?

4. Больная, 56 лет, поступила с картиной острого рецидивирующего калькулезного холецистита на вторые сутки от начала приступа. Общее состояние больной при поступлении было средней степени тяжести. Температура 38,1° С. Пульс 92 удара в минуту. Живот болезнен только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Остальные отделы живота оставались спокойными. Больная получала консервативное лечение.

Через полтора суток с момента госпитализации внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха. Больная побледнела, появилась одышка, появилась рвота, температура повысилась до 40°С. Пульс стал 120 ударов в минуту. Лейкоцитоз возрос с 9,0х10 9 /л до 25,0х10 9./л Живот вздулся, определяются разлитая болезненность по всему животу и положительный симптом Щеткина - Блюмберга по всей правой половине живота.

Что произошло с больной, какова должна быть тактика хирурга?

5. 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 ударов 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—положителен, симптом Ситковского — отрицателен, но при малейшем движения больной боли в животе усиливаются. Лейкоцитоз 12,3х10 9 /л.

Что за заболевание вы заподозрите у больной? Какие дополнительные исследования ей нужно проделать? Как ее лечить?

6. Больной, 29 лет, доставлен вертолетом из геологической партии на третьи сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Он вял, апатичен, адинамичен, с трудом вступает в контакт, не может сообщить о начале и течении заболевания. Имеется типичное лицо Гиппократа. Температура 39,2° С пульс 132 удара в минуту, слабого наполнения, артериальное давление 80 и 40 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, до 36 дыханий в минуту. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот резко и диффузно вздут, при пальпации умеренно болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный, «печеночная тупость» отсутствует. В свободной брюшной полости определяется жидкость. Перистальтика не выслушивается. Через зияющий сфинктер выделяется жидкий зловонный кал.

Какой диагноз Вы поставите больному? Как будете его лечить?

7. Девушка, 19 лет, обратилась к Вам с жалобами на боли в животе неопределенного характера, исхудание, наличие диспептических явлений, субфебрильную температуру в течение полугода. В анамнезе больной туберкулез легких.

При осмотре: общее состояние больной удовлетворительное, она истощена, вялая, тургор кожи снижен. Живот втянут, мягкий, при пальпации—разлитая болезненность, симптомов раздражения брюшины нет. Температура 37,5°С, пульс 76 ударов в минуту.

Какой диагноз следует поставить больной? Как ее лечить?

8. Во время операции, которая производится больному, 30 лет, по поводу острого аппендицита, развившегося у него на фоне вполне удовлетворительного общего состояния, выделилось большое количество прозрачной серозной жидкости. Отросток при ревизии тонкой кишки не обнаружен. Однако на брюшине, покрывающей толстую и тонкую кишки, брыжейку, обнаружено высыпание небольших белесоватых бугорков.

Что за заболевание у больного? Как следует поступить?

9. У больного, которому 10 дней назад была ушита перфоративная язва 12-перстной кишки, стала постепенно повышаться температура, и появились боли в правом подреберье, усиливающиеся при глубоком дыхании. При осмотре отмечается, что мягкие ткани в правом подреберье как бы выбухают, кожа здесь несколько пастозна. При пальпации определяется значительное увеличение печени и резкая болезненность в правом подреберье, здесь же выявляется слабо положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Температура достигала 38,5—39,0°С, носила гек-

тический характер. Больной потерял аппетит, стал адинамичным. При рентгенологическом исследовании — в правом реберно-диафрагмальном синусе видна жидкость, правый купол диафрагмы ограниченно подвижен.

Какое осложнение развилось у больного и как его лечить?

10. В хирургическое отделение доставлен больной через двое суток с момента получения травмы с клинической картиной распространенного перитонита. После короткой предоперационной подготовки была выполнена лапаротомия. При ревизии вот всех отделах живота был обнаружен мутный с хлопьями фибрина экссудат с неприятным запахом. Наложения фибрина имеется на париетальной и висцеральной брюшине. Источником перитонита явился разрыв противобрыжеечного края поперечно-ободочной кишки длиной до 15 мм.

Интраоперационный диагноз? Объем оперативного вмешательства? Какова программа ведения данного больного?

11. В проктологическом отделении оперируют больную 61 года по поводу опухоли сигмовидной кишки, осложненной перфорацией. С момента развития осложнения прошло 36 часов. Состояние больной тяжелое, но явлений органной недостаточности не выявлено. При ревизии обнаружено до 200 мл мутно-гнойного экссудата с неприятным запахом по левому фланку и малом тазу. На предлежащих к источнику перитонита петлях тонкой кишки определяется налет фибрина. Увеличенных регионарных лимфатических узлов не выявлено, метастазов в печени не обнаружено.

Укажите факторы риска для расчета прогноза заболевания по Мангеймскому индексу перитонита. Оцените прогноз заболевания. Объем оперативного вмешательства? Какова программа ведения данного больного?

12. Больной Х. 35 лет поступил в отделение экстренной хирургии с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту. Заболел за сутки до госпитализации (почувствовал резкую боль в эпигастрии) . За медицинской помощью не обращался, принимал спазмолитики, анальгетики. 5 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Состояние тяжелое, положение вынужденное (лежа на спине) . Язык сухой, густо покрыт белым налетом. АД 100/70 мм рт. ст. Пульс 96 уд./мин. Живот резко напряжен, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Каковы диагноз и тактика хирурга?

13. Больной А. 17 лет упал с лестницы, ударившись животом. Поступил в больницу через 3 часа после травмы. Состояние средней тяжести, беспокоят боли в мезо- и гипогастрии, тошнота. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот незначительно напряженный, болезненный в нижней части и околопупочной области. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный. Анализ «красной крови» в норме. На обзорной рентгенограмме виден газ под куполом диафрагмы. Каковы диагноз, тактика хирурга, лечение?

14. Больной В. 50 лет поступил в больницу с жалобами на сильные боли в животе. Болен в течение суток. Врач скорой помощи ввел ему 1 мл 0,1 % раствора атропина, после чего боли несколько уменьшились. Ночью состояние ухудшилось, боли усилились. В прошлом желудочно-кишечных заболеваний не было. Состояние больного тяжелое, температура тела 37,5 °С, пульс 100 уд./мин, язык сухой, покрыт белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации отмечаются напряжение и резкая болезненность передней брюшной стенки. Симптом Щеткина – Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует, кишечные шумы не выслушиваются. На обзорной рентгенограмме под правым куполом диафрагмы обнаружен газ. Кличество лейкоцитов в крови равно 8,7 • 109/л. Анализ мочи без изменений. Каковы диагноз и тактика хирурга?

15. Больной Б. 17 лет на 9-е сутки после аппендэктомии по поводу острого деструктивного аппендицита вновь поступил в стационар с жалобами на боли в низу живота, частый жидкий стул, учащенное мочеиспускание, повышение температуры тела до 38,2 °С. Живот вздутый, болезненный над лоном, где пальпируется плотный, неподвижный, болезненный инфильтрат 10х12 см. Количество лейкоцитов – 12 • 109/л, анализ мочи без патологических изменений. При исследовании прямой кишки выявлено нависание ее передней стенки. Каковы диагноз и лечение?

16. В хирургическое отделение поступила больная Н. 36 лет после автомобильной травмы. Констатирована массивная травма мягких тканей и костей обоих бедер, по поводу которой больной произведены хирургическая обработка и ампутация обоих бедер на уровне верхней трети. На 18-й день после травмы раны нагноились. Пациентка жалуется на боли в области ран, слабость, высокую температуру, достигающую по вечерам 39 – 40 °С, озноб. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Язык суховатый, слегка обложен грязновато-белым налетом, в легких прослушивается везикулярное дыхание, пульс – 100 уд./мин, АД – 100/70 мм рт. ст. При бактериологическом исследовании в крови выделен эпидермальный стафилококк. Поставьте диагноз. Какое лечение следует назначить?

17. В хирургическое отделение поступила больная С. 23 лет с жалобами на периодические мелкие гнойные высыпания, отсутствие аппетита, сна. За 5 месяцев до госпитализации родила ребенка, через месяц появился правосторонний лактационный мастит. При осмотре выявлены бледные кожные покровы, суховатый язык без налета, пульс 92 уд./мин, АД – 100/50 мм рт. ст. На правой молочной железе послеоперационные рубцы, на туловище и нижних конечностях мелкоточечная розовато-красная сыпь. Температура тела 38 0С. Количество лейкоцитов в периферической крови – 9,8 • 109/л, гемоглобин – 90 г/л. Определите диагноз и тактику хирурга.

Тема 2.12. Хирургическое лечение пороков сердца, ИБС и нарушений ритма. Симптоматические гипертонии.

1. У больного К. 2 лет диагностирована тетрада Фалло. Какую операцию Вы выберете?

2. У ребенка 5 лет при осмотре выявлено наличие сердечного горба, систолическое дро-жание во втором – третьем межреберьях у левого края грудины, грубый систолический шум слева от нее. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки об-наружено увеличение тени сердца за счет правого желудочка. Легочный рисунок не изменен. Каким порокам развития сердца могут соответствовать указанные симптомы? Какие дополнительные методы исследования показаны данному пациенту?

3. При осмотре ребенка 1 года участковый педиатр выявил систоло-диастолический шум над областью сердца (больше выраженный во втором межреберье слева от грудины) . В анамнезе частые пневмонии, отставание в физическом развитии. О каком врожденном пороке сердца следует думать? Какова дальнейшая тактика обследования и развития?

4. В кардиологическое отделение поступил пациент 45 лет с жалобами на боли в области сердца, усиливающиеся при физической нагрузке, одышку, приступы сухого кашля, слабость, повышенную утомляемость, сердцебиение. Больным себя считает в течение 2 лет. Заболевание связывает с перенесенным гриппом. Объективно при пальпации грудной клетки выявлено дрожание в области сердца. Аускультативно – диастоличе-ский шум в точке Боткина, усиление I тона на верхушке сердца, акцент II тона над ле-гочной артерией. Печень на 2 см выступает из под реберной дуги, безболезненная, мяг-кая. При рентгенологическом исследовании выявлено сглаживание талии сердца. Ка-ков предварительный диагноз? Какие дополнительные методы исследования необхо-димо провести? Какова тактика хирурга при данном заболевании?

5. Больной 50 лет в течение 8 лет страдает ревматизмом, ежегодно получает курсы профилактического противоревматического лечения. В последнее время беспокоят боли в об-ласти сердца, одышка, особенно при физической нагрузке, сердцебиение. При осмотре выявлены пастозность нижних конечностей, увеличение площади верхушечного толч-ка и его смещение влево. Аускультативно – систолический шум в точке Боткина, ослабление I тона, акцент II тона над легочной артерией. На ЭКГ признаки гипертро-фии левого желудочка. Какие дополнительные методы необходимо провести для уточ-нения диагноза? Какова лечебная тактика?

6. У больного 56 лет в течение 5 лет отмечается клиника ишемической болезни сердца. При коронарографии выявлено сужение левой венечной артерии на 75 %, снижена толерантность к

физической нагрузке. Клинически отмечается стенокардия напряжения. Какой объем операции ему показан?

7. У больного А. 70 лет внезапно при физической нагрузке произошло нарушение ритма сердца. При объективном исследовании и по данным ЭКГ отмечена брадикардия до 35 в минуту. Какие дополнительные методы диагностики Вы назначите? Какое лечение показано этому больному?

8. Пациент 52 лет перенес год назад острый инфаркт миокарда. Поступил с жалобами на боли в области сердца, загрудинные боли, одышку, перебои в работе сердца. Аускультативно тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. На ЭКГ определяется зубец QS, отрицательный зубец Т, повышение сегмента ST. Каков предварительный диагноз? Какие методы дополнительного обследования показаны? Какова лечебная тактика в зависимости от полученных результатов обследования?

9. Больной 47 лет поступил в отделение с жалобами на общую слабость, головную боль, быструю утомляемость, нарушение функции зрения. Болен в течение 5 лет, консервативное лечение малоэффективно. При объективном исследовании акцент II тона на аорте, АД 210/120 мм рт. ст. Пульсация магистральных артерий отчетливая, шумов над сосудами не слышно. При ЭКГ – гипертрофия левого желудочка и признаки коронарной недостаточности. Каковы Ваш диагноз и тактика лечения?

10. Больная 17 лет обратилась с жалобами на постоянные головные боли, повышение АД. Консервативное лечение неэффективно. При осмотре АД 230 /150 мм рт. ст., над областью сердца и в проекции грудной и брюшной аорты грубый систолический шум, отсутствие пульсации левой лучевой и плечевой артерии. На реонграмме — снижение сосудистого и секреторного сегментов с обеих сторон. При аортографии контрастирование почек неравномерное, левая контурируется позже, размеры ее на 4 см меньше правой. Правая почечная артерия в начальном отделе сужена, далее – в виде «бус». Каков Ваш диагноз?

11. Больная 42 лет жалуется на упорные головные боли, сонливость, плохое зрение. Находится на диспансерном наблюдении по поводу гипертонической болезни в течение 14 лет, консервативное лечение неэффективно. АД упорно держится на высоких цифрах – 200 / 140–210 / 130 мм рт. ст. При осмотре обращают на себя внимание хорошо развитый верхний плечевой пояс и отставание в развитии нижних конечностей. Аускультативно над областью грудной клетки выслушивается грубый систолический шум. АД на нижних конечностях и пульсация магистральных сосудов не определяются. Каков диагноз? Какие дополнительные обследования необходимо провести?

12. У больной 34 лет, страдающей ревматическим митральным пороком сердца, мерцательной аритмией, за сутки до поступления в клинику внезапно появились резкие боли в правой руке, чувство онемения, похолодания в предплечье, кисти. Через 3 часа боли стихли, исчезло чувство онемения, похолодания в покое, но при нагрузке на конечность они вновь появлялись. При осмотре кожные покровы правой верхней конечности обычной окраски, но при сжимании и разжимании пальцев кисти в течение 1 минуты отмечается ее побледнение, похолодание, появляются боли в пальцах. Активные движения в суставах в полном объеме, расстройства чувствительности нет. Пульсация плечевой артерии обрывается в средней трети плеча, на лучевой и локтевой артериях не определяется.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? Его опорные пункты
2. Что бы Вы хотели исследовать у больного для окончательной верификации диагноза, каковы предполагаемые результаты этих исследований?
3. Анатомо-физиологические особенности поражённого органа(ов) , имеющего отношение к данному конкретному случаю.
4. Сформулируйте окончательный диагноз по общепринятой классификации.
5. Сконструируйте схему патогенеза заболевания у Вашего больного.
6. Проведите диф. диагностику.

7. Какие особенности хирургического лечения у данного пациента, виды операций.
8. Какие возможные осложнения могут быть у данного пациента и тактика при них.

Тема 2.13. Гнойные заболевания кисти и мягких тканей.

1. В поликлинику обратился больной с жалобами на боли в области концевой фаланги первого пальца правой кисти в течение двух недель. Концевая фаланга утолщена, отечна, кожа ее гиперемирована. С наружной стороны отмечен гнойный свищ со скудным отделяемым. Каковы диагноз и тактика хирурга?

2. При осмотре больного в области проксимального межфалангового сустава второго пальца правой кисти обнаружены отечность и гиперемия мягких тканей. Палец находится в полусогнутом состоянии. Пассивные движения в нем резко болезненны, активные невозможны. Каковы диагноз и действия хирурга?

3. Больной лечился в стационаре по поводу сухожильного панариция первого пальца правой кисти. На 6-й день от начала заболевания повысилась температура, появились боли и отечность мягких тканей в области тенара. Определите присоединившееся осложнение. Какова тактика хирурга?

4. Больной лечится в поликлинике по поводу флегмоны области тенара правой кисти. Через две недели от начала заболевания появились боли и отечность тканей в области гипотенара. Кисть отечна, сине-багрового цвета, пальпация резко болезненна. Беспокоят головная боль, слабость. Температура – 38 °С. Какое осложнение развилось? Тактика хирурга.

5. После трехнедельного лечения U-образной флегмоны правой кисти температура поднялась до 39 °С, появился отек мягких тканей предплечья. Движения в лучезапястном суставе болезненны и ограничены. Каковы развившиеся осложнения и тактика хирурга?

6. Больного лечили по поводу суставного панариция первого пальца левой кисти, однако купировать гнойный процесс не удалось. Воспаление распространилось на все ткани пальца. Он принял уродливую форму, на боковых поверхностях появились гнойные свищи, через которые выделяется некротически измененная клетчатка. Какое осложнение развилось? В чем заключается дальнейшее лечение?

7. Больная К. 27 лет жалуется на распирающие боли в левой молочной железе, повышение температуры до 38, 2 °С. Больна 3 дня. За месяц до госпитализации родила ребенка. Роды осложненные (разрыв шейки матки и промежности, кровотечение) . При осмотре выявлено, что левая молочная железа больше правой, отечная. В верхненаружном квадранте при пальпации определяется плотный болезненный инфильтрат размером 7 х 5 см. Флюктуация отсутствует. Ваш диагноз и дальнейшие действия?

8. Больная И. 32 лет за 4 месяца до госпитализации перенесла мастит. Беспокоят слабость, недомогание, отсутствие аппетита; по вечерам температура поднимается до 37,8 – 37,9 °С. На коже туловища появилась мелкоточечная розовато-красная сыпь. Определите заболевание и назовите методы лечения.

Блок Оториноларингология:

Задача 1. Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD	Тесты	AS
+	СШ	-
1 м	ШР	6 м
6 м	РР	6 м
55 с	С 128 (N 120 с)	125 с
40 с	С 2048 (N 50 с)	50 с
65 с	С к 128 (N 60 с)	
	← W	

« - »	R	« + »
« + »	Sch	N

Задача 2. Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD	Тесты	AS
+	СШ	+
1 м	ШР	4 м
4 м	РР	6 м
80 с	С 128 (N 120 с)	85 с
10 с	С 2048 (N 50 с)	15 с
30 с	С к 128 (N 60 с)	40 с

W →

« + »	R	« + »
« - »	Sch	« - »

Задача 3. Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD	Тесты	AS
+	СШ	+
1 м	ШР	2 м
6 м	РР	6 м
55 с	С 128 (N 120 с)	65 с
40 с	С 2048 (N 50 с)	45 с
65 с	Ск 128 (N 60 с)	65 с

← W →

« - »	R	« - »
« + »	Sch	« + »

Задача 4. Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD	Тесты	AS
-	СШ	-
0 м	ШР	6 м
0 м	РР	6 м
ad conchae	Крик (с трещоткой)	
10 с	С 128 (N 120 с)	125 с
6 с	С 2048 (N 50 с)	50 с
	Ск 128 (N 60 с)	55 с

W →

« - »	R	« + »
« - »	Sch	N

Задача 5. Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD	Тесты	AS
-	СШ	-
1 м	ШР	4 м
2 м	РР	6 м
55 с	С 128 (N 120 с)	100 с
30 с	С 2048 (N 50 с)	50 с
	С к 128 (N 60 с)	65 с

W →

« + »	R	« - »
« - »	Sch	« + »

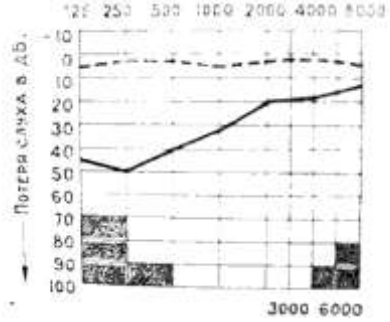
Задача 6. При тимпанометрии у девочки 5 лет определен тип А справа и тип В слева. Что можно сказать о причине нарушения слуха на левое ухо?

Задача 7. Новорожденный ребенок всегда крепко спит, несмотря на окружающий шум. Каким образом можно проверить у него слух в домашних условиях?

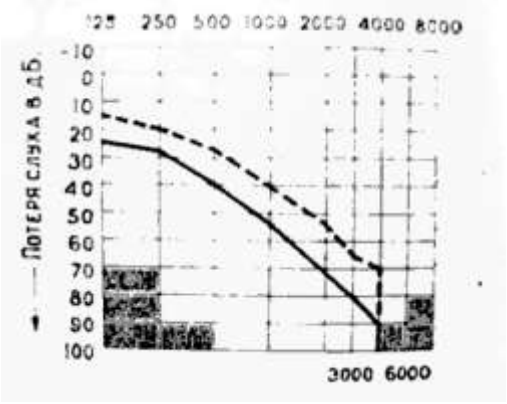
Задача 8. В самолёте пассажир с насморком и заложенностью носа во время набора высоты стал жаловаться на резкие боли в ушах. Чем ему можно помочь? Ответ обоснуйте.

Задача 9. Житель деревни, имеющий одностороннюю глухоту, заблудился в глухой тайге. Можно ли ожидать, что он, услышав зов, найдет правильную дорогу? Ответ обоснуйте.

Задача 10. Проведите клинический анализ пороговой тональной аудиограммы:



Задача 11. Проведите клинический анализ пороговой тональной аудиограммы:



Задача 12. Рассчитайте по пороговой тональной аудиограмме (задача 11) степень тугоухости по международной классификации.

<u>Клинические задачи для контроля уровня усвоения знаний по теме занятия: клиническая физиология и методы функционального исследования вестибулярного анализатора (ответы с.78).</u>

Задача 1. Дайте заключение по вестибулометрии:

Правая сторона	Тесты	Левая сторона
	+ CO -	
	(систематизированное головокружение, тошнота, атаксия)	
	← St	
	← Mo	
крупноразмашистый ротаторный	← Ny sp	
25 с	Ny вр	25 с
0	Ny pr	0 с

Задача 2. Дайте заключение по вестибулометрии:

Правая сторона	Тесты	Левая сторона
	CO+	
	(систематизированное головокружение, тошнота)	
	← St	
	← Mo	
		мелкоразмашистый

Ny sp горизонтальный

25 с Ny вр 180 с
0 Ny pr 0

Задача 3. Дайте заключение по вестибулометрии:

Правая сторона Тесты Левая сторона

CO+
(систематизированное головокружение периодически)
St устойчив
Mo нарушений нет
нет Ny sp нет

25 с Ny вр 35 с
0 Ny pr +

Задача 4. У кандидата в летное училище определили 2 степень защитных движений и вегетативных реакций по отолитовой пробе Воячека. Дайте заключение о его годности к летной профессии.

Задача 5. Дайте заключение по вестибулометрии:

Правая сторона Тесты Левая сторона

COнет

St (в позе Ромберга отклоняется влево)
Mo (походка влево)
нет Ny sp нет

25 с Ny вр 10 с (слабый)
0 Ny pr 0
+ Ny cal не вызывается

<u>Клинические задачи для итогового контроля уровня усвоения знаний по теме занятия: заболевания наружного и среднего уха</u>

Задача 1. У больного 9 лет, страдающего правосторонним острым гнойным средним отитом, резко ухудшилось общее состояние, температура тела повысилась до 39,5ºС, появилась сильная головная боль преимущественно на стороне больного уха, усилились шум в ухе, тугоухость. Болеет около 3 недель.

Объективно: флюктуирующая припухлость в правой заушной области, сглаженность заушной складки, оттопыренность ушной раковины. Наружный слуховой проход заполнен гноем, после его очистки видна гиперемированная барабанная перепонка, пульсирующий рефлекс в задне - нижнем отделе. Задне - верхняя стенка наружного слухового прохода нависает.

- О каком осложнении среднего отита можно думать?
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 2. Больной 20 лет обратился с жалобами на болезненность и припухлость правой ушной раковины, которые появились сразу после соревнований (занимается борьбой в спортивной секции).

Объективно: в области ладьевидной ямки правой ушной раковины – флюктуирующая припухлость сине-багрового цвета умеренно болезненная при пальпации. Обе барабанные перепонки не изменены.

Восприятие ШР: 6 м. на оба уха. Другие ЛОР органы не изменены.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 3. Больная 21 лет обратилась с жалобами на боль, припухлость правой ушной раковины. Болеет 4-ый день. Заболевание связывает с травмой уха при падении с качели. Первоначально на ушной раковине была ссадина, за последние сутки появилась припухлость, покраснение, сильная болезненность ушной раковины при дотрагивании. Объективно: увеличение ушной раковины в размерах за счет отека и инфильтрации, кожа

гиперемирована. По наружному краю завитка в верхней трети под гнойной корочкой – свищевое отверстие. Пальпация ушной раковины резко болезненна. Мочка уха не изменена.

Восприятие ШР 6 м. Другие ЛОР органы без изменений.

Анализ крови: лейкоциты 12,8 · 10^9 /л., СОЭ 26 мм/час.

- О каком осложнении среднего отита можно думать?
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 4. Больной 8 лет обратился с жалобами на сильную боль в области правого уха, припухлость правой ушной раковины, недомогание. Болеет третьи сутки. Возникновение перечисленных жалоб связывает с небольшой царапиной кожи ушной раковины. Объективно: выраженная гиперемия и инфильтрация ушной раковины, распространяющаяся на кожные покровы околоушной области в виде языков пламени с четкой линией демаркации. Вход в наружный слуховой проход сужен. Барабанная перепонка не изменена. Другие ЛОР органы без изменений.

Восприятие ШР - 6м.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Определите лечебную тактику.

Задача 5. Больной 32 лет через час после вымывания серной пробки из левого уха раствором фурацилина почувствовал зуд, боль в левом ухе, понижение слуха, заметил припухлость ушной раковины, появились обильные выделения из наружного слухового прохода. Через три часа отек распространился на окружающие ткани.

При осмотре: левая ушная раковина резко отечна, окружающие ткани пастозны. Наружный слуховой проход имеет вид узкой щели, отделяемое водянистое. Другие ЛОР органы не изменены.

Анализ крови: Hb – 118 г/л, эритроциты – 3,8 · 10^{12}/л, лейкоциты – 6,4 · 10^9 /л, п.- 2, э.- 12, с.- 44, л.- 39, м.- 3, СОЭ – 16 мм/час.

- Поставьте диагноз.
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 6. Ребенок 4 лет, часто болеет респираторно-вирусными заболеваниями в течение последнего года, неоднократно лечился по поводу рецидивирующего гнойного среднего отита.

При пальцевом исследовании носоглотки ребенка определятся гипертрофия глоточной миндалины III степени.

• Каковы будут Ваши рекомендации в данном случае?

Задача 7. К Вам, врачу общей практики, обратилась больная А.,10 лет, с жалобами на боль в правом ухе, понижение слуха на это ухо, головную боль, недомогание. Со слов матери, девочка больна второй день, ночью практически не спала из-за сильных болей в ухе. Ранее ухо не болело. Объективно: температура тела – 38°С, заушная область справа не изменена, пальпация ушной раковины и козелка – безболезненны. При осмотре правого уха с помощью отоскопа – гиперемия барабанной перепонки, ШР на правое ухо 3 м, на левое – 6 м.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Определите тактику врача общей практики в данном случае.
- Какое лечение целесообразно в данном случае?

Задача 8. К Вам, семейному врачу, обратился ребенок 5 лет. Со слов матери, несколько часов назад мальчик во время игры засунул в ухо пластмассовый шарик. Ранее ухо не болело. Слух всегда был хорошим. Объективно: пальпация ушной раковины и козелка безболезненны. Выделений из наружного слухового прохода нет. При оттягивании ушной раковины кзади и кверху в глубине наружного слухового прохода определяется круглое инородное тело белого цвета.

- Поставьте диагноз.
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 9. На прием к ЛОР врачу обратилась пациентка 60 лет с жалобами на снижение слуха на правое ухо, которое заметила после принятия ванны. Проведена акуметрия:

AD		AS
+	сш	-
2 м	ШР	6 м
6 м	РР	6 м
-	R	+
←	W	
+	Sch	N

- О патологии какого аппарата (звукопроводящего или звуковоспринимающего) можно думать в данном случае?
- Укажите возможные причины данного состояния.

- Что можно предпринять для лечения данного состояния?

Задача 10. На прием к ЛОР врачу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на заложенность правого уха, которая появилась на фоне насморка после сильного сморкания. При риноскопии слизистая оболочка носа отечная, слизистый секрет в носовых ходах, дыхание через нос затруднено больше справа. При отоскопии барабанные перепонки серые, справа укорочен световой конус. Проведена акуметрия:

AD		AS
+	сш	-
2 м	ШР	6 м
6 м	РР	6 м
-	R	+
←	W	
+	Sch	N

- Поставьте диагноз.
- О патологии какого аппарата (звукопроводящего или звуковоспринимающего) можно думать в данном случае?
- Укажите возможные причины данного состояния.
- Что можно предпринять для лечения данного состояния?

Задача 11. На прием к ЛОР врачу обратилась пациентка 38 лет с жалобами на снижение слуха на правое ухо, которое появилось на фоне риносинусита 3 недели назад, ощущение переливания жидкости в ухе, отсутствие болей. При риноскопии слизистая оболочка носа розовая, секрета в носовых ходах нет, дыхание через нос свободное. При отоскопии барабанные перепонки серые, справа за перепонкой просвечивает уровень жидкости. Слуховая труба справа при продувании по Политцеру не проходима. Слух: ШР на правое ухо 1 м, на левое 6 м.

- Поставьте диагноз.
- Укажите возможные причины данного состояния
- Каким исследованием можно подтвердить его?
- Что можно предпринять для лечения данного состояния?

<u>Клинические задачи для итогового контроля уровня усвоения знаний по теме занятия: хронический гнойный средний отит, отогенные внутричерепные осложнения</u>

Задача 1. Пациент 29 лет жалуется на умеренные боли в левом ухе, выделения из него гнойного характера без запаха, снижение слуха на это ухо. Подобные жалобы беспокоят с 5 лет после перенесенного отита.

Объективно: заушная область спокойная, наружный слуховой проход заполнен гноем, после его удаления видна гиперемированная и отечная барабанная перепонка, перфорация размером 2 мм в задне - нижнем отделе. Другое ухо без патологии.

- Поставьте диагноз
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 2. Пациент 19 лет жалуется на скудные выделения из левого уха гнойного характера с неприятным гнилостным запахом, иногда с примесью крови, снижение слуха на это ухо. Подобные жалобы беспокоят много лет.

Объективно: левая заушная область спокойная, наружный слуховой проход содержит небольшое количество гнойно-геморрагического секрета, после его удаления видны нижние отделы барабанной перепонки, перфорация в задне -верхнем отделе размером 4 мм., вокруг нее сочные грануляции, при пальпации зондом кровоточат, вход в аттик сужен, при его промывании выделяются белые эпидермальные массы в большом количестве. Другое ухо без патологии. Слух на правое ухо: ШР 6 м, на левое ШР не слышит, РР 2 м.

- Поставьте диагноз
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 3. Пациентка 37 лет жалуется на снижение слуха на левое ухо. В течение многих лет отмечала гнойные выделения из уха, последние 6 месяцев после оперативной коррекции носовой перегородки выделений нет.

Объективно: левая заушная область спокойная, наружный слуховой проход свободен, барабанная перепонка серая, перфорация размером 2 мм в центре. Другое ухо без патологии Слух на правое ухо: ШР 6 м, на левое ШР 2 м, РР 6 м.

- Поставьте диагноз
- Определите степень тугоухости.
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 4. У больного 16 лет, страдающего хроническим гнойным средним отитом на фоне обострения появились жалобы на головокружение (ощущение вращения предметов вокруг него), тошноту, рвоту, неуверенность при ходьбе.

При вестибулометрии: в позе Ромберга отклоняется влево, координационные пробы нарушены слева – промахивание и интенционное дрожание, спонтанный крупноразмашистый ротаторный нистагм 2 степени влево, направление падения не зависит от положения головы.

Слух на левое ухо - 1 м шепотной речи, на правое – 6 м.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Что нужно сделать для его уточнения?
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 5. В больницу вызван психиатр для консультации больной с психомоторным возбуждением. Не выявив психического заболевания, он назначил консультацию невропатолога и окулиста, которые констатировали явления внутричерепной гипертензии, правосторонний гемипарез, нарушение речи (не помнит понятия и названия предметов), начинающийся застой соска левого зрительного нерва. Увидев в истории болезни запись о наличии у больной хронического среднего отита, невропатолог направил пациентку в ЛОР отделение, где ей было произведено срочное оперативное вмешательство.

- Как называется выявленное у больной нарушение речи?
- Поставьте предварительный диагноз.
- Обоснуйте необходимость срочной операции и предоперационные обследования.
- Каков на Ваш взгляд объем оперативного вмешательства?

Задача 6. Пациент 38 лет жалуется на резкую головную боль, раздражает яркий свет, звуки. Болеет хроническим отитом с детства, периодически гноетечение из левого уха, последнее обострение 3 недели назад. Боли в ухе сменились резкими болями в заушной области, затем по всей голове, была рвота, не связанная с приемом пищи. Температура тела 38^{o}С.

Объективно: Лежит на боку, ноги согнуты, голова запрокинута. Резкая ригидность затылочных мышц. Положительные симптомы Кернига, Брудзинского. В левом наружном слуховом проходе выявлен обтурирующий полип, гнойные выделения с гнилостным запахом.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какой план диагностических мероприятий?
- Какова лечебная тактика?

<u>Клинические задачи для итогового контроля уровня усвоения знаний по теме занятия: заболевания внутреннего уха</u>

Задача 1. На прием к ЛОР врачу обратилась больная 45 лет, с жалобами на снижение слуха на оба уха. В анамнезе 2 месяца назад - тяжелый грипп, лечилась в инфекционной больнице.

Проведена акуметрия:

AD		AS
+	СШ	+
4 м	ШР	2 м
6 м	РР	6 м
+	R	+
←	W	
«-»	Sch	«-»

- О патологии какого аппарата (звуковоспринимающего или звукопроводящего) можно думать в данном случае?
- Каковы возможные причины данного состояния?
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 2. К ЛОР врачу обратились родители с ребенком 4-х лет, который до этого месяц назад лечился в пульмонологическом отделении с ДЗ: Острая пневмония. После курса лечения, включающего гентамицин в/м, УВЧ на грудную клетку, бронхолитики, массаж, мама заметила у ребенка снижение слуха.

При осмотре ЛОР врач патологии со стороны наружного и среднего уха не обнаружил, но направил ребенка в стационар.

- Какой диагноз указал ЛОР врач в направлении в стационар?
- Какие методы обследования необходимо провести ребенку для уточнения характера тугоухости?
- В чем будет заключаться лечение?

Задача 3. У больного 12 лет, страдающего острым правосторонним средним отитом, появилось головокружение, тошнота, рвота, шаткость походки.

При вестбулометрии: в позе Ромберга отклоняется влево, координационные пробы нарушены слева, спонтанный мелкоразмашистый горизонтальный нистагм 1 степени вправо, направление падения зависит от положения головы.

Слух на левое ухо – 6 м шепотной речи, на правое – 1 м.

- Поставьте диагноз.
- Дайте заключение по вестибулометрии.
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 4. *У* пациентки 25 лет в течение 5 лет прогрессивно ухудшился слух, есть шум в левом ухе. Отметила резкое снижение слуха после родов 3 года назад. В шумной обстановке (поезд) слышит лучше.
При отоскопии слуховые проходы широкие, кожа истончена, барабанные перепонки серые, рефлекс сохранен. Камертональные пробы выявили кондуктивную тугоухость.

- Какой пробой можно выявить кондуктивную тугоухость?
- О каком заболевании можно думать в данном случае?
- Как называется симптом улучшения слуха в шумной обстановке?

Задача 5. Пациентка 47 лет испытывает повторяющиеся приступы системного головокружения, длящиеся несколько часов, сопровождаются тошнотой, рвотой, снижением слуха на правое ухо.
Объективно во время приступа: нистагм вправо горизонтально-ротаторный 2 степени, слух на правое ухо ШР 1 м, на левое – 6 м. Изменений барабанных перепонок при отоскопии нет.

- О каком заболевании можно думать?
- Как лечить больную?

<u>Клинические задачи для итогового контроля уровня усвоения знаний по теме: Заболевания носа и околоносовых пазух</u>

Задача 1. Больной 18 лет обратился с жалобами на боль в области носа, затруднение носовое дыхание, изменение формы носа. В анамнезе – травма носа в автомобильной аварии 2 дня назад.
Объективно: припухлость, гематома мягких тканей в области основания носа. При пальпации – боль, патологическая подвижность носовых костей. Передняя риноскопия – геморрагические корочки в носовых ходах, вывих четырехугольного хряща. Наружный нос смещен влево, носовое дыхание затруднено.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 2. Больной 44 года обратился с жалобами на резкое затруднение носового дыхания через правую половину носа, постоянный насморк с обильными гнойными выделениями, головную боль. Перечисленные жалобы отмечаются на протяжении последних 4 лет и носят нарастающий характер. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела нормальная, общий анализ крови – без патологии.
Передняя риноскопия: слизистая оболочка носа отечна, гиперемирована, имеется гнойный секрет в среднем носовом ходе справа, который блокирован полипами.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Перечислите исследования, необходимые для уточнения характера патологических изменений в полости носа и околоносовых пазух.

Задача 3. Больная 23 лет обратилась с жалобами на затруднение носового дыхания, частые ощущения зуда в носу, приступы чихания, обильные водянистые выделения из носа, снижение обоняния. Применение сосудосуживающих капель в нос сопровождалось улучшением дыхания, но кратковременно.

При передней риноскопии: слизистая носа отечна с цианотичным оттенком, в носовых ходах – вязкий стекловидный секрет.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Перечислите исследования (консультации других специалистов), которые необходимы для уточнения диагноза.
- С чем связано нарушение обоняния в данном случае?

Задача 4. Больной 36 лет, обратился с жалобами на затруднение носового дыхания, головную боль, повышение температуры тела. Три дня назад при падении с велосипеда мальчик получил травму носа, было кровотечение, сознания не терял. Тошноты, рвоты не было.
Передняя риноскопия: гиперемия слизистой оболочки, в хрящевом отделе носовой перегородки – подушкообразное утолщение с двух сторон, флюктуирующее при пальпации пуговчатым зондом. Общие носовые ходы резко сужены.

- Поставьте предварительный диагноз.

- Какое лечение и в какие сроки (в неотложном или плановом порядке) необходимо осуществить в данном случае?

Задача 5. У мальчика В., 10 лет, внезапно возникло носовое кровотечение. Причину установить трудно. Объективно: выделение из левой половины носа алой крови, при фарингоскопии заметно стекание крови по задней стенке глотки. Состояние мальчика удовлетворительное.
В домашней аптечке имеется вата, бинт, 3% раствор борного спирта, 3% раствор перекиси водорода, баночка с ихтиоловой мазью, тюбик «Оксикорта», валидол, лейкопластырь.
Вас, врача общей практики, попросили оказать помощь ребенку.

- В чем будет заключаться помощь ребенку в данном случае?
- Что из перечисленных средств можно использовать?
- Назовите наиболее частую локализацию кровоточащего места в полости носа и наиболее частые причины носового кровотечения в детском возрасте.

Задача 6. У больного 10 лет, два дня назад появилась болезненная припухлость в области носа, недомогание, повысилась температура тела. Причину заболевания назвать затрудняется.
Объективно: у основания кожной части носовой перегородки определяется ограниченный инфильтрат, покрытый гиперемированной кожей. Пальпация инфильтрата резко болезненна. При передней риноскопии (болезненна!) патологических изменений нет. Другие ЛОР органы без изменений.
Анализ крови: лейкоциты – $14{,}2 \cdot 10^{9}$/л, СОЭ – 30 мм/час.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Определите лечебную тактику в данном случае.

Задача 7. У мужчины 46 лет, с фурункулом носа имеется высокая температура тела (38,5°С), недомогание, а также – экзофтальм, хемоз, птоз с двух сторон. Офтальмологом выявлены расширенные вены глазного дна, застойные соски зрительных нервов.

- О каком осложнении фурункула носа можно думать?
- Каковы анатомические предпосылки возникновения перечисленных изменений в данном случае?
- Определите лечебную тактику.

Задача 8. Больной 15 лет, обратился с жалобами на отсутствие носового дыхания через правую половину носа, затруднение носового дыхания слева, частые кровянистые выделения из носа и носовые кровотечения. Перечисленные жалобы нарастали постепенно в течение последнего года. В последнее время появилось ощущение заложенности в левом ухе, головная боль.
Объективно: рот открыт, дыхание через нос резко затруднено, небольшой экзофтальм справа. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы не увеличены.

- О каких заболеваниях можно думать в данном случае?
- Что необходимо предпринять врачу общей практики для уточнения диагноза?

Задача 9. Вас, дежурного врача, постовая медсестра вызвала в пульмонологическое отделение к больной 22 лет, по поводу развившегося у нее носового кровотечения.

- Каковы Ваши действия?
- Какова вероятная причина кровотечения?

Задача 10. Больной 24 лет, обратился с жалобами на затруднение носового дыхания, гнойный насморк, головную боль, снижение обоняния. Перечисленные жалобы отмечает после простуды в течение 2 недель. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,4 °С, общий анализ крови – лейкоцитоз 9,6 х 10^{9}/л.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка носа отечна, гиперемирована, имеется гнойный секрет в средних носовых ходах, носовое дыхание затруднено. При фарингоскопии – гнойный секрет стекает по задней стенке глотки.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Перечислите исследования, необходимые для его уточнения.
- Какова лечебная тактика?

Задача 11. Пациент 3 лет обратился в ЛОР отделение детской больницы с жалобами на отёк век левого глаза, затруднение носового дыхания, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Заболел 3 дня назад – поднялась температура тела, появились слизистые выделения из носа, затруднение носового дыхания.

Объективно: отёк и гиперемия век левого глаза, больше медиального отдела, левая глазная щель резко сужена, при попытке раздвинуть веки экзофтальма не определяется, подвижность глазного яблока в полном объеме, гиперемия конъюнктивы. Носовое дыхание затруднено, отёк и гиперемия слизистой оболочки носа, слизисто-гнойный секрет

в левом общем носовом ходе, справа – слизь. Увеличение передних шейных лимфоузлов до 1 см, малоболезненные.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Перечислите исследования, необходимые для его уточнения.
- Какова лечебная тактика?

Задача 12. Пациент 38 лет обратился в ЛОР клинику с жалобами на гнойные выделения с неприятным запахом из левой половины носа, умеренные боли в левой щеке, иррадиирующие в левый глаз, возникшие в течение 1 месяца. Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Наружные отделы носа не изменены, пальпация левой щеки умеренно болезненна в области выхода 2 ветви тройничного нерва. В полости носа отёк нижней носовой раковины, гнойный секрет в среднем носовом ходе. В полости рта – разрушение коронок 25 и 26 зубов на верхней челюсти слева.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Перечислите исследования, необходимые для его уточнения.
- Какова лечебная тактика?

Клинические задачи для итогового контроля уровня усвоения знаний по теме занятия: Заболевания глотки

Задача 1. У девочки 12 лет жалобы на першение, жжение в горле, которые появились после переохлаждения (накануне съела мороженое). Объективно: гиперемия и легкие отечно- инфильтративные изменения слизистой оболочки задней стенки глотки, на поверхности которой небольшое скопление слизи.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 2. У больной 42 лет жалобы на першение в глотке, отхаркивание вязкой мокроты. Считает себя больной в течение 7 месяцев; в течение 5–ти лет страдает сахарным диабетом. Объективно: местные признаки хронического тонзиллита; слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, утолщена, покрыта густой слизью; определяются единичные гранулы лимфаденоидной ткани.

- Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Задача 3.Больная 63 лет, жалуется на сухость и першение в глотке, периодическую болезненность при проглатывании твердой пищи, неприятный запах изо рта. Считает себя больной в течение 7 лет, страдает хроническим ахилическим гастритом и холециститом. Объективно: слизистая оболочка глотки бледная, истончена, сухая, на е поверхности – небольшое количество вязкой слизи, корки.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача 4. У больной 14 лет жалобы на сильную боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры, озноб, общее недомогание, головную боль. Заболела 3 дня назад после переохлаждения. Объективно: температура тела 38,3ºС, пульс - 88 в мин., ритмичен. Определяется гиперемия слизистой оболочки миндалин, на поверхности которых видны белые точки величиной с просяное зерно. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача 5. У больного 21 года жалобы на боль в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры тела, общее недомогание, слабость. Объективно: кожный покров влажный, бледный, температура тела $38,6^0$ С. Определяется гиперемия слизистой оболочки миндалин, на поверхности которых видны желто-белые налеты, не выходящие за пределы миндалин и легко снимающиеся шпателем. Подчелюстные и шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача 6. Со слов родителей, у ребенка 5 лет накануне вечером появились резкая боль в горле, насморк, слезотечение, температура тела повысилась до $39,2^0$С, была однократная рвота. Объективно: слизистая оболочка глотки гиперемирована, на небных миндалинах, небных дужках, на слизистой оболочке щек имеются розовато-белые пузырьки. Подчелюстные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача 7. У больной 36 лет накануне появились жалобы на боль в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры до 38,8° С, общее недомогание. Объективно: фарингоскопия затруднена – тризм, болезненно реагирует на отдавливание языка шпателем. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, с отечно-инфильтративными изме-

нениями. При гипофарингоскопии определяется гиперемия, инфильтрация ткани язычной миндалины, на поверхности которой видны налеты в виде белых островков. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача 8. У ребенка 5 лет отмечается затруднение носового дыхания, слизисто-гнойные выделения из носа, сухость, болезненность в глотке, субфебрилитет. Болен около 2-х дней. Объективно: Слизистая оболочка носа розовая, слегка пастозная. Передняя эпифарингоскопия: глоточная миндалина II степени, отечна, гиперемирована, на ее поверхности видны желтоватые налеты в виде точечных включений. Слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, покрыта густым слизисто-гнойным экссудатом. Подчелюстные лимфоузлы увеличены.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача 9. У больной 38 лет жалобы на боль в горле, усиливающуюся при глотании, больше справа, боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Считает себя больной в течение 2-х дней после перенесенной ангины. Объективно: температура $38{,}5^0$ С. Голос имеет гнусавый оттенок (ринолалия), открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация околоминдаликовой области справа, асимметрия зева за счет смещения правой миндалин медиально. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны.

- Поставьте диагноз
- Назначьте лечение.

Задача 10. Больной 16 лет доставлен на носилках с жалобами на резкую слабость, недомогание, головную боль, боль в горле. Болен второй день, около недели назад был в контакте с больным ребенком, который спустя 2 дня был госпитализирован в инфекционное отделение. Объективно: состояние больного средней тяжести, ослаблен, температура 38,6°С, пульс 82 в мин. Слизистая оболочка миндалин гиперемирована, покрыта грязно-серыми налетами, которые распространяются на дужки, снимаются с трудом, подлежащая ткань кровоточит.

- Поставьте диагноз.
- Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 11. Ребенок 5 лет плохо дышит носом, часто страдает респираторными заболеваниями, плохо спит, вскрикивает во сне, отмечается ночное недержание мочи. Объективно: бледность кожных покровов, полуоткрытый рот, сглаженность носогубных складок, высокое готическое небо.

- О каком заболевании можно думать, не прибегая к эндоскопии?

Задача 12. У ребенка 4 лет резко затруднено носовое дыхание. Со слов матери, ребенок дышит ртом, беспокойно спит ночью, вскрикивает во сне, часто болеет респираторными заболеваниями, перенес пневмонию. Объективно: ребенок бледен, лицо вытянуто в вертикальном направлении. При задней риноскопии определяются розового цвета дольчатые образования, прикрывающие хоаны на 2/3.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача 13. Больной 35 лет почти ежегодно отмечает ангины с высокой температурой, с длительным последующим субфебрилитетом. Находится на диспансерном учете по поводу ревматоидного артрита, обострения которого совпадают с ангинами. Объективно: передние небные дужки инфильтрированы, слегка отечны в верхних отделах, спаяны с миндалинами. Миндалины рубцово изменены, лакуны их зияют, при надавливании из лакун выделяется гнойно-казеозное содержимое. Подчелюстные лимфоузлы чувствительны при пальпации, увеличены.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача 14. Больной 14 лет один раз в год болеет ангиной. Суставы, сердце не беспокоят. Объективно: передние небные дужки инфильтрированы, слегка отечны в верхних отделах, спаяны с миндалинами. Миндалины рубцово изменены, лакуны их сужены, при надавливании из лакун выделяется гнойно-казеозное содержимое. Зачелюстные лимфоузлы чувствительны при пальпации, увеличены до 1 см.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Задача 15. Женщина 45 лет во время обеда (ела мясной суп) поперхнулась, почувствовала боль в горле, самостоятельно пыталась вызвать рвоту, ела хлебные корки. При этом ощущала резкую боль в нижних отделах шеи. Объективно: ссадины на слизистой оболочке гортанной части глотки, небольшая гематома свободного края надгортанника, скопление слюны в грушевидных синусах. Голосовая щель свободна. Со стороны других ЛОР-органов отклонений от нормы нет.

- Поставьте диагноз, назначьте лечение.

<u>Клинические задачи для итогового контроля уровня усвоения знаний по теме занятия: Заболевания гортани</u>

Задача 1. Больной 35 лет жалуется на сухой кашель, охриплость, небольшое повышение температуры, появившиеся после того, как выпил накануне холодного молока. Объективно: температура тела 37,5С. Голос хриплый. При непрямой ларингоскопии - слизистая оболочка гортани гиперемирована. Голосовые складки красные, несколько инфильтрированы, голосовая щель достаточно широка, дыхание не затруднено.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 2. У 3-летнего ребенка вечером перед сном неожиданно начался лающий кашель, появилось шумное дыхание. Объективно: катаральные явления в глотке, моторное возбуждение, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, губы цианичны, холодный пот, голос звучный, число дыханий в минуту -36.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 3. Больная 20 лет, жалуется на острые боли в горле, усиливающиеся при глотании, охриплость. Объективно: температура 38.3ºС, кожные покровы гиперемированы, пульс 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт.ст. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации. Слизистой оболочки гортани диффузно гиперемирована, инфильтрирована, надгортанник увеличен в размере с выраженными отечно-инфильтративными изменениями со сглаженными краями, ригиден. Отек слизистой распространяется на черпало-надгортанные, желудочковые складки, голосовые складки гиперемированы, инфильтрированы. Голосовая щель сужена до 6 мм. В покое дыхание затруднено, участвует в дыхании вспомогательная мускулатура, 34 в минуту.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 4. Больной 50 лет жалуется на охриплость. В течение 30 лет курит (около 2 пачек сигарет в день). Охриплость возникает периодически на протяжении последних 5-7 лет. Слизистая оболочка гортани умеренно гиперемирована. Симметричная гипертрофия вестибулярных и голосовых складок с обеих сторон; в межчерпаловидном пространстве - поперечный валик с неровным краем, выступающий в просвет гортани, скопление густого, подсыхающего слизистого секрета.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 5. Больной 17 лет поступил в клинику с жалобами на затруднение дыхания и глотания, слюнотечение, припухлость в области шеи и передней поверхности грудной клетки, кашель с мокротой, имеющей прожилки крови. Из анамнеза известно, что четыре часа назад, спускаясь по лестнице, больной споткнулся и ударился о перила передней частью шеи. Объективно: на коже шеи гематома, локальная болезненность в области щитовидного хряща. При ларингоскопии: кровоизлияние в правые вестибулярную, голосовую и черпало-надгортанную складки справа, отек слизистой оболочки гортани, голосовая щель1 см. Число дыханий 16 в I мин.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 6. Больной 24 лет, доставлен в ЛОР-клинику по поводу ножевого ранения шеи 6-дневной давности. Объективно: инфильтрация и гиперемия кожи передней поверхности шеи, резаная рана размером 2х0,5 см в области щитовидного хряща справа. Пальпация хряща болезненна. Хруст хрящей гортани при пальпации отсутствует. Непрямая ларингоскопия: гиперемия и инфильтрация надгортанника и области черпаловидных хрящей. Голосовые складки серого цвета, голосовая щель сужена до 0,6 см. Одышка, дыхание затруднено – инспираторная одышка при физической нагрузке (в покое 14 в I мин.).

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 7. У больного 32 лет жалобы на охриплость. Около 6 месяцев назад отметил, что к концу рабочего дня слабеет голос, возникает потребность откашляться. Работает педагогом. Непрямая ларингоскопия: голосовые складки бледные, на границе передней и средней третей левой голосовой складки симметрично с обеих сторон определяются округлые образование бледно-серого цвета, величиной с просяное зерно. Подвижность гортани не нарушена. Голосовая щель обычных размеров. Подголосовое пространство свободно.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 8. У больной 5 лет в течение двух лет наблюдается постоянная, периодически усиливающаяся охриплость, при респираторных заболеваниях появляется некоторое затруднение дыхания во время сна. В покое дыхание свободное, ЧДД 23 в минуту, при физической нагрузке участвует вспомогательная мускулатура. Фиброларингоскопия: по краю обеих голосовых складок и на их поверхности определяется бугристый инфильтрат, напоминающий по

внешнему виду цветную капусту. Голосовая щель - несколько сужена. Подвижность голосовых складок не нарушена, однако их смыкание при фонации неполное. Подголосовой отдел гортани свободен.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 9. Больная 38 лет обратилась с жалобами на охриплость. Два месяца назад перенесла резекцию желудка под эндотрахеальным наркозом. После операции были значительные боли в горле, отхаркивала кровь, тогда же отметила появление охриплости. Спустя 2 недели боли в горле полностью прекратились, охриплость усилилась. Непрямая ларингоскопия: голосовые складки бледные. В задних отделах гортани имеется ярко-красное образование величиной с вишню, на тонкой ножке, фиксированное к левой голосовой складке в задних отделах, подвижность гортани не нарушена, регионарные лимфоузлы не увеличены. Дыхание свободное.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 10. У больной 56 лет жалобы на охриплость. Считает себя больной около 6 месяцев после перенесенной операции по поводу узлового зоба. Непрямая ларингоскопия: голосовые складки серые, при фонации и дыхании левая половина гортани неподвижна. При физической нагрузке (ходьбе) появляется одышка и втяжение надключичных и яремной ямок. Лимфоузлы шеи не увеличены. Число дыханий 15 в I мин.

- Поставьте диагноз.
- Назначьте лечение.

Клинические задачи для итогового контроля уровня усвоения знаний по теме занятия: Опухоли и инфекционные гранулемы ЛОР органов.

Задача 1. Больной 12 лет обратился с жалобами на затруднение носового дыхания и снижение слуха на правое ухо. Два года назад впервые отметил заложенность носа и затруднение носового дыхания, последний месяц периодически возникают спонтанные носовые кровотечения. Объективно: слизистая оболочка полости носа отечная, в правой половине носа в задних отделах и в носоглотке определяется объемное образование с гладкой поверхностью ярко-красного цвета, обтурирует хоаны. При пальпации плотно-эластичной консистенции. Носовое дыхание резко затруднено.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какие нужны дополнительные методы исследования?
- Как лечить больного?

Задача 2. Больной, возраст 21 год, жалуется на постоянную головную боль в области лба, которую впервые отметил шесть месяцев назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа лица не изменена, деформаций нет, слизистая носа и носоглотки розовая, носовые ходы свободные, дыхание сохранено. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется высокоинтенсивное затемнение в области правой лобной пазухи округлой формы с гладкими краями, занимающее половину объема пазухи, исходящее из её передней стенки.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Назначьте лечение.

Задача 3. Больная 42 лет поступила с жалобами на затруднение носового дыхания через левую половину носа, сукровичные выделения из этой половины носа, головную боль в правой половине лица. Больной себя считает два месяца, симптомы возникли постепенно без видимой причины.

Объективно*:* левая половина носа обтурирована крупнобугристым образованием багрово-синюшного цвета, передние отделы его изъязвлены, кровотечение при дотрагивании зондом. Перегородка носа смещена вправо. Носовое дыхание резко затруднено слева.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения?

Задача 4. У больной 13 лет в течение трех месяцев отмечаются кровянистые выделения из носа, отсутствует носовое дыхание справа, отечность мягких тканей щечной области, болей нет. В течение последней недели стали «качаться» зубы (14,15) на верхней челюсти справа.

Объективно: асимметрия лица за счет отека и инфильтрации мягких тканей правой щеки, пальпация этой области безболезненна. При риноскопии правый общий носовой ход сужен за счет выпячивания боковой стенки носа, дыхание через эту половину носа затруднено, обоняние отсутствует. Лимфоузлы шейные не пальпируются. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи средней интенсивности, деструкция ее медиальной стенки.

- Поставьте предварительный диагноз.
- Какие дополнительные методы исследования необходимы для его уточнения?

Задача 5. Пациент 49 лет в течение восьми дней жалуется на ощущение неловкости и небольшую боль при глотании, иррадиирующую в левое ухо. Температура 37,3°С.
Объективно: состояние удовлетворительное, на левой миндалине у ее верхнего полюса с переходом на переднюю небную дужку имеется язва 1 х 1см с гиперемированными плотными краями, покрытая налетом грязно-белого цвета, рыхлым, снимающимся. Пальпируется зачелюстной лимфатический узел слева 2 х 2 см, плотный, безболезненный, не спаянный с кожей.

- Какие дополнительные данные вам необходимы для уточнения диагноза?
- Каков предположительный диагноз?

Задача 6. Больная 35 лет ощущает дискомфорт при глотании и боль в горле, заложенность носа, сукровичные выделения из носа, боли в коленных суставах. Больной считает себя полгода. Объективно: слизистая носовой полости истончена, субатрофична, покрыта массивными гнойно-геморрагическими корками, преимущественно в области перегородки носа, после удаления которых определяется перфорация. Слизистая оболочка глотки истончена, бледная, без налетов и изъязвлений. При отоскопии барабанные перепонки серые, втянуты, слух на оба уха ШР 5 м. Определяются пальпаторно подчелюстные и передние шейные лимфатические узлы до 2 см, малоболезненные. В анализе крови: лейкоциты 5,6 х 10^{12} /л, СОЭ 37 мм/ч. В анализе мочи выявлен белок 0,066 г/л, эпителий единичный, лейкоциты единичные. Реакция Вассермана отрицательная. На флюорограмме грудной клетки обнаружено округлое образование в проекции нижней доли правого легкого до 3 см в диаметре. Биопсия ткани в области перфорации носовой перегородки выявила гранулематозный процесс с наличием гигантских клеток. Анализ крови на антинейтрофильные цитоплазматические антитела (АНЦА) положительный.

- Какое заболевание можно предполагать у больной?

Задача 7. Больная, 39 лет, жалуется на чувство инородного тела в глотке, усиливающееся при глотании, ощущение жжения, першения. Жалобы появились в течение трех месяцев. Лечилась амбулаторно полосканиями и смазываниями глотки раствором Люголя, принимала антибиотики, но без эффекта. В прошлом один – два раза в год болела ангиной.

Объективно*:* в области верхнего полюса правой небной миндалины имеется бугристое опухолевидное образование розового цвета в виде петушиного гребня распространяющееся в просвет ротоглотки и суживающее его наполовину, легко кровоточащее при дотрагивании. В центре образования углубление, на дне его сероватый налет. Пальпаторно образование плотное, инфильтрат переходит на боковую стенку глотки. Справа на шее пальпируется конгломерат увеличенных передних шейных лимфатических узлов, размерами 3х4 см, плотный, ограниченно смещаемый. В мазке из левой миндалины обнаружен патогенный стафилококк.

- Каков предполагаемый диагноз?
- Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Задача 8. Больной, 60 лет, обратился с жалобами на охриплость, поперхивание во время еды, гнусавый голос. Болен около 30 лет. Длительное время отмечал гнойные с неприятным запахом выделения из полости носа. Голос оставался нормальным, глотание не было затруднено. Не лечился.

Объективно: в центре твердого неба имеется дефект 1,0 см в диаметре. Зонд через дефект попадает в правую половину носа. Мягкое небо рубцово-деформировано и местами сращено с задней стенкой глотки. При непрямой ларингоскопии надгортанник рубцово изменен. Правая половина гортани неподвижна. Голосовая щель достаточна для дыхания.

- Каков диагноз?
- Что можно предпринять для его уточнения?

Задача 9. Больной 72 лет предъявляет жалобы на резкую боль при глотании, может питаться только жидкой пищей. Болен в течение двух недель. В течении 15 лет находится под наблюдением в противотуберкулезном диспансере, проводилось специфическое лечение.

Объективно*:* Нормостеник, пониженного питания, при непрямой ларингоскопии определяется изъязвленный инфильтрат, располагающийся на гортанной поверхности надгортанника, распространяющийся на желудочковые и черпалонадгортанные складки вплоть до черпаловидных хрящей. Подвижность гортани не нарушена, просвет ее немного сужен.

- Каков предполагаемый диагноз?
- Предложите план обследования.

Задача 10. Больной 40 лет, житель Брестской области, жалуется на ощущение сухости в носу и глотке, некоторое затруднение носового дыхания, плохое обоняние, осиплость, кашель. В последнее время отмечает слабость, сильную утомляемость. Болеет четыре года.

Объективно: Кожные покровы чистые. Изменения со стороны внутренних органов не определяются. При риноскопии видны инфильтраты по боковой стенке и дну полости носа, покрывающая их слизистая оболочка сухая, покрыта корками. Инфильтраты распространяются на боковую стенку носоглотки и мягкое небо. Подобные инфильтраты в подголосовой области в виде симметричных утолщений параллельно голосовым складкам, которые подвижны при фонации. Голос хрипловатый.

Каков предполагаемый диагноз?
Предложите план обследования.

Задача 11. У ребенка 5 лет в течение двух лет наблюдается охриплость, при респираторных заболеваниях возникает некоторое затруднение дыхания. В последнее время афония, во время сна на спине шумное дыхание с участием вспомогательных мышц грудной клетки.

Объективно: В носу и глотке воспалительных изменений нет – слизистая оболочки розовая, чистая. При УЗС гортани определяется эхогенное образование в просвете гортани размерами до 6 мм. При фиброларингоскопии в гортани выявлено бугристое розовое образование, баллотирующее при дыхании, исходящее из передней комиссуры и левой голосовой складки в виде цветной капусты. Голосовая щель сужена на 2/3.

- Каков диагноз?
- Как лечить ребенка?

Задача 12. Больная 45 лет обратилась с жалобами на охриплость. Два месяца назад под эндотрахеальным наркозом произведена холецистэктомия. После операции были значительные боли в горле, сплевывала кровь. Тогда же отметила появление охриплости. Спустя две недели боли в горле полностью прекратились, голос стал лучше, но постепенно вновь ухудшился.

Объективно: при непрямой ларингоскопии вестибулярный отдел гортани не изменен, голосовые складки серые, подвижны при фонации. В задних отделах гортани имеется ярко-красное образование величиной с вишню на узкой ножке, исходящее из голосового отростка правого черпаловидного хряща (задняя треть правой голосовой складки). Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

- Каков диагноз?
- Как лечить больную?

Задача 13. Больной, 49 лет, жалуется на охриплость, которая беспокоит около полугода. Считал, что это связано с курением, однако после того, как бросил курить три месяца назад, осиплость не прошла.

Объективно*:* В полости глотки патологических изменений не определяется. При непрямой ларингоскопии выявлен бугристый инфильтрат на правой голосовой складке, подвижность её заметно ограничена. Голосовая щель достаточна для дыхания. В подголосовом пространстве изменений нет. Лимфоузлы не пальпируются.

- Какой предполагаемый диагноз?
- Какие дополнительные обследования необходимы?
- Как лечить больного?

Задача 14. Больной 48 лет жалуется на боль в области шеи, отсутствие дыхания через естественные пути, афонию. Около шести месяцев назад больной отметил появление охриплости, к врачу не обращался, лечение не проводилось. Охриплость постепенно усиливалась, появились боли при глотании, затруднение дыхания. Неделю назад в связи с резким затруднением дыхания была произведена трахеотомия.

Объективно*:* крупнобугристый инфильтрат занимает всю правую половину гортани, переднюю комиссуру и переходит на левую половину гортани, полностью закрывает просвет гортани. Голосовая щель необозрима. Отек слизистой оболочки черпаловидных складок и язычной поверхности надгортанника. Наружный осмотр шеи: инфильтрация щитовидного хряща, его неподвижность при боковом смещении. Трахеостомическая трубка в нижней трети шеи, кожа вокруг стомы инфильтрирована, местами мацерация. Рентгенография грудной клетки патологии не выявила. Передние шейные лимфатические узлы пальпируются до 2 х 2 см, безболезненные, спаянные с окружающей клетчаткой. Реакция Вассермана отрицательная.

- Каков диагноз?
- Как лечить больного?

Задача 15. Больной 63 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на затруднение дыхания, боль в горле при глотании, першение в глотке. Болен два года. Вначале першение и боли в горле были периодическими. В последние три месяца присоединились затруднение дыхания и боль в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо.

Объективно: в гортани – бугристое образование, занимающее левую желудочковую и голосовую складки с переходом через переднюю комиссуру на правую голосовую складку. Левая половина гортани резко ограничена в подвижности, черпалонадгортанная складка отечна. Голосовая щель значительно сужена. При ходьбе появляется одышка, отмечается втяжение надключичных и яремных ямок. Регионарные лимфатические узлы шеи не увеличены. На рентгенограмме грудной клетки определяется несколько округлой формы теней диаметром до 1 см в проекции левого легкого.

- Каков предполагаемый диагноз?
- Какие необходимы дополнительные исследования?
- Каково лечение?

Задача 16. Больной 43 лет обратился с жалобами на стойкий непродуктивный кашель, появление по ночам приступов удушья, которые проходят без применения лекарств после изменения положения тела. Кашель появился около

четырех месяцев назад. Проводилось противовоспалительное лечение (щелочно-масляные ингаляции, вливание каротина в гортань). В начале лечения больной отметил некоторое улучшение, однако спустя три недели симптомы стали стойкими, а в течение последних трех недель появились охриплость, одышка при ходьбе и приступы удушья по ночам.

Объективно: Признаков стеноза гортани (одышки, втянутости надключичной и яремной ямок) при осмотре нет; регионарные лимфатические узлы не увеличены. При непрямой ларингоскопии: вестибулярный отдел гортани не изменен, левая голосовая складка гиперемирована, край ее ровный, правая складка серая. В подголосовой области слева определяется крупнобугристый инфильтрат серо-розового цвета, занимающий всю левую половину подголосового отдела. Левая половина гортани неподвижна. Голосовая щель сужена. На компьютерных томограммах гортани определяется инфильтрат левой половины подголосового пространства, распространяющийся от голосовой складки до нижнего края перстневидного хряща. Просвет подголосового пространства значительно сужен. Признаков деструкции хрящей нет.

- Каков диагноз?
- Что требуется для его уточнения?

Ситуационные задачи для итогового контроля по дисциплине «Оториноларингология»

Задача № 1

Ребенок 2 лет, не разговаривает. Родителям кажется, что он не слышит. В годовалом возрасте по поводу хронического бронхита получал ототоксичный антибиотик.

Задание:

1. Перечислите методы исследования слуха, том числе у грудных детей.
2. Критерий нормального слуха при речевом методе?
3. Что такое тугоухость?
4. Степени тугоухости.
5. Что такое глухота?
6. Что такое глухонемота?
7. Проблема № 1 у данного ребенка?
8. Методы обучения детей с тяжелой стпенью тугоухости?
9. Обучение детей с глухотой. Существует ли абсолютная глухота?
10. Трудоустройство людей с патологией слуха.
11. Назовите 3 ототоксичных препарата.
12. Профилактика яатрогенной глухоты.

Задача № 2

У мальчика 2- лет внезапно поднялась температура до 39°. В анамнезе диатез. К вечеру 4 дня появился громкий кашель, а ночью дыхание стало шумное, вдох затруднен - выдох свободный (число дыханий 32 в мин. в покое, кожные покровы бледные, отмечается втяжение податливых мест грудной клетки на вдохе). Голова ребенка запрокинута. При эндоскопии слизистая оболочка гортани, трахеи, бронхов гипермирована, отечная инфильтрирована, изъязвлена, покрыта гнойно-кровянистым отделяемым.

Задание:

1. Поставьте диагноз (основной и осложнение основного).
2. Сопутствующий диагноз?
3. Что такое стеноз гортани?
4. Анатомические предпосылки к стенозу гортани?
5. Самое узкое место в гортани?
6. Стадии стеноза гортани?
7. Стадия стеноза гортани у данного мальчика?
8. Куда ребенка нужно госпитализировать?
9. Лечение компенсированной стадии стенозаь гортани.
10. Лечение декомпенсированной стадии стеноза.
11. Что такое трахеотомия и трахеостомия?
12. Виды трахеостомии?
13. Альтернатива трахеостомии?
14. Что такое внутривенняя трахеостомия?

Задача № 3

У больного отмечено гноетечение из уха в течение 5 лет. За 8 дней до поступления в больницу появились боли в ухе и головная боль, усилилось гноетечение. В последний день головная боль уменьшилась, началась тошнота и рвота. Общее состояние тяжелое, пульс-100 ударов в минуту, температура-39°С. Определяется ригидность затылочных мышц, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. При люмбальной пункции ликвор мутный, вытекает струйно. В правом слуховом проходе обнаружены гнойные выделения со зловонным запахом. Барабанная перепонка гипермирована, в её расслабленной части отмечена перфорация, через которую видны серые массы.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Что произошло за 8 дней до поступления?

3. Что означает-гнойные выделения со зловонным запахом и что нужно сделать дополнительно?
4. Перфорация барабанной перепонки в расслабленной части- это что?
5. А серые массы в барабанной полости?
6. Что такое мезотимпанит?
7. Третья форма хронического гнойного среднего отита?
8. Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского - это симптомы…….?
9. Ликвор мутный. Почему?
10. Какой ликвор в норме?
11. Какие внутричерепные отогенные осложнения Вы знаете?
12. Лечение больного?
13. Как уменьшить внутричерепное давление?
14. Борьба с интоксикацией. Какая?

Задача № 4

Жалобы на закладывание левой половины носа, сильную боль в области левой щеки, боль в зубах, припухание нижнего века слева.

Болен в течение недели, начало заболевания связывает с переохлаждением.

Объективно: Имеется незначительная припухлость щеки слева, некотрый отек нижнего века левого глаза. Пальпация предней стенки левой верхнечелюстной пазухи болезненна. Передняя риноскопия: слизистая оболочка нижней носовой раковины слева гиперемирована, отечна, в нижнем и среднем носовых ходах гнойное отделяемое. Со стороны дугих ЛОР органов без видимых патологических изменений. Кариозных зубов нет. Температура тела 37,4ºС. На рентгенограмме имеется тотальное снижение пневмотизации левой верхнечелюстной пазухи.

Задание:

1. Диагноз?
2. Что означает термин «синусит».
3. Перечислите околоносовые синусы.
4. Формы острых синуситов?
5. Куда открываются околоносовые пазухи?
6. Рентгенологические признаки форм острых синуситов?
7. Современные методы диагностики синуситов?
8. Как объяснить (патологоанатомически) припухлость щеки у больного?
9. С чем дифференцировать острый синусит?
10. Как создать условия для оттока эксудата из пазухи при синусите?
11. Положение обльного при закапывании капель в нос с острым синуситом?
12. Назначьте план лечения.

Задача № 5

Жалобы на боль в правом ухе, гноетечение из него, понижение слуха, головную боль, повышение температуры тела до 37,5ºС, плохое самочувствие.

Болен 2 недели. После насморка появились стреляющие боли в правом ухе, повышение температуры до 38,6 ºС. Через 2 дня началось гноетечениеиз уха, боль прошла, температура нормализовалась, 2 дня назад появились боли в заушной области, головная боль, температура тела вновь повысилась до 37,5 ºС.

Объективно: Ушная раковина оттопырена кпереди, наружный слуховой проход сужен в костном отделе за счет нависания задневерхней стенки. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, щелевидная перфорация с пльсацией гноя. В области сосцевидного отростка-отечность мягких тканей, болезненность при пальпации. Острота слуха: шепотная речь - 0,5 м., разговорная- 2,0.м. При ринофарингоскопии остаточные явления ринофарингита, левое ухо не изменено.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Назначьте дообследование.
3. Осложнение отита?
4. Стадии заболевания у данного больного?
5. Ведущие симптомы первой стадии заболевания?
6. Основные задачи врача во второй стадии заболевания?
7. Рентгенологические признаки мастоидита?
8. Патологические изменения при мастоидите?
9. Лечение мастоидита?
10. Лечение при отсутствии деструкции кости.
11. Возможные осложнения мастоидита?

Задача № 6

Больной с опухолью верхней доли левого легкого по поводу охриплости направлен к оториноларингологу. При осмотре гортани признаков воспаления и опухолевого роста не обнаружено. Какую ларингоскопическую картину увидел врач и каков диагноз?

Задание:

1. Какие мышцы смыкают голосовую щель при фонации?
2. Чем иннервируется группа мышц смыкающие голосовую щель?
3. В каких местах может сдавливаться нерв, иннервирующий гортань?
4. Какими патологическими образованиями может сдавливаться нерв,иннервирующий мышцы гортани?
5. Во время непрямой ларингоскопии при каких физиологических моментах исследуется функции гортани?
6. Какие патологические процессы в гортани могут влиять на чистоту голоса?.Какая аппаратура применяется для исследования голосовой функции гортани?
8. Какое положение занимают голосовые связки при спокойном дыхании?
9. Какого цвета голосовые связки в норме у женщин и мужчин?
10. Какую позицию занимают голосовые связки у данного больного?

Задача № 7

На приеме у врача ребенок 4 лет. Родители обеспокоены тем, что у мальчика постоянное затрудненное носовое дыхание, беспокойный сон, частые простудные заболевания.

При осмотре: рот приоткрыт. Дыхание через обе половины носа затрудненно. Твердое небо высокое, готической формы, нарушение прикуса. В своде гортани носоглотки - разросшаяся 3 миндалина, прикрыаающая сошник на 2/3. барабанные перепонки втянуты.

Задание:

1. Какие причины влияют на нарушение носового дыхания?
2. Особенности строения слизистой оболочки полости носа?
3. Глоточное кольцо включает какие анатомические образования и как называется по автору?
4. Какие функции выполняет глоточное кольцо?
5. Назовите клеточные простанство (Spatium) глотки?
6. Какую роль они выполняют в воспалительных процессах, вернее осложнениях?
7. Методы исследования носоглотки?
8. Какую функцию выполняет глоточня миндалина (миндалина №3)?
9. Когда воспаляется глоточная миндалина- о каком заболевании идёт речь?
10. Сколько степеней имеет гипертрофия глоточной миндалины?
11. Почему при нарушении носового дыхания барабанные перепонки бывают втянуты при отоскопии?
12. Как правильно звучит диагноз у данного ребенка?
13. Какую операцию производят при данном заболевании?
14. Какие лабораторные исследования проводятся перед операцией?
15. Какая анестезия при выполнении этой операции?
16. Какие наиболее частые осложения возникают в ходе операции?

Задача №8

Больная жалуется на шум в ушах. Понижение слуха. Болет 5 лет, после перенесенного гриппа. Слух ухудшается прогрессивно. При осмотре ЛОР-органов патологии не выявлено. Слуховой паспорт- двустороняя нейро-сенсорная тугоухость.

Задание:

1. Из каких анатомических образований состоит звукопроводящая система?
2. Из каких анатомических образований состоит звуковоспринимающая система?
3. Какую функцию выполняет барабанная полость, сдуховые косточки и барабанная перепонка?
4. Какие клетки кортиева органа наиболее подвержены токсическому воздействию?
5. Каков тональный диапозон разговорной речи?
6. Перечислите антибиотики оказывающие ототоксическое действие?
7. Какая вирусная инфекция вызывает поражение звуковоспринимающей системы?
8. Камертональные опыты каких авторов используют в дифференциальной диагностике тугоухости?
9. При поражении какого анатомического образования звуковоспринимающей системы ФУНГ бывает положительны? ФУНГ-феномен ускоренного нарастания громкости.
10. С каким заболеванием нужно дифференцировать данную патологию?
11. Поставьте диагноз.
12. На что направлено лечение витаминами группы В, АТФ, алоэ, галантамином по схемам?

Задача № 9

Больная обратилась к ЛОР врачу с жалобами на ангины, повторяющиеся 3-4 раза в год. С детства страдает ревматизмом. 3 года назад диагностирован порок сердца – недостаточность митрального клапана. Фарингоскопия: гиперемия и валикообразное утолщение краев небных дужек, миндалины рыхлые, спаянные с дужками, в лакунах казеозные пробки.

Задание:

1. Готочное кольцо- какие миндалины его образуют, автор?
2. Функции глоточного кольца?
3. Факторы способствующие возникновению данного заболевания?

4. Этиология- перечислите виды возбудителей.
5. Классификация хронического тонзиллита?
6. Местные признаки хронического тонзиллита?
7. Перечислите заболевания, связанные с хроническим тонзиллитом?
8. Методы лечения хронического тонзиллита?
9. Показания к тонзиллэктомии?
10. Какие могут быть осложнения при Т-эктомии?
11. Диспансеризация больных с хроническим тонзиллитом?
12. Морфологические стадии развития хронического тонзиллита?

Задача № 10

Больной вызвал скорую помощь по поводу выраженных болей в горле с иррадацией в зубы, левый висок, высокой температуры до 39ºС. Болеет катаральной ангиной в течение недели. Врач скорой помощи при осмотре обнаружил: слюнотечение, страдальчекое выражение лица, увеличенные лимфатические узлы в зачелюстной области слева. Больной с трудом открывает рот не более 1 см. Пациент был доставлен в дежурный ЛОР-стационар, где ему была оказана экстренная помощь.

Задание:

1. Глоточное кольцо состоит из каких миндалин и как называется кольцо по автору?
2. Назовите какие пространства (Spatium) имеются в глотке?
3. Какую роль играют эти пространства при патологии?
4. Какие заболевания могут привести к данному состоянию больного?
5. Опишите фарингоскопическую картину данной патологии.
6. Между какими слоями тканей возникает воспаление в данном случае?
7. Наиболее частая локализация процесса, встречающаяся в клинической практике ЛОР врача?
8. Какая тактика лечения данной патологии?
9. Какая применяется анестезия при оказании экстренной помощи больным с данной патологией?
10. Какой диагноз у данного больного?
11. Какие могут быть осложнения если больному своевременно не оказана адекватная помощь?
12. Как лечить хронический тонзиллит при данной патологии?

Задача № 11

Больной жалуется на охриплость голоса в течение 6 месяцев. Боли при глотании, предшествующего переохлаждения не отмечают. Больной много курит, часто употребляет алкогольные напитки.

Оториноларингологический статус: Слизистая оболочка носа розовая, влажная. Носовые ходы широкие, свободные. Носовое дыхание свободное. Слизистая облочка глотки гиперемирована. Кожа слуховых проходов не изменена. Барабанные перепонки серо-перламутрового цвета.

Ларингоскопическая картина: слизистая оболочка гортани розового цвета, влажная, налётов нет. Правая голосовая складка утолщена, бугристая, ограниченно подвижна при дыхании, при фонации складки смыкаются неполностью. Голос хриплый, дыхание через гортань свободное. Левая половина гортани подвижная, слизистая оболочка не изменена. Слизистая оболочка верхних отделов гортани также не изменена.

Задание:

1. Поставьте предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Назовите предраковые заболевания гортани.
4. Группа риска по раку гортани.
5. Причины хронического ларингита.
6. Стадии рака гортани.
7. Методы лечения рака гортани.
8. От чего зависит эффективность лечения?
9. Мероприятия по ранней диагностике рака гортани.
10. Диспансеризация в оториноларингологии.
11. Какое хирургическое лечение показано данному больному?
12. Наиболее эффективный метод лечения рака гортани?

Задача № 12

Больной поступил в оториноларингологическое отделение больницы с жалобами на гноетечение из правого уха, затрудненное носовое дыхание.

Анамнез заболевания: 5 лет назад на фоне ОРЗ появились сильные боли в правом ухе, поднялась температура до 38º С, ухудшилось общее состояние, снизился слух. Через несколько дней появилось гноетечение из правого уха. Лечился каплями в ухо. С тех пор гноетечение из уха постоянное. Лечился амбулаторно, каплями в ухо (какими не помнит).

ЛОР-статус.

Уши. Пальпация сосцевидных отростков безболезненна. Кожа ушных раковин и заушной области не изменена. Левый слуховой проход широкий, свободный, кожа не изменена. Барабанная перепонка серо-перламутрового цвета со всеми опознавательными пунктами. Острота слуха – шепотная речь 6 м. Кожа правого слухового прохода гиперемирована. В просвете слухового прохода слизисто-гнойное отделяемое на 5 ватничках.

Барабанная перепонка бледно-розового цвета. Имеется центральная перфорация барабанной перепонки округлой формы диаметром 5 мм. В барабанной полости гнойное отделяемое. После удаления которой обозревается гиперемированная слизистая оболочка и грануляции. Острота слуха: шепотная речь 1 м, разговорная – 4 м.

Слизистая оболочка носа розовая, влажная. Перегородка носа смещена вправо. Носовые ходы справа сужены и носовое дыхание справа затруднено, слева – свободное. Слизистая оболочка полости рта, глотки, гортани и зубы без патологии.

Задание:

1. **Поставьте диагноз.**
2. **Формы хронического гнойного среднего отита?**
3. **Назначьте общее лечение хронического гнойного среднего отита.**
4. **Проведите местное лечение хронического гнойного среднего отита.**
5. **Лечение и профилактика наружного отита.**
6. **Укажите формы тугоухости.**
7. **Дополнительные методы исследования слуха для уточнения формы тугоухости у данного больного?**
8. **Меры профилактики раздражения лабиринта (головокружение, тошнота, нарушение равновесия, нистагм и др.).**
9. **Лечение сопутствующего евстахиита.**
10. **Лечение грануляций.**
11. **Причины неэффективности консервативного лечения у данного больного?**
12. **Какая операция необходима на верхних дыхательных путях у данного больного?**

Задача № 13

Больной поступил с жалобами на затруднение носового дыхания, обильное гнойное отделяемое из носа больше справа, головную боль, слабость. Боль в области глаза и нижнего века справа. Снижение остроты зрения справа, двоение в глазах.

Анамнез заболевания: Болен около 10 лет. Отмечает периодическое обострение заболевания 1 раз в год. Лечился амбулаторно. Последнее обострение началось около 10 дней назад после переохлаждения: появилось слизисто-гнойное отделяемое из носа. Пять дней назад отмечает появление боли и припухлость щеки, а 3 дня назад пульсирующую боль в глазу. Поднялась температура тела
до 39^{o}С.

ЛОР-статус. Пальпация правой гайморовой пазухи болезненна. Передняя риноскопия-слизистая гиперемирована, отёчна; носовые раковины отечны. Носовые ходы сужены. Перегородка носа S-образно искривлена. Отделяемое слизисто-гнойное в среднем носовом ходе справа.

Глотка, гортань, уши без патологии.

Status localis: кожа нижнего века, нижнее-медиального угла глаза справа инфильтрированна, гиперемированна, пальпаторно плотная, резко болезненна. Коньюктива нижнего века справа гиперемирована, отечная. Глазное яблоко выстоит кпереди и вверх. Объем движений вниз и медиально ограничен.

На R-грамме придаточных пазух носа определяется гомогенное затемнение правой верхнечелюстной пазухи.

Консультации окулиста: Vis Os – 1,0 ; Vis Od – 1,0. Глазное дно справа: застойный диск зрительного нерва. Вены расширенны, извиты, артерии сужены.

Задание:

1. Поставьте диагноз?
2. Что означает термин «синусит»?
3. Перечислите околоносовые синусы.
4. Формы острых синуситов?
5. Куда открываются околоносовые синусы?
6. Современные методы диагностики синуситов?
7. Алгоритм лечения данного больного?
8. Виды операций на околоносовых пазухах?
9. Медикаментозная терапия данного больного.
10. Осложнения хронического синусита?
11. Как создать условия для оттока экссудата из пазухи при синусите?
12. Рентгенологические признаки форм острых синуситов?
13. Предрасполагающие факторы развития заболевания у данного больного?
14. Положение больного при закапывании капель в нос?

Задача № 14

Больной жалуется на першение в горле, периодические боли при глотании, покалывание в области сердца, субфебрильную температуру, длящуюся месяц и более, быструю утомляемость. Больной себя считает в течение 15лет, начало связывает с переохлаждением организма, когда впервые появились боли в горле при глотании, высокая температура, общая слабость. Лечилась амбулаторно: антибиотики, стрептоцид под язык, полоскание горла раствором фурацилина. Почти каждый год отмечает 2-3 обострения, лечится амбулаторно. В последние 2 года появились колющие боли в области сердца, субфебрильная температура 37,2^{o} С.

При фарингоскопии: слизистая оболочка глотки гиперемирована в области передних дужек, миндалины плотные

выстоят из-за дужек на 2 см, спаянные с ними. В лакунах жидкий гной. На задней стенке глотки боковые валики гиперемированы, увеличены. Местами виден вязкий секрет. Лимфатические узлы увеличены и чувствительные при пальпации в зачелюстной области. Cor – «мягкий» систолический шум, тахикардия, умеренная гипотония.
Лабораторные исследования: в крови выявлен дисбаланс в иммунном статусе: перераспределение в количественном содержании Т-, В-лимфоцитов и их субпопуляций, наличие циркулирующих иммунных комплексов, сенсибилизация гранулоцитов к бактериальным аллергенам. Увеличение СОЭ, нейтрофильной лейкоцитоз. На ЭКГ – синусовая тахикардия, замедление предсердно-желудочковой проводимости, смещение интервала R-ST, удлинение электрической систолы.

Задание:

1. Какое заболевание у пациента?
2. Глоточное кольцо – какие миндалины его образуют?
3. Кто автор глоточного кольца?
4. Какие функции выполняет глоточное кольцо?
5. Местные признаки данного заболевания?
6. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
7. Классификация данного заболевания?
8. Кто предложил (разработал) эту классификацию?
9. Какие возбудители вызывают это заболевание у человека?
10. Факторы, способствующие возникновению данного заболевания?
11. Какие осложнения вызывает это заболевание?
12. С чего начинается лечение данного больного?
13. Данные каких исследований отражают положительную динамику в процессе лечения?
14. В чем суть профилактики данного заболевания?

Задача № 15

Больной обратился в клинику с жалобами на заложенность ушей, понижение слуха, аутофонию.
Болен в течение месяца после перенесенного острого респираторного заболевания. Лечился самостоятельно: нафтизин в 0.1% растворе в нос 3 раза в день, сухое тепло на область ушей. Эффекта от лечения не было.
Лор-органы:
Нос – слизистая оболочка слегка гиперемирована, нижние носовые раковины отечные. Носовые ходы сужены, больше слева за счет искривления перегородки носа в хрящевой части. Дыхание через нос несколько затруднено, больше слева.
Глотка – слизистая оболочка гиперемирована в области небных дужек, миндалины на уровне дужек, не спаянные с ними. Задняя стенка без особенностей.
Уши: правое – ушная раковина и слуховой проход без особенностей. Барабанная перепонка серая, несколько втянута, световой конус укорочен, короткий отросток молоточка выпячен. По ходу рукоятки молоточка отмечается инъекция сосудов. Левое – ушная раковина и слуховой проход без особенностей. Барабанная перепонка серая, мутная, втянутая.В нижней трети определяется уровень жидкости с отдельными пузырьками воздуха. Опозновательные пункты нечеткие.
ШР на правое ухо – 3 м, на левое – 1,5 м, РР – 5 м на оба уха.
Проходимость слуховых труб III степени.

Задание:

1. Какое заболевание у пациента?
2. Из каких отделов состоит среднее ухо?
3. Какую функцию выполняет слуховая труба?
4. Какие изменения происходят в барабанной полости при закупорке слуховой трубы?
5. Какие причины вызывают закупорку слуховой трубы?
6. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
7. Что выявит опыт Вебера?
8. Каким будет опыт Ринне?
9. Опыт Швабаха будет удлинен или укорочен?
10. Какие изменения слуховой функции выявит аудиометрия?
11. С чего начинается лечение данного больного?
12. Какие необходимо проводить исследования для контроля слуховой функции в процессе лечения?
13. В чем суть профилактики данного заболевания?

Задача № 16

Больной доставлен в клинику с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 39^0С, озноб, боль в левом ухе и гнойные выделения из него, снижение слуха.
Из анамнеза выяснено, что гноетечение из уха продолжается с детства. Лечился нерегулярно. 5 дней назад появились боли в левом ухе и головная боль, усилилось гноетечение, в течение 2-х дней были ознобы. Состояние больного средней тяжести, кожный покров с землистым оттенком. Пульс ритмичный 94 удара в минуту. Температура тела 38^0С.
Отоскопия: в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с запахом, барабанная перепонка гиперемирована, краевой дефект её в задневерхнем квадранте, через который видны грануляции. Сосцевидный отросток не изменен,

болезненность при пальпации по заднему краю его. Шепотная речь воспринимается левым ухом с 0,5 м, разговорную – 1 м. Анализ крови: лейкоцитов – $18 \cdot 10^9$/л.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие предполагающие факторы предшествовали данному заболеванию?
3. Нужна ли консультация окулиста, невропатолога, нейрохирурга?
4. Какие патологические изменения можно выявить на R-грамме височных костей по Шюллеру?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
6. Показано ли больному КТ обследование головного мозга?
7. Определите лечебную тактику.

Задача № 17

Жалобы на гноетечение из правого уха, понижение слуха, головную боль справа. Болен 10 лет, когда после перенесенного гриппа появилось гноетечение из уха. Лечился каплями в ухо, без эффекта.

Объективно: в правом слуховом проходе незначительное гнойное отделяемое с запахом. Барабанная перепонка гиперемирована, в верхних отделах краевая перефорация с белого цвета чешуйками в ней. Нос, гортань, левое ухо не изменены.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Методы исследования слуха.
3. Дополнительные диагностические приемы.
4. Что такое холестеатома?
5. Вестибулярные пробы.
6. Что такое фистульный симптом?
7. Формы хронических гнойных средних отитов?
8. Что характерно для хронического гнойного среднего отита?
9. О чем говорит головная боль на стороне отита?
10. Лечение данного больного.
11. Показания к радикальной операции на ухе?
12. Осложнения хронического гнойного среднего отита?

Задача № 18

Больной жалуется на снижение слуха справа, сильную боль, снижение слуха и гноетечение слева. Неделю назад после переохлаждения появился насморк. Не лечился. Температура $38{,}5^0$С.

При передней риноскопии носовые ходы сужены, слизистая оболочка носа гиперемирована. При задней риноскопии носоглотка также гиперемирована. Рото-гортаноглотка и гортань не изменены.

Пальпация левого сосцевидного отростка болезненна, кожа в заушной области слева гиперемирована, пастозная. Отоскопия слева – кожа слухового прохода не изменена, задневерхняя стенка нависает (слуховой проход сужен за счет задневерхней стенки). В слуховом проходе гнойное отделяемое, барабанная перепонка инфильтрирована. Имеется перфорация барабанной перепонки.

Пальпация правого сосцевидного отростка безболезненна. Отоскопия справа – слуховой проход широкий, свободный. Кожа не изменена. Барабанная перепонка розовая, резко втянутая

Задание:

1. Оцените состояние верхних дыхательных путей.
2. Предполагающие факторы заболевания?
3. Какое заболевание уха справа?
4. Какое заболевание уха слева?
5. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме по Шюллеру слева?
6. Формы острых средних отитов по характеру воспаления?
7. Тип тугоухости справа и слева?
8. Назначьте лечение правого уха.
9. Лечение левого уха.
10. Что такое парацентез, показания к нему?
11. Лечение дыхательных путей у данного больного.
12. Исходы отита слева у данного больного?

Задача № 19

Больной И. поступил в ЛОР-отделение МРКБ с жалобами на интенсивные головные боли, тошноту, рвоту, высокую температуру, гноетечение из левого уха с неприятным запахом, резкое понижение слуха.

В анамнезе: ухо заболело впервые 15 лет тому назад. В последующие годы отмечались частые обострения, связанные с переохлаждением или попаданием воды в ухо во время купания. Лечился каплями – борный спирт, диоксидин. Последнее обострение связано с перенесением ОРЗ.

При осмотре больного: положение вынужденное – поза «легавой собаки». Кожа гиперемированная, влажная. Тахикардия. Больной на просьбу согнуть голову и достать подбородком грудину – выполнить не может из-за ригидности затылочных мышц. Симптом Кернига положительный.

Отоскопия: в слуховом проходе вязкий гной с ихорозным запахом. Барабанная перепонка гиперемирована, в верхнезаднем квадранте имеется дефект размером с головку спички. Аттиковым зонтом выявляется шероховатая обнаженная стенка эпитимпанальной полости.
Ликвор: Давление до 400 мм вод. ст., мутная, L-1200 ммоль. Общий анализ крови: СОЭ – 40 мм/час, L-50 10^9/л.

Задание:

1. Поставьте диагноз данному больному.
2. Перечислите предполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. Какие изменения можно выявить на рентгенограмме височных костей по Шюллеру?
4. В консультации каких специалистов нуждается данный больной?
5. Показана или нет КТ головного мозга?
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7. Назначьте лечение.
8. Пенициллин какой соли можно вводить в спинномозговой канал?
9. Профилактика данного заболевания?

Задача № 20

Больного П., привезли из ЦРБ по скорой помощи с жалобами на сильные головные боли, тошноту, рвоту, выраженную общую слабость, сонливость, апатию.
В анамнезе: больным себя считает с детства (более 20 лет), когда после перенесенной кори, возникло заболевание ушей. С правой стороны процесс перешел в хронический. За эти годы были многократные обострения, сопровождающиеся гноетечением из правого уха. Гной в последние годы приобрел неприятный запах и примесь крови. Лечился в ЦРБ и амбулаторно (антибиотики, капли в ухо, УВЧ). Последнее обострение возникло 5 дней назад после резкого переохлаждения. Лечился самостоятельно (капли в ухо, эритроцимин внутрь) – без успеха.
При осмотре больной лежит на правом боку, ноги поджаты к животу. Кожа землянистого цвета, влажная. Брадикардия при субфебральной температуре. Апатичен, сознание «загруженное», сонлив.
В ликворе: давление 300 мм вод. ст., белок – 3 ммоль/л, лейкоцитов $12 \cdot 10^9$/л. Общий анализ крови: СОЭ – 30 мм/час, L – $30 \cdot 10^9$/л.

Задание:

1. Поставьте диагноз данному больному.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. Какие изменения можно выявить на R-грамме височных костей по Шюллеру?
4. Диагностическая ценность процедуры промывания аттика канюлей Гартманна?
5. В консультации каких специалистов нуждается данный больной?
6. Какую патологию можно выявить при КТ головного мозга?
7. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
8. Назначьте лечение.
9. Принцип ведения больных с данным заболеванием.
10. Профилактика данного заболевания?

Задача № 21

Больной 14 лет жалуется на резкие боли левой половине глотки с иррадиацией в ухо, обильную саливацию, общую слабость. Неделю назад появились боли в глотке с температурой до 39^0С. Поставлен диагноз лакунарная ангина. Лечился в течение 3-х дней тетрациклином, аспирином, полосканием глотки раствором фурациллина, компрессом на глотку. Состояние улучшилось, но оставались небольшие боли в глотке, субфебрильная температура, общая слабость. Лечение прекратил. Через 3 дня вечером боли в глотке значительно усилились, температура поднялась до 39^0С.
Объективно: лимфаузлы увеличены и болезненны по переднему краю грудино-ключично сосцевидной мышцы около угла нижней челюсти слева; затруднено открывание рта и отмечается гиперсаливация; небные миндалины гиперемированы. Особенно слева, с этой стороны миндалина оттеснена к средней линии и соприкасается с язычком; мягкое нёбо слева гиперимировано, инфильтрировано и выбухает кпереди.

Задание:

1. Какое заболевание имеется у больного?
2. Локализация процесса.
3. Дифференциальная диагностика.
4. Этиология заболевания.
5. Консервативное лечение.
6. Хирургическое лечение.
7. Локальное осложнение.

Задача 22

Жалобы больного на периодические боли в горле с повышением температуры, общей слабостью.
В анамнезе: ангины по 3-4 раза в год, которые возникают после переохлаждения, иногда без видимой причины. Последние 2 года отмечает боли в области сердца. Лечился по поводу миокарда.
Объективно: Имеются кариозные зубы. Небные дужки гиперемированы, утолщены, спаяны с миндалинами, которые плотной консистенции. В лакунах миндалин казеозно-гнойное отделяемое. Нос, гортань, уши без особенностей. Имеются изменения на ЭКГ.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите форму заболевания.
3. Какая форма заболевания была до последних двух лет?
4. Причины заболевания?
5. Консервативное лечение.
6. Время проведения консервативного лечения.
7. Хирургическое лечение.
8. Профилактика заболевания.
9. Дифференциальный диагноз.
10. Альтернатива хирургическому лечению?

Задача № 23

Жалобы больного на затрудненное носовое дыхание, выделения из носа, головную боль. Болен один месяц, когда после перенесенного гриппа появились вышеуказанные симптомы.

ЛОР-статус: пальпация правой верхнечелюстной пазухи болезненна. Передняя риноскопия: слизистая оболочка гиперемирована. Носовые раковины набухшие. Носовые ходы сужены с обеих сторон. В полости носа справа гнойное отделяемое.

Задание:

1. Поставьте диагноз данному больному.
2. Этиология заболевания.
3. Куда в полости носа открываются околоносовые пазухи.
4. Формы острых синуситов.
5. Рентгенологическая картина синуситов.
6. Дополнительные диагностические приёмы.
7. Что такое адреналиновая проба?
8. Дифференциальный диагноз.
9. Лечение катаральных синуситов.
10. Лечение гнойных синуситов.
11.Осложнения синуситов.
12. Тактика врача при безуспешности консервативного лечения.

Задача № 24

Больная обратилась к оториноларингологу с жалобами на ангины, повторяющиеся 2-3 раза в год.

Из анамнеза выяснено, что больная страдает ревматизмом. Три года назад диагностирован порок сердца – недостаточность митрального клапана. Фарингоскопия: гиперемия и галикообразное утолщение краев нёбных дужек, миндалины рыхлые, в лакунах казеозные пробки, лимфатические узлы в региональной области (зачелюстной) увеличены.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Нужна ли консультация стоматолога, кардиолога, ревматолога?
3. Какие изменения будут на иммунограмме?
4. Какова тактика лечения?
5. Консервативное или хирургическое – тонзиллэктомия?
6. Какие анализы крови необходимы для проведения хирургического лечения?
7. Какие противопоказания для тонзиллэктомии?
8. Какие осложнения могут быть при операции?
9. Какую функцию выполняют нёбные миндалины?

Задача № 25

Мужчина 40 лет утром по дороге на работу почувствовал заложенность левого уха и усиление шума в нём, который замечал уже в течение 3-х месяцев. Спустя 2 часа во время работы на станке внезапно появилось резкое головокружение с ощущением вращения предметов влево, расстройство равновесия, тошнота, позывы к рвоте, общая слабость, обильный холодный пот. Врачом медсанчасти констатировано побледнение и повышение влажности кожи, низкое АД – 90/60 мм.рт. ст., урежение пульса до 60 уд. в минуту, спонтанный нистагм влево, понижение слуха на левое ухо. Указание на заболевание в прошлом ушей нет.

Задание:

1. О каком заболевании следует подумать в данном случае?
2. Какие мероприятия первой врачебной помощи следует повести?
3. С какими специалистами медицины следует провести консультации?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести данному больному после стихания приступа для подтверждения диагноза заболевания?
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
6. Для чего рекомендуется провести R-графию височных костей по Стенверсу?
7. Определите лечебную тактику.

Блок Травматология и ортопедия:

Задача № 1.

Больной П., 81 года, со слов родственников и больного, упал со стула. Сразу почувствовал резкую боль в правом тазобедренном суставе, самостоятельно встать не смог. Больной предъявляет жалобы на боль в области тазобедренного сустава, которая локализуется под пупартовой связкой. Боль усиливается при пальпации. Из анамнеза выявлено, что больной страдает гипертонической болезнью. Объективно: лежит в постели, правая нижняя конечность ротирована кнаружи. Больной не в состоянии поднять и удержать выпрямленную в коленном суставе ногу. При попытке поднять поврежденную конечность пятка скользит по поверхности кровати (положительный симптом «прилипшей пятки»), нога отечна, несколько укорочена по сравнению с другой.

При попытке произвести пассивные и активные движения, а так же при осевой нагрузке бедра или шейки (поколачивание по пятке выпрямленной конечности или по области большого вертела) боль резко усиливается. Отмечается усиление пульсации бедренной артерии под пупартовой связкой (положительный симптом С. С. Гирголава). Большой вертел находится выше линии Розер-Нелатона, выявляется нарушение равнобедренности треугольника Бриана . АД 180/90 мм. рт. ст., тоны сердца глухие, экстрасистолия. Со стороны органов брюшной полости изменений нет.

Вопросы

1. Провести дифференциальную диагностику.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Каковы ваши действия в условиях домашнего режима?
4. Предложите план лечения в стационаре.
5. Каковы осложнения, возникающие при данном виде травмы?
6. Анатомическое строение тазобедренного сустава.
7. Приведите классификацию переломов бедренной кости.
8. Назовите симптомы, характерные для данной патологии.
9. Перечислите принципы лечения данной травмы.
10. Назовите способы хирургического лечения данной патологии.
11. Ваш план реабилитации.
12. План профилактических мероприятий.
13. Решите вопросы транспортной и лечебной иммобилизации.

Задача № 2.

Больной С., 41 года, работает длительное время грузчиком мясокомбината. При опросе предъявляет жалобы на боли в нижних конечностях, иррадиирущие в бедра, голени, боли усиливаются во второй половине дня, к вечеру отмечается умеренная отечность мягких тканей тыла стопы. При осмотре: выраженные отклонения первых пальцев обеих стоп кнаружи, боли при ходьбе и в положении стоя, припухлость передних отделов стоп, на подошвенной поверхности стоп – натоптыши. Имеются сгибательные и разгибательные контрактуры суставов пальцев. Носит широкую обувь, на 1-2 размера больше обычной, боли усиливаются к смене погоды, сезона, смене обуви, при прыжках и беге. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушены.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какова частота данной патологии?
4. Расскажите о классификации.
5. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.
6. Виды оперативных вмешательств при данной патологии, показания.
7. Возможные осложнения при данном заболевании.
8. Ваш план реабилитации.
9. Анатомическое строение стопы, особенности.

Задача № 3

Больной В., 56 лет, инженер-проектировщик. Жалобы на боли в области шеи постоянного характера, боли начинаются после сна, нарастают по интенсивности при попытке повернуть голову в сторону и после нагрузки, иногда движения головы сопровождаются хрустом в области шеи. При осмотре: тугоподвижность и напряжение шейных мышц. Боли иррадиируют в верхние конечности, выражено похолодание конечности и нарушение чувствительности. Боли в шее носят постоянный характер, интенсивные. Определяются вынужденное положение шейного отдела, уплощение шейного лордоза, голова наклонена в больную сторону, резкое ограничение подвижности позвоночника, напряжение мышц шеи, болезненность при пальпации паравертебральных точек и перкуссии остистых отростков. Симптом Шпурлинга и Сковилля, проба Бертши — положительные.

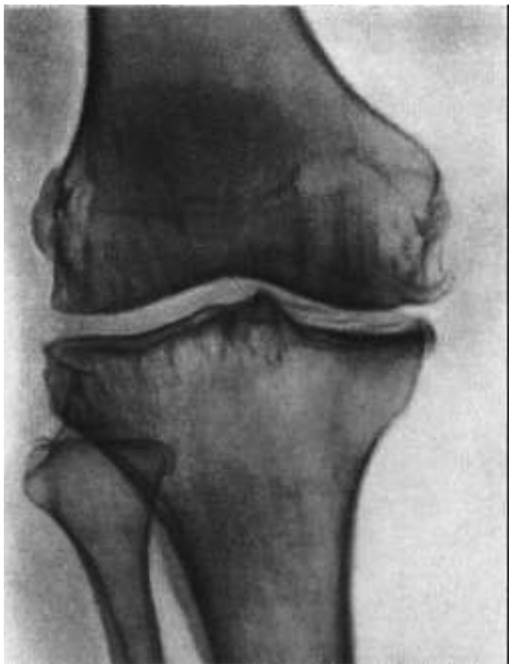
Вопросы

13. Каков предварительный диагноз?
14. Проведите дифференциальную диагностику.
15. Социально-экономическая значимость и распространенность данной патологии позвоночника.
16. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
17. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.
18. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
19. Расскажите о классификации.
20. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
21. Функция позвоночного столба и межпозвонкового диска.
22. Раскройте вопросы этиологии и патогенеза данного заболевания.
23. Расскажите о синдроме вертебробазилярной недостаточности.

Задача № 4

Прием в поликлинике.

Больной К. 52 лет. Считает себя больным в течении нескольких лет, когда впервые после охлаждения почувствовал боли в коленных суставах, отеки. Лечился нерегулярно. Боли постепенно обострялись, преимущественно в правом коленном суставе. Пять дней тому назад ушиб правый коленный сустав, появилась опухоль сустава, которая не исчезает. Жалобы на боли в суставе, затруднения при ходьбе. Поврежденный сустав увеличен в объеме, контуры его сглажены, под кожей на передней поверхности виден кровоподтек. Активные и пассивные движения в суставе затруднены и болезненны. Положительный симптом баллотирования надколенника. Коленный сустав несколько деформирован, движения сохранены. Симптомы повреждения связочного аппарата коленных суставов отрицательные. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.



Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Провести дифференциальный диагноз.
3. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
4. Какова частота данной патологии. Расскажите о классификации.
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
7. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
8. Решить вопросы лечебной иммобилизации.
9. Анатомическое строение коленного сустава, особенности.
10. Пункция коленного сустава, техника.
11. Социально-экономическая значимость и распространенность данной патологии.
12. Опишите прилагаемую рентгенограмму.

Задача № 5.

Больной Н. Доставлен через 1 час после получения травмы: ударился головой о дно при нырянии в воду. Больной жалуются на боли при любых движениях шеи. При осмотре: движения в шейном отделе позвоночника резко болезненны, шейные мышцы напряжены, остистый отросток VI шейного позвонка несколько выступает, резко болезнен при пальпации и перкуссии. Отмечается болезненность на уровне перелома при осевой динамической нагрузке, корешковые расстройства не наблюдаются.

Болезненны поколачивания по остистым отросткам и осевая динамическая нагрузка на позвоночник. Определяются вынужденное положение шейного отдела, уплощение шейного лордоза, резкое ограничение подвижности позвоночника. Симптомы Шпурлинга и Сковилля, проба Бертши — положительные. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.

Вопросы

12. Сформулируйте диагноз.
13. Какова частота данной патологии.
14. Расскажите о классификации.
15. Объем помощи в условиях «Скорой помощи».
16. Решить вопросы транспортной и лечебной иммобилизации.
17. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
18. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
19. Сформулировать показания для оперативного вмешательства.
20. Какие осложнения возможны при данной травме?
21. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
22. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
23. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.

Задача № 6.

Доставлен машиной скорой помощи больной М. из травмпункта через 1.5 часа после получения травмы, падение с высоты 3-х метров. Бледен АД 105/65 мм. рт. ст., пульс 100 в минуту, левая голень фиксирована двумя шинами Крамера.

При осмотре: после снятия иммобилизации в средней трети голени отек, резкая болезненность, нарушение оси конечности. Имеется воронкообразное втяжение (умбиликация) кожи над местом перелома, искривление оси голени под углом, открытым кнаружи и кпереди, острый конец верхнего отломка виден и легко прощупывается под кожей, определяется ненормальная подвижность и крепитация костных отломков при осторожном давлении на место перелома, местная болезненность при надавливании на переднюю поверхность и по оси голени. Деформация голени увеличивается при поднимании ноги, невозможность опоры на конечность. При попытке произвести пассивные и активные движения, а так же при осевой нагрузке на голень (поколачивание по пятке выпрямленной конечности) боль резко усиливается. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова частота данной патологии.
3. Расскажите о классификации.
4. Объем помощи в условиях «Скорой помощи».
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
11. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
12. Транспортная и лечебная иммобилизация.

Задача №7.

Доставлен больной Ц. В приемное отделение больницы через 1 час после автотравмы. Жалобы на слабость, головокружение, боли в области правого бедра, невозможность пользоваться конечностью, которая значительно ротирована кнаружи.

При осмотре: сознание сохранено, но больной заторможен, кожные покровы бледные, на лице капли холодного пота. Имеется угловая деформация верхней трети правого бедра, конечность фиксирована ремнем к левой ноге, укорочение бедра по сравнению со здоровой конечностью достигает 8 см. Мягкие ткани на уровне перелома напряжены из-за большого кровоизлияния. Вследствие укорочения конечности появились складки кожи над надколенником, тонус мышц понижен, выражена патологическая подвижность. АД 90/70 мм. рт. ст., пульс слабый, 120 в минуту. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова частота данной патологии.
3. Расскажите о классификации.
4. Объем помощи в условиях «Скорой помощи».
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
11. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
12. Транспортная и лечебная иммобилизация.

Задача № 8.

Доставлен через 40 мин после падения с высоты 5 метров. Лежит на спине с жалобами на сильные боли в правом тазобедренном суставе.

Конечность несколько отведена, ротирована кнаружи и выпрямлена. Головка бедра пальпируется под пупартовой связкой, кожа дистального отдела конечности синюшна, пульсация на сосудах ослаблена. Имеется относительное укорочение нижней конечности. Большой вертел расположен выше линии, соединяющей седалищный бугор и переднюю верхнюю ость подвздошной кости (линия Розер-Нелатона), нарушена равнобедренность треугольника Бриана, линия Шумахера проходит ниже пупка. Активные движения в тазобедренном суставе отсутствуют, пассивные - резко болезненны, при попытке выведения конечности в среднефизиологическое положение определяется симптом пружинистого сопротивления. Положительный симптом «поршня»: укороченную после травмы ногу потягивают на себя. Ноги становятся одинаковыми по длине. Как только больную ногу отпускают – она снова становится короче здоровой.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова частота данной патологии.
3. Расскажите о классификации.
4. Объем помощи в условиях «Скорой помощи».
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
11. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
12. Транспортная и лечебная иммобилизация.

Задача №9.

Мужчина 42 лет сбит автомобилем. Жалобы на боли в области левой половины таза. Объективно: вынужденное положение пострадавшего - лежа с полусогнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами с отведением и наружной ротацией бедер (симптом Волковича), подкожные кровоизлияния в области промежности, мошонки, лобкового симфиза. Боли усиливаются при попытке больного поднять ноги, повернуться или сесть. Положительные симптомы Вернея и Ларрея. Определяется отечность в левой паховой области. Сдавливающая и разводящая нагрузка на крылья подвздошных костей болезненна, крепитации нет. В лежачем положении не может оторвать левую ногу от кушетки (положительный симптом «прилипшей пятки»). Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова частота данной патологии.
3. Расскажите о классификации.
4. Объем помощи в условиях «Скорой помощи».
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
11. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
12. Транспортная и лечебная иммобилизация.

Задача №10.

Доставлен через 50 мин после травмы: попал правой рукой в движущиеся механизм конвейера. Жалобы на боли в области правого плеча, невозможность пользоваться конечностью. При осмотре: после снятия иммобилизации в средней трети плеча отек, резкая болезненность, нарушение оси конечности. Имеется искривление оси плеча под углом, открытым кнаружи и кпереди, острый конец верхнего отломка виден и легко прощупывается под кожей, определяется ненормальная подвижность и крепитация костных отломков при осторожном давлении на место перелома, местная болезненность при надавливании на переднюю поверхность и по оси плеча. Деформация плеча увеличивается при отведении верхней конечности. При попытке произвести пассивные и активные движения, а так же при осевой нагрузке на плечо (поколачивание по локтевому суставу) боль резко усиливается. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова частота данной патологии.
3. Расскажите о классификации.
4. Объем помощи в условиях «Скорой помощи».
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
11. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
12. Транспортная и лечебная иммобилизация.

Задача №11

Больной П., 31 года, командированный.

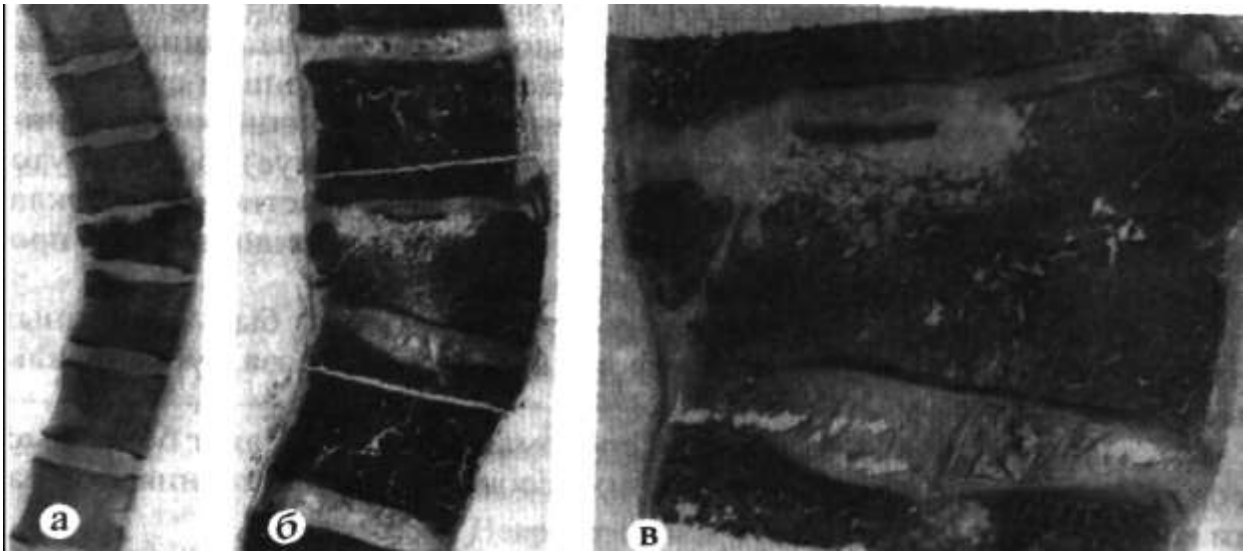
Доставлен с улицы попутной машиной. За 40 минут до поступления упал с высоты 4 метров в состоянии алкогольного опьянения, приземлился на ягодицы.

Жалобы на боли в области поясничного отдела позвоночника, на нарушение функции позвоночника.

При осмотре: вынужденное положение туловища, боли на уровне тел VII-го и VIII-го грудных позвонков, сгибание в этом отделе и ротационные движения болезненны, уплощение грудного кифоза лордоза, голова наклонена в больную сторону, При пальпации выражено выстояние остистого отростка VIII грудного позвонка, под которым обнаруживается западение. Мышцы спины напряжены, нагрузка и толчок в этой области вдоль позвоночника резко болезненны, причем боль имеет опоясывающий характер. Имеется болезненность при пальпации и перкуссии паравертебральных точек и остистых отростков. Осевая нагрузка в этой области позвоночника резко болезненны, Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.

В анализах мочи: эритроциты густо в поле зрения.

В анализах красной крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $2,8*10^{12}$, гематокрит – 37%.



Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
4. Консультации каких смежных специалистов необходимо назначить больному в приемном отделении больницы?
5. Ваш план лечебных мероприятий на месте происшествия и в стационарных условиях.
6. Решить вопросы транспортировки больного в стационар.
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Расскажите о классификации.
9. Возможные осложнения данной травмы.
10. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
11. Функция позвоночного столба и межпозвонкового диска.
12. Опишите прилагаемую рентгенограмму.

Задача № 12

Больной С., 56 лет, работает длительное время грузчиком мясокомбината.

Жалобы:

- болезненное чувство усталости в ногах, обычно к вечеру; ощущение ломоты, мозжения, "томления" в стопах и голенях после непродолжительного стояния или ходьбы.
- быстрая утомляемость ног, боль непостоянная в стопах, голенях, в пояснице. Стопа делается горячей, появляется чувство жжения, потливости.
- носит широкую обувь, на 1-2 размера больше обычной, боли усиливаются к смене погоды, сезона, смене обуви, при прыжках и беге.

Осмотр:

- стопа удлинена, расширена в среднем и переднем отделах, снижен продольный свод, внутренний край стопы опущен,
- ось пяточной кости образует с вертикальной осью голени угол, открытый в латеральную сторону, - вальгусная стопа;
- ладьевидная кость резко выступает на медиальном крае стопы; уплощение поперечного свода, омозолелость ("натоптыши") на подошвенной поверхности стопы в области плюсневых костей,
- пастозность и отек в области наружной лодыжки,
- опорная поверхность стопы значительно увеличена по сравнению со здоровой.

Походка.

Походка потеряла эластичность, плавность. Нагрузка при ходьбе переноситься на наружный край стопы. Носки стоп сильно разведены в стороны.

Пальпация.

Выявлены болезненные участки:

- в центре свода стопы,
- на подошвенной поверхности у внутренней поверхности пяточной кости,
- на тыле стопы, в ее центральной части,
- под внутренней лодыжкой,
- в мышцах голени после физической нагрузки.

Измерение движений.

Амплитуда движений в суставах стопы и пальцах (как активных, так и пассивных) ограничена.

Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
3. Какова частота данной патологии?
4. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.
5. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
6. Виды оперативных вмешательств при данной патологии. Комбинированные реконструктивные операции.
7. Этиопатогенез данной патологии.
8. Расскажите о классификации.
9. Рессорная функция стопы.
10. Профилактические мероприятия при данной патологии.
11. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.

Задача № 13

Прием в поликлинике.

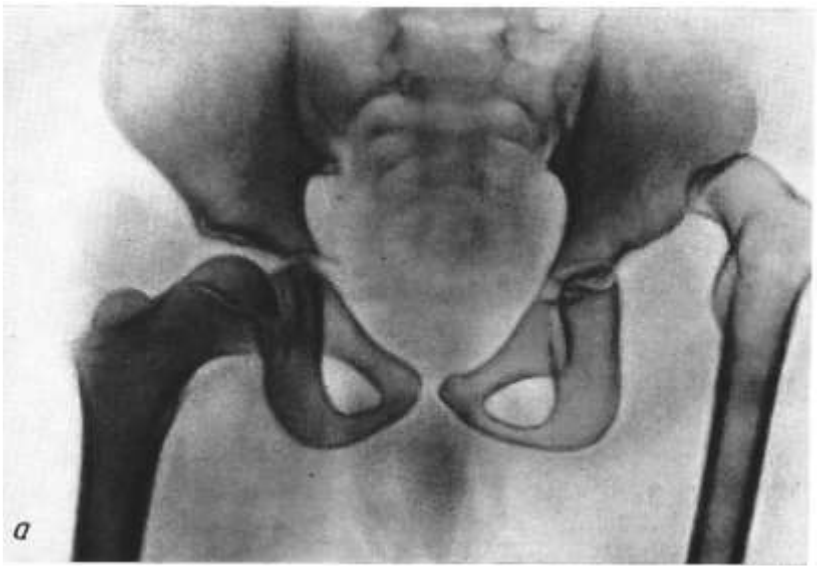
Больной С., 1,5 лет. Мама ребенка С. предъявляет жалобы на беспокойное поведение ребенка временами, на припухлость, деформацию в области левого тазобедренного сустава, на нарушение функции левой нижней конечности у ребенка, на позднее начало ходьбы, на утомляемость ребенка. Мальчик часто просится на руки.

Болевых ощущений ребенок не испытывает.Ребенок вошел в кабинет припадая на левую нижнюю конечность, причем походка неустойчивость.

При осмотре и пальпации выявлено:

1. Симптом соскальзывания, или "щелчка";
2. Ограничение отведения в левом тазобедренном суставе;
3. Асимметрия ягодичных складок, складок на левом бедре;
4. Укорочение левой ножки;
5. Наружная ротация левой ножки;
6. Расположение верхушки большого вертела выше линии Розер-Нелатона;
7. Увеличенный поясничный лордоз;

Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушены.



Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какова частота данной патологии?
4. Перечислите основные причины возникновения данной патологии.
5. Охарактеризуйте работу участкового педиатра в данной ситуации.
6. Возможные осложнения при консервативном лечении данной патологии.
7. Возможные осложнения при оперативном лечении данной патологии.
8. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.
9. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
10. Сроки и виды оперативных вмешательств при данной патологии.
11. Расскажите о классификации.
12. Опишите прилагаемую рентгенограмму.

Задача № 14

Больная Б. 42 лет. По профессии монтажница. Считает себя больной на протяжении последних 2-х лет.

Жалобы на острую боль в поясничном отделе позвоночника, иррадиирущую в левую нижнюю конечность. Боли усиливаются при движении. В горизонтальном положении боли значительно уменьшаются. Боль ноющая, сопровождается ощущениями прохождения электрического тока по задней поверхности левого бедра.

Начало заболевания - острое, с резко выраженным болевым синдромом. Причины появления этих болей больной связывает с охлаждением, перенесением простудного заболевания.

При осмотре: вынужденное положение туловища больного, выпрямление лордоза в поясничном отделе позвоночного столба. Имеется болезненность при пальпации и перкуссии паравертебральных точек и остистых отростков поясничного отдела позвоночника, напряжение мышц спины ("симптом вожжей"). Сила мышц конечности снижена. Резко ограничены движения позвоночника в грудопоясничном отделе. Имеется гипестезия - снижение тактильной чувствительности – в пальцах левой стопы.

Вопросы

1. Каков предварительный диагноз?
2. Расскажите о классификации и патогенезе данного заболевания.
3. Провести дифференциальный диагноз.
4. Предоставьте план лечебных мероприятий в условиях поликлиники.
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
7. Какие осложнения (ранние и поздние) возможны при данном заболевании?
8. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
9. Дайте рекомендации по профилактике данного заболевания.
10. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
11. Консультации каких смежных специалистов необходимо назначить больному?
12. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
13. Опишите прилагаемую рентгенограмму.

Задача № 15

Больной Ц. 21 года получил пулевое ранение пулей в правую подколенную область.

Пострадавший доставлен бригадой «Скорой помощи» для оказания квалифицированной медицинской помощи в приемное отделение больницы через 3 часа после травмы без повязки, с промокшей кровью одеждой, в состоянии средней тяжести, без иммобилизации.

Жалобы на боли и чувство распирания в правой подколенной области.

При осмотре: стопа и нижняя треть голени бледные, холодные. Пульсация артерий стопы не определяется. В правой подколенной области имеется рана около 1 см в диаметре. Подколенная впадина значительно припухла. При пальпации припухлости определяется пульсация. Пульс 120 в 1 мин, АД 100/60 мм. рт. ст. Согнуть конечность в коленом суставе не может из-за болей.

В анализах красной крови: гемоглобин – 96 г/л, эритроциты – $2,1*10^{12}$, гематокрит – 45%.

Вопросы

1. Сформулируйте диагноз.
2. Укажите на ошибки врача «Скорой помощи».
3. Раскройте полный объем первой врачебной помощи на месте происшествия и во время транспортировки больного в порядке очередности.
4. Расскажите о классификации.
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
7. Консультации каких смежных специалистов необходимо назначить больному в приемном отделении больницы?
8. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
9. Какие осложнения (ранние и поздние) возможны при данной травме?
10. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
11. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
12. Решите вопросы реабилитации больного.
13. Транспортная и лечебная иммобилизация.

Задача № 16

При погрузке рабочий придавлен задним бортом машины к стене. Машина сразу же отъехала. Прибытие работников скорой помощи через 30 мин.

При осмотре: состояние пострадавшего средней степени тяжести, цианоз кожных покровов, одышка, левая половина грудной клетки резко отстает в акте дыхания, дыхание частое, поверхностное. Положительный симптом «прерывистого вдоха».

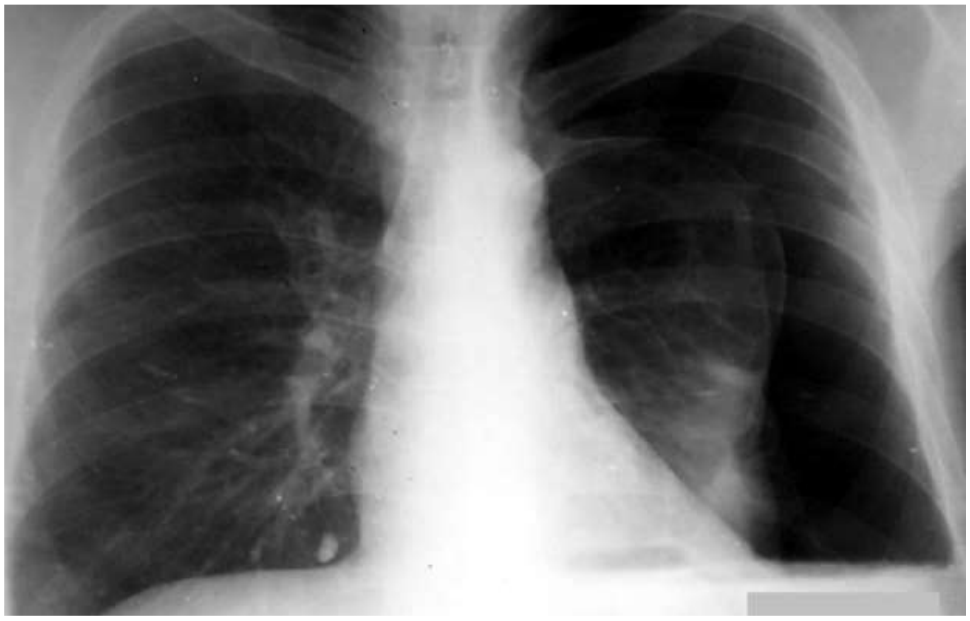
При перкуссии – в левой половине грудной клетки – тимпанит, границы сердца смещены вправо.

При аускультации - дыхание слева резко ослаблено, в нижних отделах не выслушивается.

При пальпации - подкожная эмфизема по левой половине груди, определяется болезненность, крепитация отломков, отек в проекции левых 8-9 ребер по средне-ключичной линии. Положительный симптом осевой нагрузки на левые 8-9 ребра.

Пульс 130 в 1 мин, АД 90/60 мм. рт. ст.

В анализах красной крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,6*10^{12}$, гематокрит – 35%.



Вопросы

12. Сформулируйте диагноз.
13. Раскройте полный объем первой врачебной помощи на месте происшествия и во время транспортировки больного в порядке очередности.
14. Расскажите о классификации данной патологии.
15. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
16. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
17. Консультации каких смежных специалистов необходимо назначить больному в приемном отделении больницы?
18. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
19. Какие осложнения (ранние и поздние) возможны при данной травме?
20. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
21. Пункция плевральной полости, техника.
22. Решите вопросы реабилитации больного.
23. Решите вопросы реабилитации больного.
24. Опишите прилагаемую рентгенограмму.

Блок Урология:

Задача 1.

У больного 51 года боли ноющего характера в правой поясничной области в течение трех лет. При обследовании органы грудной клетки и брюшной полости без патологии. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Предстательная железа не изменена. Анализ мочи: желтая, относительная плотность - 1024, белок - 0,33 г/сут., эритроциты - до 50 в п/зр., лейкоциты - 5 - 6 в п/зр. Реакция мочи в динамике: 4,8, 5,2, 5,1. Постоянно большое количество солей мочевой кислоты.

Ваше мнение по диагнозу?

Какие методы исследования могут подтвердить или исключить предполагаемый диагноз?

Задача 2.

Больная 42 лет, предъявляет жалобы на ноющую боль в поясничной области справа, повышение температуры до 37,8° С, частые болезненные позывы на мочеиспускание. Неделю назад перенесла лакунарную ангину. Объективно: кожные покровы чистые, тоны сердца ясные, ритм правильный - 86 в 1 мин, АД -125/80 мм рт. ст. Живот мягкий, чувствительный в проекции правой почки. Поко-лачивание по правой поясничной области болезненно. Анализ крови: Hb - 120 г/л, СОЭ - 32 мм/ч, лейкоциты - 10 • 10^9/л, лейкоформула не изменена. Анализ мочи: прозрачная, темно-желтая, мутная, удельный вес 1018, эпителий плоский - 7 - 10 в п/зр., лейкоциты - 24 - 26 в п/зр., эритроциты - 1 - 2 в п/зр. Проба Нечипорен-ко: лейкоциты - 14000, эритроциты - 2000 в 1 мл мочи.

Ваше мнение по диагнозу?

Составьте план дообследования больной.

Задача 3.

У больного 25 лет прогрессирующие высокие цифры артериального давления (до 180/110 мм рт. ст.) в течение 5 лет. За год до появления давления перенес травму поясничной области. Гипотензивная терапия мало эффективна.

На обзорной урограмме мочевых путей контуры почек не видны, теней, подозрительных на конкремент нет. По экскреторным урограммам справа контрастное вещество заполняет неизмененную чашечно-лоханочную систему, слева контраст не прослеживается. При УЗИ правая почка нормальных размеров, левая -резко уменьшена.

Какие исследования необходимо провести для подтверждения или исключения нефрогенной гипертонии?

Задача 4.

Больная 30 лет доставлена в стационар с диагнозом "Острый пиелонефрит" через двое суток после начала заболевания. Отмечает боль в поясничной области справа, повышение температуры до 38,7° С. Был озноб. При осмотре состояние средней степени тяжести, кожные покровы гиперемированы. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Пульс 108 уд/мин. Ад 125/80 мм рт. ст. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого положителен справа. Лейкоцитоз. Лейкоцитурия.

На обзорной урограмме теней рентгенпозитивных конкрементов не выявлено. Контур поясничной мышцы и правой почки не виден.

Какие диагностические методы исследования позволят подтвердить диагноз острого пиелонефрита?

Задача 5.

Больная 42 лет поступила в клинику с жалобами на боль в левой поясничной области, повышение температуры до 39° С, озноб, частые позывы к мочеиспусканию. В анамнезе отмечает два приступа левосторонней почечной колики, купированные работниками "скорой помощи" спазмолитиками и аналгетиками. Стационарно пациентка не обследовалась. Гинекологически здорова.

Объективно: больная правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы умеренно гиперемированы. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД - 18 в мин. Пульс 100 уд/мин АД - 130/85 мм рт. ст. Язык сухой, не обложен. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернац-кого положителен слева. Микрогематурия, лейкоцитурия.

На обзорной урограмме имеется тень, подозрительная на конкремент размерами 0,4 х 0,9 см, наслаивающаяся на поперечный отросток третьего поясничного позвонка. На экскреторных урограммах секреторно-выделительная функция правой почки не изменена. Слева умеренная пиелоэктазия, расширение мочеточника выше предполагаемого камня, симптом указательного пальца. При полипозиционной урографии тень конкремента совпадает с тенью мочеточника, выполненного контрастным веществом.

Ваш диагноз? Какие лечебные мероприятия показаны в данном случае?

Задача 6.

Больная 22 лет поступила с жалобами на общую слабость, повышение артериального давления до высоких цифр. В 20-летнем возрасте перенесла удар в поясничную область с кратковременной потерей сознания. Через год при осмотре выявлено повышение артериального давления.

Пациентка правильного телосложения, повышенного питания. Пульс 82 уд/мин. АД - 200/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Мочеиспускание свободное, без резей.

Укажите генез артериальной гипертензии?

Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 7.

Больная 48 лет отмечает общую слабость, сухость во рту, повышение артериального давления, тупую боль в поясничной области, преходящие рези при мочеиспускании. Ранее неоднократно лечилась стационарно по поводу пиелонефрита. Две беременности из трех осложнялись пиелонефритом.

При осмотре телосложение правильное, питание повышенное. Кожные покровы сухие, бледные. Пульс 76 уд/мин. АД - 180/110 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Дизурических расстройств нет.

Ваше мнение по диагнозу?

Что необходимо для уточнения диагноза?

Задача 8.

У пациента 34 лет на обзорной урограмме в проекции средней трети правого мочеточника определяется тень размером 0,4 х 0,8 см, подозрительная на конкремент. Несколько дней назад перенес приступ почечной колики справа.

Ваш предположительный диагноз?

Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 9.

В приемный покой доставлен больной с жалобами на боль в правой половине живота с иррадиацией в правое бедро, тошноту, рвоту. Состояние удовлетворительное. Слабо выраженный симптом поколачивания по поясничной области и симптом раздражения брюшины. Поведение больного беспокойное, диагноз не ясен.

Какие урологические исследования позволят уточнить диагноз?

Задача 10.

У пациента 44 лет в результате рентгенологического исследования установлен рентгенонегативный камень лоханки правой почки.

Какие дополнительные методы диагностики необходимы для установления природы камня?

Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Задача 11.

При обследовании больной К., 40 лет, доставленной в приемное отделение больницы бригадой скорой помощи, диагностирован острый левосторонний пиелонефрит, камень левого мочеточника.

Какое из ниже перечисленных исследований позволит подтвердить или отвергнуть нарушение пассажа мочи из левой почки:

а) катетеризация мочевого пузыря,
б) обзорная рентгенография,
в) урофлоуметрия,
г) хромоцистоскопия,
д) радиоизотопная нефросцинтиграфия.

Ваши действия при неудавшейся попытке катетеризации мочеточника? Что вы предпримите при отказе больной от инструментальных методов обследования?

Задача 12.

У больного 40 лет в течение трех суток отмечаются боли в пояснице слева, сопровождающиеся повышением температуры тела до 39 - 40^0 С. Из анамнеза: год назад диагностирован камень верхней трети левого мочеточника размером 3 х 1 см. От предложенного оперативного лечения больной отказался.

Что необходимо для уточнения диагноза? Выберите оптимальную лечебную тактику.

Задача 13.

Больной 62 лет поступил в стационар с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, повышение температуры до 37,3° С, выделение крови с мочой дважды на протяжении последних двух месяцев. Живот мягкий. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. Наружные половые органы развиты правильно. Простата гладкая, эластической консистенции, не увеличена, безболезненная, срединная бороздка прослеживается. Мочеиспускание свободное. Анемия, эозинофилия, микрогематурия. За время пребывания в клинике была однократная макрогематурия.

Ваше мнение по диагнозу? Тактика ведения пациента?

Задача 14.

Дежурному урологу, только что закончившему экстренную операцию, в 2 ч 30 мин из приемного покоя сообщили о поступлении пациента с безболевой тотальной гематурией.

Какова тактика уролога?

Экстренность диагностических и лечебных процедур?

Задача 15.

У больного 54 лет в правом подреберье пальпируется баллотирующее опухолевидное образование размером 10 х 8 см, с плотной бугристой поверхностью. При перкуссии над образованием определяется тимпанит. Данные экскреторной урографии не позволяют с уверенностью исключить заболевание правой почки.

Какие методы обследования позволяют подтвердить или исключить урологическое заболевание.

Задача 16.

Больной 44 лет отмечает учащенное, иногда болезненное мочеиспускание в течение трех месяцев. Последнюю неделю периодически возникают тупые боли внизу живота. Из анамнеза: работает на предприятии анилиновых красителей. Обращался в кожно-венерологический диспансер. Заболеваний, передающихся половым путем, не обнаружено. Объективно: область почек визуально не измена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен. В анализе крови обращает на себя внимание ускорение СОЭ до 30 мм/ч. Анализ мочи: удельный вес 1020, реакция кислая, лейкоциты до 3 - 5 в п/зрения, эритроциты свежие до 8 - 10 в п/зрения.

О каком заболевании следует думать? Что нужно предпринять для установления диагноза?

Задача 17.

Пациентка 29 лет жалуется на общую слабость, тошноту, жажду, сухость во рту, головную боль, тупые ноющие боли в поясничной области. Считает себя больной около 15 лет, когда впервые диагностирован поликистоз почек. Кожные покровы бледные, сухие. АД - 180/95 мм рт. ст. Пульс 76 уд/мин. С обеих сторон пальпируются увеличенные, бугристые, умеренно болезненные почки. Симптом

Пастернацкого отрицателен. Родственники по материнской линии страдали заболеваниями почек. Анализ мочи: желтая, прозрачная, удельный вес 1007, реакция кислая, лейкоциты - 12- 15 в п/зрения, эритроциты - 0 - 1 в п/зрения.

Обоснуйте предварительный диагноз? Составьте план обследования для окончательного уточнения диагноза.

Задача 18.

Рабочему 23 лет на лесоповале бревном придавило нижние конечности. Под завалом находился в течение 12 часов. В момент освобождения из-под завала состояние больного расценено как средней степени тяжести, АД - 140/80 мм рт. ст., пульс 94 уд/мин. Какое осложнение может развиться у больного? Мероприятия по оказанию первой помощи на месте происшествия? Каковы особенности транспортировки пострадавшего в лечебное учреждение?

Задача 19.

Больной 35 лет на протяжении 15 лет страдает мочекаменной болезнью. После приступов почечной колики справа и слева с мочой неоднократно отходили мелкие конкременты коричневатого цвета. Последний приступ почечной колики слева был год назад. В последующем пациента беспокоили незначительные тупые боли в левой поясничной области. 10 часов назад с целью купирования правосторонней почечной колики больному введены спазмолитики, аналгетики внутривенно.

В момент осмотра отмечается ноющая боль в правой поясничной области, жажда, головная боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию, анурия, субфеб-рильная температура. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Левая почка не пальпируется, правая увеличена, слегка болезненна.

Ваш диагноз? Уточните вид анурии?

Задача 20.

Больной 48 лет накануне случайно выпил 70 мл уксусной эссенции. В поликлинике промыт желудок. От госпитализации категорически отказался. Первые 12 часов состояние больного оставалось удовлетворительным. На следующий день стал отмечать головную боль, тошноту, рвоту, отсутствие диуреза. При поступлении состояние средней степени тяжести. Жалуется на жажду, слабость, тошноту, разбитость, головную боль, отсутствие позывов к мочеиспусканию. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон. Анализ крови: Нв - 140 г/л, эритроциты - 3,5 • 10^{12} /л, лейкоциты - 10,4 • 10^{9} /л, СОЭ - 33 мм/ч, мочевина - 21,6 ммоль/л, калий - 7,2 ммоль/л, натрий - 127 ммоль\л. Поставьте диагноз и обоснуйте тактику ведения больного?

VII. КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ХИРУРГИЯ»

Блок Хирургия:

76. Биологические и средовые факторы, формирующие здоровье.
77. Принципы разработки, внедрения и реализации оздоровительных технологий в деятельности образовательных учреждений.
78. Основы законодательства о здравоохранении и директивные документы, определяющие деятельность органов и учреждений здравоохранения.
79. Теоретические основы организации здравоохранения.
80. Организация хирургической помощи населению.
81. Вопросы управления и планирования в хирургической службе.
82. Теоретические основы санитарной статистики.
83. Санитарно-противоэпидемическая работа в хирургической службе
84. Вопросы экспертизы временной нетрудоспособности и медико-социальной экспертизы.
85. Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача-специалиста по хирургии.
86. Правовые основы здравоохранения.
87. Медицинское страхование.
88. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию головы и шеи.
89. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию груди.
90. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию живота.
91. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию таза и промежности.
92. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию позвоночника.
93. Клиническую, топографическую анатомию и оперативную хирургию конечностей.
94. Лабораторные методы исследования в хирургии.
95. Лучевые методы диагностики в хирургии.
96. Инструментальные методы диагностики в хирургии.
97. Основы анестезиологии.
98. Основы реаниматологии.
99. Основы интенсивной терапии и трансфузиологии.
100. Клинику, диагностику и лечение заболеваний легких и плевры.
101. Клинику, диагностику и лечение заболеваний средостения.
102. Клинику, диагностику и лечение заболеваний пищевода.
103. Клинику, диагностику и лечение травматических повреждений грудной клетки.
104. Клинику, диагностику и лечение опухолей молочной железы.
105. Клинику, диагностику и лечение хирургических заболеваний желудка.
106. Клинику, диагностику и лечение хирургических заболеваний кишечника и брыжейки.
107. Клинику, диагностику и лечение хирургических заболеваний печени и желчных протоков.

108. Клинику, диагностику и лечение хирургических заболеваний селезенки.
109. Клинику, диагностику и хирургическое лечение заболеваний поджелудочной железы.
110. Клинику, диагностику и хирургическое лечение грыж живота.
111. Клинику, диагностику и хирургическое лечение инородных тел желудочно-кишечного тракта.
112. Клинику, диагностику и хирургическое лечение травматических повреждений живота.
113. Клинику, диагностику и хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы.
114. Клинику, диагностику и лечение заболеваний и повреждений сосудов.
115. Клинику, диагностику и лечение острых воспалительных заболеваний и травм мочеполовых органов.
116. Основы теоретической и практической онкологии.
117. Клинику, диагностику и лечение травм черепа и головного мозга.
118. Клинику, диагностику и лечение травм позвоночника и спинного мозга.
119. Клинику, диагностику и лечение травматических повреждений таза.
120. Клинику, диагностику и лечение травм конечностей.
121. Клинику, диагностику и лечение травматического шока.
122. Клинику, диагностику и хирургическое лечение ожогов и ожоговой болезни.
123. Клинику, диагностику и лечение ожогового шока.
124. Клинику, диагностику и лечение ожогов другими этиологическими факторами.
125. Клинику, диагностику и лечение отморожений.
126. Учение о ранах.
127. Общие принципы лечения гнойных ран и гнойных заболеваний.
128. Клинику, диагностику и лечение острых гнойных заболеваний кожи, подкожной клетчатки, забрюшинного пространства и флегмон таза.
129. Клинику, диагностику и лечение гнойных заболеваний кисти.
130. Клинику, диагностику и лечение маститов.
131. Клинику, диагностику и лечение хронических гнойных заболеваний.
132. Клинику, диагностику и лечение хирургического сепсиса.
133. Клинику, диагностику и лечение особых видов раневой инфекции.
134. Клинику, диагностику и лечение перитонита и остаточных гнойников брюшной полости.
135. Антибактериальную терапию в хирургии.
136. Клинику, диагностику и лечение неопухолевых заболеваний прямой кишки и анального канала.
137. Клинику, диагностику и лечение травматических повреждений прямой кишки и промежности.
138. Клинику, диагностику и лечение злокачественных опухолей толстой кишки.
139. Основы иммунологии и микробиологии.
140. Основы фармакотерапии в клинике хирургических болезней
141. Фармакодинамику и фармакокинетику основных групп лекарственных средств, применяемых в хирургии.
142. Показания и противопоказания, режим назначения и возможные побочные действия основных лекарственных групп.
143. Основные вопросы нормальной и патологической физиологии при хирургической патологии.
144. Патофизиологию травмы и кровопотери, профилактику и терапию шока и кровопотери, патофизиологию раневого процесса.
145. Физиологию и патофизиологию свертывающей системы крови, показания и противопоказания к переливанию крови и ее компонентов.
146. Патоморфологию хирургических заболеваний грудной клетки
147. Патоморфологию хирургических заболеваний брюшной полости.
148. Патоморфологию хирургических заболеваний таза и промежности.
149. Патоморфологию хирургических заболеваний эндокринной системы.
150. Патоморфологию хирургических заболеваний венозной и артериальной систем.

Блок Оториноларингология:

Тема Анатомия, физиология и методы исследования носа и околоносовых пазух.

Контрольные вопросы:

9. Какие существуют методы осмотра наружного носа и полости носа?
10. Как оценить дыхательную функцию полости носа.
11. Как определить остроту обоняния?
12. Варианты укладок при рентгенологическом исследовании околоносовых пазух.

13. Как оценить рентгенограммы околоносовых пазух?
14. Как описать рентгенограммы околоносовых пазух?
15. Что такое диафаноскопия?
16. Какой метод исследования позволяет достоверно определить состояние придаточных пазух носа?

Тема: Анатомия, физиология и методы исследования глотки, гортани, трахеи и пищевода.

Контрольные вопросы.

10. Перечислите методы исследования глотки.
11. Перечислите методы исследования гортани.
12. Перечислите методы исследования трахеи.
13. Перечислите методы исследования пищевода.
14. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
15. В чем отличие прямой ларингоскопии от прямой?
16. Особенности рентгенологического исследования глотки.
17. Методы рентгенологического исследования гортани.
18. Особенности выполнения и описания рентгенологического исследования пищевода.

Тема: Анатомия, физиология, методы исследования наружного, среднего и внутреннего уха. Слуховой и вестибулярный анализатор.

Контрольные вопросы.

26. Что такое воздушная проводимость?
27. Что такое костная проводимость?
28. Имеются ли отличия между воздушной и костной проводимостью?
29. Каков диапазон разговорной речи?
30. Какова граница восприятия звуковых колебаний?
31. Какова оптимальная зона чувствительности уха к звуковым колебаниям?
32. Что такое громкость и сила звука?
33. Чем определяется частота звука?
34. Чем отличается утомление от адаптация?
35. Возможности моноауральной локализации звука.
36. Влияние ширины и формы наружного слухового прохода на состояние звукопроведения.
37. Звуки какой частоты наилучшим образом воспринимаются при компрессионном типе костного звукопроведения?
38. Теории колебания базиллярной мембраны Гемгольца, Бекеши, Резерфорда.
39. Сторона латерализации звука в опыте Вебера при поражении слухового анализатора звуковоспринимающего отдела.
40. Изменения показателей опыта Ринне при заболеваниях среднего уха.
41. В каком отделе барабанной перепонки перфорация оказывает наименьшее влияние на звукопроведение?
42. Структура вестибулярного паспорта.
43. Как определяется функциональное состояние отолитового аппарата?
44. Как проводится вращательная проба?
45. Как проводится калорическая проба?
46. Обязательно ли появление нистагма при вращательной пробе?
47. Обязательно ли появление нистагма при калорической пробе?
48. Сторона наибольшей возбудимости горизонтального полукружного канала при спонтанном падении больного вправо.
49. Причина двухкомпонентности нистагма.
50. Причина возникновения медленного компонента на контралатеральной стороне.

Тема: Острые и хронические воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух: острый и хронические риниты, острые и хронические синуситы, внутриорбитальные и внутричерепные риногенные осложнения. Восстановление носового дыхания. Носовые кровотечения.

Контрольные вопросы.

На какие группы делятся по клиническому значению заболевания носа?

58. Какие стадии выделяют в течении острого ринита?
59. Какие осложнения могут возникнуть в течении острого ринита?
60. Какой комплекс мероприятий по лечению острого ринита рекомендуется?
61. Какие патоморфологические изменения возникают при хронических ринитах?
62. Каковы исходы (основные) хронического ринита (катарального)?
63. Что такое хронический ринит?
64. Какие факторы способствуют развитию атрофического ринита?
65. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать атрофические риниты?

66. Что представляет собой вазомоторный ринит?
67. С какими опухолями следует дифференцировать кровоточащий полип носовой перегородки?
68. Каковы риноскопические данные при вазомоторном рините?
69. Сокращается ли слизистая носовых раковин после смазывания сосудорасширяющими средствами при вазомоторном рините?
70. Какие признаки характерны при аллергическом рините?
71. Какие анатомические особенности течения острого насморка у детей грудного возраста?
72. Какие физиологические особенности течения острого насморка у детей грудного возраста?
73. Где располагается кровоточивая зона носовой перегородки?
74. Через какую стенку осуществляется оперативное вмешательство при гайморитах?
75. Через какую стенку можно сделать пункцию лобной .пазухи?
76. Что такое аносмия?
77. Какие существуют методы осмотра наружного носа и полости носа?
78. Как оценить рентгенограмму придаточных пазух носа?
79. Какой метод исследования позволяет достоверно определить состояние придаточных пазух носа?
80. Какие анатомические предпосылки могут вести к образованию тромбоза кавернозного синуса?
81. Какие эндогенные факторы способствуют воспалению придаточных пазух носа?
82. На какие формы делятся синуситы по клиническому значению?
83. Какие заболевания придаточных пазух способствуют возникновению злокачественных опухолей?
84. Какие методы исследования применяют при диагностике синуситов?
85. Какое контрастное вещество наиболее часто применяется для рентгенографии придаточных пазух носа?
86. Какие основные жалобы у больных с хроническим синуситом?
87. С какими заболеваниями наиболее часто приходится дифференцировать воспалительные заболевания придаточных пазух носа?
88. Какие осложнения могут быть при пункции гайморовой пазухи?
89. Какие формы гайморитов подлежат хирургическому лечению?
90. В чем основной принцип хирургического лечения синуситов?
91. Назовите два основных вида хирургического вмешательства в придаточных пазухах носа?
92. При заболеваниях каких придаточных пазух носа чаще возникают внутричерепные осложнения?
93. Каковы основные пути проникновения инфекции в полость черепа при синуситах?
94. Какие сосудистые анастомозы играют роль в патогенезации при риногенных внутричерепных осложнениях?
95. Каковы орбитальные осложнения риногенного характера?
96. Какую операцию нужно провести больному с риногенным менингитом, абсцессом мозга?
97. Почему чаще могут быть изменения глазного дна в виде застойного диска зрительного нерва при риногенных экстрадуральных абсцессах, чем при отогенных?
98. Каковы внутренние осложнения риногенного характера?
99. Какие виды нарушения психики могут быть при риногенных экстрадуральных абсцессах?
100. Какие общие симптомы могут быть при риногенном тромбофлебите и при тромбозе пещеристого синуса?
101. При каких заболеваниях возникает тромбоз пещеристого синуса?
102. Какие местные симптомы могут быть при риногенном тромбофлебите и тромбозе пещеристого синуса?
103. В чем основной принцип хирургического лечения риногенных осложнений?
104. Что является главным в профилактике риногенных внутричерепных и орбитальных осложнений?
105. Какие условия способствуют воспалению придаточных пазух носа?
106. Какие виды микробов встречаются наиболее часто в придаточных пазухах носа при воспалении?
107. Каковы жалобы у больных с острым гайморитом?
108. Каковы жалобы у больных с острым фронтитом?
109. Каковы жалобы у больных с сфеноидитом?
110. Каковы жалобы у больных с этмоидитом?
111. Какие физиопродцедуры применяются для лечения острых синуситов?
112. Каковы показания к диагностической пункции гайморовой пазухи?
113. Могут ли быть осложнения при пункции гайморовой пазухи?
114. Какие формы гайморитов подлежат консервативному лечению?

Тема: Острые и хронические заболевания глотки и гортани: острые и хронические тонзиллиты, острый и хронический аденоидит, гипертрофия небных миндалин, острый и хронические фарингиты, паратонзиллиты, окологлоточный абсцесс, заглоточный абсцесс, острый подскладковый ларинготрахеит у детей, острый ларингит у взрослых, хронические ларингиты, предраковые состояния гортани. Восстановление глотания и голоса. Инородные тела верхних дыхательных путей. Ожоги пищевода.

Контрольные вопросы.

83. Каковы анатомические предпосылки развития заглоточного абсцесса?
84. Можно ли отличить заглоточный абсцесс от абсцесса при туберкулезе позвоночника?
85. Какие осложнения могут развиваться при заглоточном абсцессе?
86. В каком возрасте возникает заглоточный абсцесс?
87. Какие существуют анатомические пути проникновения инфекции в заглоточное пространство?
88. В каком отделе глотки наиболее часто развивается заглоточный абсцесс?
89. Назовите причину развития паралича мягкого неба и его симптомам.
90. Сколько миндалин входит в состав лимфаденоидного глоточного кольца ВальдейераПирогова?
91. Как осуществляется кровоснабжение небной миндалины?
92. Наружная или внутренняя сонная артерия ближе располагается к нижнему полюсу неба?
93. Какая артерия располагается ближе к верхнему полюсу небной миндалины?
94. Какое значение имеют физиологические барьеры небных миндалин?
95. Как осуществляется иннервация миндалин?
96. Куда направляются отводящие лимфатические сосуды глотки?
97. В чем состоит функция глотки?
98. Каким инструментом проводится осмотр верхнего отдела глотки?
99. Каким инструментом проводится обычно осмотр нижнего отдела глотки?
100. Каким инструментом обычно проводится осмотр среднего отдела глотки?
101. Каким методом можно воспользоваться для осмотра носоглотки у детей?
102. Какое место по остроте занимает ангина среди инфекционных заболеваний?
103. При каких заболеваниях может быть вторичная ангина?
104. При каких заболеваниях крови может быть вторичная ангина?
105. Какими признаками характеризуется ангина при агранулоцитозе?
106. В каких случаях возникает паратонзиллярный абсцесс?
107. Возможно ли самопроизвольное вскрытие паратонзиллярного абсцесса?
108. Каковы осложнения паратонзиллярного абсцесса?
109. В каком возрасте чаще болеют ангиной?
110. Имеют ли значение вирусы в этиологии ангин и хронических тонзиллитов?
111. Какие жалобы у больного катаральной ангиной?
112. Какими признаками характеризуется фолликулярная и лакунарная ангины?
113. Какая фарингоскопическая картина при лакунарной ангине?
114. Можно ли отличить лакунарную ангину от дифтерии по данным фарингоскопии?
115. Какое лечение следует назначить больному ангиной?
116. Сколько дней нетрудоспособен больной ангиной?
117. В чем заключается профилактика ангин?
118. Какие осложнения со стороны ЛОР органов могут возникнуть у больного ангиной?
119. Может ли ангина быть в области гортаноглотки?
120. Какой метод исследования позволяет подтвердить диагноз "Ангина язычной миндалины"?
121. Какие признаки могут быть при ангине Симановского-Венсана?
122. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз при ангине Симановского-Венсана?
123. Каким инструментом проводится обычно осмотр среднего отдела глотки?
124. В каком возрасте встречаются аденоиды?
125. Почему у людей старше 30 лет аденоиды встречаются крайне редко?
126. Какую консистенцию имеют аденоиды при пальпаторном исследовании?
127. Морфологическое строение аденоидов.
128. Степени гипертрофии носоглоточной миндалины.
129. Перечислить осложнения, вызываемые аденоидами со стороны ЛОР органов.
130. Почему при аденоидах происходит венозный застой в головном мозге?
131. Перечислить методы лечения аденоидов.
132. Основные местные признаки хронического тонзиллита?
133. Клинические формы хронического тонзиллита.
134. Методы лечения хронического тонзиллита.
135. Каковы показания к тонзиллэктомии?
136. Осложнения во время тонзиллэктомии.
137. Осложнения после тонзиллэктомии.
138. Какова тактика в послеоперационном периоде после тонзиллэктомии?
139. Какие анатомические предпосылки для развития крупа?
140. По каким признакам отличается ложный круп от истинного?

141. По каким причинам может возникнуть паралич задней перстне-черпаловидной мышцы?
142. Будет ли нарушение функции гортани при параличе задней перстне-черпаловидной мышцы?
143. Какие симптомы могут быть при параличе мышц, натягивающих голосовые складки?
144. Какие симптомы возникают при параличе мышц, натягивающих голосовые складки?
145. В чем состоит физиология гортани?
146. Может ли говорить человек, у которого удалена гортань?
147. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
148. В чем отличие прямой ларингоскопии от непрямой?
149. Какие аномалии развития гортани могут быть у детей?
150. Какие факторы способствуют развитию ларингитов?
151. На какие формы делятся ларингиты по клиническому течению?
152. Признаки подсвязочного ларингита.
153. Какие основные лечебные мероприятия следует применять для ликвидации ложного крупа?
154. Формы хронических ларингитов.
155. Где располагаются певческие узелки?
156. С какими заболеваниями следует дифференцировать хронический атрофический ларингит?
157. При каких заболеваниях возникают отеки гортани?
158. При каких заболеваниях возникает флегмонозный ларингит?
159. Какие осложнения могут быть при флегмонозном ларингите?
160. Какие показания к трахеотомии?
161. Какие известны виды трахеотомии?
162. Какие осложнения могут быть при трахеотомии?
163. В каких случаях возникает эмфизема подкожной клетчатки шеи после трахеотомии?
164. Когда можно деканюлировать больного после трахеотомии?

Тема: Острые и хронические воспалительные заболевания наружного и среднего уха: острый и хронический катар слуховой трубы, серозный средний отит, острый катаральный отит, острый гнойный средний отит, хронический эпи- и мезотимпанит, острый классический мастоидит, хронический мастоидит, атипичные формы мастоидитов, внутричерепные отогенные осложнения. Инородные тела уха.

Контрольные вопросы.

35. Анатомические условия перехода воспалительного процесса из наружного уха в околоушную железу.
36. Дифференциальный диагноз между перихондритом и рожистым воспалением ушной раковины.
37. Возможность снижения слуха при травматической ампутации ушной раковины.
38. Возможность изменения слуха после травмы наружного слухового прохода.
39. Влияние особенностей сосцевидного отростка на воспалительный процесс в среднем ухе.
40. Топография лицевого пера?
41. Влияние анатомических особенностей уха на развитие отогенных внутричерепных осложнений при воспалительных процессах и травме уха.
42. Пути распространения воспалительного процесса из сигмовидного синуса.
43. Возможность нарушения слуха при проходимости слуховой трубы.
44. Латерализация низкочастотного сигнала в опыте Вебера при нарушении звукопроведения.
45. Значение опыта Ринне при заболеваниях среднего уха.
46. Осложнения острого среднего отита.
47. Причина зловонного гноя при остром мастоидите.
48. Номенклатура операций.
49. Наиболее частые причины перехода острой формы среднего отита в хроническую.
50. Основные признаки гнойного мезотимпанита.
51. Основные признаки хронического гнойного эпитимпанита.
52. Возможность назначения консервативного лечения при хроническом среднем отите.
53. Трудовая экспертиза больных хроническим средним отитом.
54. Возможность назначения хирургического лечения при хроническом среднем отите.
55. Задачи тимпанопластики.
56. Формы хронического среднего отита.
57. Определение холестеатомы.
58. Причина зловонного запаха при хроническом гнойном эпитимпаните.
59. Типы операций при хроническом эпитимпаните.
60. Номенклатура заболеваний наружного, среднего или внутреннего уха, при которых чаще развиваются отогенные внутричерепные осложнения.
61. Виды внутричерепных осложнений отогенного происхождения.

62. Виды операций при отогенном менингите.
63. Стадии течения абсцессов мозга и мозжечка.
64. Сущность амнестической афазии.
65. Сущность сенсорной афазии.
66. Заболевания дифференциального диагноза при абсцессе мозга и мозжечка.
67. Симптомы отогенного сепсиса.
68. Принципы хирургического лечения больных внутричерепными отогенными осложнениями.

Тема: Негнойные заболевания среднего и внутреннего уха: отосклероз, болезнь Меньера , лабиринтит, адгезивный средний отит, нейросенсорная тугоухость, тимпаносклероз. Хирургические и аппаратные методы восстановления слуха.

Контрольные вопросы.

29. Какими путями инфекция может проникнуть в лабиринт?
30. Какими путями может проникнуть инфекция из среднего уха в лабиринт?
31. Какие существуют основные формы лабиринтитов в зависимости от путей проникновения инфекции во внутреннее ухо?
32. При каких инфекционных заболеваниях могут иметь место гематогенные лабиринтиты?
33. Какие различают формы лабиринтитов в зависимости от распространенности процесса?
34. Как подразделяются лабиринтиты по характеру воспалительного процесса?
35. Как подразделяются лабиринтиты по течению?
36. Эпи- или мезотимпанит чаще осложняется лабиринтитом?
37. Какой процесс в среднем ухе обычно приводит к развитию ограниченного лабиринтита?
38. Какие симптомы будут указывать на переход процесса из среднего уха при его воспалении на внутреннее?
39. Какие общие объективные симптомы характерны для лабиринтитов?
40. Какой объективный симптом является патогномоничным для ограниченного лабиринтита?
41. Какая тактика должна быть у врача общего профиля при наличии у больного положительного фистульного симптома?
42. По какому типу поражается слух при гнойном лабиринтите?
43. Какая форма лабиринтита, как правило, приводит к полной глухоте?
44. Методика определения функционального состояния отолитового аппарата.
45. Методика определения функционального состояния полукружных каналов.
46. Методика вращательной пробы.
47. Методика калорической пробы.
48. Величина нормальной возбудимости лабиринта при вращательной пробе.
49. Величина нормальной возбудимости лабиринта при калорической пробе.
50. Трудовая экспертиза больного нейросенсорной тугоухостью.
51. Трудовая экспертиза больного хроническим эпитимпанитом.
52. Трудовые рекомендации больному отосклерозом.
53. Трудовые рекомендации больному болезнью Меньера.
54. Возможность службы в армии больного хроническим гнойным мезотимпанитом.
55. Объективные признаки глухоты.
56. Особенности обнаружения односторонней глухоты.

Тема: Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха: доброкачественные и злокачественные опухоли носа, околоносовых пазух, глотки и гортани, туберкулез, сифилис, склерома, дифтерия.

Контрольные вопросы.

29. При помощи каких инструментов производится непрямая ларингоскопия?
30. В чем отличие прямой ларингоскопии от непрямой?
31. Какие аномалии развития гортани могут быть у детей?
32. Где располагаются певческие узелки?
33. Какие показания к трахеотомии?
34. Какие известны виды трахеотомии?
35. Какие осложнения могут быть при трахеотомии?
36. В каких случаях возникает эмфизема подкожной клетчатки шеи после трахеотомии?
37. Когда можно деканюлировать больного после трахеотомии?
38. Какие опухоли могут быть в гортани?
39. Какая доброкачественная опухоль гортани наиболее часто перерождается в раковую?
40. В каком возрасте наиболее часто встречается рак гортани?

41. Какова частота рака гортани среди опухолей других локализаций?
42. Какая гистологическая структура рака наиболее часто обнаруживается в гортани?
43. Какой отдел гортани поражается раком наиболее часто?
44. При какой локализации рака в гортани признаки болезни появляются наиболее рано?
45. Какой симптом является ведущим при раке среднего отдела гортани?
46. Какая функция гортани нарушается главным образом при раке ее нижнего отдела?
47. Сколько стадий рака гортани различают?
48. С какими заболеваниями следует дифференцировать рак гортани?
49. Какие виды лечения применяются при раке гортани?
50. Какие основные виды операций производят при раке гортани?
51. Какое лечение целесообразно назначить больному при раке I стадии?
52. Какое лечение целесообразно назначить больному при раке подсвязочного отдела гортани?
53. Какая средняя курсовая доза лучевой терапии назначается при раке гортани?
54. Каковы противопоказания при лучевой терапии по поводу рака гортани?
55. Какие злокачественные опухоли наружного уха Вы знаете?
56. Какие методы лечения эффективны при раке I, II, III стадии и базалиоме ушной раковины?

Блок Травматология и ортопедия:

«Общие вопросы травматологии» (I семестр)

56. Травматизм как социальная проблема. Ортопедия. История развития.
57. Организация травматологической и ортопедической помощи в Российской Федерации.
58. Особенности медико-социальной экспертизы при травмах.
59. Юридическая ответственность врача травматолога-ортопеда.
60. Клиническая классификация механических повреждений.
61. Общая реакция организма на травму.
62. Универсальная классификация переломов АО / ASIF.
63. Открытые переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
64. Закрытые переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
65. Огнестрельные переломы костей конечностей, классификация, клиника, диагностика.
66. Травматический остеомиелит, классификация, клиника, диагностика, лечение.
67. Репаративная регенерация кости после перелома: ее стадии, варианты течения.
68. Два типа репаративной регенерации кости при заживлении перелома - первичное и вторичное заживление.
69. Причины, ведущие к нарушению репаративной регенерации - общее состояние больного, местные условия в зоне перелома.
70. Определение понятий: замедленное сращение перелома, несросшийся перелом, ложный сустав (атрофический и гипертрофический или гиперваскулярный).
71. Этиология, морфология, клиника, диагностика, профилактика замедленной консолидации и ложных суставов.
72. Ятрогенные причины нарушения консолидации переломов и образования ложных суставов.
73. Общие и местные факторы, влияющие на процесс и сроки сращения переломов.
74. Задачи лечения переломов костей и их реализация для создания остеогенного пути репаративной регенерации и формирования интрамедиарной мозоли.
75. Клинические и рентгенологические признаки замедленной консолидации перелома, ложного сустава.
76. Основные сведения о развитии скелета в процессе антропогенеза.
77. Общие принципы и методы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательной системы.
78. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у взрослых.
79. Клиническая диагностика опорно-двигательной системы у детей.
80. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у взрослых.
81. Рентгенологические методы диагностики опорно-двигательной системы у детей.
82. Основные принципы анализа рентгеновского изображения скелета.
83. Радионуклидные исследования в травматологии и ортопедии.
84. Компьютерная и магнитно-резонансная томография.
85. Лабораторные исследования крови.
86. Цитологическая и гистологическая диагностика в травматологии и ортопедии.
87. Основные принципы лечения переломов.
88. Общие сведения о лечении внутрисуставных переломов.
89. Общие сведения о лечении переломов у детей.
90. Общие сведения о лечении переломов у пожилых людей.

91. Характер и сущность типичных оперативных вмешательств у больных травматолого-ортопедического профиля.
92. Внутренний остеосинтез.
93. Чрескостный остеосинтез.
94. Артроскопические методы лечения.
95. Эндопротезирование крупных суставов конечностей.
96. Понятие о стабильном остеосинтезе.
97. Периоперационный период. Дооперационный период: принципы подготовки больных к операции, обследование пациентов, предоперационное лечение, коррекция гомеостаза.
98. Принципы проведения травматологических вмешательств.
99. Ведение послеоперационного периода. Специфические и неспецифические послеоперационные осложнения.
100. Методы лечения послеоперационных осложнений. Хирургическая тактика при осложнениях.
101. Травматический шок. Классификация и патогенез. Клиника и фазы травматического шока. Диагностика. Лечение. Трансфузионная терапия. Обезболивание.
102. Показания к оперативным вмешательствам при травматическом шоке.
103. Полиорганная недостаточность при шоке. Профилактика и лечение полиорганной недостаточности при шоке
104. Синдром сдавления мягких тканей. Патогенез и классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
105. Сепсис. Патогенез и классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение.
106. Тромбозы и эмболии при травме.
107. Тромбовенозные осложнения в травматологии.
108. Тромбоэмболия легочной артерии.
109. ДВС-синдром.
110. Жировая эмболия.

6.3. Контрольные вопросы для семинарских занятий по разделу Б1.Б.1.2 «Частная травматология» (II семестр)

78. Переломы лопатки. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
79. Переломы ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
80. Вывихи акромиального конца ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
81. Вывихи грудинного конца ключицы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
82. Вывихи плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
83. Переломы верхнего конца плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
84. Переломы диафиза плеча. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
85. Переломы нижнего конца плечевой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
86. Посттравматическая контрактура и анкилоз локтевого сустава.
87. Гетеротопическая травматическая оссификация.
88. Ишемическая контрактура Фолькмана.
89. Вывихи предплечья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
90. Переломы костей предплечья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
91. Замедленное сращение и несращение переломов диафиза костей предплечья.
92. Пятнистый посттравматический остеопороз и другие осложнения.
93. Неправильно сращенные и несращенные переломы лучевой кости в типичном месте.
94. Вывихи кисти и костей запястья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
95. Переломы костей запястья. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
96. Переломы пястных костей и фаланг. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
97. Вывихи пястно-фаланговых и межфаланговых суставов.
98. Общие данные: анатомо-физиологические данные; проблемы восстановления сухожилий; виды ран при повреждении сухожилий; общие принципы хирургии сухожилий кисти.
99. Повреждения сухожилий сгибателей.
100. Повреждение сухожилий разгибателей.
101. Способы восстановления сухожилий.
102. Открытые повреждения сухожилий пальцев и хирургическая тактика лечения в зависимости от уровня повреждений различных сегментов конечности, программа реабилитации поврежденного сегмента
103. Переломы костей стопы.
104. Вывихи в суставах стопы.
105. Повреждения таза. Механизм повреждения. Классификация переломов костей таза. Диагностика переломов костей таза.
106. Особенности течения переломов костей таза.

107. Обезболивание при переломах костей таза.
108. Оказание первой помощи и транспортировка пострадавших при переломах таза.
109. Осложнённые переломы костей таза.
110. Повреждения таза. Лечение. Скелетное вытяжение. Наложение спицевых и стержневых аппаратов КДО (компрессионно-дистракционного остеосинтеза).
111. Сочетанные повреждения таза.
112. Разрывы мочевого пузыря и мочеиспускательного канала при переломах таза.
113. Травматические вывихи бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
114. Переломы проксимального отдела бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
115. Несросшиеся переломы и ложные суставы шейки бедра.
116. Асептический некроз головки бедра и остеоартроз тазобедренного сустава после перелома шейки бедра.
117. Эндопротезирование при переломах и ложных суставах шейки бедра.
118. Межвертельные и чрезвертельные переломы бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
119. Изолированные переломы большого и малого вертелов.
120. Переломы диафиза бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
121. Несросшиеся переломы и ложные суставы бедра.
122. Замедленное сращение переломов бедра.
123. Неправильно сросшиеся переломы бедра.
124. Разгибательная контрактура коленного сустава после перелома бедра.
125. Переломы дистального отдела бедра. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
126. Травматические эпифизеолизы дистального конца бедренной кости.
127. Гемартроз коленного сустава.
128. Повреждения связочного аппарата коленного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
129. Повреждение менисков. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
130. Хронический менисцит, или менископатия.
131. Оперативное лечение свежих разрывов связок коленного сустава.
132. Повреждение жировой ткани крыловидной складки коленного сустава.
133. Повреждения хряща и хондропатия надколенника.
134. Подкожные разрывы сухожилия четырехглавой мышцы бедра и собственной связки надколенника.
135. Травматические вывихи коленного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
136. Закрытые переломы надколенника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
137. Переломы мыщелков большеберцовой кости. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
138. Переломы диафиза костей голени. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
139. Замедленное сращение, ложный сустав и неправильно сросшийся перелом диафиза костей голени.
140. Повреждение ахиллова сухожилия. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
141. Ложные суставы и дефекты костей голени
142. Супинационные переломы области голеностопного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
143. Пронационные переломы области голеностопного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
144. Повреждения связок голеностопного сустава. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
145. Переломы и вывихи стопы. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
146. Повреждения позвоночника. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
147. Патологоанатомические изменения при повреждении позвоночника и спинного мозга.
148. Лечение при переломах позвоночника без нарушения функции спинного мозга.
149. Лечение при переломах позвоночника с нарушением функции спинного мозга.
150. Последствия травмы позвоночника и спинного мозга.
151. Ошибки в диагностике и лечении травмы позвоночника и спинного мозга.
152. Предупреждение и лечение осложнений травм позвоночника.
153. Транспортировка пострадавшего с повреждением позвоночника.
154. Исходы лечения при повреждениях позвоночника.

6.4. Контрольные вопросы для семинарских занятий по разделу Б1.Б.1.3 «Термические поражения, раны и раневая инфекция» (IV семестр)

57. Ожоги и ожоговая болезнь. Актуальность проблемы.
58. Частота ожоговой травмы в мирное время (бытовые, производственные).
59. Этиологические факторы ожогов.
60. Причины ожогов в различных возрастных группах (у детей школьного возраста, грудников, подростков, взрослых, стариков) (отморожения и ожоги).
61. Социальные аспекты решения проблемы предупреждения ожогов в различных возрастных группах.

62. Ожоги военного времени при массовых поражениях (катастрофы).
63. Исходы ожогов. Летальность при ожогах.
64. Нетрудоспособность при ожогах и их последствия.
65. Организация медицинской помощи обожженным.
66. Классификация ожогов: глубина и площадь ожогового поражения.
67. Понятие об ожоговой болезни и ее патогенетических механизмах.
68. Классификация ожоговой болезни.
69. Ожоговый шок.
70. Клинические и лабораторные признаки ожогового шока.
71. Классификация тяжести ожогового шока по степеням.
72. Продолжительность ожогового шока. Признаки выхода больного из шока.
73. Особенности ожогового шока у детей, лиц престарелого возраста, у пострадавших с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.
74. Летальность при шоке.
75. Лечение обожженных в состоянии ожогового шока.
76. Острая ожоговая токсемия.
77. Ожоговая септикотоксемия.
78. Период реконвалисценции.
79. Исходы ожоговой болезни. Реабилитация перенесших ожоги. ЛФК. МСЭ. Социальная и психологическая реабилитация.
80. Общие принципы лечения обожженных в периоде реконвалесценции.
81. Местное лечение ожогов.
82. Общее лечение ожогов.
83. Термоингаляционное поражение дыхательных путей.
84. Эпидемиология, классификация холодовой травмы.
85. Эпидемиология отморожений, социальная значимость.
86. Этиология, клинические формы и патогенез местной холодовой травмы.
87. Локализация отморожений. Клиническая картина и диагностика отморожений. Степени отморожений.
88. Общие изменения в организме при отморожении. Изменения системного и органного кровообращения.
89. Лечение больных в дореактивном периоде. Оказание первой помощи.
90. Общие принципы хирургического лечения отморожений.
91. Последствия отморожений и их лечение.
92. Реконструктивно-восстановительное лечение.
93. Определение трудоспособности при отморожениях и их последствиях.
94. Учение о ранах. Патогенез раневого процесса. Микробиологические аспекты раневой инфекции.
95. Фазы раневого процесса. Виды заживления раны.
96. Основные принципы активной хирургической тактики.
97. Хирургическая обработка ран. Первичная хирургическая обработка. Вторичная хирургическая обработка.
98. Инфекционные осложнения открытых повреждений.
99. Принципы антибактериальной терапии.
100. Объём медицинской помощи больным на всех этапах медицинской эвакуации
101. Столбняк. Плановая и экстренная профилактика столбняка.
102. Столбняк. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.
103. Анаэробная инфекция ран. Классификация. Клиника, диагностика. Лечение и профилактика данной патологии.
104. Абсцесс.
105. Флегмона.
106. Огнестрельная травма. Характеристика и структура современной боевой патологии.
107. Основы раневой баллистики.
108. Особенности морфологии огнестрельной раны и клинического течения раневого процесса при боевых ранениях.
109. Классификация огнестрельных ран.
110. Хирургическая обработка ран, ее виды, показания, общие принципы.
111. Виды швов, накладываемых на рану после хирургической обработки.
112. Техника первичной хирургической обработки огнестрельных ран.

6.5. Контрольные вопросы для семинарских занятий по разделу Б1.Б.1.4 «Ортопедия» (III семестр)

46. Эндокринные заболевания костей и суставов.
47. Деформации, вызванные недостатком или избытком витаминов.
48. Деформации шеи и грудной клетки.
49. Понятия и виды нормальной осанки.

50. Онтогенетическое формирование осанки.
51. Методы определения осанки.
52. Нарушения осанки. Лечение нарушений осанки. Профилактика нарушений осанки.
53. Сколиотическая болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Диагностика. Лечение. Профилактика.
54. Недоразвитие верхних конечностей.
55. Врожденные деформации верхних конечностей.
56. Дисплазия тазобедренного сустава и врожденный вывих бедра.
57. Аномалии развития коленного сустава.
58. Деформации костей голени.
59. Врожденная косолапость.
60. Приобретенные деформации стоп.
61. Плоская стопа.
62. Пяточные шпоры.
63. Полая стопа.
64. Ревматоидный артрит.
65. Анкилозирующий спондилоартрит (болезнь Бехтерева).
66. Псориатическая артропатия.
67. Урогенный артрит (болезнь Рейтера).
68. Энтерогенный артрит.
69. Инфекционно-аллергический артрит.
70. Подагра.
71. Остеоартроз (деформирующий артроз).
72. Остеохондроз позвоночника.
73. Периартрит.
74. Эпикондилит, бурсит, лигаментит, тендовагинит.
75. Туннельный синдром.
76. Контрактуры Дюпюитрена, Ледерхоза.
77. Остеохондропатии позвонков.
78. Остеохондропатии верхних конечностей.
79. Остеохондропатии костей таза.
80. Остеохондропатии нижних конечностей.
81. Общие правила ампутации.
82. Экзартикуляция конечности.
83. Принципы реампутации.
84. Протезирование после ампутации конечностей.
85. Ортопедические аппараты.
86. Общие принципы ортезирования.
87. Ортезирование позвоночника.
88. Ортезирование верхней конечности.
89. Ортезирование нижней конечности.
90. Ортопедическая обувь.

6.6. Контрольные вопросы для семинарских занятий по разделу Б1.Б.1.5 «Хирургия травматических повреждений грудной клетки» (IV семестр)

39. Анатомия грудной клетки.
40. Классификация травм грудной клетки.
41. Закрытые травмы грудной клетки с повреждения внутренних органов.
42. Закрытые травмы грудной клетки без повреждения внутренних органов.
43. Диагностика травматических повреждений грудной клетки.
44. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при закрытой травме грудной клетки.
45. Открытые неогнестрельные ранения грудной клетки
46. Огнестрельные ранения грудной клетки.
47. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при открытой травме грудной клетки.
48. Основы раневой баллистики, морфология и особенности огнестрельной раны. Хирургическая обработка ран.
49. Характеристика и структура современной боевой патологии.
50. Политравма: определение, классификация, сортировка.
51. Торакоабдоминальные повреждения.
52. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при политравме.
53. Алгоритмы диагностики и оказания медицинской помощи при торакоабдоминальных ранениях.
54. Медицинская сортировка при повреждениях груди.
55. Действия медицинского персонала при оказании неотложной помощи при травмах грудной клетки.

56. Методика и техника торакотомии, выбор оперативного доступа, принципы ревизии раневого канала грудной стенки и органов грудной полости, последовательность ревизии плевральной полости и средостения
57. Оказание медицинской помощи в локальных вооруженных конфликтах.
58. Специализированная помощь.
59. Первая доврачебная помощь.
60. Первая врачебная помощь.
61. Квалифицированная помощь
62. Первая медицинская помощь.
63. Переломы ребер: классификация, клиника, диагностика, медицинская помощь.
64. Переломы грудины: классификация, клиника, диагностика, медицинская помощь.
65. Пневмоторакс: классификация, клиника, диагностика, медицинская помощь.
66. Гемоторакс: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
67. Пункция и дренировании плевральной полости, особенности обезболивания, иммобилизации.
68. Повреждение сердца: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
69. Пункция перикарда.
70. Повреждение лёгкого: классификация, клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
71. Лёгочное кровотечение. Этиология. Классификация. Методы диагностика.
72. Повреждение диафрагмы: клиника, диагностика, первая медицинская помощь.
73. Эмфизема. Травматическая асфиксия.
74. Травматические пневмонии, их профилактика. Лечение травматической пневмонии.
75. Плевропульмональный шок Этиология Профилактика шока. Лечение шока.
76. Плевриты. Понятие о плеврите и эмпиеме плевры. Методы диагностика.

Блок Урология:

Тема 1. Симптоматика и семиотика урологических заболеваний. Лабораторные, рентгенологические, радиоизотопные, ультразвуковые методы диагностики в урологии. Аномалии развития мочеполовых органов.

22. Интерпретация боли при урологических заболеваниях.
23. Характеристика расстройств мочеиспускания в урологии.
24. Количественные изменения мочи.
25. Качественные характеристики мочи.
26. Патогенез почечной колики.
27. Виды анурии и причины ее возникновения. Понятие ишурии.
28. Острая задержка мочеиспускания: диагностика, первая помощь, лечение.
29. Гематурия: виды, диагностика.
30. Роль инструментальных методов исследования в диагностике урологически заболеваний.
31. Катетеризация мочевого пузыря при дифференциальной диагностике анурии и ишурии.
32. Клиническое значение цистоскопии и хромоцистоскопии.
33. Диагностическая и лечебная катетеризация мочеточников.
34. Значение обзорной рентгенографии мочевой системы при заболеваниях органов мочеполовой системы.
35. Рентгеноконтрастные вещества в урологии.
36. Экскреторная урография и ее модификации.
37. Методика выполнения ретроградной пиелографии.
38. Диагностическое значение обзорной аортографии.
39. Цистография в урологической практике.
40. Ультразвуковая диагностика в урологии.
41. Радиоизотопные методы исследования.
42. Компьютерная томография и ядерно-магнитный резонанс в современной урологической практике.

Тема 2. Почечная недостаточность. Эфферентные методы детоксикации в урологии. Гемодиализ. Пересадка почки

1. Клиническая характеристика боли при воспалительных заболеваниях мочеполовой системы.
2. Качественные характеристики мочи при воспалении почки.
3. Этиология и патогенез острого пиелонефрита.
4. Пути проникновения инфекции в почку при пиелонефрите.
5. Роль нарушений внутриорганного кровообращения и оттока мочи в развитии острого воспаления почки.
6. Клиника острого пиелонефрита.
7. Причины вторичного острого пиелонефрита.
8. Хромоцистоскопия и ее диагностическая ценность при пиелонефрите.
9. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при пиелонефрите.
10. Обзорная и экскреторная урография при заболеваниях органов мочеполовой системы.
11. Ультразвуковая характеристика почек в диагностике пиелонефрита.
12. Рентгенологические признаки хронического пиелонефрита.

13. Преднизолоновый тест и его диагностическое значение.
14. Лечение острого и хронического пиелонефрита.
15. Бактериемический шок: диагностика, лечение.

Тема 3. Мочекаменная болезнь. Травмы мочеполовых органов. Неотложные состояния в урологии.

1. Влияние климата и условий питания на камнеобразование.
2. Роль хронического пиелонефрита в камнеобразовании.
3. Классификация камней по химическому составу.
4. Этиология и патогенез уролитиаза.
5. Характер гематурии при почечнокаменной болезни.
5. Хромоцистоскопия в диагностике нефролитиаза.
6. Методы распознавания рентгенонегативного конкремента.
7. Цель ангиографии при коралловидных камнях почек.
8. Дифференциальный диагноз почечной колики с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости.
9. Лабораторная диагностика камней мочеполовой системы.
10. Клиника почечной колики.
11. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при мочекаменной болезни различной локализации.
12. Обзорная, экскреторная и ретроградная урография при уролитиазе.
13. Ультразвуковая характеристика почек в диагностике камней мочевой системы.
14. Лечение почечной колики.
15. Показания к инструментальному удалению камней мочеточников.
16. Консервативные методы воздействия на pH мочи.
17. Литолиз, литолитические препараты.
18. Дистанционная литотрипсия при уролитиазе.
19. оперативное лечение камней мочеполовой системы.
20. Профилактика мочекаменной болезни.

Тема 4. Основы онкоурологии. Опухоли почек, мочевого пузыря.

1. Этиология и морфогенез опухолей почек и простаты.
2. Метастазирование при раке почки и предстательной железы.
3. Классификация опухолей почек, мочевого пузыря.
4. Изменения в верхних и нижних мочевых путях при инфравезикальной обструкции.
5. Ренальные и экстраренальные симптомы рака почки.
6. Характер гематурии при опухолях почки и мочевого пузыря.
5. Хромоцистоскопия в диагностике рака почки.
6. Методы распознавания опухолей мочеполовых органов.
7. Диагностическая эффективность ангиографии при опухолеподобных образованиях почек.
8. Дифференциальная морфофункциональная характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей почек и мочевого пузыря.
9. Лабораторная диагностика опухолей мочеполовой системы.
10. Катетеризация (диагностическая и лечебная) мочеточников при гематурии неясной этиологии.
11. Обзорная, экскреторная и ретроградная урография в диагностике опухолей почек, мочевого пузыря, простаты.
13. Ультразвуковые признаки объемных образований мочеполовых органов.
14. Ангиографические критерии опухолевого роста.
15. Консервативная терапия в онкоурологии.
16. Оперативное лечение опухолей почек (показания, противопоказания).

Тема 5. Опухоли предстательной железы и наружных половых органов. Воспалительные заболевания мочеполовых органов. Гидронефроз. Основы андрологии и амбулаторной урологии.

1. Этиология почечной недостаточности.
2. Патогенез почечной недостаточности в зависимости от этиологии.
3. Классификация острой и хронической почечной недостаточности.
4. Особенности клинической симптоматики острой и хронической почечной недостаточности.
5. Способы диагностики почечной недостаточности.
6. Динамика показателей эндогенной интоксикации при функционально-морфологических изменениях почек.
7. Методы диагностики почечной недостаточности, как осложнения хирургических, урологических и гинекологических заболеваний.
8. Дифференциальный диагноз хирургических заболеваний органов брюшной полости при синдроме эндогенной интоксикации.
9. Клиника острой и хронической почечной недостаточности.
10. Рентгенологическая, радиоизотопная диагностика почечной недостаточности.

11. Лечение острых экзогенных отравлений.
12. Инфузионная терапия эндогенной интоксикации у урологических и хирургических больных.
13. Показания к проведению острого и хронического гемодиализа.
14. Активная детоксикация в урологической практике.
15. Осложнения гемодиализа.

Критерии оценки знаний по дисциплине

Оценка « **отлично** » выставляется ординатору, который:

- Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, излагает его на высоком научно-методическом уровне, используя материалы обязательной и дополнительной литературы.
- Четко представляет взаимосвязи патологических процессов, развивающихся на различных участках организма человека, способен произвести анализ патологического процесса на уровне целостного органа.
- Умеет творчески иллюстрировать теоретические положения соответствующими примерами, демонстрирующими практическую значимость полученных знаний.
- Умеет правильно решать типовые задачи, владеет практическими навыками (в пределах программы).
- В ответе может допустить одну, две неточности при освещении второстепенных вопросов, которые легко исправляет после замечаний преподавателя.

Оценка « **хорошо**» – выставляется ординатору, который:

- Свободно владеет материалом по всем разделам дисциплины, при этом полностью раскрывает содержание материала в объёме предусмотренном программой, используя материалы обязательной литературы по предмету.
- Излагает материал грамотным языком, владеет терминологией и символикой травматологии и ортопедии.
- Четко представляет взаимосвязи патогенеза травмы или болезни с клиникой.
- Умеет правильно решать типовые задачи, интерпретировать данные физикального и инструментального обследования.
- В изложении материала допускаются небольшие пробелы, которые исправляет самостоятельно после дополнительных вопросов.

Оценка « **удовлетворительно**» выставляется ординатору, который:

- Владеет материалом в объёме учебной литературы, обладает достаточными для продолжения обучения и предстоящей практической деятельности знаниями.
- Овладел методическими вопросами, рассматриваемыми по курсу дисциплины.
- Умеет в целом правильно решать типовые задачи, интерпретировать результаты инструментального обследования больного.
- Материал излагает логически непоследовательно, в ответе допускает ряд неточностей и ошибок, в исправлении которых испытывает затруднения после дополнительных наводящих вопросов.

Оценка « **неудовлетворительно**» – выставляется ординатору, который:

- Обнаруживает пробелы в знаниях основного учебного программного материала, допускает принципиальные ошибки в ответе и при выполнении предусмотренных программой заданий.
- Не владеет методологическими вопросами, рассматриваемыми в рамках курса дисциплины.
- Плохо знает специальную терминологию.
- Не умеет правильно оценить результаты лабораторных исследований.