

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
"ПРИВОЛЖСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ"
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

По дисциплине Хирургия
наименование
направление подготовки 31.06.01 Клиническая медицина
шифр, наименование

направленность **Хирургия**

Квалификация выпускника:
Исследователь. Преподаватель-исследователь

Форма обучения:
очная / заочная

Н.Новгород
2018

Фонд оценочных средств по дисциплине «Хирургия» предназначен для контроля знаний по программе подготовки кадров высшей квалификации в аспирантуре по направлению подготовки 31.06.01 «Клиническая медицина» и направленности 14.01.17 «Хирургия»

Текущий контроль по дисциплине «Хирургия» осуществляется в течение всего срока освоения данной дисциплины.

Промежуточная аттестация обучающихся по дисциплине «Хирургия» проводится по итогам обучения и является обязательной.

1. Паспорт фонда оценочных средств по дисциплине «Хирургия»

Код контролируемой компетенции	Результаты обучения по дисциплине	Наименование оценочного средства	
		вид	Кол-во
УК-1	<p>Знать: методы критического анализа и оценки современных научных достижений, а также методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач</p> <p>Уметь: анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач и оценивать потенциальные выигрыши/проигрыши реализации этих вариантов при решении исследовательских и практических задач генерировать новые идеи, поддающиеся операционализации исходя из наличных ресурсов и ограничений</p> <p>Владеть:навыками анализа методологических проблем, возникающих при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях навыками критического анализа и оценки современных научных достижений и результатов деятельности по решению исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях</p>	Собеседование по темам дисциплин	5
		Кейс–задачи	15
		Экзаменационные вопросы	10
		Тестовые задания	20
УК-4	<p>Знать: методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках стилистические особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме на государственном и иностранном языках</p> <p>Уметь: следовать основным нормам, принятым в научном общении на государственном и иностранном языках .</p> <p>Владеть: навыками анализа научных текстов на государственном и иностранном языках навыками критической оценки эффективности различных методов и технологий научной коммуникации на государственном и иностранном языках различными методами, технологиями и типами коммуникаций при осуществлении профессиональной деятельности на государственном и иностранном языках</p>	Кейс–задачи	5
		Экзаменационные вопросы	10
		Тестовые задания	20
ОПК-5	Знать: основные клинико-лабораторные признаки заболеваний и	Кейс–	5

	<p>состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, основные клинико- инструментальные признаки заболеваний и состояний, выбранных в качестве объекта для научного исследования, возможности и перспективы применения современных лабораторных и инструментальных методов по теме научного исследования; правила эксплуатации и технику безопасности при работе с лабораторным и инструментальным оборудованием.</p> <p>Уметь: соблюдать технику безопасности при прохождении исследовательской практики</p>	<p>задачи</p> <p>Тестовые задания</p>	<p>10</p>
	<p>Владеть: приемами лабораторных и/или инструментальных исследований по профилю научного исследования.</p>		

Перечень оценочных средств и форм их представления в ФОС

	<p><u>Наименование оценочного средства</u></p>	<p><i>Краткая характеристика оценочного средства</i></p>	<p><i>Представление оценочного средства (в фонде)</i></p>
	<p><u>Разноуровневые задачи и задания</u></p>	<p><i>А) Задания репродуктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать знание фактического материала (базовые понятия, алгоритмы, факты) и умение правильно использовать специальные термины и понятия, узнавание объектов изучения в рамках определенного раздела дисциплины/модуля: тестовые задания (открытой и закрытой форм), простые ситуационные задачи с коротким ответом или простым действием, задания на установление правильной последовательности, задания на нахождение ошибок в последовательности (определить правильный вариант последовательности действий) и др.</i></p> <p><i>Б) Задания реконструктивного уровня. Позволяют оценивать и диагностировать умения синтезировать, анализировать, обобщать фактический и теоретический материал с формулированием конкретных выводов, установлением причинно-следственных связей: задания на принятие решения в нестандартной ситуации, задания на оценку последствий принятых решений и эффективности выполнения действия, комплексные практические контрольные</i></p>	<p><i>Комплект разноуровневых ситуационных задач</i></p>

		<p>задания с многоходовыми решениями в типичной и в нестандартной ситуациях и др.</p> <p>В) Задания творческого уровня. Это частично регламентированные задания, имеющие нестандартное решение и позволяющие оценивать и диагностировать умения, интегрировать знания различных областей, аргументировать собственную точку зрения.</p>	
	<u>Реферат</u>	<p>Продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, исследуемой проблемы, где обучающийся приводит различные точки зрения, в т.ч. собственную.</p>	Темы рефератов
	<u>Собеседование</u>	<p>Средство контроля, организованное как специальная беседа с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной, и рассчитанное на выяснение объема знаний обучающегося.</p>	Вопросы по темам/разделам дисциплины, зачетные/экзаменационные вопросы
	<u>Тестовые задания</u>	<p>Система заданий, позволяющая автоматизировать процедуру измерения уровня знаний и умений обучающихся.</p>	Фонд тестовых заданий
	<u>Экзаменационные материалы</u>	<p>Итоговая форма оценки знаний</p>	Перечень вопросов и заданий к экзамену по дисциплине

2. Критерии и шкала оценивания

код компетенции	оценка 5 «отлично»	оценка 4 «хорошо»	оценка 3 «удовлетворительно»	оценка 2 «неудовлетворительно»
УК-1, УК-4, ОПК 5	глубокое усвоение программного материала, логически стройное его изложение, дискуссионность данной	твердые знания программного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопрос, правильное применение теоретических	знание основного материала, допустимы незначительные неточности в ответе на вопросы, нарушение логической последовательности в	незнание значительной части программного материала, неумение даже с помощью преподавателя сформулировать правильные ответы на

	<i>проблематики, умение связать теорию с возможностями ее применения на практике, свободное решение задач и обоснование принятого решения, владение методологии ей и методиками исследований, методами моделирования</i>	<i>положений при решении вопросов и задач, умение выбирать конкретные методы решения сложных задач, используя методы сбора, расчета, анализа, классификации, интерпретации данных, самостоятельно применяя математически и статистический аппарат</i>	<i>изложении программного материала, умение решать простые задачи на основе базовых знаний и заданных алгоритмов действий, испытывать затруднения при решении практических задач</i>	<i>задаваемые вопросы, невыполнение практических заданий</i>
--	--	---	--	--

3. Оценочные средства

(полный перечень оценочных средств)

3.1. Текущий контроль

3.1.1. Контролируемый раздел дисциплины

«Хирургическая анатомия и оперативная хирургия» УК-1, УК-4.

Вопросы по темам дисциплины.

- Хирургическая анатомия грыж
- Хирургическая анатомия печени и желчных путей
- Хирургическая анатомия поджелудочной железы
- Хирургическая анатомия желудка и 12-перстной кишки
- Хирургическая анатомия толстой кишки.

3.1.2. Контролируемый раздел дисциплины

3.1.3. «Хирургические заболевания желудка и поджелудочной железы» ОПК-5

Ситуационная задача № 1

1. Условие задачи.

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей

не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр – $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч.

2. Контрольные вопросы или задания.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий
5. Принципы консервативной терапии
7. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
8. Экспертиза трудоспособности.

Эталон ответа.

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.
5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.
6. Экспертиза трудоспособности проводится в зависимости от стадии онкопроцесса, характера проведенного лечения, индивидуальных возможностей реабилитации.

Ситуационная задача № 2

1. Условие задачи.
Пациент 68 лет оперирован по поводу рака прямой кишки. Выполнена брюшно - промежностная экстирпация прямой кишки. На четвертые сутки после операции у больного внезапно возникла одышка, появилась боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком дыхании. Объективно: кожные

покровы лица, шеи и плечевого пояса синюшны, яремные вены резко контурируются, тахикардия - 110 в минуту, артериальное давление 110/90 мм рт ст. На ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца. По данным рентгенографии легких, выполненной вскоре после ухудшения состояния - повышенная прозрачность легочного поля и укорочение корней легких.

2. Контрольные вопросы или задания.

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

Эталон ответа

1, 2. У больного развился острый глубокий тромбоз в нижних конечностях, что может привести к тромбэмболии легочной артерии.

3. Антикоагулянты, ГБО, сердечно-сосудистая терапия.

4. Неспецифическая профилактика – проведение мероприятий, ускоряющих венозный кровоток в нижних конечностях: ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде; эластическая компрессия н/конечностей; прерывистая пневмокомпрессия ног; применение «ножной педали», полноценное обезболивание.

1. Специфическая профилактика: применение

- 1) прямых антикоагулянтов (нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины);
- 2) низкомолекулярные декстраны в/в;
- 3) дезагреганты.

Ситуационная задача № 3.

1. Условие задачи.

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

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

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

2. Контрольные вопросы или задания.

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

Эталон ответа

1. Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость

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

Ситуационная задача № 4

1. Условие задачи.

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

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

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят.

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

2. Контрольные вопросы или задания.

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

Эталон ответа

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка
2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.
3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное
Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера)
4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости

5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.
6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.
7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

Ситуационная задача № 5.

1. Условие задачи.

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

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

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

2. Контрольные вопросы или задания.

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

Эталон ответа

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

3.1.4. Контролируемый раздел дисциплины:

«Хирургические заболевания поджелудочной железы» УК-1, УК-4, ОПК-5

Тестовые задания

Выберете один или несколько ответов

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

А. Верно 1,2,3,4,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,5

Д. Верно 1,2,3,4

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

А. Верно 1,2,3,4,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 1,2,4,5

Г. Верно 2,3,4,5

Д. Верно 1,2,3,4

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

А. Ограничению патологического процесса в брюшной полости

Б. Прекращению поступления ферментов и продуктов распада в забрюшинное пространство

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

Г. Улучшению кровоснабжения железы

Д. Уменьшению активности протеолитических ферментов

4. Ингибиторы протеаз обладают следующими свойствами:

А. Тормозят протеолитическую активность ферментов поджелудочной железы

Б. Блокируют аутокаталическое активирование трипсиногена в поджелудочной железе

В. Тормозят процессы кининогенеза и фибринолиза в крови

Г. Купируют процессы кининообразования

Д. Улучшает кровоснабжение поджелудочной железы

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

А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 1,2,3,4,5

В. Верно 1,2,4,5

Г. Верно 2,3,4,5

Д. Верно 1,3,4,5

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

А. Верно 1,2,4,5

Б. Верно 1,2,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,3,4,5

Д. Верно 1,2,3,4

7. При остром панкреатите наибольшее количество активизированных панкреатических ферментов содержится:
- А. В артериальной крови
 - Б. В венозной крови
 - В. В экссудате брюшной полости**
 - Г. В лимфе
 - Д. В моче
8. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у женщин может быть:
- А. Беременность
 - Б. Хронический холецистит**
 - В. Алкоголизм
 - Г. Травма живота
 - Д. Применение кортикостероидов
9. Уровень амилазы в моче считается патологическим, если он составляет:
- А. 16 единиц
 - Б. 32 единицы
 - В. 64 единицы**
 - Г. 128 единиц
 - Д. 256 единиц
10. Для течения жирового панкреонекроза характерно: 1. Образование постнекротического инфильтрата 2. Изолированный пневмоторз поперечно-ободочной кишки 3. Наличие в большом количестве геморрагической жидкости в брюшной полости 4. Положительный симптом Воскресенского 5. Вовлечение в воспалительный процесс крупных брыжеечных и сальниковых сосудов, желудка и кишечника
- А. Верно 1,2,3,4
 - Б. Верно 1,3,4,5
 - В. Верно 1,2,4,5**
 - Г. Верно 1,2,3,4,5
 - Д. Верно 2,3,4,5
11. Неотложный лечебный комплекс при остром панкреатите должен обеспечить:
- А. Купирование болевого синдрома
 - Б. Снятие спазмы сфинктера Одди
 - В. Ускорение секвестрации ткани поджелудочной железы**
 - Г. Уменьшение секреторной активной и отека поджелудочной железы
 - Д. Инактивизация протеаз в крови и детоксикацию
12. Наиболее частой причиной возникновения острого панкреатита у мужчин является:
- А. Травма живота
 - Б. Применение кортикостероидов
 - В. Алкоголизм**
 - Г. Хронический холецистит
 - Д. Цирроз печени
13. Развитие токсемии при остром панкреатите обуславливается: 1. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных полипептидов 2. Попаданием в кровь и лимфу токсогенных липидов 3. Попаданием в кровь и лимфу панкреатических ферментов и биогенных аминов 4. Активированием калликреин-кининовой системы и системы ферментативного фибринолиза крови 5. Наличием высокого лейкоцитоза и лимфоцитопении
- А. Верно 1,2,3,4,5

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

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

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

15. Ведущим в лечении больных перитонитом является:

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

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

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

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

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

18. При посевах перитонеального экссудата чаще всего отмечается рост:

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

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

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

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

- А. Отека малого сальника и печеночно-двенадцатиперстной связки
- Б. Уменьшения в размерах желчной пузыря**
- В. Выбухания стенки желудка кпереди
- Г. Гиперемии висцеральной брюшины верхних отделов брюшной полости
- Д. Серозного выпота в подпеченочном пространстве

3.1.4. *Контролируемый раздел: «Хирургические заболевания печени и желчных путей»* ОПК–
5

Выберете один или несколько ответов

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

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

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

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

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

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

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

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

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

А. Верно 1,2,3,4,5

Б. Верно 1,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,5

Д. Верно 1,2,3,4

6. При ущемленном камне в области большого дуоденального сосочка следует:

А. Сделать дуоденотомию, извлечь камень и ушить кишку

Б. Наложить холедоходуоденоанастомоз

В. После дуоденотомии и извлечения камня дренировать холедох через культю пузырного протока

Г. Вскрыть холедох и попытаться удалить камень, при неудаче произвести дуоденотомию, удалить конкремент, наложить швы на рану двенадцатиперстной кишки и дренировать общий желчный проток

Д. Наложить холедохоэнтероанастомоз

7. Рациональным лечением желчно-каменной болезни является:

А. Диетическое

Б. Медикаментозное

В. Хирургическое

Г. Санаторно-курортное

Д. Лечение минеральными водами

8. Перемежающуюся желтуху можно объяснить:

А. Камнем пузырного протока

Б. Камнями в желчном пузыре с окклюзией пузырного протока

В. Вклиненным камнем большого дуоденального соска

Г. Вентильным камнем холедоха

Д. Опухолью внепеченочных желчных протоков

9. К наиболее частым причинам, обуславливающим острую желчную гипертензию, относятся:

1. Опухоли гепатопанкреатодуоденальной области 2. Стеноз большого дуоденального сосочка 3. Холедохолитиаз 4. Дуоденальная гипертензия 5. Глистная инвазия

А. Верно 1,2,4,5

Б. Верно 1,2,3,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,5

Д. Верно 1,2,3,4

10. Во время операции по поводу желчно-каменной болезни обнаружен сморщенный желчный пузырь, набитый камнями, расширенный до 2,5 см общий желчный проток. Больному следует:

А. Произвести холецистэктомию

Б. Произвести холецистэктомию, холангиографию и решить вопрос о тактике

В. Сразу произвести холецистэктомию и ревизию протока

Г. Наложить холецистостому

Д. Произвести дуоденотомию с ревизией большого дуоденального сосочка

11. Больная 50 лет, страдает калькулезным холециститом, сахарным диабетом и стенокардией напряжения. Наиболее целесообразно для нее:

- А. Диетотерапия, применение спазмолитиков
- Б. Санаторно-курортное лечение
- В. Плановое хирургическое лечение**
- Г. Лечение сахарного диабета и стенокардии
- Д. Хирургическое лечение только по витальным показаниям

12. Механическая желтуха при остром холецистите развивается в результате: 1. Холедохолитиаза 2. Сдавления общего желчного протока лимфоузлами 3. Отека головки поджелудочной железы 4. Холангита 5. Глистной инвазии общего желчного протока

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

13. Распознаванию причины механической желтухи более всего способствует:

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

14. Возникновение гнойного холангита наиболее часто связано:

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

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

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

16. Желчные камни чаще всего состоят:

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

17. Холестероз желчного пузыря наиболее часто сочетается:

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

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

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

19. По воротной вене инфекция попадает в печень:

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

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

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

3.1.5. Контролируемый раздел: «Хирургия грыж» УК1, ОПК–5

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1

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

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

Эталон ответа.

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

4. Клинические анализы крови и мочи, флюорография. ЭКГ, осмотр терапевта.
5. Грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по Сапешко или с использованием аллотрансплантата.
 - 5.1. Обнажение и иссечение грыжевого мешка.
 - 5.2. Ушивание грыжевых ворот.
 - 5.3. Ушивание раны.
6. Анальгезирующая терапия, постельный режим. Принимать воду можно с первых суток, пищу – после восстановления функции кишечника.
7. Не трудоспособен в течение 1 месяца со дня операции.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2

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

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

Эталон ответа

1. Левосторонняя бедренная грыжа.
2. Паховая грыжа, варикозное расширение большой подкожной вены, паховый лимфаденит.
3. Образование вправляется в брюшную полость, расположено ниже пупартовой связки, медиальнее бедренной артерии.
4. Клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, сахар крови, флюорография. ЭКГ, осмотр терапевта.
5. Грыжесечение с пластикой бедренного канала.
 - 5.1. Обнажение и удаление грыжевого мешка.
 - 5.2. Грыжесечение.
 - 5.3. Подшивание пупартовой связки к лонной.
 - 5.4. Послойное ушивание раны.
6. Анальгезирующая терапия в течение 1-3 дней. Жидкость можно принимать с первых суток после операции, пищу – после восстановления функции кишечника. Перевязки.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3

Больная М., 46 лет, поступила в клинику с жалобами на наличие опухолевидного образования в области операционного рубца по средней линии живота. 3 года назад перенесла операцию по

поводу деструктивного холецистита, перитонита. Рана заживала вторичным натяжением. Объективно: по средней линии живота от мечевидного отростка до пупка имеется операционный рубец, в центре которого опухолевидное образование диаметром до 15 см, эластической консистенции вправляющееся свободно в брюшную полость. При объективном исследовании другой патологии не обнаружено.

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

Эталон ответа.

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

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4

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

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику и каковы основные отличия от других образований мошонки?
3. По каким признакам Вы отдифференцируете косую и прямую грыжу?
4. Какова тактика в данном случае?
5. Если вы решили больного оперировать, укажите непосредственную подготовку его к операции и выберите метод обезболивания.
6. Укажите возможные послеоперационные осложнения.
7. Проведите экспертизу трудоспособности.

Эталон ответа.

1. Косая правосторонняя паховая грыжа.

2. Пахово-мошоночную грыжу необходимо дифференцировать с водянкой оболочек яичка.

Основные отличия:

Водянка имеет округлую, овальную, а не грыжевидную форму.

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

Поверхность гладкая.

Пальпаторно при водянке нельзя определить яичко и придаток.

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

Пахово-мошоночную грыжу необходимо дифференцировать с варикоцеле.

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

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

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

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

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

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

4.1. Больного необходимо оперировать.

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

5.2. Освободить мочевой пузырь.

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

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

7. При неосложненном течении послеоперационного периода выписка из стационара на

6-7 сутки, амбулаторное лечение 2-3 недели. Для лиц физического труда - ограничение по линии КЭК сроком на 2 мес., перевод на легкий труд.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5

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

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

Эталон ответа.

1. Клинические анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови (общий белок, протромбиновый индекс), сахар крови, рентгенография органов грудной и брюшной полости, ЭКГ, осмотр терапевта.
2. Показана экстренная операция.
3. Раскрывается грыжевой мешок, содержимое фиксируется. Затем раскрывается ущемляющее кольцо, в брыжейку кишки вводят раствор новокаина, кишка согревается.
 - 4.1. Восстановление нормального цвета кишки.
 - 4.2. Сохранение пульсации сосудов брыжейки ущемленного участка кишки.
 - 4.3. Восстановление перистальтики.
- 5.1. Резецируется 30-40 см приводящего отдела от видимой границы некроза и 15-20 см отводящего отдела.
 - 6.1. Со стороны раны - нагноение, кровотечение.
 - 6.2. Внутривнутрибрюшные – несостоятельность швов анастомоза.
 - 6.3. Спаечная кишечная непроходимость.
 - 6.4. Перитонит.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6

Больная З., 56 лет поступила в клинику с жалобами на боли в области пупка. Пять лет назад отметила появление опухолевидного образования в области пупка, которое постепенно увеличивалось в размерах. Сначала образование вправлялось в брюшную полость. Три месяца назад вправляться перестало. Объективно: в области пупка определяется опухолевидное образование 10x10 см, не вправляющееся в брюшную полость, эластическое, малоболезненное. При аускультации над ним выслушивается перистальтика. При клиническом обследовании другой патологии не обнаружено.

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

Эталон ответа.

1. Невправимая пупочная грыжа.

- 2.1. воспаление пупка.
- 2.2. метастазы рака в пупок.
- 3.1. Отсутствуют признаки воспаления.
- 3.2. Опухоль эластической консистенции.
- 3.3. Выслушивается перистальтика.
4. Анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови, сахар крови, ЭКГ, флюорография, осмотр терапевта.
5. Грыжесечение с пластикой передней брюшной стенки по Мейо или с использованием аллотрансплантата.
 - 5.1. Обнажение грыжевого мешка.
 - 5.2. Вскрытие и иссечение грыжевого мешка после вправления содержимого в брюшную полость.
 - 5.3. Ушивание грыжевых ворот.
 - 5.4. Ушивание раны.
6. Анальгезирующая терапия. Принимать воду можно с первых суток, пищу – после восстановления функции кишечника.

3.1.6. *Контролируемый раздел: «Колопроктология». УК–1, УК–4. ОПК–5*

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

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

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

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

3. Назо-гастро-интестинальная интубация может сопровождаться развитием: 1. Синуситов и отитов 2. Бронхитов и пневмонии 3. Тромбоза легочной артерии 4. Стеноза пищевода и гортани 5. Разрыва варикозно расширенных вен пищеводе

- А. Верно 1,2,3,4
- Б. Верно 1,3,4,5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- А. Левосторонняя гемиколэктомия
- Б. Резекция сигмовидной кишки
- В. Цекостомия
- Г. Операция Гартмана
- Д. Трансверзостомия

10. При перфорации неудалимой опухоли ректосигмоидного отдела показано:

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

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

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

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

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

13. При ранениях тонкой кишки обоснованным является:

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

14. Показанием к резекции тонкой кишки при травмах являются:

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

Д. Обширная забрюшинная гематома

15. При свежих ранениях ободочной кишки показано:

А. Ушивание раны

Б. Ушивание раны и дренирование брюшной полости

В. Гемиколэктомия

Г. Операция Лахей

Д. Колостомия

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

А. Верно 1,2,4

Б. Верно 1,3,4

В. Верно 2,3,4

Г. Верно 1,2,3

Д. Верно 2,3

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

А. Верно 2,3,4,5

Б. Верно 1,2,3,4

В. Верно 1,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,4,5

Д. Верно 1,2,4,5

18. Хирургическое лечение заворота сигмовидной кишки в настоящее время включает: 1.

Одномоментную резекцию жизнеспособной; долихосигмы с наложением анастомоза 2.

Одномоментную резекцию некротизированной сигмовидной кишки с наложением анастомоза 3.

Резекцию сигмовидной кишки с наложением колостомы 4. Операцию Гартмана или типа Гартмана

5. Выворачивание омертвевшей сигмовидной кишки и выведения ее через задний проход наружу

А. Верно 1,2,3,5

Б. Верно 2,3,4,5

В. Верно 1,2,3,4,5

Г. Верно 1,3,4,5

Д. Верно 1,2,3,4

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

А. Верно 1,2,3,4

Б. Верно 1,2,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,5

Д. Верно 1,2,3,4,5

20. К врожденным предрасполагающим факторам острой кишечной непроходимости относятся: 1. Удвоения кишечника 2. Общая брыжейка подвздошной и слепой кишки 3. Ситус висцерус инверзус 4. Мобильный цекум 5. Мегадолихосигма
- А. Верно 1,2,3,4
 - Б. Верно 1,3,4,5
 - В. Верно 1,2,4,5**
 - Г. Верно 2,3,4,5
 - Д. Верно 1,2,3,4,5

3.1.7 Контролируемый раздел: «Заболевания органов грудной полости» УК–1, УК–4. ОПК–5

1. У больного 50 лет жалобы на сухой надсадный кашель. Вероятно, имеются основания заподозрить:
- А. Бронхит острый
 - Б. Бронхоэктатическую болезнь
 - В. Плеврит
 - Г. Рак легкого**
 - Д. Бронхит хронический
2. При наличии у больного абсцесса легкого бронхоскопию следует рассматривать как метод:
- А. Не имеющий никакого значения
 - Б. Имеющий значение для уточнения диагноза.
 - В. Имеющий лечебное значение
 - Г. Имеющий лечебное и диагностическое значение**
 - Д. Имеющий бграниченное применение, как вредный и опасный
3. При наличии гангренозного абсцесса размером 6х6 см в нижней доле правого легкого наиболее целесообразно:
- А. Госпитализировать в терапевтическое отделение
 - Б. Начать лечение антибиотиками, витаминотерапию и пр.
 - В. Немедленно сделать бронхоскопию
 - Г. Сделать бронхографию
 - Д. Назначить лечение в хирургическом отделении в течение двух недель, а затем радикальная операция**
4. Если на рентгенограммах определяется гиповентиляция сегмента, доли или всего легкого, в первую очередь врач обязан отвергнуть:
- А. Рак легкого**
 - Б. Доброкачественную опухоль
 - В. Эмфизему легкого
 - Г. Инородное тело
 - Д. Кисту легкого
5. Переднее средостение является излюбленным местом локализации:
- А. Энтерогенной кисты средостения
 - Б. Бронхогенной кисты средостения
 - В. Целомической кисты перикарда
 - Г. Лимфогранулематоза средостения
 - Д. Тимомы**
6. В реберно-позвоночном углу чаще всего локализуются такие образования, как:
- А. Липома средостения

Б. Невринома средостения

В. Паразитарная киста средостения

Г. Дермоидная киста средостения

Д. Мезотелиома локальная

7. Для лечения гангрены легкого наиболее часто применяются:

А. Пневмотомия

Б. Клиновидная резекция легкого

В. Пневмоэктомия

Г. Лобэктомия

Д. Торакопластика

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

А. Бронхография

Б. Рентгенография

В. Рентгеноскопия

Г. Томография

Д. Компьютерная томография

9. Наиболее часто бронхоэктатическая болезнь поражает:

А. Верхние доли обоих легких

Б. Базальные сегменты нижних долей

В. Базальные сегменты нижних долей сочетания с язычковыми сегментами в хвостовой доле левого легкого или средние доли правого легкого

Г. Среднюю долю

Д. Отдельные сегменты обоих легких

10. Симптом «барабанных палочек» и «часовых стекол»:

А. Является характерным только для бронхоэктатической болезни

Б. Может наблюдаться при других инфекционных заболеваниях легких и плевры

В. Более характерен для пороков сердца

Г. Характерен для актиномикоза

Д. Характерен для туберкулеза

11. Наиболее частой локализацией абсцедирующей пневмонии является:

А. Верхняя доля

Б. Средняя доля

В. Нижняя доля

Г. Язычковый сегмент

Д. Любая доля и любой сегмент обоих легких

12. 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

13. У больного после нижней лобэктомии развился ателектаз оставшихся сегментов верхней доли. Наиболее эффективным методом лечения у него является:

А. Плевральная пункция

- Б. Назотрахеальная катетеризация
- В. Микротрахеостома
- Г. Лечебная бронхоскопия**
- Д. Дренирование плевральной полости

014. Наиболее характерным симптомом нагноительных заболеваний легких является:

- А. Боли в грудной клетке, слабость, потливость и другие явления интоксикации
- Б. Кашель с большим количеством гнойной мокроты**
- В. Высокая температура
- Г. Кровохарканье
- Д. Симптом «барабанных палочек»

015. Абсолютными показаниями для реторакотомии являются:

- А. Коллапс легкого вследствие множественных легочных свищей
- Б. Первичная несостоятельность культи бронхе
- В. Внутривнутриплевральное кровотечение**
- Г. Ателектаз легкого
- Д. Напряженный пневмоторакс

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

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

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

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

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

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

019. 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

020. Лечение больного с пиопневмотораксом начинается:

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

3.1.8. *Контролируемый раздел:* «Заболевание и повреждение сосудов»

Тестовые задания

Выберете один или несколько ответов

1. Маршевая проба проводится с целью выявления:

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

2. Проба Претта проводится с целью выявления:

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

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

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

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

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

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

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

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

- А. Бебкока
- Б. Нарата
- В. Маделунга
- Г. Троянова-Тренделенбурга
- Д. Линтона

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

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

8. Операция Троянова-Тренделенбурга заключается:

- А. В перевязке большой подкожной вены в области ее устья со всеми притоками в области сафено-бедренного треугольника
- Б. В удалении подкожных вен методом тоннелирования
- В. В удалении подкожных вен зондом
- Г. В перевязке коммуникантных вен над фасцией
- Д. В субфасциальной перевязке коммуникантных вен

9. 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

10. Операция Маделунга заключается:

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

11. 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

12. 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

13. 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**

14. 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

15. Основные лечебные мероприятия при тромбозе включают в себя:

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

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

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

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

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

18. Послеоперационные эмболии легочной артерии обычно бывают следствием:

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

19. 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

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

А. Верно 1,3,4,5

Б. Верно 1,2,4,5

В. Верно 2,3,4,5

Г. Верно 1,2,3,5

Д. Верно 2,3,4

3.1.9. *Контролируемый раздел дисциплины «Хирургическая инфекция» УК–1, УК–4. ОПК–5*

Темы рефератов

1. Рана и раневая инфекция
2. Инфекция кожи и подкожной клетчатки.
3. Гнойная хирургия кисти.
4. Гнойные заболевания средостения и легкого.
5. Перитонит.
6. Сепсис.

3.2. Промежуточный контроль

УК–1 Способность к критическому анализу и оценке современных научных достижений, генерированию новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях

3.2.1. *Контролируемый раздел дисциплины «Хирургические заболевания желудка и поджелудочной железы»*

Экзаменационные вопросы:

1. В чем заключается этиопатогенез осложнений язвенной болезни?
2. Опишите клиническую картину прободения в свободную брюшную полость, сальниковую сумку, забрюшинное пространство; при прикрытой перфорации.
3. Назовите инструментальные методы диагностики, прободной язвы желудка и 12-перстной кишки.
4. Какова тактика хирурга при типичной и прикрытой перфорации язвы желудка и 12-перстной кишки?
5. Перечислите заболевания, сопровождающиеся клиникой гастродуоденального кровотечения.
6. Назовите основные функции поджелудочной железы?
7. Какие причины могут вызвать нарушение пассажа панкреатического секрета по протоку?
8. Приведите классификацию острого и хронического панкреатита.
9. Назовите основные периоды течения панкреонекроза.
10. Назовите лабораторные и инструментальные методы диагностики острого панкреатита.

3.2.2 *Контролируемый раздел дисциплины «Хир. заболевания печени и желчных путей»*

Экзаменационные вопросы

1. Основные причины желчекаменной болезни.
2. Механизм возникновения воспалительных явлений в стенке желчного пузыря при остром калькулезном и бескаменном холецистите.

3. Какие симптомы характерны для острого холецистита?
4. Основные инструментальные методы исследования желчного пузыря и внепеченочных желчных ходов.
5. Показания к экстренной, срочной и плановой операции у больных острым холециститом.
6. Дайте характеристику современным малоинвазивным методам лечения заболеваний желчного пузыря и желчных протоков?
7. Способы дренирования желчных протоков.
8. Какая симптоматика характерна для механической желтухи неопухолевого генеза?
9. Какая симптоматика характерна для механической желтухи опухолевого генеза?
10. Причины, приводящие к развитию механической желтухи.

3.2.3 Контролируемый раздел дисциплины «Хирургическая инфекция»

Экзаменационные вопросы

1. Определение понятия "Хирургическая инфекция". Классификация хирургической инфекции.
2. Местная хирургическая инфекция. Аэробная гнойная инфекция.
3. Фурункул, карбункул, абсцесс, флегмона.
4. Лечение при местной гнойной инфекции.
5. Анаэробная инфекция. Газовые абсцесс, флегмона, гангрена. Злокачественный отек.
6. Гнилостная инфекция.
7. Специфическая хирургическая инфекция и инвазия.
8. Хирургический сепсис. Клиника, лечение.
9. Хирургическая инфекция: рожистое воспаление, лимфаденит, лимфангоит. Лечение.
10. Неклостридиальная анаэробная инфекция мягких тканей.

3.2.2. УК–4 Готовность использовать современные методы и технологии научной коммуникации на государственном и иностранном языках

1. Укажите этиопатогенез нагноительных заболеваний легких и плевры, гангрены легкого, бронхоэктатической болезни, кист легкого.
2. В чем заключается клиника и диагностика острого и хронического абсцессов легких, острой и хронической эмпиемы плевры?
3. Проведите дифференциальную диагностику указанных заболеваний с другой патологией легких и средостения.
4. Приведите алгоритм хирургического лечения при острых и хронических абсцессах легкого, острой и хронической эмпиемах плевры.
5. Укажите возможности современных малоинвазивных технологий в хирургии легких и плевры.
6. Укажите особенности ведения послеоперационного периода у больных, оперированных на грудной клетке.
7. Бронхоэктатическая болезнь: этиопатогенез, клинические стадии, диагностика, показания и методы оперативного лечения.
8. Кисты лёгких: классификация, клиника и диагностика, осложнения, методы оперативного лечения.

3.2.3. ОПК-5 Способность и готовностью к использованию лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных

Контролируемый раздел «Колопроктология»

Собеседование по экзаменационным вопросам:

1. Какие осложнения могут быть при дивертикулах тонкой кишки?
2. Какие операции производятся при воспалении дивертикула Меккеля?
3. Укажите основные причины болезни Крона.

4. Какие методы применяются для диагностики болезни Крона при поражении тонкого кишечника?
5. Назовите методы обследования ободочной кишки.
6. Какие отделы кишечника поражаются при неспецифическом язвенном колите?
7. Какие методы исследования наиболее информативны при неспецифическом язвенном колите?
8. В чем заключается консервативное лечение неспецифического язвенного колита?
9. Что является показанием к срочному оперативному лечению и какие операции производятся при неспецифическом язвенном колите?
10. Какие операции применяются при кишечных свищах?
11. Укажите клинико-анатомическую классификацию заболеваний прямой кишки.
12. Перечислите методы обследования больных с заболеваниями прямой кишки.
13. Что способствует развитию геморроя?

Министерство образования и науки Российской Федерации

ПРОГРАММА-МИНИМУМ
кандидатского экзамена по направленности 14.01.17 «Хирургия»
по медицинским наукам

Программа-минимум
содержит 29 стр.

2007

Введение

Настоящая программа содержит современные научные обоснования, позволяющие врачам хирургического профиля вмешиваться в гомеостатические системы организма человека с целью корректировки различных болезнетворных состояний.

Программа разработана экспертным советом Высшей аттестационной комиссии по медицине (хирургическим специальностям) при участии Московского государственного медико-стоматологического университета.

1. Общая хирургия

Основные этапы истории отечественной и мировой хирургии. Основоположники отечественной хирургии и их роль в развитии хирургии. Всероссийское научное общество хирургов, его задачи и организация. Основные отечественные и зарубежные периодические издания по хирургии. Организация хирургической помощи в России.

Организация работы хирургического отделения, операционного блока, и послеоперационного отделения.

Принципы организации переливания крови в Российской Федерации.

Принципы организации онкологической помощи в системе российского здравоохранения.

Принципы организации помощи при ожогах.

Асептика и антисептика.

Методы обработки шовного материала, подготовка рук хирурга. Методы стерилизации инструментария, операционного белья, перевязочного материала. Биологические методы антисептики

Антибиотики.

Классификация. Показания и противопоказания к применению. Осложнения при их применении, методы профилактики и лечения.

Общие вопросы гнойной хирургии.

Классификация, возбудители. Пути внедрения и распространения. Общая и местная реакция организма. Особенности воспалительных заболеваний на лице и шее. Применение протеолитических ферментов в гнойной хирургии.

Принципы лечения: антибактериальная, иммунная, дезинтоксикационная, стимулирующая, общеукрепляющая терапия, местное лечение. Особенности течения гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.

Гнойные заболевания кожи и подкожной клетчатки. Фурункул, карбункул, гидраденит. Этиология, клиника.

Гнойные заболевания лимфатических сосудов и узлов — лимфангит, лимфангоит, лимфаденит.

Гнойные заболевания костей. Этиология, патогенез. Классификация. Клиническая картина остеомиелита. Принципы оперативного лечения.

Гнойные заболевания суставов и синовиальных сумок – гнойный артрит, гнойный бурсит.

Гнойные процессы в клетчаточных пространствах. Флегмоны и абсцессы. Определение понятий. Различия.

Гнойные заболевания пальцев кисти – панариций, гнойный тендовагинит, флегмона кисти. Этиология, патогенез, клиническая картина. Лечение.

Хирургический сепсис. Определение понятия. Причины развития. Патогенез. Возбудители. Принципы диагностики, оценочные шкалы степени тяжести и прогноза заболевания. Антибактериальная терапия, дезинтоксикация. Экстракорпоральные методы детоксикации.

Специфическая хирургическая инфекция. Столбняк, анаэробная инфекция. Классификация, этиология, патогенез, диагностика, принципы лечения, профилактика.

Рожистое воспаление. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение, осложнения. Значение гипербарической оксигенации в лечении гнойных осложнений.

Столбняк. Возбудитель. Патогенез и патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение профилактика.

Актиномикоз. Локализация, частота, особенности клиники, диагностика, лечение

Ожоги. Классификация, клинические фазы и стадии ожоговой болезни, патогенез, современные принципы лечения.

Отморожения. Классификация, клиническое течение, лечение

Электротравма. Особенности реанимации при электротравме. Осложнения. Изменения основных функций и систем организма. Общая реакция на электротравму.

Кровотечения.

Классификация. Борьба с различными видами кровотечений. Методы определения кровопотери. Возмещение кровопотери.

Раны.

Классификация. Учение о хирургической инфекции. Микрофлора ран. Течение и заживление ран. Лечение ран. Первичная хирургическая обработка ран, показания и техника. Современные принципы лечения инфицированных ран. Первично-отсроченные швы. Показания. Кожная пластика. Значение метода микрохирургии в пересадке кожно-мышечных лоскутов. Роль отечественных хирургов в разработке проблем микрохирургии.

Основные принципы предоперационной подготовки и послеоперационного ведения больных.

Критерии операционного риска. Основы предоперационной подготовки в ургентной и плановой хирургии.

Анестезиолого-реанимационное обеспечение в экстренной и плановой хирургии. Оценка тяжести состояния больных. Катетеризация центральных вен.

Послеоперационное ведение больных. Энтеральное, парентеральное и энтеральное зондовое питание. Порядок обследования больных, находящихся на парентеральном питании.

Общие вопросы интенсивной терапии в хирургической практике. Шок – определение понятия, классификация, стадии. Травматический шок. Геморрагический шок. Септический шок. Анафилактический шок. Принципы лечения различных видов шока, профилактика развития шока. Профилактика и лечение послеоперационных осложнений

Обморок, коллапс, шок. Патогенез, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.

Основы реанимации. Искусственная вентиляция легких, управляемое дыхание. Принципы первой помощи при остановке сердца

2. Частная хирургия

Шея.

Анатомические сведения. Пороки развития. Кривошея. Определение понятия. Классификация, этиология, лечение. Срединные и боковые кисты и свищи шеи. Определение понятия, клиника, диагностика, лечение. Повреждения органов шеи. Клиника, диагностика, первая помощь, лечение. Особенности послеоперационного лечения. Абсцессы и флегмоны шеи. Этиология, клиника, диагностика, осложнения, лечение.

Заболевания щитовидной железы.

Классификация заболеваний. Методы исследования больных. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных с заболеваниями щитовидной железы.

Эндемический и спорадический зоб. Определение, этиология, патогенез, признаки зобной эндемии. Классификация по степени увеличения щитовидной железы, форме. Клиника, диагностика. Лечение. Показания к операции. Профилактика.

Тиреотоксический зоб. Определение, патогенез. Классификация по степени тяжести и стадии развития. Клиника диффузного и узловых форм тиреотоксического зоба, диагностика, лечение. Показания и противопоказания к операции. Предоперационная подготовка в зависимости от стадии тиреотоксикоза (плазмаферез), методы операций.

Осложнения. Профилактика и лечение тиреотоксического криза и острой сердечно-сосудистой недостаточности после операции у больных тиреотоксикозом.

Тиреоидиты и струмиты. Определение понятия. Тиреоидит Хашимото. Этиологии, патогенез. Клиника, диагностика. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению. Тиреоидит Риделя. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение. Ближайшие и отдаленные результаты. Хронические специфические тиреоидиты (актиномикоз, туберкулез, сифилис).

Рак щитовидной железы. Классификация клиническая и гистологическая. Клиника, диагностика, лечение. Объем оперативного вмешательства. Комбинированное лечение – лучевое, химиотерапевтическое, гормонотерапия, лечение радиоактивным йодом. Исходы и отдаленные результаты. Прогноз. Профилактика.

Опухоли паращитовидных желез. Клиника, диагностика, лечение. Гипопаратиреоз, тетания. Патогенез, клиника, диагностика, прогноз, лечение. Пути профилактики паратиреоидной недостаточности при операциях на щитовидной железе.

Заболевания молочной железы.

Классификация, методы исследования больных. Принципы оперативного лечения заболеваний молочной железы.

Острый гнойный мастит. Клиника, диагностика, лечение.

Дисгормональные заболевания. Мастопатия. Геникомастия. Причины. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Профилактика.

Доброкачественные опухоли. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение.

Рак молочной железы. Заболеваемость. Патологическая анатомия. Клинические формы. Международная классификация рака молочной железы и классификация по стадиям. Методы ранней диагностики заболевания, принципы оперативного лечения. Показания к пред- и послеоперационной лучевой терапии, овариоэктомии, гормональной терапии, химиотерапии. Результаты лечения; профилактика рака молочной железы.

Заболевания трахеи и бронхов.

Классификация, методы исследования. Пороки развития, диагностика и лечение. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Диагностика, лечение. Травматические повреждения трахеи, диагностика, лечение. Рубцовые стенозы трахеи. Причины. Клиника, диагностика, современные методы лечения, ранние и поздние осложнения.

Инородные тела бронхов. Клиника, диагностика, осложнения, лечение. Реконструктивные операции на трахее и бронхах: трахеопластика, показания техника (Т-образная трубка, «расщепленный зонд»).

Заболевания легких и плевры.

Современные методы исследования заболеваний легких, показания к ним. Врожденные заболевания легких. Классификация. Гипоплазии, поликистоз, кисты легких. Сосудистые аномалии. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы хирургического лечения.

Пневмоторакс. Буллезная эмфизема легких. Причины. Тотальный и ограниченный пневмоторакс. Спонтанный, открытый, клапанный и напряженный пневмоторакс. Особенности их развития и клинического течения. Диагностика. Первая помощь, лечение. Гемоторакс – этиология, классификация, осложнения, лечение.

Острые и хронические нагноительные заболевания легких. Определение. Классификация. *Острый абсцесс легкого*. Патогенез. Клиника острого абсцесса, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы лечения. Показания к операции и виды оперативных вмешательств. Осложнения. *Хронический абсцесс легкого*. Клиника, диагностика, лечение. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Медикаментозное и хирургическое лечение. *Гангрена легкого*. Причины развития, клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. *Стафилококковая деструкция легких*. Понятие. Клиника, диагностика, лечение. Результаты лечения острого абсцесса и гангрены легкого. *Бронхоэктатическая болезнь*. Определение понятия. Классификация по формам заболевания и стадиям развития процесса. Этиология, патогенез, клиника. Диагностика, дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению. Методы предоперационной подготовки. Виды операций, ведение послеоперационного периода. *Острый гнойный плеврит*. Определение понятия. Классификация. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Клиника, диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Показания к дренированию плевральной полости. *Хроническая эмпиема плевры*. Определение понятия. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника, диагностика, лечение. Открытые, закрытые методы лечения. Плеврэктомия, плевроробэктомия, плевропультмонэктомия. Торакопластика.

Рак легкого. Этиология, факторы и группы риска. Патологическая анатомия. Закономерности метастазирования. Клинико-анатомическая классификация. Раннее выявление рака легкого, значение флюорографии.

Клиническая картина центрального и периферического рака в зависимости от характера роста и локализации опухоли. Рентгенологическая картина форм рака легкого, значение томографии, компьютерной томографии и бронхоскопии. Показания к различным методам исследования при различных формах рака легкого. Показания к хирургическому лечению, признаки неоперабельности. Принципы комбинированного лечения.

Доброкачественные опухоли легких. Классификация. *Центральные и периферические* доброкачественные опухоли (клиническая картина). Методы диагностики и дифференциальной диагностики. Принципы хирургического лечения, эндохирургические вмешательства, выбор метода лечения, результаты.

Эхинококкоз легкого. Клиника, диагностика. Сочетанный эхинококкоз. Роль серологических методов. Хирургическое лечение. Профилактика.

Легочное кровотечение Причины, клиника, диагностика, современная тактика лечения больных.

Заболевания средостения.

Опухоли и кисты средостения. Классификация, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы исследования. Показания к операции. *Медиастинит.* Этиология, клиника переднего и заднего медиастинита. Диагностика, лечение.

Закрытые и открытые травмы груди (ножевые и огнестрельные).

Клиника, диагностика. Сочетанные травмы. Ушибы, сотрясения, сдавление грудной клетки. Проникающие и непроникающие ранения грудной клетки, осложнения Показания к хирургическому лечению, обычные и видеоторакоскопические операции. Комбинированные повреждения. Ведение больных в послеоперационном периоде.

Патология грудного лимфатического протока. Клиника, диагностика, осложнения, лечение синдрома хилореи.

Заболевания диафрагмы.

«Слабые» места диафрагмы. *Диафрагмальные грыжи.* Классификация. Травматические и нетравматические грыжи диафрагмы. Клиника, диагностика, показания к оперативному лечению и методы оперативных вмешательств. *Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.* Классификация. Осложнения грыж. Консервативное лечение скользящих грыж. Показания к оперативному лечению. *Релаксация диафрагмы.* Клиника, диагностика. Показания к операции, методы пластики диафрагмы при релаксации.

Заболевания сердца.

Основы клинической физиологии и патофизиологии заболеваний сердца. Классификация. Общие и специальные методы исследования. Неотложные состояния в кардиохирургии и их терапия. Недостаточность кровообращения и терапия.

Ишемическая болезнь сердца. Клиника, диагностика, методы хирургического лечения (аортокоронарное шунтирование), показания к нему. Доступы. Результаты. *Постинфарктная аневризма сердца*. Классификация постинфарктных аневризм сердца. Частота. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Принципы хирургического лечения.

Пороки сердца: *Врожденные пороки сердца*. Классификация. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания к операции. Методы хирургического лечения. Применение аппарата искусственного кровообращения, принципы конструкции аппаратов. Исходы операций. *Приобретенные пороки сердца*. Этиология. Классификация, степени тяжести. Клиника, диагностика. Показания и противопоказания к операции. Методы операции. Закрытые методы, открытые методы, комиссуротомия и протезирование клапанов сердца, пластические операции на клапанах. Искусственные клапаны сердца. Реабилитация кардиохирургических больных.

Перикардит. Классификация, этиология, клиника, диагностика, лечение различных форм перикардита.

Ранения сердца. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения и послеоперационного ведения.

Заболевания сосудов.

Современные методы исследования больных с заболеваниями сосудов.

Заболевания артерий. Классификация заболеваний. Истинные и ложные аневризмы кровеносных сосудов. *Врожденные и травматические* артериальные аневризмы. Патогенез. Клиника, методы диагностики. Показания к хирургическому лечению. Виды оперативных вмешательств. *Аневризмы грудной и брюшной аорты*. Классификация, диагностика, лечение. Экстренные операции при расслоении, разрыве аневризмы.

Атеросклеротические поражения артерий. Определение понятия. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия. *Клинические формы облитерирующего артериита и атеросклероза*. Клиника различных форм заболевания. Диагностика, значение реовазографии, ангиографии, доплерографии, ультразвукового ангиосканирования в диагностике заболеваний. Дифференциальная диагностика. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению, методы операций. Катетерная дилатация; профилактика заболевания. Эндovasкулярные вмешательства.

Неспецифический аортоартериит. Клиника, диагностика, принципы лечения и их результаты.

Облитерирующий тромбоангиит. Этиология, патогенез. Патологическая анатомия. Клиника, стадии заболевания. Диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения.

Диабетическая микро- и макроангиопатия. Клиника, диагностика, лечение. Лечение трофических язв и гангрены

Артериальные тромбозы и эмболии. Отличие тромбозов от эмболии. Этиология. Факторы, способствующие тромбообразованию. Эмбологенные заболевания. Клиника острого тромбоза и эмболии. Степени ишемии конечности. Методы диагностики: аорто-артериография, доплерография: ультразвуковое ангиосканирование. Консервативные и оперативные методы лечения острых тромбозов и эмболии. Постишемический синдром и его профилактика.

Заболевания вен нижних конечностей. Классификация. *Пороки развития.* Клиника, диагностика, лечение. *Варикозная болезнь нижних конечностей.* Этиология, патогенез, патологическая анатомия. Клиника заболевания в зависимости от стадии заболевания. Диагностика. Методы определения проходимости глубоких вен, оценки состояния клапанного аппарата поверхностных и коммуникантных вен (функциональные пробы, контрастная флебография, ультразвуковое ангиосканирование, флебосцинтиграфия).

Лечение: склерозирующая терапия консервативное, оперативное. Показания и противопоказания к операции. Виды операций и методы перевязки коммуникантных вен. Эндоскопическая диссекция коммуникантных вен. Ведение послеоперационного периода. Осложнения варикозной болезни нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение.

Острые тромбозы системы нижней полой вены. Классификация, локализации. Этиология и патогенез венозных тромбозов. Клиника острых венозных тромбозов в зависимости от локализации и распространенности тромбоза. Диагностика. Лечение консервативное, оперативное, показания и противопоказания. Методы операций: тромбэктомия, перевязка вены, пликация нижней полой вены, имплантация кава-фильтра. Профилактика. Осложнения острых тромбозов вен. Венозная гангрена конечности, патогенез, клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Принципы консервативного лечения. Показания к ампутации конечности.

Тромбоэмболия легочной артерии. Причины развития, клиника и диагностика (рентгенография легких, радиоизотопное сканирование, ангиопульмонография в сочетании с регистрацией в правых отделах сердца, ретроградная илиокавография). Лечение. Показания к эмболэктомии. Профилактика.

Посттромбофлебитическая болезнь нижних конечностей. Патогенез. Классификация. Клиника различных форм заболевания. Специальные методы диагностики. Консервативное лечение. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

Недостаточность лимфатической системы. Классификация лимфостаза. Клиника, методы диагностики, хирургическое лечение. Создание лимфовенозных анастомозов с помощью микрохирургической техники. Слоновость.

Заболевания пищевода.

Классификация заболеваний пищевода. Методы исследования. *Врожденные пороки развития*. Классификация, диагностика, лечение.

Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Перфорация пищевода. Клиника, диагностика, лечение. Осложнения.

Ахалазия кардии. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Принципы лечения, кардиодилатация. Техника. Показания к хирургическому лечению, принципы операции. *Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь*. Клиника, диагностика (рентгенография, эндоскопия, электромиография и др). Принципы консервативного и оперативного лечения. Эндохирургические вмешательства. *Химические ожоги и рубцовые сужения пищевода*. Патогенез. Клиника острого периода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование. Клиника рубцового сужения пищевода. Хирургическое лечение. Типы пластического замещения пищевода. Одномоментные и многоэтапные операции. Результаты оперативного лечения. *Доброкачественные опухоли пищевода*. Клиника, диагностика. Методы хирургического лечения.

Рак пищевода. Заболеваемость. Патологическая анатомия. Клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка к операции. Послеоперационные осложнения. Комбинированное лечение (химиотерапии, лучевой терапии). Результаты хирургического и комбинированного лечения. Лазерные технологии в хирургии пищевода.

Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки.

Классификация заболеваний желудка. Методика обследования больных с заболеваниями желудка.

Язвенная болезнь желудка. Особенности этиологии и патогенеза желудочных язв. Классификация. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Этиология и патогенез заболевания. Патологоанатомические изменения. Клиника и диагностика. Показания к хирургическому лечению хронической язвы двенадцатиперстной кишки.

Осложнения язвенной болезни:

1. *Кровоточащая язва желудка и двенадцатиперстной кишки*. Патологическая анатомия. Патогенез нарушений основных звеньев гомеостаза. Клиника и диагностика желудочно-кишечных

кровотечений. Дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение кровоточащих язв. Эндоскопические методы остановки кровотечения.

2. *Прободная язва желудка и двенадцатиперстной кишки.* Классификация перфораций, патологическая анатомия. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечебная тактика.

3. *Пилородуоденальный стеноз.* Патогенез. Клиника и диагностика. Стадии заболевания, характер нарушений основных звеньев гомеостаза. Особенности предоперационной подготовки. Показания к операции и виды оперативных вмешательств.

4. *Пенетрация язв.* Патогенез. Клиническая картина. Методы диагностики. Показания к оперативному лечению и виды операций.

5. *Малигнизация язвы.* Теории развития малигнизации. Частота малигнизации в зависимости от локализации язвы. Ранняя диагностика малигнизации.

Симптоматические язвы: гормональные и лекарственные язвы, синдром Золлингера-Эллисона. Этиология и патогенез. Клиника и диагностика. Особенности хирургического лечения.

Синдром Меллори-Вейсса. Причины развития заболевания. Клиника и диагностика, дифференциальная диагностика. Консервативное и оперативное лечение.

Рак желудка. Предраковые заболевания желудка. Клиника и диагностика. Роль гастроскопии и гастробиопсии в диагностике заболеваний. Лечение. Эндоскопическое удаление полипов. Эпидемиология рака. Этиологические факторы. Классификация. Клиническая картина заболевания в зависимости от локализации и характера роста опухоли. Осложнения: кровотечение, стеноз, перфорация. Диагностика и дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Принципы предоперационной подготовки и послеоперационное ведение.

Неэпителиальные опухоли желудка. Классификация. Клиника и диагностика. Хирургическое лечение.

Болезни оперированного желудка. Классификация. Незажившие и рецидивные язвы, пептические язвы тощей кишки, синдром приводящей петли и демпинг-синдром. Рефлюкс-гастрит и рефлюкс-эзофагит. Причины возникновения. Клиника и диагностика. Показания к хирургическому лечению, методы реконструктивных операций.

Послеоперационные осложнения: Кровотечения, парез желудка и кишечника, анастомозит, несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки и желудочно-кишечных анастомозов. Клиническая картина, диагностика, лечение.

Заболевания тонкого кишечника.

Классификация заболеваний кишечника. Методы обследования.

Дивертикулы. Классификация, диагностика, осложнения. Хирургическое лечение. Дивертикул Меккеля. Диагностика, лечение. *Опухоли тонкой кишки.* Классификация, клиника, диагностика, лечение. *Болезнь Крона.* Определение понятия, клиника, диагностика, лечение. Осложнения, их диагностика и лечение. *Тонкокишечные свищи.* Классификация, диагностика, лечение.

Заболевания червеобразного отростка.

Острый аппендицит. Классификация. Патологоанатомические формы. Этиология, патогенез. Клиника и диагностика. Лечение. *Осложнения острого аппендицита:* аппендикулярный инфильтрат, периаппендикулярный абсцесс, межкишечный, поддиафрагмальный и тазовый абсцесс, пилефлебит. Клиника различных осложнений; их диагностика (УЗИ, КТ и др.) и лечение (хирургическое, пункция абсцессов по УЗИ-наведением). Перитонит как осложнение острого аппендицита. *Хронический аппендицит.* Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Показания и противопоказания к оперативному лечению.

Карциноид червеобразного отростка. Диагностика. Клиника, карциноидный синдром. Принципы лечения.

Заболевания толстой кишки.

Классификация заболеваний. Методика обследования больных с заболеваниями толстой кишки.

Пороки развития. Диагностика, лечение. Болезнь Гиршпрунга. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика; выбор метода хирургического лечения.

Хронический неспецифический язвенный колит. Этиология. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы консервативного и оперативного лечения. Осложнения, их диагностика и лечение. *Дивертикулы толстой кишки.* Клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению, виды операций. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение. *Ишемический колит.* Клиника, диагностика, лечение.

Кишечные свищи. Классификация, клиника, диагностика, лечение. *Доброкачественные опухоли и полипоз.* Этиология, патогенез. Клиника, лечение.

Рак ободочной кишки. Предраковые заболевания. Заболеваемость. Причинные факторы. Классификация. Осложнения (непроходимость кишечника, перфорация, кровотечение). Диагностика, значение рентгеновского обследования, колоноскопии. Дифференциальная диагностика. Выбор метода хирургического лечения (определение объема оперативного вмешательства, одномоментные и многомоментные операции и показания к ним). Особенности хирургического лечения при непроходимости толстой кишки раковой природы. Принципы предоперационной подготовки, особенности оперативных вмешательств и послеоперационного ведения больных. Показания к комбинированному лечению.

Кишечная непроходимость. Классификация. Методы исследования больных. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода у больных с острой кишечной непроходимостью. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника, водно-электролитными нарушениями.

Врожденная кишечная непроходимость. Атрезии. Патологическая анатомия. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение.

Динамическая кишечная непроходимость. Этнология, патогенез. Клиника, дифференциальная диагностика. Принципы лечения.

Механическая кишечная непроходимость. Определение понятия. Классификация. *Обтурационная кишечная непроходимость*, причины, патогенез. Особенности нарушений водно-электролитного и кислотно-основного состояния. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Предоперационная подготовка и особенности оперативного лечения. *Странгуляционная кишечная непроходимость.* Определение понятия. Классификация по этиологическим причинам. Особенности патогенеза. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости кишечника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Виды операций. *Инвагинация.* Определение понятия. Виды инвагинации. Причины. Патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к дезинвагинации и резекции кишки.

Ранения тонкой и толстой кишки. Клиника, диагностика, принципы хирургического лечения.

Заболевания прямой кишки.

Классификация заболеваний. Методика обследования больных с заболеваниями прямой кишки.

Врожденные пороки развития. Клиника, диагностика, лечение.

Геморрой. Классификация. Этиология. Патогенез. Вторичный геморрой. Клиника геморроя и его осложнений. Консервативное и оперативное лечение геморроя, выбор метода лечения. Предоперационная подготовка, ведение послеоперационного периода.

Трещина прямой кишки. Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение. *Полипы прямой кишки.* Клиника, диагностика, лечение.

Рак прямой кишки. Заболеваемость. Факторы, способствующие развитию заболевания. Классификация. Клиника заболевания в зависимости от анатомической формы и локализации. Диагностическая ценность различных методов исследования. Дифференциальная диагностика. Методы операции. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных раком прямой кишки. Лучевая терапия и химиотерапия. Отдаленные результаты лечения.

Острые нарушения мезентериального кровообращения.

Виды острых нарушений мезентериального кровообращения (эмболии, тромбоз артерий, неокклюзивные нарушения мезентериального кровообращения, тромбоз вен). Основные механизмы

патогенеза заболевания. Симптомы, клиника и течение. Стадии болезни. Диагностика. Лечение: методика оперативных вмешательств; виды операций. Интенсивная терапия.

Заболевания печени, желчного пузыря и желчных протоков.

Классификация заболеваний. Методы исследования больных с заболеваниями печени, желчного пузыря и желчных протоков.

Желчекаменная болезнь. Этиология и патогенез камнеобразования. Клиника, диагностика. Дифференциальная диагностика. Лечение (экстракорпоральная литотрипсия, медикаментозное растворение камней), показания к операции. Методы операции, показания к ним. Значение интраоперационных методов исследования для выбора метода операции. Холецистэктомия лапароскопическая; из мини-доступа.

Осложнения желчекаменной болезни. Причины развития этих осложнений. Клиника. Дооперационная и интраоперационная диагностика. Лечение. Показания к холедохотомии и методы завершения ее. Эндоскопическая папиллотомия. *Механическая желтуха* как осложнение желчекаменной болезни, причины развития. Клиника. Диагностика (УЗИ, ЭРХПГ, чрескожная гепатохолангиография). Дифференциальная диагностика, патогенез нарушений основных звеньев гомеостаза. Медикаментозная терапия при механической желтухе, методы детоксикации. Эндоскопический метод лечения больных с механической желтухой (папиллотомия, литоэкстракция, назо-билиарное дренирование, эндобилиарная литотрипсия). Показания и выбор хирургических операций.

Острый холецистит. Этиология и патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика (УЗИ, лапароскопия). Дифференциальный диагноз. Лечение: консервативное, оперативное. Показания к экстренной операции. *Осложнения острого холецистита.* Клиника, диагностика, лечение.

Рак, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Факторы, способствующие развитию. Клиника, методы диагностики, методы хирургического лечения.

Доброкачественные опухоли печени и внутрпеченочных желчных протоков. Клиническая картина, диагностика, лечение. Роль инструментальных методов в диагностике объемных образований печени.

Гемобилия Причины, диагностика, лечение.

Желчные свищи Классификация, этиология, диагностика, лечение.

Цирроз печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клинической картины. Диагностика – клиническая, инструментальная, лабораторная. Клиническая картина. *Портальная гипертензия.* Классификация. Этиология и патогенез. Клиника. *Гиперспленизм:* клиника и диагностика. Показания и противопоказания к хирургическому лечению портальной гипертензии. Принципы хирургического лечения. *Кровотечение из расширенных вен пищевода и кардии.* Дифференциальная диагностика, первая врачебная помощь. Консервативное лечение. Методы медикаментозного и хирургического лечения.

Синдром Бадда-Киари. Клиника, диагностика, лечение.

Паразитарные заболевания печени. *Эхинококкоз и альвеококкоз*. Эндемические районы в РФ. Морфологическая характеристика паразитов. Клиника, диагностика, роль серологической диагностики, дифференциальная диагностика, методы хирургического лечения. Осложнения. Современные инструментальные и инвазивные методы диагностики эхинококкоза. Способы обработки и закрытия остаточных полостей после *эхинококкэктомии*. Роль криодеструкции в лечении альвеококкоза печени. Химиотерапия при эхинококкозе и альвеококкозе печени, ее значимость среди других методов лечения.

Непаразитарные кисты печени. Классификация. Поликистоз печени, поликистозная болезнь. Этиология, клиника, диагностика, хирургическое лечение. Гемангиома печени. Этиология, клиника, диагностика. Роль эндоваскулярных методов в лечении гемангиом печени.

Рак печени. Заболеваемость, частота. Морфологические формы. Клиника, диагностика (значение ультразвукового исследования, изотопного сканирования, компьютерной томографии, пункции печени). Лечение.

Ранения печени. Клиника, диагностика, лечение.

Заболевания селезенки.

Классификация заболеваний.

Повреждения, инфаркт селезенки, кисты селезенки. Клиника, диагностика, лечение.

Гематологические заболевания, селезенки, подлежащие оперативному лечению. Показания к спленэктомии.

Травматические повреждения селезенки. Клиника, диагностика, лечение.

Заболевания поджелудочной железы.

Классификация заболеваний. Методы обследования больных с заболеваниями поджелудочной железы.

Острый панкреатит. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия. Клиника, периоды течения прогрессирующего панкреонекроза. Диагностика: УЗИ, лапароскопия, КТ, ангиография, чрескожные пункции, ферментная диагностика. Консервативное лечение. Роль иммунорегуляторов, антибиотиков, цитостатиков, соматостатина. Лечебная эндоскопия, показания к хирургическому лечению и виды операций. Гнойные осложнения острого панкреатита, диагностика и лечение. Исходы заболевания. Хирургическое лечение в фазе гнойных осложнений. Другие осложнения острого панкреатита – аррозивные кровотечения, панкреатогенные свищи. Принципы диагностики и лечения.

Хронический панкреатит, кисты поджелудочной железы. Этиология и патогенез хронического панкреатита. Классификация. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Специальные методы диагностики. Лечение: консервативное и хирургическое. *Кисты*

поджелудочной железы: истинные и ложные. Этиология и патогенез. Клиника. Диагностика и дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение: операции наружного и внутреннего дренирования кист. Чрескожное дренирование кист.

Рак поджелудочной железы. Заболеваемость, факторы, способствующие развитию. Морфология. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Радикальные операции при раке поджелудочной железы. Паллиативные операции.

Травмы поджелудочной железы. Клиника, диагностика, особенности хирургического лечения.

Грыжи живота..

Классификация грыж по происхождению, локализации, течению. Частота грыж передней брюшной стенки. Этиология и патогенез. Общая симптоматика грыж. Диагностика. Принципы хирургического лечения. Противопоказания к операции. Профилактика осложнений грыж. Осложнения грыж: воспаление, невправимость, копростаз, ущемление. Определение понятия. Клиника, диагностика, лечение.

Грыжи белой линии живота. Анатомические предпосылки для образования грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Методы операции.

Пупочные грыжи. Анатомические предпосылки для образования грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.

Паховые грыжи. Анатомия пахового канала. Прямая и косая паховые грыжи (анатомические и клинические различия). Врожденная и скользящая паховые грыжи. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика паховых грыж. Методы операций. Пластика синтетической сеткой, видеоскопические операции.

Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника, диагностика и дифференциальная диагностика. Методы операций.

Послеоперационные грыжи. Причины развития. Клиника, диагностика. Методы операций. Причины рецидива послеоперационных грыж. Хирургическое лечение.

Ущемленная грыжа. Патологоанатомические изменения в ущемленном органе. Виды ущемления. Клиника ущемленной грыжи. Диагностика и дифференциальная диагностика. Хирургическое лечение ущемленных грыж. Особенности оперативной техники; определение жизнеспособности ущемленной петли кишки. Лечебная тактика при сомнительном диагнозе, при самопроизвольном и насильственном вправлении ущемленной грыжи. Мнимое вправление. Ложное ущемление.

Травма живота.

Закрытая и открытая травма живота. Классификация. Алгоритм диагностики. Оперативные и неоперативные методы лечения. Роль лапароскопии как диагностического и лечебного метода.

Перитониты.

Классификация перитонитов. Острый гнойный перитонит. Источники развития острого гнойного перитонита. Особенности распространения инфекции брюшной полости при различных, острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости. Патологоанатомические изменения при остром гнойном перитоните, патогенез. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Современные принципы комплексного лечения. Показания к дренированию и тампонаде брюшной полости, лапаростомии, проведению программных санаций. Роль антибиотиков и иммуномодуляторов в комплексном лечении перитонита. Интенсивная терапия в послеоперационном периоде. Методы экстракорпоральной детоксикации организма. Исходы лечения.

Забрюшинное пространство.

Повреждение тканей забрюшинного пространства: причины, виды повреждений. Клиника, диагностика, лечение.

Гнойно-воспалительные заболевания. Классификация, этиология. Клиника, диагностика, лечение.

Опухоли. Гормонально неактивные забрюшинные опухоли. Классификация, диагностика, лечение. Гормонально активные опухоли (андростерома, альдостерома, феохромоцитома). Патологическая анатомия. Клиника, диагностика, лечение.

3. Травматология

История развития отечественной травматологии.

Организация травматологической помощи. Основы реабилитации травматологических больных. Современные принципы лечения переломов. Консервативные методы – репозиция отломков, вправление вывихов, редрессация. Скелетное вытяжение, гипсовые повязки.

Оперативные методы лечения: первичная хирургическая обработка, открытое вправление вывихов, остеосинтез – виды, показания.

Причины замедленной консолидации переломов. Длительное несращение переломов, ложные суставы. Диагностика, лечение.

Переломы костей таза. Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Переломы ребер и их лечение. Особенности лечения «окончатых» переломов ребер.

Повреждения надплечья. Надакромиальный вывих ключицы.

Травматический вывих плеча. Диагностика, лечение. Привычный вывих плеча. Показания и техника оперативного и консервативного лечения.

Переломы плечевой кости. Диагностика, лечение.

Переломы предплечья. Перелом луча в типичном месте. Диагностика, лечение.

Повреждение сухожилий сгибателей и разгибателей пальцев кисти. Диагностика, лечение.

Методы наложения сухожильного шва.

Травматический вывих бедра. Диагностика, лечение.

Медиальные и латеральные переломы шейки бедра. Диагностика, методов лечения.

Диафизарные переломы бедра. Особенности диагностики и лечение переломов нижней трети бедра.

Внутрисуставные переломы: мыщелков большеберцовой кисти, переломы надколенника.

Повреждения менисков. Болезнь Гоффа. Повреждение крестообразных связок.

Диагностика и лечение диафизарных переломов костей голени и переломов лодыжек.

Врожденный вывих бедра. Клиника диагностика в раннем возрасте, методы лечения.

4. Военно-полевая хирургия

Н.И. Пирогов – основоположник ВПХ. Структура санитарных потерь хирургического профиля в современной войне.

Организация хирургической помощи при массовых поражениях.

Медицинская сортировка раненных и обожженных; ее значение в организации хирургической помощи на этапах медицинской эвакуации.

Огнестрельные раны. Понятие о ране как болезни. Первичная хирургическая обработка ран. Показания, техника, выполнения. Виды швов и показания к их наложению. Антибиотики их значение в лечении огнестрельных ран. Закрытые повреждения. Понятие об общей контузии, ее последствиях.

Ранение крупных сосудов. Кровотечения, кровопотеря, оказание медицинской помощи. Диагностика ранений магистральных сосудов конечностей. Лечение на этапах медицинской эвакуации. Способы временной и окончательной остановки кровотечения на этапах медицинской помощи. Пульсирующая гематома. Диагностика, лечение. Травматические аневризмы, клиника, диагностика, лечение. Вторичные кровотечения.

Травматический шок. Частота и тяжесть шока при болевых повреждениях различной локализации. Объем противошоковых мероприятий при оказании врачебной помощи. Показания и противопоказания к хирургическому вмешательству при травматическом шоке.

Синдром длительного раздавливания Патогенез клинка, первая помощь и лечение на этапах медицинской эвакуации в разные периоды болезни.

Особенности термических повреждений в современной войне.

Отморожение: виды, периоды, степени. Особенности оказания помощи на этапах медицинской эвакуации.

Раневая инфекция. Виды. Местные и общие осложнения ранений. Комбинированные поражения. Заражение радиоактивными веществами. Анаэробная инфекция как осложнение боевых повреждений, клиника, диагностика, методы профилактики, лечение на этапах эвакуации.

Столбняк, ранняя диагностика, профилактика, этапное лечение.

Литература

1. Альперович Б.И. Хирургия печени. Барнаул, 1981 г.
2. Атлас грудной хирургии (2т.) Под ред. Б.В. Петровского. М., 1981 г.
3. Баженова А.П., Островцев Л.Д., Хаханашвили Г.Н. Рак молочной железы. М., 1985 г.
4. Березов Ю.Е. Рак пищевода. М., 1979 г.
5. Блохин Н.Н. и соавт. Рак поджелудочной железы и внепеченочных желчных протоков. М., 1982 г.
6. Бураковский А.И., Бокерия Л.А. Сердечно-сосудистая хирургия. М., 1989 г.
7. Василенко В.Х., Гребнев А.Л., Шептулин А.А. Язвенная болезнь. М., 1987 г.
8. Веденский А.Н. Посттромботическая болезнь. Л., 1986 г.
9. Вишневский А.А. Краковский Н.Н. Облитерирующие заболевания конечностей. М., 1972 г.
10. Вишневский А.А., Адамян А.А. Хирургия средостения. М., 1977 г.
11. Гальперин Э.И. Рубцовые стриктуры желчных протоков. М., 1982 г.
12. Горбашко А.Н. Острые желудочно-кишечные кровотечения. М., 1982 г.
13. Гостищев В.К. Оперативное лечение деструктивных форм лактационного мастита. М., 1986 г.
14. Гостищев В.К. Сажин В.П., Авдовенко А.Л. Перитонит. М., 1992 г.
15. Григорян А.В. и др. Гнойные заболевания кисти. М., 1978 г.
16. Гринев М.В. Остеомиелит. Л., 1977 г.
17. Затевахин И.И., Комраков В.Е. Инфекция в сосудистой хирургии. М.: 1998 г., 210 с.
18. Канус И.И., Грицкевич А.В. Интенсивная терапия перитонита. Минск, 1991 г.
19. Клименков А.А., Патютко Ю.И., Губина Г.И. Опухоли желудка. М.: Медицина, 1988 г.
20. Колесников И.С. Хирургия легких и плевры (руководство для врачей). Л., 1988 г.
21. Колесников В.И. Клиника и лечение острого аппендицита. Л., 1972 г.
22. Колесов А.П., Столбовой А.В., Кочеровец В.И. Анаэробные инфекции в хирургии. Л.: Медицина, 1989 г., 160 с.
23. Королев Б.А., Пиковский Д.Л. Экстренная хирургия желчных путей. М., 1990 г.
24. Кузин М.И., Данилов М.В. Благовидов Д.Ф. Хронический панкреатит. М., 1985 г.
25. Лукомский Г.И. и др. Бронхопульмонология. М., 1982 г.
26. Луцевич Э.В., Мешков В.М., Розумный А.П., Семенов М.В. Гнойно-септические заболевания и осложнения в клинической практике. М.: 1994 г., 186 с.

27. Макаренко Т.П., Харимонов Л.Г., Богданов А.В. Ведение больных общехирургического профиля в послеоперационном периоде. М., 1989 г.
28. Маслов В.И. Лечение эмпиемы плевры. Л., 1976 г.
29. Маслов В.И. Малая хирургия. М., 1988 г.
30. Мондор Г. Неотложная диагностика острого живота. 1994 г., т. 1,2.
31. Нестеренко Ю.А. и др. Гнойно-некротические осложнения острого панкреатита. М., 1998 г.
32. Нестеренко Ю.А. и др. Хронический панкреатит. М., 1997 г.
33. Нечаев Э.А., Курьгин А.А., Ханевич М.Д. Дренирование тонкой кишки при перитоните и кишечной непроходимости. СПб.: 1993 г., 238 с.
34. Панцырев Ю.М. Патологические синдромы после резекции желудка и гастрэктомии. М., 1973 г.
35. Панцырев Ю.М., Галлингер Ю.И. Оперативная эндоскопия желудочно-кишечного тракта. М., 1984 г.
36. Панченков Р.Т., Ярема И.В., Выренков Ю.Е., Щербакова Э.Г. Эндолимфатическая антибиотикотерапия. М.: Медицина, 1984 г., 240 с.
37. Пациора М.Д. Хирургия портальной гипертензии. М., 1984 г.
38. Петров В.П., Ерюхин И.А. Кишечная непроходимость. М., 1989 г.
39. Петровский А.В. (ред.) Экстренная хирургия сердца и сосудов. М., 1980 г.
40. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Деечкин П.Г. Хирургия эхиноккоза. Москва-София, 1985 г.
41. Петровский Б.В. Перельман М.И. и др. Трахео- бронхиальная хирургия. М., 1973 г.
42. Покровский А.В. Заболевание аорты и ее ветвей. М., 1979 г.
43. Покровский А.В. и др. Лимфедема конечностей. М., 1988 г.
44. Путов Н.В. Острая тромбоэмболия легочной артерии. Л., 1989 г.
45. Раны и раневая инфекция (под ред. М.И. Кузина). М., 1990 г.
46. Ротков И.Л. Диагностические и тактические ошибки при остром аппендиците. М., 1980 г.
47. Руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости (под ред. А.И. Гринберга). М., 1999 г.
48. Савельев В.С., Буянов В.М., Огнев Ю.В. Острый панкреатит. М., 1983 г.
49. Савельев В.С., Спиридонов И.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. М., 1979 г.
50. Савчук Б.В. Гнойный перитонит. М., 1979 г.
51. Тоскин К.Д. и др. Грыжи живота. М., 1983 г.
52. Федоров В.Д. и др. Рак прямой кишки. М., 1987 г.
53. Федоров В.Д., Дульцев Ю.В. Проктология. М., 1984 г.
54. Хартиг В. Современная инфузионная терапия и парентеральное питание. М., 1982 г.
55. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М. Хирургия язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. М.: Медицина, 1996 г.

56. Шалимов А.А., Сухарев И.И. Хирургия вен. Киев, 1984 г.
57. Шуркалин Б.К. Гнойный перитонит. М.: Два Мира Прин, 2000 г., 222 с.
58. Эндоскопическая хирургия (под. ред. В.С. Савельева). М.: ГЕОТАР, 1998 г.
59. Ярема И.В., Уртаев Б.М. Трансфузия лимфы и ее компонентов. М., 1994 г.