

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Куижева Саида Казбековна  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 19.12.2025 16:44:13  
Уникальный программный ключ:  
71183e1134ef9cfa69b206d4802711877566

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майковский государственный технологический университет»**

**Медицинский институт**

**Факультет** \_\_\_\_\_ **Послевузовского профессионального образования**

**Кафедра** \_\_\_\_\_ **Госпитальной хирургии и последипломного образования**



**УТВЕРЖДАЮ**  
Проректор по научной работе  
Т.А. Овсянникова  
\_\_\_\_\_ 20 12 г.

**ФОНДЫ**  
**ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**  
**ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 ХИРУРГИЯ**  
**(ОРДИНАТУРА)**

## **Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения основной профессиональной образовательной программы**

В процессе подготовки к государственной итоговой аттестации, ординаторы должны овладеть следующими компетенциями:

*Универсальные компетенции (УК) характеризуются:*

**УК-1** - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

**УК-2** - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

**УК-3** - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

*Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:*

### **в профилактической деятельности:**

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

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

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

**ПК-4** - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

### **в диагностической деятельности:**

**ПК-5** - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

### **в лечебной деятельности:**

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

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

### **в реабилитационной деятельности:**

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

### **в психолого-педагогической деятельности:**

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

### **в организационно-управленческой деятельности:**

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

**ПК-11** - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

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

## **Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения государственной итоговой аттестации**

В процессе подготовки к государственной итоговой аттестации, ординаторы должны овладеть следующими компетенциями:

*Универсальные компетенции (УК) характеризуются:*

**УК-1** - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

**УК-2** - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

**УК-3** - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

*Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:*

### **в профилактической деятельности:**

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

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

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

**ПК-4** - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

### **в диагностической деятельности:**

**ПК-5** - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

### **в лечебной деятельности:**

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

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

### **в реабилитационной деятельности:**

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

### **в психолого-педагогической деятельности:**

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

### **в организационно-управленческой деятельности:**

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

**ПК-11** - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

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

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
**Факультет послевузовского профессионального образования**  
**Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования**

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №1**

Больной Г., 72 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 2 дня назад.

Из анамнеза выяснилось, что больной около 20 лет страдает паховой грыжей (слева), был оперирован по этому поводу 8 лет назад, однако через год после операции наступил рецидив ее. Болеет геморроем. Периодически лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, гипертонической болезни. 10 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре – состояние тяжелое. Вял, адинамичен, дыхание учащено до 26-28 в мин. Температура тела – 37,3°C. Пульс 108 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, при пальпации – мягкий, болезненный в мезо- и гипогастрии. Здесь же нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины.

В паховой области слева имеется послеоперационный рубец. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование размерами 12×8×7 см, несмещаемое и резко болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена. При пальцевом ректальном исследовании определяются внутренние геморроидальные узлы и увеличенная предстательная железа.

- *Анализ крови:* Эр. – 4,2 Т/л, Нв – 148 г/л, лейкоциты – 15,8 Г/л, п. – 19, с. – 64, л. – 12, м. – 5. СОЭ – 55 мм/ч.

- *Анализ мочи:* уд. вес – 1019, белок – 0,16 г/л, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., бактерии ++. Диазореакция – 400 Е/л.

- *Глюкоза крови:* 6,2 ммоль/л

- *Билирубин:* 20 мкмоль/л

- *ЭКГ:* Синусовая тахикардия 110 в мин. Мелкоочаговые изменения в перегородочной области. Выраженные диффузные изменения и гипоксия миокарда.

- *Обзорная рентгенография живота и грудной клетки:* выраженный пневматоз ободочной кишки, на фоне которого видны единичные чаши Клойбера. Отмечается оттеснение диафрагмы кверху. Со стороны легких и сердца – возрастные изменения.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какую лечебную тактику Вы выбираете?
3. Необходимы ли какие-либо дополнительные лабораторно-инструментальные исследования больному в срочном порядке? Консультации?
4. При выборе хирургического метода лечения имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Объем и продолжительность ее?
5. Назовите известные Вам способы операции при этой патологии. Какой из них Вы считаете наиболее адекватным в данном наблюдении?
6. Во время операции при вскрытии грыжевого мешка выявлено ущемление сигмовидной кишки. Кишка черного цвета. Каковы Ваши дальнейшие действия? Объем операции?
7. Охарактеризуйте основные принципы лечения больного после операции.
8. Назовите возможные в послеоперационном периоде осложнения у больного.
9. К концу 2<sup>й</sup> недели после операции состояние больного внезапно ухудшилось: появилась одышка, интенсивные боли в груди слева, кашель, кровохарканье. О каком послеоперационном осложнении следует думать, прежде всего? Какова диагностическая и лечебная тактика в этой ситуации?

Председатель ГЭК

Р.Б. Меретуков

Зав. кафедрой

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №2**

В приемное отделение больницы доставлен скорой помощью больной С., 54 лет, с жалобами на общую слабость, рвоту, чувство тяжести в подложечной области, похудание.

Из анамнеза выяснено, что больной в течение 15 лет страдает язвенной болезнью. Лечился эпизодически, злоупотреблял спиртными напитками. 2 года назад оперирован по поводу прободной язвы 12-перстной кишки (произведено ушивание язвы). В течение последнего полугодия состояние больного ухудшилось: стал отмечать ощущение распирания под ложечкой после еды, отрыжку «тухлым яйцом», тошноту, рвоту. С течением времени рвота стала ежедневной, обильной, с неприятным запахом. Для облегчения состояния больной часто сам искусственно вызывает рвоту. За последние 2 месяца резко похудел, ослаб. Скорая помощь была вызвана соседями (больной живет один) в связи с возникшими у больного судорогами.

Ранее болел туберкулезом легких, перенес вирусный гепатит (более 10 лет назад).

При осмотре: состояние тяжелое, пониженного питания (дефицит веса – 25 кг). Кожные покровы сухие, сероватого оттенка. Сознание сохранено, но заторможено. Пульс – 96 в мин., ритмичный. АД – 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. В легких – ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий и безболезненный. Пальпаторно в желудке определяется «шум плеска». По средней линии живота имеется послеоперационный рубец. В нижней его трети (над пупком) определяется дефект в апоневрозе диаметром около 4-5 см.

Печень и селезенка не увеличены. Стул 2 дня назад, оформленный. Диурез снижен до 0,5 л в сутки.

- *Анализ крови:* Эр. –  $5,1 \times 10^{12}/л$ , Нв – 156 г/л, лейкоциты – 12,0 Г/л, п. – 14, с. – 65, л. – 15, м. – 5. СОЭ – 52 мм/ч.

- *Анализ мочи:* уд. вес – 1025, белок – 0,15 г/л, лейкоциты – 5-7 в п/зр., цилиндры гиалиновые 1-2 в п/зр.

- *Общий белок:* 52 г/л, альбумины – 42%, глобулины – 58%.

- *Общий билирубин:* 15,6 мкмоль/л, прямой – 3,6, непрямой – 12,0. *Сахар крови:* 5,7 ммоль/л.

- *ЭКГ:* Признаки замедления проводимости и сердечной недостаточности (увеличение интервалов PQ, ST, высокий зубец P, уменьшение амплитуды и уплощение зубца T).

- *ФГДС:* желудок больших размеров, перистальтика его практически отсутствует, слизистая атрофична. Пилородуоденальный канал резко сужен, рубцово деформирован. Провести эндоскоп в 12-перстную кишку не удалось.

Больной госпитализирован в хирургическое отделение.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №2**

1. Ваш диагноз при госпитализации больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие лабораторные и специальные исследования необходимо, по Вашему мнению, выполнить для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Охарактеризуйте метаболические (обменные) нарушения, развивающиеся при этой патологии.
5. Чем обусловлен судорожный синдром, развившийся у больного на догоспитальном этапе? И какие срочные меры в этой связи должны быть предприняты?
6. Охарактеризуйте клинико-рентгенологическую картину различных стадий заболевания.
7. Какую тактику лечения Вы выбираете в данном наблюдении? Обоснуйте ее.
8. Если Вы решили больного оперировать, то каковы характер и объем предоперационной подготовки?
9. Какой вид оперативного вмешательства следует, на Ваш взгляд, применить в данном случае? Дайте обоснование.
10. Какова лечебная тактика по отношению к имеющейся у больного послеоперационной грыже?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №3**

Больная Ж., 48 лет, поступила с жалобами на слабость, головокружение, тошноту, однократную рвоту кровью. Указанные явления появились внезапно за 6 часов до поступления в стационар.

Из анамнеза выяснено, что 10 лет назад после родов больная перенесла вирусный гепатит. В последующие годы беспокоила постепенно нарастающая слабость, отмечалась анемия, причина которой при обследовании в поликлинике осталась невыясненной.

Ранее лечилась у терапевта по поводу хронического бронхита, стенокардии, вегето-сосудистой дистонии. Находится на учете у гинеколога по поводу миомы матки (имеется заключение УЗИ).

При поступлении в стационар состояние больной средней тяжести. Питания удовлетворительного. Температура тела – 37,1°C. Кожные покровы бледные, склеры субиктеричные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 90 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД=100/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. В легких – дыхание жесткое, единичные сухие хрипы справа. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот несколько увеличен, симметричный. На передней брюшной стенке видны расширенные венозные коллатерали. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перкуторно – отмечается притупление в отлогих местах живота. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, плотная. Селезенка увеличена. Почки не пальпируются, дисурических расстройств нет. Стула не было 2 дня.

При ректальном пальцевом исследовании – патологических образований не выявлено, на перчатке следы кала черного цвета.

- **Анализ крови:** Эр. – 3,0 Т/л; Нв – 100 г/л; лейкоциты –  $6,7 \times 10^9$ /л; тромбоциты –  $110 \times 10^9$ /л; э. – 1, п/я – 7, с/я – 69, лимф. – 17, мон. – 2, СОЭ – 35 мм/ч. Билирубин – 30,0 мкмоль/л. Глюкоза крови – 6,4 ммоль/л.

- **Анализ мочи:** реакция кислая, уд. вес – 1022, белок – 0,08 г/л, лейкоциты 2-3 в п/зр., эритроциты – 3-4 в п/зр.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №3**

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие инструментальные и рентгенологические исследования позволят уточнить Ваш диагноз? С какого вида исследования следует начинать в данной ситуации?
3. Какое исследование позволяет получить достоверную информацию о причине и характере блока портального кровообращения и как его выполнить?
4. Какую тактику лечения больной Вы выберете, если диагноз подтвержден, в момент госпитализации активного кровотечения нет?
5. Какие лабораторные показатели Вы должны исследовать в динамике у больной?
6. Каковы основные лечебные мероприятия, проводимые при консервативном лечении кровотечений из варикозных вен пищевода?
7. Каковы причины развития надпеченочной блокады портального кровообращения?
8. Какие основные пусковые моменты способствуют возникновению кровотечений из расширенных вен пищевода и желудка?
9. У больной на фоне проводимой консервативной терапии, на 6<sup>й</sup> день с момента госпитализации, внезапно возникли признаки массивного пищеводно-желудочного кровотечения (рвота кровью, мелена, снижение гематологических показателей). Принято решение о срочном оперативном вмешательстве. Какую операцию наиболее целесообразно выполнить в этой ситуации?
10. Когда возникают показания к спленэктомии при портальной гипертензии?
11. Какие операции, из применяемых для лечения синдрома портальной гипертензии, являются радикальными в смысле профилактики пищеводно-желудочных кровотечений?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №4**

В хирургическое отделение поступила больная А., 75 лет, с жалобами на боли в области левой стопы, почернение первого пальца стопы, повышение температуры тела, слабость, кашель с отхождением вязкой мокроты.

Страдает сахарным диабетом около 20 лет. Принимает 3 таблетки манинила в сутки. В течение последних двух лет больная отмечает зябкость нижних конечностей, чувство онемения в стопах, больше слева. Неделю назад, после повреждения ножницами, появились боли, гиперемия, отечность в области I пальца левой стопы. Лечилась в поликлинике при помощи повязок с мазью Вишневского. Два дня назад ногтевая фаланга первого пальца почернела, в связи с чем направлена на стационарное лечение.

В анамнезе – ИБС, гипертоническая болезнь (принимает эналаприл). Два года назад находилась на лечении в неврологическом стационаре по поводу острого нарушения мозгового кровообращения. В настоящее время имеется правосторонний гемипарез. В возрасте 30 лет перенесла операцию по поводу внематочной беременности. В прошлом году оперирована по поводу острого парапроктита.

При поступлении в стационар состояние средней тяжести. Температура тела 38,2°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких дыхание с жестким оттенком, ослаблено в нижних отделах, слева выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс 98 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 180/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, акцент второго тона на аорте. Язык влажный, обложен. Живот округлой формы (ниже пупка имеется послеоперационный рубец по средней линии длиной 12 см), при пальпации мягкий, безболезненный. Стул оформленный, 1 раз в сутки. При ректальном исследовании – в области ануса, на трех часах, имеется радиальный послеоперационный рубец длиной 4 см. В 3 см от заднего прохода – свищевое отверстие диаметром 0,3 см с гнойным отделяемым.

При осмотре нижних конечностей: мышечная сила правой верхней и нижней конечностей снижена, активные движения ограничены. Пульсация бедренной и подколенной артерий сохранена. Пульсация артерий тыла стопы: справа – ослаблена, слева – не определяется. Обращает внимание «мраморность» кожи нижней трети обеих голени и стоп. Ногтевая и часть основной фаланги первого пальца левой стопы черного цвета. Вся фаланга отечная, гиперемирована и болезненна при пальпации. Отек и гиперемия на стопу не распространяются.

Данные дополнительных исследований:

- **Общий Анализ крови:** Эр.- $3,8 \times 10^{12}$ /л, Нв-135 г/л, лейкоциты- $10,2 \times 10^9$ /л, п/я-10, с/я-66, лимф.-19, мон.-5. Глюкоза крови – 17,6 ммоль/л.

- **Общий Анализ мочи:** реакция-кислая, уд. вес-1017, белок-0,033 г/л, сахар-40 ммоль/л, ацетон не определяется.

- **R-графия легких:** В области 4-5 сегментов левого легкого определяется тень пневмонической инфильтрации, сердце расширено влево, аорта – возрастные изменения.

- **ЭКГ:** Синусовый ритм, гипертрофия левого желудочка. Гипоксия миокарда.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №4**

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные методы исследования Вы могли бы применить для уточнения характера и степени ишемии нижних конечностей?
3. К какой стадии следует отнести ишемию нижних конечностей у данной больной?
4. Какие клинические проявления отличают диабетическую ангиопатию от других форм окклюзионных поражений артерий?
5. Какова тактика лечения больной с учетом имеющейся осложнения?
6. Какими доступами можно выполнить ангиографию (аортоартериографию) при облитерирующих заболеваниях нижних конечностей?
7. Какие признаки отличают ангиографическую картину облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей?
8. В каких стадиях ишемии применяется хирургическое лечение при облитерирующих заболеваниях артерий? Какие 3 основных вида операций при этом применяются?
9. При какой стадии ишемии нижних конечностей боль в икроножных мышцах появляется при ходьбе через 15-20 м?
10. Какова причина развившегося у больной сопутствующего заболевания – хронического парапроктита (свища прямой кишки)?
11. Какова диагностическая программа для уточнения характера этого заболевания (свища прямой кишки) и какие методы хирургического лечения при этом возможны?

Председатель ГЭК

Р.Б. Меретуков

Зав. кафедрой

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №5**

Больная М., 53 лет, поступила в хирургический стационар с жалобами на постоянные интенсивные боли в эпигастральной области, тошноту, рвоту. Считает себя больной в течение суток до поступления. Начало заболевания связывает с погрешностью в диете (обильная жирная пища). Боль в эпигастральной области нарастала прогрессивно, присоединилась неукротимая рвота, в последних порциях с примесью крови. Подобные боли, но значительно меньшей интенсивности и преходящие, случались и ранее после погрешностей в диете.

Из анамнеза выяснено, что больная лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС и гипертонической болезни, находится на учете в женской консультации по поводу миомы матки.

Состояние больной при поступлении средней степени тяжести. Правильного телосложения, повышенного питания. Температура тела 36,6°C. Кожный покров бледный, сухой. Периферические лимфоузлы не увеличены. Шейные кожные складки сглажены ("толстая шея"), пальпаторно в правой доле щитовидной железы определяются два узловых образования до 1 см в диаметре на фоне диффузного увеличения железы. Грудная клетка симметрична, дыхательная экскурсия её ограничена, смешанная одышка 26 в мин. Аускультативно в лёгких дыхание везикулярное. ЧСС-110 в мин., АД 100/60 мм рт. ст.

Язык обложен жёлтым налётом, сухой. Живот симметричный, несколько вздут, в акте дыхания участвует ограниченно, пальпаторно умеренно напряжён в эпигастральной области, болезнен. Сомнительные симптомы раздражения брюшины в боковых флангах. Положительны симптомы Керге, Мейо-Робсона, Кулена. Аускультативно перистальтика кишечника угнетена. При влагалитском исследовании бимануально матка увеличена до 8 недель беременности, плотная. Стула не было 2 дня, дизурических расстройств нет.

Данные клинического обследования:

- **Общий Анализ крови:** эр.-3,8 Т/л, Нв-136 г/л, лейкоциты-16,6 Г/л, п.-17, с.-62, лимф.-16, мон. - 4. СОЭ-46 мм/ч. Токсическая зернистость нейтрофилов (++)
- **Общий Анализ мочи:** уд.в.-1014, белка нет, сахара нет, ацетона нет, эп. 2-3-3 в п/зр., лейкоциты 4-6-8 в п/зр., эр. 2-4 в п/зр. Амилаза мочи-1024 ЕД по Вольгемуту.
- Глюкоза крови - 4,9 ммоль/л. - Билирубин плазмы - 22 мкмоль/л.
- **ЭКГ:** синусовая тахикардия 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. ЭКГ признаки гипоксии миокарда.
- **R-графия лёгких:** Лёгочные поля прозрачны без видимых очаговых и инфильтративных теней. Высокое стояние левого купола диафрагмы. Тень средостения не изменена.
- **УЗИ брюшной полости:** Желчный пузырь в размерах не увеличен, стенка 2-3 мм, в просвете множественные эхопозитивные образования до 1 см в диаметре. Поджелудочная железа чётко не дифференцируется, на уровне хвоста диффузные изменения. Следы жидкости в полости сальниковой сумки. В подпечёночном пространстве, боковых флангах визуализируется скопление жидкости до 300 мл.
- **ФГДС:** В н/з пищевода слизистая покрыта серым налётом, в области розетки кардии слева фиксированный тромб вишнёвого цвета 2-1 см. В желудке следы дуоденального содержимого с гемосидерином. Складки слизистой на задней стенке вдоль всей малой кривизны инфильтрированы, контактно легко кровоточат. Дуодено-гастральный рефлюкс. Луковица ДПК эрозирована, без деформаций. БДС визуализируется, продольная складка не напряжена. В просвет ДПК поступает желчь без примесей.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №5**

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какова тактика лечения больной?
3. Какова Ваша интерпретация эндоскопической картины в пищеводе и желудке, выявленной при ФГДС?
4. Выделите основные патологические синдромы в течении заболевания.
5. Какова программа лечения больного (посиндромная), составленная Вами?
6. Какие могут быть показания к срочной операции на ранних этапах этого заболевания?
7. Каков, по Вашему мнению, суточный алгоритм обследования?
8. Какие осложнения возможны в течении болезни?
9. Какие малоинвазивные оперативные пособия могут быть применены при этой патологии?
10. В каком случае показано открытое оперативное вмешательство при этом заболевании?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №6**

Больной К., 32 лет, поступил в хирургический стационар (через 6 дней с момента травмы) с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель с освобождением гноевидной мокроты, высокую температуру тела, головокружение. Шесть суток назад был избит, били железным прутом. Последующее время особого внимания на состояние здоровья не обращал, поскольку пребывал в состоянии алкогольного опьянения. За медицинской помощью обратился в связи с резким ухудшением самочувствия.

Из анамнеза выяснено, что 3 года назад состоял на учёте по поводу туберкулёза лёгких. В настоящее время постоянного места жительства не имеет, не работает.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожный покров бледный, влажный. Кожные покровы правой половины груди осаднены по задне-боковой поверхности. Пальпаторно определяются болезненность, крепитация подкожной клетчатки локально в области осаднения. При дыхательных экскурсиях ощущается крепитация при пальпации 6, 7, 8 рёбер по лопаточной и задне-аксиллярной линиям. Справа - дыхание резко ослаблено, перкуторно коробочный звук. Слева дыхание проводится во все отделы, влажные бронхиальные хрипы. ЧСС-110 в мин., АД-100 и 60 мм рт.ст. Других видимых повреждений не обнаружено.

При осмотре больной неадекватен, возбуждён, отмечается тремор пальцев рук. Проба на алкоголь в выдыхаемом воздухе положительная. В гемограмме гемоглобин - 96 г/л, лейкоциты-16 Г/л, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов (++), СОЭ-42 мм/ч.

При поисковой пункции плевральной полости - справа получен воздух и гноевидный экссудат. В ближайший час в ходе обследования у больного развилось резко выраженное психомоторное возбуждение, фиксирован к кровати.

Данные дополнительного обследования:

- **ЭКГ**: синусовая тахикардия 120 в мин, единичные экстрасистолы. Горизонтальное положение ЭОС. ЭКГ признаки гипоксии миокарда.

- **УЗИ** брюшной полости: свободной жидкости в брюшной полости и признаков повреждения паренхиматозных органов не обнаружено.

- **R-графия лёгких**. На R-граммах лёгких в двух проекциях (прямой, правый боковой) определяется: слева - в проекции С<sub>1</sub> и С<sub>2</sub> три очаговые тени с чёткими границами до 2,5 см в диаметре. Справа - лёгкое коллабировано до 1/2 объёма, имеются два горизонтальных уровня жидкости, на уровне 6 ребра по задним отрезкам рёбер и на уровне 4 ребра по передним. В мягких тканях грудной стенки справа воздух. По лопаточной линии определяется перелом 6 ребра, по задне-подмышечной и средне-подмышечной линиям соответственно 7 и 8 рёбер. Тень средостения смещена влево.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №6**

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие патологические синдромы можно выделить в течении патологии?
3. Какова тактика лечения больного (конкретно о Ваших действиях)?
4. Составьте программу лечения (посиндромно).
5. Какие клинические признаки прямо свидетельствуют о повреждении легочной ткани при закрытой травме грудной клетки?
6. Какой вид пневмоторакса имеется в данном случае?
7. Какой вид дренирования плевральной полости показан при данной патологии?
8. Какой метод первичной санации плевральной полости перед ее дренированием наиболее целесообразен?
9. Характер превалирующей микрофлоры в плевральной полости (предположительно)?
10. Какие септические осложнения развившейся патологии возможны в данном наблюдении?

Председатель ГЭК

Р.Б. Меретуков

Зав. кафедрой

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №7**

Больной А., 31 года, доставлен скорой медицинской помощью в хирургическое отделение больницы с жалобами на сильную общую слабость, головокружение, шум в ушах. Вышеуказанные симптомы появились внезапно, на фоне хорошего самочувствия 10 часов назад. Перед вызовом скорой помощи был 2 раза черный стул. Ранее подобных явлений не было.

Болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с 22-летнего возраста. Периодически лечился амбулаторно, трижды проходил стационарное лечение.

В анамнезе – мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит в течение 3-х лет. С 1992 г. больной состоит на учете в тубдиспансере по поводу туберкулеза легких.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, несколько пониженного питания (при росте 180 см масса тела 69 кг). Кожные покровы и видимые слизистые бледные, кожа чистая, на ощупь влажная. Костно-мышечная система без видимой патологии. Лимфоузлы не прощупываются. Температура тела 37,1°C. пульс 112 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены, мелодия их правильная. В легких дыхание везикулярное, с обеих сторон в проекции верхних долей выслушиваются единичные сухие и влажные хрипы. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, не вздут, перистальтика кишечника активная. При пальпации отмечается легкая болезненность в эпигастриальной области. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания справа слабо положительный. Почки не пальпируются. Дизурических расстройств нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет, на перчатке следы кала черного цвета.

Результаты лабораторных и специальных методов исследования:

- **Анализ крови:** Эр.-2,5Т/л, Нв-78 г/л, гематокрит-0,26, лейкоциты-11,2 Г/л, э.-2, п/я - 10, с/я-74, лимф.-13, мон.-1, СОЭ-26 мм/ч.

- **Анализ мочи:** уд. вес-1017, пл. эпителий -7-10 в п/зр., лейкоцитов 12-20 в п/зр., эритроцитов 1-2 в п/зр.

- **ФГДС:** Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается не полностью, в желудке небольшое количество жидкости цвета “кофейной гущи”, явления умеренно выраженного атрофического гастрита. Пилорус округлой формы, смыкается полностью, проходим для эндоскопа. Сразу за привратником, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки имеется язва размером в диаметре около 1 см. Язвенный дефект покрыт темным тромбом, подтекания крови из-под тромба нет.

- **УЗИ органов брюшной полости:** патологии не выявлено, в лоханке правой почки выявлен коралловый камень, занимающий одну из чашечек почки. УЗ - признаки хронического пиелонефрита.

- **Рентгенография** грудной клетки: двухсторонний очаговый туберкулез легких в фазе уплотнения.

К оперативному лечению больной относится негативно.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №7**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какую тактику лечения больного Вы выберете?
3. О какой степени кровопотери у больного можно говорить, исходя из приведенных клинико-лабораторных данных?
4. Какие способы гемостаза (эндоскопического) можно применить у больного?
5. Каковы принципы интенсивной терапии в данной ситуации?
6. Какие критерии определяют вероятность рецидива язвенного кровотечения?
7. На 6 сутки с момента госпитализации состояние больного внезапно ухудшилось: появилась резкая слабость, рвота с кровью, обильный дегтеобразный стул. Какова дальнейшая тактика лечения больного?
8. Какое оперативное вмешательство наиболее целесообразно выполнить больному?
9. Как Вы будете вести послеоперационный период?
10. Какие желудочные и внежелудочные заболевания могут осложниться гастродуоденальным кровотечением?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №8**

Больной М., 50 лет, госпитализирован в клинику с жалобами на боли в правом подреберье после еды, изжогу, рвоту желчью. В анамнезе резекция желудка по Бильрот-2 по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (2 года назад). Через полгода после операции появились указанные выше жалобы. Последние 2 месяца состояние ухудшилось: усилились боли в правом подреберье, 2-3 раза в неделю отмечает рвоту желчью объемом около 400 мл, потерял в весе около 15 кг.

Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония; болел туберкулезом легких (снят с учета 3 года назад), страдает в течение многих лет запорами. Около года назад выявлена пупочная грыжа.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы нормальной окраски, склеры субиктеричны. Питание понижено (при росте 176 см вес больного 60 кг). Температура тела – 36,6°C. Пульс 84 в минуту, удовлетворительного наполнения. АД – 140/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких – дыхание ослабленное, везикулярное. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричный. По средней линии – послеоперационный рубец: при его пальпации выше пупка определяется дефект в апоневрозе размерами 3,0×2,0 см, положительный симптом кашлевого толчка. Живот при пальпации мягкий во всех отделах, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мэрфи, Воскресенского отрицательные. Печень у края реберной дуги, плотная. Селезенка не пальпируется. Дизурических расстройств нет. Стул 2 дня назад, оформленный, нормальной окраски.

- **Анализ крови:** Эр. – 3,2 Т/л. Нв – 102 г/л, лейкоциты –  $7,8 \times 10^9$ /л, э. – 1, п. – 8, с. – 64, л. – 20, м. – 7, СОЭ – 26 мм/ч. Билирубин крови – 27,0 мкмоль/л; глюкоза крови – 6,2 ммоль/л.

- **Анализ мочи:** цвет – желтый, реакция – кислая, уд. вес – 1017, белок – 0,06 г/л, лейкоциты – 3-4 в п/зр.

- **Общий белок** – 58,0 г/л.

- **Электролиты плазмы:** калий – 3,2 ммоль/л; натрий – 120 ммоль/л; хлор – 96 ммоль/л.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №8**

1. Ваш диагноз при госпитализации больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Назовите возможные этиологические факторы представленной болезни.
3. Какие дополнительные исследования Вы назначите для подтверждения диагноза? Какую информацию Вы ожидаете получить?
4. Приведите наиболее используемую в клинической практике классификацию заболеваний оперированного желудка.
5. Какое осложнение может возникнуть после выполнения неадекватного (экономного) объема резекции желудка у больного с язвенной болезнью 12-перстной кишки?
6. Назовите нарушения, возможные после ваготомии, произведенной по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (постваготомические синдромы).
7. Какую тактику лечения больного Вы выбираете в данном наблюдении?
8. В чем сущность оперативных методов лечения при данном патологическом синдроме и какие операции могут быть применены в данной ситуации?
9. Какова лечебная тактика в отношении имеющейся у больного послеоперационной околопупочной грыжи?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №9**

В хирургическое отделение доставлен больной Р., 34 лет, с места автодорожного происшествия. С момента получения травмы прошло около 2 часов.

При поступлении состояние тяжелое, в сознании, адекватен. Жалуется на боли в груди слева и животе, затрудненное дыхание, общую слабость. Кожные покровы бледные, холодные на ощупь. На коже живота, грудной стенке слева, в поясничной области имеются ссадины, кровоподтеки. Пульс – 120 ударов в минуту, слабого наполнения. АД–80/50 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Дыхание затруднено из-за болей в груди слева. При пальпации грудной стенки слева определяется резкая локальная болезненность на уровне 8-9 ребер по средней подмышечной линии. При аускультации – дыхание ослабленное.

Язык подсушен, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричен. Слева в поясничной области имеется кровоподтек, небольшая отечность тканей. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах, нерезко выражен симптом Щеткина-Блюмберга. Печень и селезенка не пальпируются. Аускультативно – перистальтические шумы кишечника не прослушиваются. Симптом Пастернацкого положительный слева. Дизурических расстройств нет, моча красного цвета. При пальцевом ректальном исследовании патологии не выявлено, на перчатке следы кала обычного цвета.

- **Общий Анализ крови:** Эр.–2,6 Т/л, Нв–66,0 г/л, лейкоцитов– $7,8 \times 10^9$ /л, э.–1, п/я–12; с/я–62; лимф.–19, мон.–2, СОЭ–17 мм/ч.

- **Анализ мочи:** эритроциты – сплошь в поле зрения.

- Билирубин крови: 18 мкмоль/л.

- Глюкоза крови: 10,8 ммоль/л.

- **На обзорной рентгенограмме** живота и грудной клетки свободного газа в брюшной полости не обнаружено. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. имеется перелом 8-9 ребер слева.

- **Осмотрен урологом.** Заключение: ушиб левой почки. не исключается ее повреждение. Рекомендовано дообследование, наблюдение.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №9**

1. Каков Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие клинические признаки (симптомы) Вы будете исследовать у больного, предполагая повреждение полого или паренхиматозного органа брюшной полости?
3. Какие объективные дополнительные методы исследования следует использовать для уточнения характера повреждения брюшной полости и грудной клетки?
4. Различают 4 группы повреждений. К какой из них Вы отнесете данное наблюдение?
5. Какие исследования должны быть проведены больному в связи с подозрением на повреждение почки?
6. Каковы показания и техника проведения лапароцентеза при травме живота?
7. Тактика лечения, необходимая в данном наблюдении?
8. Во время операции – в брюшной полости обнаружено большое количество крови со сгустками, имеется разрыв селезенки в области нижнего полюса. Каковы Ваши дальнейшие действия?
9. Показания и противопоказания к реинфузии крови и техника ее выполнения?
10. Что собой представляют двухфазные разрывы печени и селезенки?
11. Какова лечебная тактика по отношению к имеющемуся перелому ребер?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №10**

Больная В., 61 года, направлена из поликлиники в хирургический стационар с жалобами на боли в эпигастрии и за грудиной, с иррадиацией в левую половину грудной клетки, слабость, повышенное слюноотделение, отсутствие аппетита, срыгивания пищей и кровью. Около 15 лет назад перенесла химический ожог пищевода. Лечилась консервативно. Месяц назад появилось усиленное слюнотечение. В дальнейшем присоединились боли за грудиной, усиливающиеся после приема пищи, срыгивания. За последние 3 суток несколько раз были срыгивания с примесью крови.

В анамнезе – операции по поводу внематочной беременности и острого аппендицита (25 и 8 лет назад). Течение послеоперационного периода после аппендэктомии осложнилось тромбозом глубоких вен правой нижней конечности. Лечилась в поликлинике у терапевта по поводу ИБС, гипертонической болезни, стенокардии.

При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожные покровы и слизистые бледные. Тургор кожи снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела – 37,1°C. Тоны сердца приглушены, ритмичны, пульс – 78 в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. В легких рассеянные сухие хрипы. ЧДД – 18 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, безболезненный во всех отделах. Нарушений стула и мочеиспускания нет. При пальцевом ректальном исследовании – патологии не выявлено, на перчатке кал обычного цвета. Правая голень умеренно отечна, в нижней трети ее кожа уплотнена, коричневого цвета, над медиальной лодыжкой имеется небольших размеров язва. В уплотненной клетчатке голени определяются расширенные подкожные вены.

Данные клинического обследования:

- **Общий Анализ крови:** Эр.– $3,1 \times 10^{12}/л$ , Нв–109 г/л, ЦП–0,9, лейкоциты– $7,8 \times 10^9/л$ , э.–2, п.–4, с.–54, лимф.–37, мон.–3, СОЭ–45 мм/ч.
- **Общий Анализ мочи:** уд. вес–1014, эпителий 2-3-3- в п/зр., лейкоциты–4-6-7 в п/зр.
- **Общий белок**–58 г/л. Глюкоза крови–4,9 ммоль/л. Билирубин–12 мкмоль/л.
- **ЭКГ:** синусовый ритм 75 в минуту. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные изменения миокарда.
- **Рентгеноскопия** легких и желудочно-кишечного тракта: В нижней трети пищевода определяется дефект наполнения, деформация и неровность контуров, сужение просвета, “обрыв” складок слизистой. Выше сужения пищевод несколько расширен. Перистальтика в области сужения не определяется. Со стороны желудка и кишечника патологии не выявлено. В легких патологических теней не выявлено, сердце без особенностей.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №10**

1. Каков Ваш предполагаемый диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие методы исследования позволят Вам достоверно диагностировать имеющееся заболевание пищевода?
3. Лечебная тактика? Каково обоснование принятой тактики лечения больной?
4. Какие заболевания составляют группу риска для возникновения этой патологии?
5. Какие симптомы обычно характеризуют запущенность заболевания (помимо отдаленных метастазов)?
6. Какое оперативное вмешательство целесообразно выполнить больной? Какие при этом возможны операционные доступы?
7. При выявлении иноперабельной опухоли, какие Вы можете применить паллиативные операции?
8. Какие виды операций выполняют при локализации опухоли в верхней и средней трети пищевода?
9. Каковы показания и противопоказания к лучевой терапии при раке пищевода?
10. Охарактеризуйте имеющуюся у больной патологию нижних конечностей?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №11**

Больная Б., 70 лет, доставлена в клинику по поводу болей в животе с направительным диагнозом поликлиники – «Острый живот». Боли в подложечной области и правом подреберье появились сутки назад после погрешностей в еде. Была повторная рвота, повышение температуры тела, озноб. Ранее подобных болевых приступов не было.

В анамнезе – ИБС, гипертоническая болезнь, постинфарктный кардиосклероз (инфаркт миокарда в 1996 г.), пневмосклероз. Год назад было обнаружено высокое содержание сахара в крови и в моче. Принимала таблетки по этому поводу, однако последние 3 месяца ничего не принимает.

При осмотре: больная повышенного питания (вес 100 кг при росте 168 см). Кожные покровы обычной окраски, склеры субиктеричны. Температура тела – 38,0°C. Дыхание поверхностное, 30 в минуту. В легких сзади с обеих сторон дыхание ослабленное, сухие хрипы. Пульс 114 ударов в минуту, АД – 190/100 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, имеется дефицит пульса 12 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот увеличен (ожирение), несколько вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье, где отмечается напряжение мышц и выявляется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика кишечника ослаблена. Стул 2 дня назад, оформленный. Дизурических расстройств нет, симптом Пастернацкого отрицательный.

- **Анализ крови:** Эр. –  $4,2 \times 10^{12}/л$ ; гемоглобин – 136 г/л; лейкоциты –  $16,4 \times 10^9/л$ ; п/я – 16, с/я – 67, л. – 14. м. – 5, СОЭ – 57 мм/ч.

Глюкоза крови – 18,7 ммоль/л.

Билирубин крови – 30 мкмоль/л.

- **Анализ мочи:** реакция кислая, уд. вес – 1019, белок – 0,1 г/л, сахар – 50 ммоль/л, ацетон – не определяется.

Обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости: в легких – явления пневмофиброза, в брюшной полости – свободного газа и «чаш Клойбера» не выявлено.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №11**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие клинические симптомы Вы постараетесь выявить у больной для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики?
3. Какие лабораторные и специальные исследования целесообразно провести в срочном порядке в данном наблюдении?
4. Какую тактику лечения следует применить у данной больной?
5. Каковы показания и сроки выполнения экстренных, срочных, ранних отсроченных и плановых оперативных вмешательств при этом заболевании?
6. Во время операции Вы обнаружили увеличенный, напряженный, багрового цвета желчный пузырь. В просвете его пальпируются конкременты. Умеренное количество мутного выпота в подпеченочном пространстве. Общий желчный проток диаметром до 2 см, камней в нем пальпаторно не обнаружено. Каков объем Вашего оперативного вмешательства в этой ситуации?
7. Основные показания к наружному дренированию желчных путей и способы его выполнения при этой патологии?
8. Сроки извлечения дренажа из желчных путей после операции?
9. Основные направления послеоперационной терапии в данном наблюдении?
10. Какие осложнения возможны при желчнокаменной болезни и остром холецистите?
11. На 6<sup>й</sup> день после операции больная заметила появление болей в области икроножных мышц левой голени, усиливающихся при движении. При осмотре – небольшая отечность в области лодыжек. О каком послеоперационном осложнении следует думать? Какие клинические симптомы помогут уточнить диагноз и какова лечебная тактика?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №12**

В хирургический стационар с направлением из поликлиники поступила больная Д., 60 лет, с диагнозом “Острый аппендицит?”. Предъявляет жалобы на боли в правой половине живота, больше в подвздошной области, тошноту, слабость. Больной себя считает около месяца. Последние 3 дня боли в животе усилились, носят схваткообразный характер. Была однократная рвота, температура тела повысилась до 37,7°C. Выяснилось, что последние 3 года больная страдает запорами. Год назад доставлялась в больницу с болями в животе, после сифонной клизмы и инъекции спазмолитиков боли прошли, и больная была отпущена домой (по ее просьбе). Последние полгода отмечает потерю аппетита, похудание (на 10-12 кг), слабость. Периодически при дефекации замечает отхождение слизи с примесью крови.

В анамнезе операции: по поводу миомы матки (8 лет назад) и холецистэктомия (3 года назад). Лечилась в терапевтическом стационаре по поводу гипертонической болезни, ИБС, стенокардии напряжения. После родов, 25 лет назад, появилось варикозное расширение вен нижних конечностей.

При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. Имеется умеренно выраженное варикозное расширение вен нижних конечностей. Температура тела 37,6°C. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД–150/90 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких – ослабленное дыхание. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, симметричен, при пальпации отмечается умеренное напряжение мышц и болезненность в правой подвздошной области. Здесь же нечетко пальпируется болезненное, плотное, ограничено подвижное образование. Симптом Щеткина-Блюмберга в этой области слабоположительный. Печень не увеличена. Стула не было 3 дня, газы отходят. Дизурических расстройств нет.

При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено. Имеются признаки хронического геморроя, на перчатке – следы кала с примесью слизи и темной крови.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости – видны единичные горизонтальные уровни (чаши Клойбера), умеренная пневматизация кишечника.

- В *анализе крови*: Эр.-3,2 Т/л. Нв-96 г/л, лейкоциты- $14,1 \times 10^9$ /л. э.-2, лимф.-20, мон.-2, п/я-12, с/я-64, СОЭ-52 мм/ч.

- *Анализ мочи* без особенностей.

Через неделю с момента госпитализации больная оперирована.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №12**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. С какими заболеваниями Вы должны провести дифференциальную диагностику?
3. Какие основные исследования Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики?
4. Какие дополнительные исследования Вы должны выполнить для подготовки больной к операции и уточнения распространенности опухолевого процесса?
5. Какие рентгенологические признаки позволяют Вам думать об опухолевом поражении толстой кишки?
6. Каковы, по Вашему мнению, основные принципы предоперационной подготовки больной?
7. Во время операции больной установлено, что опухоль занимает более полуокружности слепой кишки, прорастает всю толщу ее стенки. Имеются метастазы в ближайших лимфоузлах. К какой стадии по системе TNM Вы отнесете заболевание?
8. Какую операцию Вы выполните больной с учетом локализации и стадии опухоли?
9. Перечислите типы радикальных и паллиативных оперативных вмешательств при других локализациях опухоли ободочной кишки.
10. Какие возможны осложнения при этом заболевании? Каким операциям отдается предпочтение при осложненных формах заболевания?
11. На 9 сутки после операции у больной внезапно появились сильные боли в груди, удушье. Она беспокойна, дыхание учащено, кожа бледная, влажная. О каком осложнении следует думать? Каковы Ваши действия?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №13**

В хирургическое отделение поступила больная Р., 63 лет, с направительным диагнозом поликлиники – «геморрой, осложненный кровотечением». Из анамнеза выяснено, что в течение многих лет больная страдает запорами, хроническим геморроем. В последние пять месяцев появились периодические небольшие кровотечения из прямой кишки при дефекации. Кровь темная, иногда имеет примесь слизи, выделяется вместе с каловыми массами. Признаков кишечного дискомфорта и болей внизу живота нет, аппетит не нарушен.

В анамнезе: операция по поводу кисты яичника (удаление правого яичника 10 лет назад); ИБС, гипертоническая болезнь с повышением АД до 200/100 в течение последних 5-6 лет; варикозное расширение вен нижних конечностей.

При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты, питание хорошее. Периферические лимфоузлы не увеличены. Имеется расширение подкожных вен на обеих нижних конечностях, небольшая отечность голеней и стоп. Температура тела 36,8°C. Пульс 86 в минуту, ритмичный. АД – 170/90 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево, тоны приглушены, акцент II тона на аорте. В легких дыхание везикулярное, ослабленное. Язык влажный, частично обложен белым налетом. Живот несколько увеличен, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются, дизурических расстройств нет.

- *Анализ крови:* эр.-3,1 Т/л, Нв-102 г/л, лейкоциты- $12,4 \times 10^9$ /л, п/я-10, с/я-62, СОЭ-48 мм/ч.

- *Анализ мочи* без особенностей.

- Пальцевое исследование прямой кишки: в области анального отверстия видны геморроидальные узлы без признаков воспаления; исследование безболезненно. Кончиком пальца (на расстоянии 10-12 см от ануса) определяется плотное, бугристое, смещающееся образование на правой боковой стенке кишки. На перчатке – следы темной крови и слизи.

Через 2 недели с момента госпитализации, после дообследования и подготовки, больная оперирована.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №13**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие исследования Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные исследования Вы проведете больной для уточнения распространенности процесса?
4. Установлено, что опухоль занимает менее полуокружности стенки кишки, легко смещается, мегастазов в лимфоузлы и отдельные органы не выявлено. О какой стадии заболевания можно говорить?
5. Какую операцию целесообразно выполнить в данном наблюдении?
6. Какие другие варианты радикальных операций применяются при этом заболевании?
7. Назовите виды паллиативных операций при этом заболевании.
8. Что означают понятия: операбельность и резектабельность, экономные, расширенные и комбинированные операции при опухолях этой локализации?
9. На 7 день после операции у больной возникли сильные боли в области левого бедра и голени, выраженный отек стопы, голени и бедра, повысилась температура тела до 38°C, активные движения невозможны, но болезненны. Пульсация артерий стопы снижена. О каком осложнении следует думать?
10. Какова тактика дальнейшего ведения больной?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №14**

Больная М., 34 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, тошноту.

Заболела около 16 ч. назад, когда после еды возникли сильные боли около пупка и в эпигастральной области, тошнота., 3 раза был жидкий стул. Занималась самолечением: промывала желудок, принимала внутрь таблетки но-шпы. Боли в животе уменьшились, локализовались в правой половине живота. Обратилась за медицинской помощью в приемное отделение больницы и госпитализирована. В прошлом подобных приступов не было.

В анамнезе – операция по поводу внематочной беременности (3 года назад). Последние 2 года лечилась в женской консультации по поводу воспаления матки и придатков, мастопатии. Находится на диспансерном учете в течение многих лет по поводу ревматизма, митрального порока сердца.

При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,7°C. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. При аускультации сердца выслушивается хлопающий I тон и диастолический шум над верхушкой. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут. Внизу живота имеется послеоперационный рубец (после гинекологической операции). При пальпации живота определяется напряжение мышц и выраженная болезненность в правой подвздошно-паховой области. Положительны симптомы раздражения брюшины. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезнен в нижних отделах при глубокой пальпации.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №14**

1. Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Каков Ваш послеоперационный диагноз, исходя из интраоперационных изменений?
3. Какие клинические симптомы важны для постановки диагноза и дифференциальной диагностики этого заболевания? Охарактеризуйте их.
4. Каков алгоритм обследования больной при поступлении в отделение?
5. Какова тактика лечения?
6. Каковы принципы ведения больной после операции?
7. На 7 сутки после операции состояние больной ухудшилось: повысилась температура тела до 38,2°C, появились боли и чувство распирания внизу живота, тенезмы. Живот умеренно вздут, мягкий, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Какое осложнение возникло у больной?
8. Какие дополнительные исследования Вы проведете для уточнения характера осложнения?
9. Какие консервативные лечебные мероприятия Вы используете для лечения данного осложнения?
10. Показания к хирургическому лечению и вид оперативного вмешательства при этом осложнении?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №15**

Больная К., 46 лет, доставлена в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошноту, рвоту, одышку.

Заболела сутки назад, когда во время физической работы появились схваткообразные боли в животе. С течением времени интенсивность болей увеличилась, появились тошнота, повторная рвота. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния машиной скорой помощи доставлена в хирургический стационар. Ранее отмечала периодически возникающие схваткообразные боли в животе, которые проходили самостоятельно.

В анамнезе операции - аппендэктомия 10 лет назад и холецистэктомия - 2 года назад. Страдает много лет хроническим пиелонефритом, находится на учете у гинеколога по поводу миомы матки. На протяжении последних шести лет находится под наблюдением терапевта по поводу аортального порока сердца.

При поступлении в стационар состояние больной средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые бледноваты, периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 36,2°C. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения, 110 в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, определяется грубый систолический шум. В легких – дыхание ослабленное, везикулярное.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно равномерно вздут, симметричный, при пальпации мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не пальпируются. Аускультативно определяются единичные перистальтические шумы кишечника. Стул 2 суток назад, газы не отходят. Дизурических явлений нет.

- **Общий анализ крови:** Эр.-3,8 Т/л, Нв-110 г/л, ЦП-0,9, л.-10,5 Г/л, п/я-12, с/я-58, э.-2, л.-25, м.-3, СОЭ-25 мм/ч.

- **Общий анализ мочи:** уд. вес - 1010, белок - 0,15 г/л, эр. - 1-0-0 в п/зр., лейкоциты - 8-10-12, цилиндры гиалиновые - 0-0-1, бактерии - ++.

- Глюкоза крови: 5,2 ммоль/л.

- **ЭКГ** - синусовый ритм 105 в минуту, отклонение электрической оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка с умеренной перегрузкой.

- При **обзорной рентгенографии** брюшной полости определяются выраженная пневматизация кишечника, единичные «чаши Клойбера» в илеоцекальной зоне и в проекции 2 поясничного позвонка.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №15**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие клинические симптомы Вы будете искать для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики? Охарактеризуйте их.
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь?
5. Консультация каких специалистов необходима в данной ситуации?
6. Какова тактика ведения больной при госпитализации?
7. Из каких мероприятий складывается комплексная консервативная терапия при данной патологии?
8. При каких видах этой патологии консервативные мероприятия могут быть эффективными?
9. Какова продолжительность проведения консервативного лечения в данном наблюдении и какие критерии определяют необходимость оперативного вмешательства?
10. Каковы основные задачи оперативного вмешательства?
11. Какое оперативное вмешательство применяется при часто рецидивирующей форме этого заболевания?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №16**

Больной С., 58 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 3 дня назад, во время выполнения физической работы.

В анамнезе – аденома предстательной железы, правосторонняя паховая грыжа (в течение 10 лет). 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, наблюдается и лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза, гипертонической болезни.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Вял, адинамичен, температура тела 38,0°C. Одышка до 30 в минуту. Пульс 110-120 ударов в минуту, аритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст. (рабочее давление 160-170/90 мм рт. ст.). Тоны сердца приглушены, аритмичны. В легких – ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах, перистальтика кишечника не прослушивается. В мезо- и гипогастрии определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень ниже реберной дуги на 2-3 см. В правой пахово-подвздошной области определяется плотное, болезненное, опухолевидное образование размерами 12×8 см. Кожа над ним гиперемирована. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке нет, определяется увеличенная предстательная железа.

- *анализ крови:* лейкоциты –  $14,2 \times 10^9$  /л, п/я – 16, с/я – 69, СОЭ – 46 мм/ч, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л.

- *анализ мочи:* реакция кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,16 г/л, лейкоциты – 8-10 в п/зр.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №16**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования следует произвести больному до оперативного вмешательства?
3. Какова, на Ваш взгляд, лечебная тактика?
4. Имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Какова ее цель, объем и продолжительность?
5. В чем особенность оперативного вмешательства, если принято решение об операции?
6. Перечислите этапы операции у больного в необходимой последовательности?
7. Какими критериями Вы будете пользоваться при выполнении резекции кишки?
8. Определите основные принципы ведения больного после операции: режим, объем инфузионной и медикаментозной терапии, удаление дренажей, снятие швов.
9. Перечислите наиболее вероятные послеоперационные осложнения в конкретном наблюдении.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №17**

Больной Ю., 52 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастральной области, возникшие внезапно 3 часа назад, во время выполнения физической работы. Боли были настолько сильные, что больной на некоторое время терял сознание. Выяснено, что в течение нескольких лет больного беспокоят периодически боли в эпигастрии, изжога, проходящие после приема спазмолитиков, соды. По этому поводу не обследовался.

В анамнезе - частые простудные заболевания. Наблюдается участковым терапевтом по поводу бронхоэктатической болезни. На протяжении последних 10 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. Курит. Алкоголь не употребляет.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. Температура тела – 37,2°C. Положение в постели вынужденное: лежит на правом боку с приведенными к животу ногами, избегая каких-либо движений. Пульс 106 в минуту, ритмичный. АД-110/70 мм рт. ст. Границы сердца в пределах нормы, тоны чистые ясные, мелодия их правильная. Грудная клетка обычной формы, при перкуссии отмечается коробочный оттенок, при аускультации слева и справа в нижних долях прослушиваются влажные хрипы. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот правильной формы, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень и селезенка из-за сильного мышечного напряжения пальпации недоступны. Симптом поколачивания с обеих сторон отрицательный. Стул сутки назад, оформленный. Ректальное исследование болезненно, патологии не выявлено.

На обеих нижних конечностях по медиальной поверхности, особенно на голених, отмечается варикозное расширение вен. У левой медиальной лодыжки имеется трофическая язва размером 3-4 см с уплотнением по периметру язвы.

- *Анализ крови:* Эр.-4,1 Т/л; Нв-122 г/л; число лейкоцитов-16,5 г/л: э-2, п/я-7, с/я-71, лимф.-18, мон.-2; СОЭ-22 мм/ч. Амилаза мочи-64 ед.; глюкоза крови – 5,3 ммоль/л.

- *Анализ мочи* – без патологии.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №17**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие клинические симптомы Вы используете для уточнения диагноза и дифференциальной диагностики?
3. Какие объективные методы исследования следует использовать для подтверждения диагноза?
4. Какое значение в диагностике данного заболевания имеет фактор времени?
5. Какую тактику лечения больного Вы считаете необходимой?
6. Необходима ли предоперационная подготовка больному? Если да, то каковы ее объем, характер, продолжительность?
7. Какую операцию Вы планируете выполнить больному?
8. Какая терапия должна проводиться больному после операции?
9. На 8-е сутки после операции у больного отмечаются признаки гнойной интоксикации: температура тела повысилась до 38,5°C, пульс учащен до 110 в минуту, в формуле белой крови – заметный сдвиг влево. На этом фоне – постоянные боли в правом подреберье и нижних отделах грудной клетки. Отмечается тошнота, иногда икота. Живот мягкий, умеренно болезнен при пальпации в правом подреберье. Поколачивание по реберной дуге справа также болезненно. О каком послеоперационном осложнении следует думать в первую очередь?
10. Какая дополнительная информация (клиническая, рентгенологическая и т.д.) поможет Вам уточнить характер этого осложнения? Какова лечебная тактика при подтверждении диагноза?
11. Какие еще осложнения могут развиться у больного в послеоперационном периоде?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №18**

Больной К., 46 лет, поступил в хирургическое отделение с диагнозом “Язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная кровотечением”.

Из анамнеза болезни: последние 2 недели больному проводилось противоязвенное лечение в условиях поликлиники, в связи с появлением черного стула срочно направлен в хирургический стационар. Язвенный анамнез около 4-х лет.

Сопутствующая патология: ИБС, стенокардия напряжения (наблюдается терапевтом поликлиники 2 года).

При поступлении в клинику состояние больного средней тяжести. Жалуется на боли за грудиной и в эпигастрии, иррадиирующие в спину, левую руку. Боли, со слов больного, значительно усиливаются в горизонтальном положении. Часто беспокоит также изжога и отрыжка, особенно после еды.

Больной пониженного питания, бледен. Температура тела нормальная. Пульс 88 в мин., ритмичный. АД - 110/80 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких - везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, мягкий во всех отделах, болезненный при пальпации в подложечной области. Печень и селезенка не увеличены. Дизурических расстройств нет. При пальцевом исследовании прямой кишки - на перчатке следы кала черной окраски.

- *Общий анализ крови:* Эр.- 3.2 Т/л, Нв.- 100 Г/л, Лейкоцитов -  $8,2 \times 10^9$ /л, э.-1, п -10, с.-62, л.-21, м.-6, СОЭ -28 мм/ч.

- *Анализ мочи:* уд.вес - 1016, белок - 0.07 г/л, лейкоциты - 3-4 п/зр., бактерии ++

- *Общий белок крови:* 62,0 г/л

- *Билирубин:* 20 мкмоль/л

- *Глюкоза крови:* 6,6 ммоль/л

- *Коагулограмма:* без патологических нарушений

- *ЭКГ:* синусовый ритм 85 в мин., горизонтальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.

- *ЭФГДС:* пищевод проходим, “розетка” кардии зияет, отмечается заброс желудочного содержимого в пищевод. Слизистая оболочка нижней трети пищевода гиперемирована, покрыта множественными эрозиями. В желудке следов крови нет, луковица ДПК деформирована, на передней ее стенке рубцующаяся язва 0,4 x 0,2 см, дно- 0,2 см, покрыто фибрином.

- *УЗИ органов брюшной полости:* структурной патологии со стороны органов брюшной полости и почек не выявлено.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №18**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какой метод исследования необходимо применить для уточнения диагноза? Какую конкретную информацию можно при этом получить?
3. Какие дополнительные диагностические методы исследования можно еще применить при этой патологии?
4. Перечислите характерные для этого заболевания клинические симптомы. Чем они обусловлены?
5. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
6. Перечислите характерные для данного заболевания осложнения?
7. Охарактеризуйте сущность и принципы консервативной терапии рассматриваемой патологии?
8. Назовите показания к хирургическому лечению данного заболевания.
9. В чем сущность оперативного вмешательства? Какая операция, как правило, используется при данной патологии?
10. Какую тактику лечения Вы считаете наиболее целесообразной в конкретном наблюдении?

Председатель ГЭЖ

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №19**

Больная М., 67 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, тошноту, желтушность кожи и склер.

Заболела около недели назад, когда без видимой причины появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в спину и поясницу. Принимала дома таблетки баралгина, Но-шпы и боли в животе в течение дня утихли. В последующие дни отмечала периодически небольшие боли в животе, тошноту, слабость. Два дня назад больная заметила пожелтение кожи и склер, что заставило ее обратиться в поликлинику. Была направлена в связи с желтухой в инфекционную больницу, оттуда - после исключения вирусного гепатита - переведена в хирургический стационар с диагнозом "механическая желтуха". Небольшие боли в животе у больной бывали и ранее, но по этому поводу не обследовалась и не лечилась.

В анамнезе - ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, по поводу чего находилась на стационарном лечении 6 месяцев назад. Варикозное расширение вен нижних конечностей - около 30 лет.

При поступлении в стационар состояние больной средней степени тяжести. Повышенного питания, кожа и склеры желтушные, периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 37,1<sup>0</sup> С. Пульс 86 в мин., ритмичный. АД - 160/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких - дыхание ослабленное, везикулярное. Язык влажный, обложен сероватым налетом. Живот не вздут, мягкий во всех отделах, умеренно болезнен при пальпации в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Печень выступает из подреберья на 2-3 см., край ее плотный, безболезненный. Симптом Ортнера положительный. Симптомы Мэрфи. Мюсси-Георгиевского отрицательные. Дизурических расстройств нет. Стула не было 2 дня. При ректальном пальцевом исследовании патологических образований не выявлено, на перчатке - следы кала сероватого цвета.

- Анализ крови: Эр.-3,8 Т/л, Нв - 132 Г/л, лейкоциты - 12,6 Г/л, п.-14,с.-65, лимф.-16, мон.-4, СОЭ-46 мм/ч.

- Анализ мочи: уд.вес - 1018, белок - 0,16 г/л, лейкоциты - 6-8 в п/зр., желчные пигменты ++.

- Билирубин крови - 105,2 мкмоль/л; прямой -90,6; непрямой - 14,6.

- Общий белок крови: 66 г/л

- Глюкоза крови: 6,9 ммоль/л

- ЭКГ: ритм синусовый 85 в мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Признаки гипоксии миокарда.

- УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь 88 x 35 мм, контуры его ровные, стенки утолщены до 3-4 мм. В просвете пузыря подвижные конкременты различных размеров. Внутривенечные желчные протоки умеренно расширены. Холедох дилатирован до 12 мм, терминальный отдел его не визуализируется. На видимых участках холедоха конкрементов не выявлено.

Заключение: УЗ - признаки хронического калькулезного холецистита, диффузных изменений поджелудочной железы и печени.

- ФГДС с осмотром БДС. Заключение: Эрозивный гастродуоденит. Признаки панкреатита. Следы желчи в 12-перстной кишке. В момент осмотра пассаж желчи в ДПК отсутствует.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №19**

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. С какими заболеваниями Вы должны провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные лабораторные исследования необходимо выполнить у больной с желтухой для уточнения диагноза и подготовки к возможной операции?
4. Наличие какого клинического симптома позволяет обычно думать о желтухе опухолевой этиологии?
5. Назовите рентгенологические методы исследования желчных путей у больных с механической желтухой. Какой из них следует применить в данном наблюдении?
6. Какие осложнения возможны при неустраненной своевременно механической желтухе?
7. Какую тактику лечения Вы решили применить в данном наблюдении?
8. Если вопрос будет решен в пользу оперативного лечения, то каковы будут ее сроки? И какие возможны варианты операции?
9. Назовите основные виды оперативных вмешательств, применяющихся при желтухе, обусловленной раком поджелудочной железы.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №20**

В поликлинику на прием к хирургу пришла больная А., 63 лет, с жалобами на ноющие боли в животе, больше в правой половине, тошноту.

Заболела около недели назад, когда без видимой причины возникли сильные боли постоянного характера в правой половине живота, тошнота, 3 раза был жидкий стул. Больная занималась самолечением, считая, что "отравилась". В последующие дни боли в животе утихли, приняли ноющий характер.

Из анамнеза выяснилось, что периодические боли в правой половине живота отмечаются у больной в течение года. Страдает много лет запорами. 6 лет назад перенесла вирусный гепатит. Лечится амбулаторно по поводу ИБС, гипертонической болезни.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледноваты. Периферические лимфоузлы не увеличены. Температура тела 37,2<sup>0</sup>С. Пульс -80 в мин., ритмичный. АД - 170/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, акцент 2-го тона над аортой, ритм правильный. В легких везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, симметричный, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой половине. Справа от пупка определяется плотное неподвижное малоблезненное образование размерами около 7 x 6 x 5 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка не пальпируются. Дизурических расстройств нет. Стула не было 2 суток. При ректальном пальцевом исследовании патологических образований не выявлено, на перчатке следы кала обычной окраски.

- Анализ крови: Эр.-3,8 Г/л, Нв-134 г/л, лейкоциты-10,2Г/л, п.- 9, с.- 69, лимф.-15, мон.-2. СОЭ-35 мм/ч.

- Анализ мочи: уд.вес - 1016, белка и сахара нет, лейкоциты - 4-6-8 в п/зр.

- Глюкоза крови - 5,2 ммоль/л

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 20**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Каковы Ваши действия в поликлинике по отношению к больной?
3. Какую тактику лечения Вы выберете в случае ее госпитализации в хирургический стационар?
4. Перечислите лабораторные, рентгенологические и инструментальные исследования, которые, с вашей точки зрения, необходимо выполнить больной с диагностической и иной целью.
5. Консультацию каких специалистов Вы считаете необходимой осуществить?
6. С какими заболеваниями необходимо, по Вашему, провести дифференциальную диагностику? Какие исследования необходимы для этого?
7. Каковы лечебные мероприятия, проводимые больной после госпитализации ее в отделение? И чем определяются сроки лечения?
8. Какие обстоятельства могут стать причиной срочного оперативного вмешательства в данном наблюдении?
9. В чем сущность оперативного вмешательства при подобном варианте течения болезни?
10. Какие внутрибрюшные осложнения возможны в послеоперационном периоде при данной патологии?
11. Каковы Ваши рекомендации больной при выписке ее из стационара?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №21**

Больной Т., 59 лет, доставлен скорой помощью в хирургическое отделение с болями в животе и направительным диагнозом «острый живот».

Заболел 3 суток назад, когда после еды появились боли в подложечной области, тошнота, однократная рвота. Больной самостоятельно промывал желудок, принимал таблетки анальгина и Но-шпы, прикладывал к животу грелку. Боли в эпигастрии утихли, переместились в правую подвздошную область. В последующие 2 дня боли мало беспокоили больного, за медицинской помощью не обращался. Около 4 часов назад вновь появились сильные боли по всему животу, многократная рвота, озноб.

В анамнезе - ИБС (3 года назад перенес инфаркт миокарда); страдает аденомой предстательной железы.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, черты лица заострены. Температура тела - 38,2° С. Пульс 126 в мин., АД - 90/60 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, тахикардия. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот равномерно вздут, болезненный и напряженный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу. Дизурических расстройств нет, стул сутки назад жидковатой консистенции. При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличенная предстательная железа, болезненность передней стенки прямой кишки. На перчатке - следы кала обычной окраски.

- Анализ крови: эр.-3,7 Т/л, Нв - 132 Г/л, лейкоциты-16,8 Г/л, п.-22, с.-61, лимф.-12, мон.-5, СОЭ-53 мм/час. Токсическая зернистость нейтрофилов ++).

- Анализ мочи: уд.вес - 1019, белок - 0,16 г/л, лейкоциты - 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые - 0-1 в п/зр., бактерии ++. Диазореакция - 200 ед/л.

- Глюкоза крови - 6,2 ммоль/л

- Билирубин - 20 мкмоль/л

- ЭКГ - Синусовая тахикардия 128 в мин. Гипертрофия левого желудочка. Мелкоочаговые изменения в п/перегородочной области. Выраженные диффузные изменения и гипоксия миокарда.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №21**

1. Ваш диагноз при госпитализации больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым провести для уточнения диагноза? Консультации?
3. Что означает термин «Острый живот», являющийся направительным диагнозом в данном наблюдении?
4. С какими заболеваниями необходимо, по Вашему, провести дифференциальную диагностику?
5. Какую тактику лечения Вы считаете необходимой в данном случае?
6. Охарактеризуйте принципы предоперационной подготовки, если Вы считаете ее необходимой (цель, объем, характер, критерии ее адекватности).
7. В чем заключаются основные принципы (этапы) операции?
8. Приведите наиболее используемую в клинической практике классификацию перитонита.
9. Каким методом можно пролонгировать санацию брюшной полости при перитонитах в послеоперационном периоде?
10. Охарактеризуйте сущность методов лапаростомии и программированной релапаротомии. Показания к их применению при перитонитах?
11. Каковы основные принципы коррекции перитонита у больного перитонитом в послеоперационном периоде?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №22**

Больная Д., 32 лет, доставлена скорой помощью в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, повторную рвоту.

Из анамнеза болезни выяснилось, что сильные схваткообразные боли в животе возникли у больной 3 часа назад во время выполнения физической работы. Вслед за появлением боли была многократная рвота, скудный однократный стул.

Болеет язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки около 6 лет; оперирована 3 года назад по поводу внематочной беременности (удалены правые придатки).

При поступлении в стационар состояние больной тяжелое. Беспокойна, лицо бледное, губы цианотичны, выражение лица страдальческое. Температура тела 36,2°С. Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД - 90/60 мм рт.ст. Дыхание учащено до 22-24 в мин., поверхностное. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот умеренно вздут, больше в мезо- и эпигастрии. В околопупочной области, справа, пальпируется эластической консистенции болезненное образование овальной формы (10 x 6 x 5 см). Брюшная стенка при пальпации мягкая, умеренно болезненная. При перкуссии указанного ограниченного образования слышен высокий тимпанический звук. Перистальтические шумы кишечника усилены. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено, на перчатке - следы кала нормальной окраски.

- *Анализ крови:* эр.-4,6 Т/л, Нв.-152 г/л, лейкоциты - 14,2 Г/л, п.-14, с.-62, лимф.-20, мон.-4.

- *Анализ мочи:* уд.вес -1019, белок - 0,1г/л, сахар, ацетон не определяются. Диазореакция - 200 ед/л.

- *Глюкоза крови:* 4,8 ммоль/л.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 22**

1. Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения, сопутствующий).
2. Как Вы интерпретируете пальпируемое у больной в животе ограниченное образование?
3. Какие дополнительные исследования Вы проведете для уточнения диагноза? Какую информацию при этом ожидаете получить?
4. С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать имеющуюся патологию?
5. Какие периоды (фазы) выделяют в клиническом течении данного заболевания?
6. Какую тактику лечения больной Вы выбрали? Дайте ее обоснование.
7. При решении вопроса в пользу оперативного вмешательства, каковы будут его этапы?
8. По каким критериям Вы будете судить о жизнеспособности пораженной петли кишки? Объем резекции кишечника при ее нежизнеспособности?
9. Назовите основные принципы лечения больной в послеоперационном периоде.
10. На 8-й день после операции больная пожаловалась на слабость, головокружение, черный жидкий стул. О каком послеоперационном осложнении следует думать и какова диагностическая и лечебная тактика.

Председатель ГЖ

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №23**

Больной П., 45 лет, поступил в приемное отделение больницы с направительным диагнозом: «Острый живот? Инфаркт миокарда?» Заболел 10 часов назад, когда около 2 ч. ночи проснулся от сильных «жгучих» болей в эпигастрии, отдающих в спину и влево. Была повторная рвота. Накануне вечером, на праздновании дня рождения друга, больной плотно поел и выпил водки. Ранее подобных приступов не было. В анамнезе – ишемическая болезнь сердца (3 года назад перенес инфаркт миокарда); оперирован около 10 лет назад по поводу острого аппендицита.

При поступлении общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, склеры – субиктеричные. Температура тела – 36,9°C. Пульс – 120 в мин., ритмичный, слабого наполнения. АД – 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Дыхание поверхностное, учащено до 26 в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот слегка вздут, пальпаторно определяется напряжение брюшной стенки и болезненность в эпигастрии и подреберьях. Пульсация брюшной аорты не определяется. Перистальтические шумы кишечника не выслушиваются. Стула не было 2 дня, дисурических расстройств нет.

- *Анализ крови:* эр.-4,1 Т/л, Нв.-138 г/л, лейкоциты – 17,6 Г/л, п.-18, с.-64, лимф.-14, мон.-3, СОЭ – 52 мм/ч. Токсическая зернистость нейтрофилов (++).

- *Анализ мочи:* уд.вес -1016, белок - 0,06 г/л, сахар – 20 ммоль/л, ацетона нет, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., эр. – 3-5 в п/зр. Амилаза мочи – 1300 Е/л.

- *Глюкоза крови:* 6,8 ммоль/л.

- *ЭКГ:* Синусовая тахикардия 118 в мин. Гипертрофия левого желудочка. Мелкоочаговые изменения в п/перегородочной области. Признаки гипоксии миокарда.

- *УЗИ брюшной полости:* желчный пузырь увеличен в размерах (116×80 мм), контуры его ровные, просвет гомогенный. Поджелудочная железа и холедох четко не дифференцируются из-за пневматоза кишечника. В брюшной полости визуализируется свободная жидкость.

- *Консультация кардиолога:* инфаркт миокарда исключен (ИБС. стенокардия напряжения. постинфарктный кардиосклероз).

Больной госпитализирован в хирургическое отделение, где ему выполнена срочная диагностическая лапароскопия: выявлены отек и застойные явления в сальнике, геморрагический выпот в брюшной полости (около 600 мл), очаги жирового некроза на брюшине и сальнике, увеличенный желчный пузырь.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №23**

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие исследования (лабораторные, инструментальные) кроме представленных выше необходимо включить в план обследования больного?
3. Назовите характерные клинические симптомы диагностированного заболевания.
4. С какими заболеваниями чаще всего приходится дифференцировать данную патологию?
5. После лапароскопического исследования необходимо срочно принять решение о дальнейшей лечебной тактике. Какова Ваша точка зрения по этому вопросу?
6. Если вопрос будет решен в пользу срочного оперативного вмешательства, то каковы будут его объем и характер?
7. Охарактеризуйте принципы и компоненты консервативного (медикаментозного) лечения больного.
8. На 12 день с момента госпитализации больного состояние его остается тяжелым: сохраняются гипертермия, интоксикация. Принято решение о целесообразности оперативного вмешательства. Какой фазе по морфологическим признакам соответствует этот период болезни? И какую операцию, как правило, выполняют в эти сроки?
9. На 20 день пребывания в клинике у больного обнаружена пастозность кожи в левой поясничной области. О каком осложнении болезни следует думать, прежде всего? Какова в этой связи Ваша лечебно-диагностическая тактика?
10. Назовите другие возможные осложнения данного заболевания.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №24**

Больная Х., 42 лет, поступила в хирургическое отделение из поликлиники с направительным диагнозом «постхолецистэктомический синдром». Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, тошноту, вздутие живота, похудание, неустойчивый стул (частые поносы).

Из анамнеза: 4 года назад перенесла операцию холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита. В последующем неоднократно возникали интенсивные боли в животе. Лечилась амбулаторно и в терапевтическом стационаре по поводу «обострений хронического панкреатита», «дискинезии желчных путей», «спастического колита» с временным улучшением. Состоит на учете у гинеколога по поводу миомы матки и эндометриоза шейки матки.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пониженного питания (дефицит веса 15 кг). Температура тела 37,2°C. Пульс – 88 в мин., ритмичный. АД – 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание ослабленное, везикулярное. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, ассиметричен за счет некоторого выбухания справа в верхних отделах. Пальпаторно в области мезогастрия, больше справа, определяется опухолевидное образование диаметром около 15 см, плотноэластической консистенции, малоболезненное, неподвижное, с гладкой поверхностью.

При ректальном пальцевом исследовании патологических образований не выявлено.

- Анализ крови: эр. – 3,5 Т/л, Нв. – 112 Г/л, лейкоциты – 14,0 Г/л, п. – 14, с. – 65, л. – 15, м. – 5. СОЭ – 50 мм/ч.

- Анализ мочи: уд. вес – 1019, реакция кислая, белок – 0,16 г/л.

- Анализ кала: умеренная креато- и стеаторея.

- Глюкоза крови: 7,1 ммоль/л.

- Билирубин крови: 22,6 мкмоль/л, прямой – 3,6, непрямой – 19,0.

- Общий белок крови: 62,0 г/л, альбумины – 48%, глобулины – 52%.

- ЭКГ: ритм синусовый 86 в мин. Признаки гипоксии миокарда.

- Рентгеноконтрастное исследование желудка и 12-перстной кишки: отмечается оттеснение желудка кпереди и кверху, двенадцатиперстная кишка в нисходящем отделе сужена, «подкова» ее развернута.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №24**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Правомочен ли диагноз направившего учреждения – «постхолецистэктомический синдром»? Охарактеризуйте это клиническое понятие.
3. Какие дополнительные лабораторные и специальные исследования целесообразно выполнить в представленном наблюдении для уточнения диагноза?
4. Каковы основные причины развития представленного заболевания? Назовите клинические формы его.
5. Охарактеризуйте причину и сущность развившейся осложнения болезни. Чем оно, в свою очередь, может осложниться?
6. Какую тактику лечения Вы выбираете в данном случае?
7. Если вопрос будет решен в пользу оперативного лечения, то каковы ее объем, варианты?
8. Перечислите основные показания к оперативному лечению при этом заболевании.
9. Назовите виды операций и их выбор с учетом формы заболевания?
10. Назовите основные принципы консервативной терапии рассматриваемой патологии.
11. Назовите другие заболевания и патологические состояния, при которых синдром недостаточности пищеварения (мальабсорбция, мальдиабсорбция) является характерным.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болочков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №25**

Больной П., 35 лет, в течение 2 недель проводилось лечение в терапевтическом стационаре по поводу обострения язвенной болезни 12-перстной кишки. 3 дня назад у нее появились боли в области промежности, усиливающиеся при дефекации и мочеиспускании. Начала жаловаться на слабость, ознобы. Температура повысилась до 38,5°C. Переведена с этими жалобами в хирургическое отделение больницы для дальнейшего лечения.

Из анамнеза: больная страдает геморроем с редкими обострениями около 8 лет. Применяет слабительные средства, свечи (отмечает склонность к запорам). Язва 12-перстной кишки выявлена впервые 5 лет назад, лечилась по этому поводу в терапевтическом стационаре 2 раза.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы чистые. Пульс 96 в мин., ритмичный. АД – 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких – без катаральных явлений. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот обычной формы, мягкий и безболезненный при пальпации.

В области промежности кожа нормальной окраски. Пальпаторно – справа от ануса определяется инфильтрация тканей и умеренная болезненность. При пальцевом ректальном исследовании определяются увеличенные внутренние геморроидальные узлы. На правой стенке прямой кишки, выше гребешковой линии, определяется ее инфильтрация, сглаженность складок слизистой оболочки. Исследование резко болезненно.

- Анализ крови: Эр. 3,8 Т/л, Нв. – 138 г/л, лейкоциты – 16,2 Г/л, п. – 18, с. – 60, л. – 16, м. – 4. СОЭ – 48 мм/ч.

- Анализ мочи: уд. вес – 1016, белок – 0,12 г/л, сахара нет, лейкоциты – 4-6-8 в п/зр., эр. – 2-4 в п/зр.

- Глюкоза крови: 5,1 ммоль/л.

- ЭКГ: Синусовая тахикардия 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипоксии миокарда.

- ФГДС: рубцующаяся язва луковицы 12-перстной кишки. Гастрит с очаговой атрофией слизистой.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 25**

1. Ваш диагноз при поступлении больной в хирургическое отделение (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования (лабораторные, инструментальные) Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями приходится иногда дифференцировать имеющуюся у больной патологию?
4. Кратко охарактеризуйте анатомические особенности прямой кишки (отделы ее, протяженность).
5. Каков этиопатогенез возникшего у больной заболевания прямой кишки? Приведите его анатомо-топографическую классификацию.
6. Какую тактику лечения Вы выбираете? В случае оперативного лечения – каковы объем операции, возможные варианты?
7. Через 6 месяцев после выписки из отделения больная обратилась к хирургу в поликлинику с жалобами на гнойно-слизистые выделения из небольшого «углубления» в перианальной области. О каком осложнении (или заболевании) следует думать? Возможные причины его и лечебно-диагностическая тактика?
8. Больная, как указывалось выше, страдает хроническим геморроем. В чем сущность этого заболевания? Осложнения? Назовите основные методы его лечения.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №26**

В хирургическое отделение из поликлиники направлена больная Г., 48 лет, с диагнозом: "Обострение хронического тромбоза, трофическая язва левой голени".

Жалобы при поступлении на боли и чувство тяжести в левой ноге, наличие незаживающей язвы в области левой голени. Заболевание связывает с операцией - надвлагалищной ампутацией матки, перенесенной 6 лет назад. На 7-е сутки после этой операции у больной наблюдалось осложнение в виде возникновения отека всей левой нижней конечности, сопровождавшегося сильными болями в области бедра и голени. Через месяц была выписана из стационара в удовлетворительном состоянии. В последующие годы больную беспокоили тянущие боли в области левой голени, утомляемость и отеки конечности при длительном пребывании на ногах. Около года назад в нижней трети голени появилось изъязвление, увеличившееся со временем в размерах.

В анамнезе - ИБС, гипертоническая болезнь, хронический холецистит (калькулезный).

При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное. Питания повышенного, температура тела - 36,8<sup>0</sup>С, кожные покровы обычной окраски, периферические л/узлы не увеличены. Пульс 82 в минуту. АД - 170/95 мм рт. ст. Тоны сердца ясные, акцент 2-го тона на аорте. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в правом подреберье. Нарушений стула и мочеиспускания нет.

При осмотре нижних конечностей отмечается умеренная отечность левой голени и бедра, расширение подкожных вен по рассыпчатому типу. Кожа в нижней трети голени имеет буро-коричневую окраску, истончена. Над медиальной лодыжкой имеется язва размерами 2×4 см, дно ее покрыто вялыми грануляциями.

- *Общий анализ крови:* Эр.- 3,8 Т/л, Нв - 136 г/л, Л - 7,8 Г/л, э-2, п.-4, с.-54, л.-37, м.-3.

- *Общий анализ мочи:* уд.вес - 1014, Л.- 4-6 в п/зр.

- *Белок крови:* 68 г/л, глюкоза крови: 4,9 ммоль/л, билирубин: 18 мкмоль/л.

- *ЭКГ:* синусовый ритм 78 в мин. гипертрофия левого желудочка, гипоксия миокарда.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №26**

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. В чем, по Вашему, причина развития данного заболевания у больной?
3. Какие функциональные пробы Вы считаете возможным использовать в диагностических целях?
4. Назовите инструментальные и рентгенологические методы исследования, необходимые для верификации имеющейся патологии.
5. Назовите заболевания, одним из клинических проявлений которых является варикозное расширение подкожных вен н/конечностей. Проведите дифференциальную диагностику.
6. Каков ведущий синдром в рассматриваемой патологии?
7. Какую тактику лечения Вы считаете наиболее обоснованной в данном наблюдении?
8. Охарактеризуйте основные принципы консервативной терапии этой патологии.
9. Показания и противопоказания к оперативному его лечению?
10. Виды хирургических вмешательств, используемых для лечения этой патологии?

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №27**

В хирургическое отделение скорой помощью доставлена больная К., 56 лет, с направительным диагнозом: “Острый панкреатит? Перитонит?” Предъявляет жалобы на боли в животе, больше в левой половине, тошноту, повторную рвоту, задержку стула и газов. Давность заболевания - около суток.

Из анамнеза выяснилось, что последние 6-7 мес. у больной периодически возникали схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся вздутием его, запорами с последующим обильным зловонным стулом. Пользовалась слабительными, клизмами. Отмечает снижение аппетита, похудание за этот период на 10-12 кг. Ранее оперирована по поводу острого аппендицита (10 лет назад) и миомы матки (4 года назад), Лечится периодически у терапевта по поводу ИБС, гипертонической болезни.

При осмотре - состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены. Имеется варикозное расширение вен нижних конечностей без трофических нарушений. Температура тела - 36,8<sup>0</sup>С. Пульс - 110 в мин., ритмичный. АД - 110/70 мм рт.ст. (рабочее - 160/90.). Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот равномерно вздут, при пальпации умеренно напряжен и болезнен в левой половине. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины не выражены. Аускультативно-перистальтические шумы кишечника не прослушиваются. Стула не было 4 дня, газы не отходят.

При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке не выявлено, определяется положительный симптом Обуховской больницы.

- *Общий анализ крови:* Эр. - 3,6 Т/л, Нв. - 110 г/л, Л. - 14,1 Г/л, п. - 12, с. - 64, э. - 2, л. - 20, м. - 2, СОЭ - 54 мм/ч.

- *Общий анализ мочи:* уд.вес -1017, белок - 0,15г/л, эр. - 1-2 в п/зр., л.-8-12, бактерии - ++

- *Глюкоза крови:* 6,1 ммоль/л

- *ЭКГ:* синусовый ритм 108 в мин., отклонение эл. оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка с перегрузкой.

- *Обзорная рентгенография брюшной полости:* в боковых отделах живота определяются чаши Клойбера в небольшом количестве, умеренная пневматизация кишечника.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 27**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования могут уточнить диагноз?
3. С какими заболеваниями Вы провели дифференциальную диагностику?
4. Какую тактику лечения больной Вы выбрали?
5. Охарактеризуйте понятия “экстренная”, “срочная”, и “плановая” операции при данной патологии.
6. При принятии решения в пользу оперативного вмешательства определите цели, объем и характер предоперационной подготовки.
7. Во время операции обнаружена опухоль в ректо-сигмоидном отделе, обтурирующая в просвет кишки, не прорастающая в соседние органы. Метастазов опухоли при ревизии брюшной полости не выявлено. Какую операцию Вы считаете наиболее целесообразной выполнить в данной ситуации?
8. Охарактеризуйте основные принципы лечения больной в послеоперационном периоде.
9. На 7-е сутки после операции у больной возникли боли в области икроножных мышц левой голени, появилась небольшая отечность в области лодыжек и стопы. О каком послеоперационном осложнении можно думать и какова лечебная тактика?
10. Назовите другие возможные осложнения у больной в послеоперационном периоде.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
**Факультет послевузовского профессионального образования**  
**Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования**

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №28**

Больной П., 45 лет, направлен в хирургическое отделение из поликлиники с направительным диагнозом: “Желудочно-кишечное кровотечение? Панкреатит?” Предъявляет жалобы на боли в области верхней половины живота, общую слабость, похудание. Болен в течение 2-х месяцев, когда появились боли в подложечной области, усиливающиеся после приема пищи, периодически беспокоит изжога. Лечился настоями различных трав, однако улучшения не было. Последние 2 дня отметил появление стула черной окраски, была однократная рвота “кофейной гущей”. Обратился по этому поводу в поликлинику, откуда срочно направлен в хирургический стационар.

В анамнезе - резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру (2 года назад) по поводу язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, осложненной пилородуоденальным стенозом. 5 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное. Правильного телосложения, несколько пониженного питания (при росте 180 см масса тела 70 кг). Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Температура тела 36,8<sup>o</sup>C. Пульс 96 в мин. АД - 110/70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. В легких - дыхание везикулярное. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот слегка вздут, участвует в акте дыхания. На передней его стенке - срединный послеоперационный рубец. При пальпации живота отмечается умеренная мышечная защита и болезненность в эпигастрии и правом подреберье. Печень у края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено, на перчатке следы оформленного кала черного цвета.

Результаты лабораторных и специальных методов исследования:

- *Общий анализ крови:* Эр. - 3,4 Т/л, Нв. - 110 г/л, Л. - 8,4 Г/л, п. - 10, с. - 62, э. - 1, л. - 21, м. - 6, СОЭ - 32 мм/ч.

- *Общий анализ мочи:* уд.вес - 1016, белок - 0,07 г/л, л.-3-4, бактерии - ++

- *ЭКГ:* синусовый ритм 88 в мин., горизонтальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого желудочка.

- *ЭФГДС:* Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается не полностью. В желудке небольшое количество жидкости цвета “кофейной гущи”. На задней губе желудочно-кишечного анастомоза (резекция желудка по Бильрот-2) имеется язвенный дефект 0,8 см в диаметре, глубиной около 0,3 см. Дно язвы покрыто вишнево-черным налетом. Кровотечения в момент осмотра нет.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 28**

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Назовите возможные этиологические факторы диагностированного заболевания.
3. О какой степени кровопотери у больного можно говорить, исходя из приведенных клинико-лабораторных данных?
4. Какие дополнительные исследования целесообразно выполнить при этой патологии для уточнения диагноза и определения лечебной тактики?
5. Какую тактику лечения Вы выберете в данном наблюдении? Обоснуйте ее.
6. При выборе консервативной тактики лечения у больного охарактеризуйте ее конкретно.
7. Назовите показания к операции и виды оперативных вмешательств, применяющихся при данной патологии.
8. Перечислите известные Вам заболевания (синдромы) оперированного желудка (пострезекционные и постваготомические).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №29**

В хирургическое отделение доставлен больной Р., 38 лет, с места получения травмы. Около 2-х часов назад, находясь в ресторане, получил ножевое ранение правой половины грудной клетки.

В анамнезе - язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (в течение 12 лет).

При поступлении состояние тяжелое, в сознании, адекватен. Из рта запах алкоголя. Жалуется на общую слабость, боли в груди справа, затрудненное дыхание. Кожные покровы бледные. Температура тела - 36,2<sup>0</sup>С. Пульс 120 в мин. слабого наполнения и напряжения. АД - 90/50 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены.

На грудной стенке справа по средне-ключичной линии, на уровне 4 ребра, имеется колото-резаная рана (около 2 см) без признаков наружного кровотечения. Дыхание над правым легким резко ослаблено, на этой же стороне - укорочение перкуторного звука.

Язык влажный, обложен. Живот мягкий, болезнен при пальпации во всех отделах. Печень и селезенка не пальпируются. Дизурических расстройств нет:

- *Общий анализ крови:* Эр. - 2,8 Т/л, Нв. - 68 г/л, Л. - 7,6 Г/л, п. - 12, с. - 62, э. - 1, л. - 19, м. - 2, СОЭ - 27 мм/ч.

- *Общий анализ мочи:* реакция - кислая, уд.вес -1019, л.-4-6, эр.-3-4 в п/зр.

- *Глюкоза крови:* 6,2 ммоль/л

- *ЭКГ:* синусовая тахикардия 118 в мин. Признаки гипоксии миокарда.

- *На рентгенограмме грудной клетки* справа определяется широкий уровень жидкости, достигающий нижнего угла лопатки.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 29**

1. Ваш предварительный диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования и лечебные мероприятия следует применить в первую очередь в данной ситуации?
3. При контрольной плевральной пункции, произведенной больному, получена кровь, свернувшаяся в шприце. Ваша дальнейшая тактика лечения?
4. О какой степени гемоторакса можно говорить в приведенном наблюдении? Назовите возможные причины гемоторакса при травме груди.
5. Каков будет характер инфузионной терапии, объем гемотрансфузии, исходя из приведенных гематологических показателей?
6. Охарактеризуйте все необходимые пробы, сопряженные с гемотрансфузией.
7. Назовите показания и противопоказания к реинфузии крови. Техника ее выполнения.
8. Каковы возможные виды оперативных вмешательств на легком при его травматическом повреждении (в зависимости от характера травмы)?
9. Назовите основные показания к дренированию плевральной полости при травме груди. Техника его выполнения.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67 Хирургия (1 этап)**

**СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №30**

Больной Б., 42 лет, доставлен в хирургическое отделение с направительным диагнозом врача скорой помощи: “Острый аппендицит?”

Предъявляет жалобы на боли в животе, повторную рвоту. Заболел около 12 ч. назад, когда после приема большого количества виногрета возникли резкие боли в правой подвздошной области. Боли носят схваткообразный характер, была повторная рвота. Больной страдает запорами, принимает периодически слабительные средства. Ранее подобных болевых приступов не было.

В анамнезе операции по поводу калькулезного холецистита (2 года назад) и паховой грыжи (8 лет назад). Находится под наблюдением кардиолога поликлиники по поводу митрального порока сердца.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные. температура тела 36,5<sup>0</sup>С. Пульс 110 в минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД-110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены, определяется диастолический шум над верхушкой. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий. При пальпации живота в правой подвздошной области определяется болезненное, мягко эластической консистенции, опухолевидное образование овальной формы. Печень и селезенка не пальпируются, печеночная тупость сохранена. При аускультации - перистальтика кишечника несколько усилена. Стула не было 2 дня, дизурических расстройств нет. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки расширена, в просвете ее отмечается кровянистое, со слизью, содержимое.

- *Общий анализ крови:* Эр.-4,4 Т/л, Нв.-148 г/л, Л.-14,2 Г/л, п.-14, с.-62, э. - 1, л.-20, м.-4,

- *Общий анализ мочи:* уд.вес -1019 г/л, белок 0,1 г/л, сахар и ацетон не определяются

- *Глюкоза крови:* 5,8 ммоль/л

- *При обзорной рентгенографии брюшной полости* определяются единичные “чаши Клойбера” в тонком кишечнике.

**КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 30**

1. Ваш диагноз при поступлении больного (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Как Вы интерпретируете пальпируемое у больного в животе “опухлевидное образование”?
3. Какие дополнительные исследования могли бы уточнить диагноз?
4. С какими заболеваниями Вы будете дифференцировать имеющуюся патологию?
5. Охарактеризуйте сущность рассматриваемого заболевания, различные формы его.
6. Какую тактику лечения больного Вы выберете?
7. При решении вопроса в пользу консервативной терапии охарактеризуйте ее сущность.
8. При принятии решения об оперативном лечении дайте его обоснование, определите возможные варианты в выборе вида операции.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №1

1. Диагноз основной: ущемленная рецидивная паховая грыжа (слева).

Осложнения: острая кишечная непроходимость. Перитонит. Сопутствующий: ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь. Хронический геморрой.

2. Экстренная операция (по жизненным показаниям!).

3. Необходимо определить группу крови и резус-фактор, повторить ЭКГ со срочной консультацией терапевта-кардиолога (рекомендации в плане подготовки к операции и дальнейшего лечения). Исследовать в срочном порядке биохимические показатели крови: белок и электролиты крови, показатели КОС, мочевины и креатинин, коагулограмму, ЦВД и часовой диурез.

4. С учетом выраженной интоксикации, гиповолемии и обезвоживания необходимо провести предоперационную подготовку. В ограниченный период времени (1-2 ч.) следует провести интенсивную инфузионную терапию (1-1,5 л кристаллоидных и коллоидных растворов). Одновременно проводится целенаправленная терапия «фоновых» заболеваний, эвакуация содержимого желудка, катетеризация мочевого пузыря, премедикация.

5. Виды операций при паховых грыжах различаются по методу пластики грыжевых ворот: способы Жирара-Спасокукоцкого-Кимбаровского, Бассини, Кукуджанова, Мак-Вея, Шулдиса, Постемпского и др. В данном случае целесообразно использование метода Постемпского.

6. Следует выполнить срединную лапаротомию и произвести резекцию нежизнеспособной петли кишки. Операцию следует закончить наложением одно или двухствольной временной сигмостомы. Восстановление непрерывности кишки в условиях острой кишечной непроходимости представляет большой риск. Грыжевые ворота можно ушить со стороны брюшной полости.

7. Основные принципы ведения послеоперационного периода: 1) адекватное обезболивание; 2) инфузионная дезинтоксикационная терапия в объеме физиологической потребности (до восстановления моторной функции кишечника); 3) антибактериальная терапия; 4) профилактика пневмонии, сердечно-сосудистых и тромбоэмболических осложнений; 5) уход за колостомой.

8. Перитонит, острая сердечно-сосудистая недостаточность, пневмония, тромбозы глубоких вен конечностей и тромбоэмболии, острая задержка мочи, раневые осложнения.

9. Следует думать о тромбоэмболии ветвей легочной артерии (инфаркте легкого). Необходима дифференциальная диагностика с инфарктом миокарда, крупозной пневмонией, спонтанным пневмотораксом. Диагностические исследования (ЭКГ, рентгенография грудной клетки) недостаточно информативны. Наиболее точным и надежным методом диагностики ТЭЛА является ангиография легких.

Существуют 2 метода лечения: хирургический и консервативный. В широкой хирургической практике методом выбора при лечении этих больных остается проведение настойчивых реанимационных мероприятий в сочетании с экстренной медикаментозной тромболитической терапией. В комплексе лечебных мероприятий особое место занимает терапия гепарином, фибринолитическими препаратами и тромболитиками (стрепто- и урокиназа). Для усиления действия целесообразнее вводить их селективно в легочную артерию через зонд.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №2**

1. Диагноз основной: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.  
Осложнения: рубцовый пилородуоденальный стеноз в стадии декомпенсации.  
Сопутствующий: послеоперационная вентральная грыжа.
2. Определение в крови показателей общего белка и его фракций, электролитов, глюкозы, билирубина, АЛТ и АСТ, амилазы, мочевины, креатинина, КОС, коагулограммы.  
Специальные исследования: УЗИ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование желудка и легких.
3. Дифференциальный диагноз проводят со стенозом привратника blastоматозного генеза, с функциональным пилороспазмом, сдавлениями выходного отдела желудка извне, гастроптозом, дуоденостазом.
4. Основные метаболические нарушения: обезвоживание, гипохлоремия, гипокалиемия, азотемия, гипопротейнемия, алкалоз (так называемый гуморальный синдром). Эти нарушения (алкалоз в сочетании с азотемией) могут привести к коме и стать причиной смерти больного.
5. При алкалозе уровень ионизированного кальция снижается (вследствие присоединения  $Ca^{++}$  к альбумину). В результате дисэлектролитемии изменяется нервно-мышечная возбудимость и развивается т.н. гастрогенная тетания. На фоне судорог обычно происходит потеря сознания с развитием гипохлоремической (хлоргидропенической) комы. Из-за задержки азотистых шлаков это состояние иногда называют хлоропривной уремией. Неотложная терапия состоит в незамедлительном внутривенном введении 10% раствора хлорида натрия (40-60 мл) с переходом на капельное введение физиологического раствора, глюкозо-калиевой смеси, витаминов С, гр. В, белковых препаратов.
6. В зависимости от степени нарушения моторно-эвакуаторной функции желудка и общего состояния больного ПДС принято делить на 3 стадии: компенсированную, субкомпенсированную и декомпенсированную (изложить подробно клинко-рентгенологическую характеристику этих стадий).
7. Лечение, независимо от тяжести клинических проявлений, только оперативное, поскольку процесс рубцевания при ПДС носит прогрессирующий и необратимый характер.
8. Операцию при ПДС проводят только после комплексной предоперационной подготовки (в течение 1-2 недель), включающей: 1) коррекцию волевических, водно-электролитных и кислотно-основных нарушений; 2) парентеральное питание; 3) систематическую декомпрессию желудка; 4) прогивозязвенное лечение. Критерии эффективности подготовки: самочувствие больного; состояние гемодинамических, гематологических и биохимических показателей.
9. При ПДС применяются и резекционные, и органосохраняющие операции. При декомпенсированном стенозе чаще выполняются резекция 2/3 желудка или антрумэктомия с ваготомией. При компенсированном и субкомпенсированном стенозах – операцией выбора является СПВ в сочетании с дуодено-(пилоро)пластикой.
10. Устранение грыжи при заживании лапаротомной раны.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ №3**

1. Диагноз основной: цирроз печени  
Осложнения: синдром портальной гипертензии, кровотечение из расширенных вен пищевода, анемия. Асцит.  
Сопутствующий: хронический бронхит. Миома матки.
2. Рентгеноскопия пищевода и желудка, спленопортография или трансумбиликальная портогепатография, ФГДС. Исследование следует начинать с эзофагогастроскопии.
3. Портогепатография. Используются 2 способа: спленопортография, трансумбиликальная портогепатография.
4. Консервативное лечение, срочное дообследование на фоне интенсивной терапии.
5. Клинические показатели крови. число тромбоцитов, коагулограмму, электролиты крови. общий белок и белковые фракции крови. функциональные пробы печени.
6. Голод до полной остановки кровотечения и еще 2-3 дня после этого; инфузионная дезинтоксикационная терапия и парентеральной питание; возмещение кровопотери: снижение портального давления (применение питуитрина); применение ингибиторов фибринолиза; применение обтуратора (зонда Блекмора).
7. Цирроз Пика сердечного происхождения; болезнь Бадда-Хиари (тромбоз печеночных вен); синдром Бадда-Хиари (тромбоз нижней полой вены на уровне печеночных вен или выше); сдавление опухолью, рубцами.
8. Гипертонический криз в портальной системе; патологические изменения слизистой оболочки желудка и пищевода вследствие пептического воздействия; нарушения свертывающей системы крови.
9. Лапаротомия, гастростомия с прошиванием варикозных вен кардии и абдоминального отдела пищевода.
10. При наличии гиперспленизма.
11. Портокавальные анастомозы: мезентерико-кавальный и спленоренальный.

**Председатель ГЭК**

**Зав. кафедрой**



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 4**

1. Диагноз основной: сахарный диабет, II тип, тяжелая форма, субкомпенсированный.  
Осложнения: хроническая ишемия нижних конечностей, гангрена первого пальца левой стопы.

Сопутствующий: острая левосторонняя полисегментарная пневмония. Последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения (правосторонний гемипарез). ИБС, атеросклероз, гипертоническая болезнь II степени. Хронический парапроктит.

2. Реовазография, ангиография, объемная сфигмография, термография, ультразвуковая доплерография.

3. У больной 4-я стадия ишемии нижних конечностей.

4. Быстрое прогрессирование на фоне диабета и гипертонии: поражение дистальных сосудов: сохранение пульса на нижних конечностях.

5. Комплексное консервативное лечение, включающее в себя антибиотики, средства, улучшающие микроциркуляцию и реологические свойства крови, антикоагулянты, спазмолитики, внутриартериальные инфузии лекарственных веществ. Цель лечения – ограничить зону некроза и избежать ампутацию конечности.

6. 1) прямая транслюмбальная аортография (по Дос-Сантосу).

2) ангиография по Сельдингеру через бедренную, аксиллярную и плечевую артерии.

7. 1) изъеденность внутренних контуров артерий;

2) извитость сосудов;

3) наличие выраженных коллатералей;

4) наличие сегментарной окклюзии и стенозов.

8. Хирургическое лечение применяется во всех стадиях, кроме 1-й – функциональной. 3 вида операций: 1) реконструктивные: эндартеризэктомии, резекции с протезированием, обходное шунтирование (при сегментарных формах окклюзий); 2) паллиативные (различные виды симпатэктомий); 3) органоуносящие (ампутации).

9. При 3 стадии.

10. Причина в неверной хирургической тактике в остром периоде – ограничение вмешательства вскрытием гнояника без санации входных ворот инфекции (т.е. без ликвидации будущего внутреннего отверстия свища).

11. Диагностические действия направлены на уточнение локализации внутреннего отверстия свища, особенностей его хода (введение метиленового синего в свищ, зондирование свищевого хода, фистулография, аноскопия и ректороманоскопия).

Выбор метода хирургического вмешательства проводится дифференцированно в зависимости от типа свища – его отношения к сфинктеру, наличия воспалительных процессов в параректальной клетчатке, состояния тканей в зоне внутреннего отверстия свища (иссечение свища в просвет прямой кишки, иссечение свища с ушиванием глубоких слоев раны, лигатурный метод).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 5**

1. Диагноз основной: острый деструктивный панкреатит.  
Осложнения: парапанкреатит, ферментативный разлитой перитонит.  
Сопутствующий: хронический калькулезный холецистит. Артериальная гипертония II Б. Диффузно-узловой эутиреоидный зоб 3 ст. Миома матки 8 нед. беременности.
2. Тактика активно-выжидательная (с комментариями).
3. Эндоскопические признаки эрозивного гастродуоденита, синдрома Меллори-Вейса. Косвенные признаки острого панкреатита.
4. Болевой синдром. Синдром эндогенной интоксикации. Синдром ферментной токсемии. Синдром гиповолемии. Синдром гемодинамических нарушений и др.
5. Посиндромная медикаментозная терапия (охарактеризовать конкретные назначения посиндромного характера).
6. 1. Наличие явных признаков холангиогенного панкреатита (желтуха, конкременты в желчных путях); 2. Нарастающая интоксикация и прогрессирование перитонита несмотря на интенсивную терапию. При наличии эндоскопической службы оперативное вмешательство лучше выполнить лапароскопическим путем.
7. Гемограмма – гликемия – МСМ – амилаза – липаза – щелочная фосфатаза – билирубин – мочевины и креатинин плазмы – динамическое УЗИ.
8. Гнойный парапанкреатит, гнойный оментобурсит, флегмона забрюшинной клетчатки, гнойный перитонит, аррозивные кровотечения, межорганные свищи.
9. УЗИ дренирование, УЗИ декомпрессия желчных путей, инфузионные и антибактериальные доступы (внутривенный, аортальный, эндолимфатический, внутрипортальный), ЭПСТ, назобиллиарное дренирование, лапароскопические оперативные вмешательства.
10. При наличии поздних гнойных осложнений.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 6

1. Диагноз основной: закрытая травма груди. Закрытый перелом 6, 7, 8 ребер справа с повреждением ткани легкого.

Осложнения: закрытый пневмоторакс справа. Ограниченная подкожная эмфизема. Посттравматическая острая эмпиема плевры справа. Гнойный трахеобронхит. Острый делирий смешанного генеза (алкогольный – интоксикационный).

Сопутствующий: очаговый туберкулез верхней доли левого легкого в фазе уплотнения.

2. С-мы дыхательной недостаточности, эндогенной интоксикации, гемодинамических нарушений.

3. Торакоскопическая санация плевральной полости, дренирование плевральной полости с активной аспирацией, санация трахеобронхиального дерева, ежедневный R-контроль.

4. Посиндромная медикаментозная терапия. (Конкретизировать при ответе).

5. Кровохарканье, подкожная эмфизема (особенно при наличии перелома ребер), отсутствие или снижение дыхания на пораженной стороне.

6. Закрытый пневмоторакс.

7. Дренирование плевральной полости с активной аспирацией.

8. Торакоскопическая санация плевральной полости.

9. Грамотрицательная палочковая флора.

10. Ателектаз-пневмония справа, аспирационная пневмония слева, флегмона грудной стенки справа, гнойный перикардит, флебит подключичной вены.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 7

1. Диагноз основной: язвенная болезнь ДПК.  
Осложнения: желудочно-кишечное кровотечение, постгеморрагическая анемия.  
Сопутствующий: мочекаменная болезнь, хронический пиелонефрит. Туберкулез легких.
2. С учетом отсутствия активного кровотечения, отказа больного от операции, тактику следует определить как активно-выжидательную.
3. У больного кровопотеря средней степени (по трехстепенной классификации).
4. Эндоскопический гемостаз включает: орошение язвы ледяной водой, абсолютным спиртом, обкалывание язвы солкосерилом, ронколейкином, электрокоагуляцию, нанесение циоакрилатного клея.
5. Катетеризация центральной вены; эндоскопическая коагуляция язвы; инфузия крови, плазмы и кровезаменителей в объеме, превышающем кровопотерю в 1,5 раза; парентеральное введение противоязвенных препаратов (H<sub>2</sub>-блокаторов); гемостагическая терапия.
6. Размеры язвы; тяжесть перенесенного кровотечения; эндоскопические признаки неустойчивого гемостаза (красный тромб, тромбированный сосуд на дне язвы; глубокая пенетрирующая язва с рыхлым тромбом).
7. Рецидив кровотечения в условиях стационара является абсолютным показанием для экстренной операции.
8. Наиболее целесообразной операцией будет дуоденопластика. Если состояние больного позволит, следует также выполнить СПВ.
9. В послеоперационном периоде главное внимание должно быть уделено коррекции водно-электролитного и белкового баланса. Для этого необходимо внутривенное введение белковых коллоидов и кристаллоидов в соотношении 1:3 или 1:2, продолжать коррекцию гемодинамических и гематологических показателей путем переливания плазмы и крови.
10. По классификации Ю.Е. Березова можно выделить 6 групп заболеваний: 1) болезни желудка и ДПК; 2) общие заболевания, сопровождающиеся изъятиями желудка и ДПК (острые язвы); 3) болезни прилежащих к желудку органов (грыжи ПОД, опухоли, прорастающие в желудок); 4) болезни, вызывающие портальную гипертензию; 5) болезни сосудов; 6) геморрагические язвы и болезни крови.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 8**

1. Диагноз основной: болезнь оперированного желудка: синдром приводящей петли средней степени тяжести.

Осложнения: анемия, гипопроотеинемия.

Сопутствующий: послеоперационная вентральная грыжа. ИБС, стенокардия напряжения, II ф. кл. Хронический стазовый колит.

2. Возможны 2 группы факторов: 1) механические (спайки, перегибы приводящей петли и т.д.); 2) функциональные (нарушения моторной функции ДПК, дискинезия желчных путей и ДПК и т.д.).

3. Диагностика синдрома приводящей петли основывается на рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта. Рентгенологическими признаками синдрома являются длительная задержка контраста в приводящей петле тощей кишки, расширение этой петли кишки и нарушение ее перистальтики.

4. 1) функциональные расстройства (демпинг-синдром, гипогликемический синдром, синдром приводящей петли (функц. этиологии), пострезекционная астения, синдром малого желудка);

2) органические (пептическая язва, синдром приводящей петли, хронический панкреатит, рак культи желудка);

3) смешанные расстройства.

5. Пептическая язва анастомоза.

6. Рецидив язвы; демпинг-синдром; диарея; гастростаз; дисфагия, рефлюкс-гастрит; холелитиаз.

7. Возможности консервативной терапии этого синдрома ограничены: устранение анемии, гипопроотеинемии, водно-электролитных нарушений, противовоспалительная терапия. После дообследования и подготовки больному следует выполнить оперативное лечение.

8. Необходимо устранить условия, способствующие застою содержимого в приводящей петле кишки. Основные реконструктивные операции: 1) реконструкция терминолатерального гастроэюнального анастомоза в У-образный анастомоз (по Ру); 2) различные виды дренирования двенадцатиперстной кишки в виде дуоденоэюноанастомозов; 3) гастрэюнодуоденопластика по Захарову-Хенли (или различные ее модификации).

9. Необходимо устранение грыжи одновременно с реконструктивной операцией на желудке.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 9**

1. Диагноз основной: тупая травма живота с повреждением внутренних органов. Закрытый перелом 8-9 ребер слева.

Осложнения: внутрибрюшное кровотечение, анемия, шок III ст.

Сопутствующий: -

2. При повреждении полого органа: напряжение мышц передней брюшной стенки; притупление перкуторного звука в отлогих местах живота; положительные симптомы раздражения брюшины: определение свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости).

При повреждении паренхиматозного органа: затрудненное поверхностное дыхание; выраженная гипотензия; симптом «Ваньки-встаньки»; симптом Куленкампа; симптом Менделя (болезненность при перкуссии передней брюшной стенки); наличие притупления в отлогих местах живота; снижение величины гематологических показателей.

3. УЗИ грудной клетки и брюшной полости; лапароскопия; торакоскопия; исследование клинических и биохимических показателей крови.

4. Выделяют изолированные, множественные, сочетанные и комбинированные повреждения. В данном наблюдении мы имеем дело с сочетанным повреждением.

5. Анализ мочи катетером, обзорная рентгенография почек (стертость или отсутствие тени края подвздошно-поясничной мышцы свидетельствует о наличии забрюшинной гематомы); экскреторная урография; хромоцистоскопия; УЗИ почек.

6. Показания: нечеткая клиническая картина повреждения внутренних органов, особенно при тяжелой сочетанной травме или при алкогольном опьянении пострадавшего (при отсутствии возможности лапароскопического исследования). Используется методика «шарящего катетера». Для обнаружения крови или другой жидкости в брюшной полости ее должно быть не менее 250-300 мл.

7. Необходимо экстренное оперативное вмешательство (по жизненным показаниям).

8. Следует остановить кровотечение путем прижатия связки у ворот селезенки. Одновременно собрать кровь в брюшной полости черпаками или аспирационным методом в стерильную банку (для реинфузии). Производится спленэктомия, туалет брюшной полости (промывание и осушивание). Лапаротомная рана ушивается с дренированием силиконовой трубкой левого поддиафрагмального пространства.

9. Кровь излившуюся в брюшную полость, собирают и фильтруют через 8 слоев стерильной марли. Стабилизация: 1000 ед. гепарина на 0,5 л крови. При нахождении крови в серозных полостях более 6 часов наступает ее фибринолиз, такую кровь можно переливать без применения стабилизирующих средств. При подозрении на гемолиз (позже 16 ч. с момента травмы) следует произвести пробу Гемпеля: центрифугирование крови в течение 5 минут с макроскопической оценкой прозрачности и цвета плазмы. Кровь, инфицированную содержимым полого органа, переливать нельзя.

10. Разрыв паренхимы органа с более поздним разрывом капсулы. Промежуток времени между моментом травмы и кровотечением при этом может составлять от нескольких часов до нескольких недель.

11. Необходимо провести пролонгированное обезболивание для восстановления нормальной экскурсии грудной клетки. Это предотвращает развитие посттравматической пневмонии.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 10

1. Диагноз основной: рак пищевода.

Осложнения: кровотечение, анемия.

Сопутствующий: ИБС, стенокардия напряжения. Гипертоническая болезнь (анамнестически). Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей, трофическая язва правой голени.

2. Эзофагоскопия с биопсией опухоли, цитологическое исследование промывных вод и соскобов со слизистой пищевода.

3. Лечение оперативное. Обоснованием оперативного лечения является отсутствие признаков запущенности процесса (2 стадия, T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>) и тяжелых сопутствующих заболеваний.

4. Химические ожоги и их последствия (эзофагиты, язвы, рубцовые изменения), ахалазия кардии (кардиоспазм), лейкоплакия пищевода, папилломы, дивертикулы пищевода.

5. Осиплость голоса, симптом Горнера, полная непроходимость пищевода, наличие пищеводно-плеврального свища, увеличенные подключичные л/узлы.

6. Резекцию пищевода с одномоментным наложением внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза под дугой аорты. Доступы: абдоминальный чрездиафрагмальный по Савиных, комбинированный абдомино-торакальный, торакальный.

7. Паллиативные операции: реканализация опухоли лавсановым протезом (эндопротезирование), наложение гастростомы.

8. Часто опухоли этой локализации (особенно верхней трети) неоперабельны. Две основные операции: 1) экстирпация пищевода по Торему с последующей эзофагопластикой; 2) резекция пищевода с одномоментным внутривидеальным эзофагогастроанастомозом (операция Льюиса).

9. Показания: локализация рака в шейном и верхнегрудном отделах пищевода; пожилой возраст больного с низкими функциональными возможностями; наличие иноперабельной опухоли.

Противопоказания: тяжелые заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной системы, паренхиматозных органов, центральной нервной системы; при распаде опухоли, кровотечении.

10. У больной – посттромботическая болезнь, хроническая венозная недостаточность. Опасность этой патологии в возможности потенцирования послеоперационных тромбозомболических осложнений, поэтому необходима специфическая и неспецифическая профилактика этих осложнений.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 11**

1. Диагноз основной: острый деструктивный холецистит.

Осложнения: местный перитонит.

Сопутствующий: ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II ст. Пневмосклероз. Сахарный диабет, тяжелая форма, некомпенсированный.

2. Симптомы Грекова-Ортнера, Мерфи, Мейо-Робсона, Мюсси-Геогиевского, увеличение печени, наличие свободной жидкости в брюшной полости.

3. Биохимические исследования крови (содержание билирубина, амилазы, глюкозы, общего белка и его фракций, трансаминаз, мочевины, креатинина, определение группы крови и резус-принадлежности. Часть из них невозможно выполнить срочно, однако их результаты определяют характер последующего лечения.

ФГДС с осмотром БДС. УЗИ гепатобилиарной зоны и почек, ЭКГ. Консультации терапевта, эндокринолога, гинеколога.

4. Необходимо проведение интенсивной дезинтоксикационной терапии, совмещенной с коррекцией гликемии, артериальной гипертензии, сердечной патологии в течение 1-2 суток. При отсутствии заметного улучшения и с учетом состояния воспалительного процесса в желчном пузыре (по данным повторного УЗИ) – оперативное лечение (срочная холецистэктомия). Целесообразен эндоскопический вариант операции.

5. Экстренные операции выполняются при наличии разлитого перитонита (через 2-3 ч. с момента госпитализации); срочные – при отсутствии эффекта от консервативного лечения (в течение 1-2 суток); ранние отсроченные – после стихания острых воспалительных явлений (на 5-7 сутки); плановые – в период отсутствия признаков обострения процесса.

6. Холецистэктомия с наружным дренированием холедоха, санация и дренирование брюшной полости.

7. Показания: механическая желтуха, холангит, мелкие камни и замазкообразные массы в холедохе, холецистопанкреатит, после выполнения холедохолитотомии, после выполнения операционной папиллосфинктеропластики. Способы: Холстеда-Пиковского, Вишневского, Кера.

8. После предварительной фистулохолангиографии, при отсутствии желчестаза - на 10-14 день после операции.

9. Борьба с инфекцией, коррекция волевических нарушений, нормализация водно-электролитного баланса, поддержание нормального уровня гликемии, профилактика легочных осложнений, нормализация деятельности сердечно-сосудистой системы, профилактика печеночно-почечной недостаточности.

10. Перивезикальный абсцесс, водянка или эмпиема желчного пузыря, гнойный перитонит, холедохолитиаз, холангит, панкреатит, желтуха, наружные и внутренние свищи желчного пузыря, желчнокаменная кишечная непроходимость.

11. Возникли признаки острого тромбоза глубоких вен голени. Необходимо проверить симптомы Хоманса, Мозеса, Дювернуа. Лечение консервативное: гепаринотерапия, компрессионное бинтование нижних конечностей и др.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 12**

1. Диагноз основной: рак слепой кишки.  
Осложнения: частичная кишечная непроходимость, кишечное кровотечение, анемия.  
Сопутствующий: ИБС, стенокардия напряжения, гипертоническая болезнь II ст.; варикозное расширение вен н/конечностей: хронический геморрой.
2. С аппендикулярным инфильтратом, туберкулезом кишечника, дивертикулезом ободочной кишки, болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом, спасочной болезнью, полипами и полипозом толстой кишки.
3. Ирригоскопия, колоноскопия с биопсией опухоли.
4. Рентгенографию легких, КТ брюшной и грудной полостей, УЗИ органов брюшной полости, лапароскопию, определение группы крови и резус фактора, клиническое и биохимическое исследование крови, коагулограммы, ЭКГ. Консультация терапевта и гинеколога.
5. Сужение просвета кишки, дефект наполнения, изменение рельефа слизистой оболочки, расширение кишки выше пораженного участка.
6. Общая подготовка: восполнение ОЦК, коррекция нарушений белкового и водно-электролитного обменов; сердечно-сосудистая терапия; коррекция сопутствующей патологии. Специальная подготовка кишечника: в течение 3-5 дней бесшлаковая диета, слабительные средства и клизмы (2 р. в сутки), можно применить метод ортоградного промывания всего кишечника.
7. 3 стадия - по отечественной классификации; T<sub>3</sub> N<sub>x</sub> M<sub>0</sub> P<sub>4</sub> – по международной.
8. Правостороннюю гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом.
9. Радикальные операции: левосторонняя гемиколэктомия; резекция поперечно-ободочной кишки; резекция сигмовидной кишки; операция Гартмана. Паллиативные операции: обходные анастомозы и колостомы.
10. Возможные осложнения: непроходимость кишечника, кровотечение, перифокальные инфильтраты (абсцессы), перфорация опухоли или стенки кишки выше опухоли. При осложнениях – предпочтение многомоментным (2-3) операциям.
11. О тромбоэмболии легочной артерии. Срочно на месте произвести ЭКГ, рентгенографию грудной клетки. Лечение: обезболивание, фибринолитическая и антикоагулянтная терапия, сердечно-сосудистые средства (как при инфаркте миокарда). Если не решен вопрос об экстренном удалении тромба-эмбола из легочной артерии, то – тромболитическая терапия.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 13**

1. Диагноз основной: рак прямой кишки.  
Осложнения: ректальное кровотечение, анемия.  
Сопутствующий: ИБС; гипертоническая болезнь II ст. Варикозное расширение вен н/конечностей.
2. Ректороманоскопия, колоноскопия, ирригография. Биопсия из ткани опухоли для гистоисследования при ректороманоскопии (из края очага на границе с неизменной слизистой).
3. УЗ-сканирование печени и придатков матки, лапароскопия, тазовая ангиография и лимфография, рентгеноскопия легких, ЭКГ, урография и цистография, обследование гинеколога, терапевта, уролога.
4. О 2 стадии (по течественной классификации); T<sub>1</sub>N<sub>x</sub>M<sub>0</sub>P<sub>12</sub> – по международной классификации.
5. Брюшно-анальную резекцию прямой кишки с низведением ободочной кишки.
6. Брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, передняя резекция прямой кишки, операция Гартмана, промежностная ампутация.
7. Паллиативные операции: наложение колостомы на сигмовидную или поперечно-ободочную кишку; паллиативные экстирпации или резекции; экономные операции (трансанальное иссечение или электрокоагуляция опухоли).
8. Под операбельностью понимают отношение числа оперированных больных к общему числу обратившихся или госпитализированных; под резектабельностью – отношение числа радикально оперированных к общему числу оперированных. Экономные операции – иссечение опухоли в пределах здоровой ткани (трансанальное иссечение или резекция с формированием ректоанального анастомоза). Расширенные операции – удаление вместе с прямой и сигмовидной кишкой пораженных л/узлов II и III порядка (аортотазовоподвздошная лимфаденэктомия). Комбинированные операции – удаление прямой кишки и другого вовлеченного в опухолевый процесс органа (матки, мочевого пузыря, тонкой кишки, печени и т.д.).
9. Об остром илеофemorальном тромбозе.
10. Консервативная терапия: постельный режим с приподнятым положением конечности. Лечение направлено на предотвращение распространения тромбоза, растворение тромбов, устранение спазма сосудов, борьбу с воспалением, снятие болей. Применяются: гепарин, фибринолизин, никотиновая кислота, стрептокиназа, антибиотики, анальгетики и спазмолитики.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 14**

1. Диагноз основной: острый деструктивный аппендицит.  
Осложнения: -  
Сопутствующий: ревматизм, неактивная фаза. Митральный порок сердца.  
Хроническое воспаление матки и придатков. Мастопатия.
2. Острый флегмонозный аппендицит, местный неограниченный перитонийт.
3. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова, Воскресенского, Коупа, Пастернацкого, «токсических ножниц», исчезновение печеночной тупости.
4. Необходимо исследование общего анализа крови, глюкозы крови, анализа мочи, амилазы мочи. Следует выяснить гинекологический анамнез и произвести вагинальное (ректальное) исследование, выполнить ЭКГ. В данном наблюдении необходима консультация терапевта, гинеколога, инфекциониста и анестезиолога.
5. Экстренная операция.
6. 1) Режим активный: при отсутствии высокой температуры разрешить вставать и ходить на следующий день после операции; 2) пить разрешается в день операции, со второго – стол № 4<sup>а</sup>; 3) первые 2 дня после операции обезболивание – промедол, анальгин 3 р. в сутки. Антибактериальная терапия в микроирригатор – р-ры антибиотиков 2-3 р. в сутки в течение 3-4 дней; 4) при отсутствии самостоятельного стула на 3-4 сутки поставить гипертоническую микроклизму.
7. Инфильтрат Дугласова пространства, полностью не исключается и межкишечный абсцесс.
8. В начале необходима ревизия раны для исключения раневого осложнения (нагноение, инфильтрат). Обязательно производится: 1) пальцевое ректальное и вагинальное исследование; 2) рентгенологическое исследование гр. клетки и брюшной полости; 3) УЗИ брюшной полости; 4) анализы крови и мочи.
9. При плотном инфильтрате: 1) антибиотикотерапия; 2) дезинтоксикационная инфузионная терапия; 3) назначение теплых лечебных микроклизм; 4) ФТЛ.
10. Абсцедирование инфильтрата, что устанавливается по результатам ректального или вагинального исследования и клинико-лабораторным данным.  
Вид операции – вскрытие и дренирование абсцесса через задний свод влагалища.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 15

1. Диагноз основной: острая спаечная кишечная непроходимость.  
Сопутствующий: хронический пиелонефрит. Миома матки. Атеросклероз, атеросклеротический стеноз устья аорты.
2. Симптомы Склярова. Валя, Кивуля, Мондора, Воскресенского, Мейо-Робсона, исчезновение печеночной тупости.
3. Контрастное рентгенологическое исследование – прослеживание пассажа бариевой взвеси по кишечнику; УЗИ брюшной полости; исследование биохимических показателей крови (билирубин, амилаза, общий белок и белковые фракции, мочевины, креатинин).
4. С острым панкреатитом, перфоративной гастродуоденальной язвой, другими видами кишечной непроходимости.
5. Необходимы консультации терапевта, уролога, гинеколога, анестезиолога.
6. Консервативное лечение, динамическое наблюдение.
7. Опорожнение от содержимого и декомпрессия желудка; применение спазмолитиков; проведение двусторонней поясничной новокаиновой блокады; проведение инфузионной корригирующей терапии.
8. 1) у большинства больных с динамической кишечной непроходимостью; 2) при рецидивирующей форме спаечной непроходимости; 3) при ранних формах инвагинации кишок; 4) при обтурационной толстокишечной непроходимости.
9. Консервативные мероприятия обычно проводятся не более 3-4 ч. При нарастании интоксикации и клинико-рентгенологических признаков кишечной непроходимости необходимо срочное оперативное вмешательство.
10. 1) установление причины и уровня непроходимости; 2) устранение непроходимости кишечника; 3) определение показаний к резекции кишки и интубации кишечника; 4) ликвидацию (по возможности) заболевания, вызвавшего острую кишечную непроходимость; 5) санацию и дренирование брюшной полости.
11. Операцию интестинопластики (Нобля)

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 16

1. Диагноз основной: ущемленная правосторонняя паховая грыжа.

Осложнения основного: флегмона грыжевого мешка. Распространенный перитонит, токсическая стадия.

Сопутствующий – ИБС, постинфарктный кардиосклероз, гипертоническая болезнь. Аденома предстательной железы.

2. ЭКГ, анализы крови и мочи, глюкозу крови, группу крови и резус-принадлежность.

3. Экстренная операция.

4. Да! С учетом выраженной интоксикации, обезвоживания и гиповолемии. Цель ее в ограниченный период времени (около 1-1,5 ч.) лишь одна – устранение грубых нарушений макро- и микрогемодинамики путем кратковременной, но интенсивной инфузионной терапии. Объем ее 1-1,5 л (р-ры хлорида Na, глюкозы, реополиглюкина, сердечные препараты). Одновременно с этим производится эвакуация содержимого желудка (назогастральный зонд), катетеризация мочевого пузыря, бритье операционного поля.

5. С учетом имеющихся осложнений (флегмоны грыжевого мешка, перитонита) операция начинается с лапаротомии.

6. Срединная лапаротомия, резекция ущемленной петли кишечника, восстановление ее непрерывности, санация и дренирование брюшной полости, ушивание лапаротомной раны, рассечение тканей и дренирование области грыжи.

7. Резекция ущемленной петли кишечника в этой ситуации обязательна, т.к. наличие флегмоны свидетельствует о некрозе кишки. Размеры резецируемого сегмента кишки: около 50 см приводящего и 20 см отводящего ее отделов. Признаки жизнеспособности кишки оцениваются по окраске кишки, состоянию ее серозного покрова, пульсации сосудов брыжейки, наличию перистальтики петли кишки.

8. Постельный режим 2-3 дня; инфузионная дезинтоксикационная терапия в объеме физиологической потребности (2,5-3 л в сутки) до восстановления моторной функции кишечника; антибактериальная терапия; мероприятия, направленные на восстановление функции кишечника: ЛФК; профилактика пневмонии, тромбоэмболических осложнений. Дренажные трубки из брюшной полости удаляются на 4-е сутки, швы на ране снимаются на 8-10 сутки.

9. Перитонит, острая сердечно-сосудистая недостаточность, пневмония, тромбоэмболия легочной артерии, острая задержка мочи.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 17**

1. Диагноз основной: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.  
Осложнения: перфорация язвы, разлитой перитонит.  
Сопутствующий: бронхоэктагическая болезнь. Варикозное расширение вен нижних конечностей. трофическая язва левой голени.
2. Клинические симптомы: «доскообразный» живот, отсутствие печеночной тупости (симптом Жобера), болезненность при ректальном исследовании, пригупление в правом боковом канале и правой подвздошной ямке, отсутствие перистальтических шумов кишечника, резко выраженный симптом Щеткина-Блюмберга.
3. Обзорную рентгенографию брюшной полости, лапароскопию, УЗИ брюшной полости и почек.
4. В клиническом течении типичных перфоративных язв выделяют 3 периода (фазы), очень важные с точки зрения диагностики: первый период (фаза шока) – до 6 ч. от начала перфорации, второй период (фаза мнимого благополучия) длится 6-12 ч., третий период – фаза разлитого перитонита. Классические признаки заболевания характерны для начального периода.
5. Экстренная операция по жизненным показаниям.
6. С учетом небольших сроков заболевания предоперационная подготовка совпадает с преданаркозной: премедикация, доступ к крупной вене (подключичной), декомпрессия желудка с помощью назогастрального зонда, введение мочевого катетера для учета почасового диуреза. Инфузионная терапия проводится на операционном столе (в течение 30-60 мин.) во время подготовки к обезболиванию и продолжается во время операции.
7. Наиболее целесообразной операцией нужно считать дуоденопластику. Целесообразно одновременно выполнить СПВ.
8. Инфузионную терапию (в течение 3-4 суток) в объеме 45-50 мл/кг в сутки, с включением в нее белковых препаратов, дезинтоксикационных и глюкозо-электролитных смесей; обезболивание; антибактериальную терапию: декомпрессию желудка и кишечника; неспецифическую профилактику тромбозмембральных осложнений и осложнений со стороны легких.
9. О поддиафрагмальном абсцессе.
10. Клинические признаки: часто вынужденное положение больного (на боку, иногда полусидя); ослабление дыхания при аускультации нижних отделов легких; болезненность при надавливании на IXXI ребра.  
Рентгенологические признаки: высокое стояние купола диафрагмы на стороне поражения; ограничение ее подвижности; сочувственный выпот в плевральной полости. УЗИ подпеченочного и поддиафрагмального пространства. Наличие уровня жидкости с полоской газа над ним под диафрагмой.  
Лечение хирургическое – вскрытие и дренирование гнойника. Предпочтительнее пункционное дренирование гнойника под контролем УЗИ (КТ).
11. Осложнения со стороны брюшной полости: прогрессирование перитонита или развитие послеоперационного перитонита; абсцессы различной локализации; ранняя спаечная кишечная непроходимость; послеоперационный панкреатит.  
Раневые осложнения: инфильтраты, сгустки, гематомы, нагноение.  
Осложнения со стороны других органов и систем: пневмонии, плевриты, тромбозы вен и тромбозмембральные.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 18**

1. Диагноз основной: скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.  
Осложнения: эрозивный рефлюкс-эзофагит. Пищеводное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.  
Сопутствующий: язвенная болезнь ДПК (ст. рубцевания язвы). ИБС, стенокардия напряжения (анамнестически).
2. Обзорную и контрастную рентгеноскопию и рентгенографию пищевода и желудка в различных положениях больного.  
Рентгенодиагностика грыж ПОД складывается из прямых и косвенных признаков.  
Прямые признаки связаны с обнаружением газового пузыря желудка или части желудка над диафрагмой.  
Косвенные признаки: уменьшение или исчезновение газового пузыря желудка под диафрагмой; высокое впадение пищевода в желудок; зияние кардиального отверстия с забрасыванием контрастного вещества в пищевод и др. Особенно наглядно перемещение желудка выше уровня диафрагмы и недостаточность кардии определяются в положении Тренделенбурга с дозированной компрессией живота.
3. 1) Эзофагоманометрию (определяется смещение зоны повышенного давления вверх от уровня диафрагмы); 2) внутривнутрипищеводную рН-метрию (определяется наличие желудочно-пищеводного рефлюкса по степени снижения рН); 3) сцинтиграфию пищевода (для определения степени желудочно-пищеводного рефлюкса).
4. Боли в эпигастрии, под мечевидным отростком или за грудиной; изжога; срыгивание; отрыжка; дисфагия. Реже - рвота, тошнота, повышенное слюноотделение, икота.  
Все клинические симптомы заболевания обусловлены расстройством клапанной функции кардии (недостаточностью кардии).
5. С другими видами грыж диафрагмы (прежде всего с параэзофагеальной грыжей), с рубцовой стриктурой пищевода, раком пищевода и кардиального отдела желудка, полипами пищевода и желудка, синдромом портальной гипертензии, язвенной болезнью желудка, ИБС, стенокардией.
6. Пептический эзофагит, язвы пищевода, стриктуры, пищеводные кровотечения (явные или скрытые), рубцово-воспалительное укорочение пищевода.
7. Лечение аксиальных грыж в основном консервативное, направленное на предотвращение эзофагита: щадящая диета, не принимать пищу менее чем за 3 ч. до сна; снизить вес; прекратить курение; запретить работу, связанную с наклонами туловища. Наряду с режимными мероприятиями проводят комплексное медикаментозное лечение (антацидные, вяжущие и обволакивающие средства; препараты метаклопрамида, мотилиум и другие прокинетики; блокаторы H<sub>2</sub>-рецепторов, омепразол).
8. Хирургическое лечение показано: 1) при развитии таких осложнений, как язва, стриктура, повторные кровотечения; 2) при отсутствии заметного эффекта от консервативного лечения у больных с выраженными симптомами рефлюкс-эзофагита; 3) при сочетании грыжи с другими заболеваниями верхнего отдела пищеварительного тракта.
9. Сущность операции - в закрытии грыжевого дефекта (крупорографии) и восстановлении замыкательной функции пищеводно-желудочного соединения. Используется, как правило, операция фундопликации по Ниссену (окутывание нижней части пищевода дном желудка на 360°).
10. С учетом имеющихся осложнений (пептический эзофагит, кровотечение) и сопутствующей патологии (язва ДПК) следует предложить больному оперативное лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой

Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 19**

1. Диагноз основной: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.  
Осложнения: механическая желтуха.  
Сопутствующий: ИБС, гипертоническая болезнь. Варикозное расширение вен н/конечностей.
2. С опухолью головки поджелудочной железы; со всеми заболеваниями, сопровождающимися желтухой.
3. Определить группу крови и резус-принадлежность, коагулограмму, ионограмму.  
Лабораторная диагностика включает также исследование холестерина крови, В-липопротеидов, щелочной фосфатазы, трансаминаз (АСТ и АЛТ), уровня амилазы, осадочных проб (тимоловая и др.), мочевины и креатинина.
4. Наличие симптома Курвуазье.
5. Методы прямой холангиографии (ЧЧХГ, ЭРХПГ и др.).  
Больной необходимо выполнить ЭРХПГ.
6. Гнойный холангит; абсцессы печени; гепатит; билиарный цирроз печени; печеночная недостаточность; гепаторенальный синдром; холемические кровотечения.
7. Необходимо хирургическое лечение.
8. Оперативное вмешательство следует осуществить в течение 3-5 дней с момента госпитализации. Предпочтение следует отдать эндоскопическим методам операции: первый этап - эндоскопическая ПСТ с восстановлением желчотока; второй этап - лапароскопическая холецистэктомия после устранения желтухи и при стабильном состоянии больной. Более травматичен и чреват осложнениями вариант открытого оперативного вмешательства - холецистэктомия, холедохолитотомия и необходимое дренирование желчных путей.
9. Панкреатодуоденальная резекция; холедохоеюностомия, гепатикоеюностомия.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 20**

1. Диагноз основной: острый аппендицит?  
Осложнения: аппендикулярный инфильтрат.  
Сопутствующий: ИБС, Гипертоническая болезнь. Хронический колостаз.
2. Больную необходимо срочно направить в хирургический стационар.
3. Тактика консервативно-выжидательная. Необходимо постоянное наблюдение за клиническим течением болезни, динамикой лабораторных показателей.
4. Анализы крови и мочи (в динамике), определение группы крови и резус-принадлежности, биохимические показатели (билирубин, амилазу, щелочную фосфатазу, трансаминазы, мочевины, креатинин, коагулограмму и ионограмму); УЗИ органов брюшной полости и инфильтрата (в динамике).
5. Инфекциониста, онколога, уролога, терапевта, гинеколога.
6. С заболеваниями ободочной кишки (раком, болезнью Крона, дивертикулезом, полипозом, неспецифическими колитами). Ирригография и колоноскопия (при отсутствии динамики в течение 1-2 недель).
7. Постельный режим, легкоусвояемая диета, холод на область инфильтрата (после нормализации температуры тела и при отсутствии болей - ФТЛ). Введение антибиотиков многие считают нецелесообразным. Сроки лечения определяются характером течения болезни.
8. Возникновение признаков абсцедирования инфильтрата или распространенного перитонита.
9. Производится вскрытие и отграничительная тампонада гнойника доступом в правой подвздошной области. Целесообразен внебрюшинный доступ. При наличии перитонита - нижнесрединная лапаротомия, санация и дренирование брюшной полости. Чаще всего при этом аппендэктомия не производится.
10. Прогрессирование перитонита, возникновение гнойников в брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость, внутрибрюшное кровотечение, пилефлебит, кишечный свищ.
11. Рекомендации режимного характера. Четкая информация о необходимости выполнения операции - аппендэктомия в плановом порядке через 2-3 месяца.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 21**

1. Диагноз основной: острый деструктивный аппендицит.  
Осложнения: разлитой перитонит, токсическая стадия. Эндотоксический шок.  
Сопутствующий: ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Аденома предстательной железы.
2. Диагноз распространенного перитонита по существу не вызывает сомнений. Поэтому нельзя тратить время. Можно выполнить УЗИ брюшной полости. Необходима консультация кардиолога для исключения острой коронарной патологии; консультация анестезиолога для согласования объема и характера предоперационной подготовки.
3. Это клинический симптомокомплекс, развивающийся при повреждениях и заболеваниях органов брюшной полости, при которых требуется или может потребоваться срочная хирургическая помощь. Основные его клинические признаки: боль в животе, шок, анемия.
4. В данном случае в дифференциальной диагностике нет необходимости, поскольку имеющаяся клиническая картина острого разлитого перфоративного перитонита требует экстренной операции независимо от его этиологии.
5. Необходимо экстренное хирургическое вмешательство по жизненным показаниям.
6. Цель - устранение грубых нарушений гемодинамики, коррекция метаболических сдвигов. Объем - инфузионная корригирующая терапия - 20-35 мл/кг в течение 2-3 час. Качественный ее состав - растворы глюкозы с электролитами, витаминами, сердечными средствами в сочетании с коллоидными препаратами (реополиглюкин, плазма и др.). Критерии ее адекватности: урежение пульса, стабилизация АД и ЦВД, увеличение диуреза.
7. Этапы операции: 1) срединная лапаротомия; 2) удаление или ликвидация источника перитонита; 3) интраоперационная санация брюшной полости; 4) декомпрессия тонкой кишки (при наличии показаний); 5) дренирование брюшной полости; 6) ушивание лапаротомной раны.
8. 1. По степени распространения: местные (ограниченный и неограниченный) и распространенные (диффузный, разлитой и общий) перитониты.  
2. По фазам развития: реактивная, токсическая и терминальная (септический шок).  
3. По характеру экссудата: серозный, фибринозный, гнойный, каловый, гнилостный, их сочетания.  
9. С помощью перитонеального лаважа (диализа). Он может быть проточным (непрерывным) и фракционным.
10. Сущность лапаростомии - в открытом ведении брюшной полости (после выполнения всех этапов операции) с систематической ревизией и повторными санациями ее.  
Программированная релапаротомия - повторные (через 24-48 ч.) санационные релапаротомии до полного купирования перитонита.  
Показания к их применению: 1) терминальные и токсические стадии заболевания (с признаками полиорганной недостаточности); 2) распространенный п/о перитонит; 3) эвентрация в гнойную рану при распространенном перитоните; 4) анаэробный перитонит.
11. Посиндромная терапия: 1) адекватное обезболивание; 2) сбалансированная инфузионная терапия; 3) антибактериальная терапия; 4) гемодинамическая и гемокорригирующая терапия; 5) восстановление функции ЖКТ; 6) детоксикационная терапия с применением при необходимости экстракорпоральных методов

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 22**

1. Диагноз основной: острая странгуляционная кишечная непроходимость. Заворот тонкой кишки.

Осложнения: болевой шок.

Сопутствующий: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

2. Растянутая в виде баллона петля кишки - симптом Валя - клинический признак заворота тонкой кишки.

3. В первую очередь обзорную рентгенографию грудной и брюшной полостей. Рентгенологическими признаками тонкокишечной непроходимости являются «Чаши Клойбера» и арки в мезогастральной области, поперечная «исчерченность» расширенной петли кишки, отсутствие газа в тонкой кишке. Важную диагностическую информацию может дать и УЗИ брюшной полости.

4. С другими видами кишечной непроходимости - узлообразованием, инвагинацией кишечника, obturационной непроходимостью; панкреонекрозом; с тромбозом брыжеечных сосудов; с прободной язвой.

5. Выделяют 3 периода: 1) начальный - фаза «илеусного крика»; 2) промежуточный - фаза интоксикации; 3) терминальный - фаза перитонита. У больной - начальный период болезни.

6. Необходима экстренная операция. Обоснованием ее является наличие четких признаков странгуляционной кишечной непроходимости.

7. Этапы операции: 1) средне-срединная лапаротомия и ревизия брюшной полости; 2) установление локализации и вида непроходимости; 3) устранение непроходимости кишечника; 4) декомпрессия кишечника; 5) санация брюшной полости и дренирование ее; 6) ушивание лапаротомной раны.

8. Критерии: цвет серозы кишки; пульсация брыжеечных пристеночных сосудов; наличие перистальтики кишки. Объем резекции: не менее 40-50 см в проксимальном направлении от измененного участка кишки и 15-20 см - в дистальном направлении.

9. Послеоперационное ведение: 1) постоянная декомпрессия желудка и кишечника через зонд; 2) адекватное обезболивание; 3) инфузионная корригирующая терапия; 4) ранняя стимуляция кишечника; 5) иммунокорригирующая терапия; 6) детоксикационная терапия; 7) профилактика сердечно-сосудистых и легочных осложнений.

10. У больной, очевидно, кровотечение из дуоденальной язвы. Необходимо срочно исследовать гематологические показатели и выполнить гастроэноскопию с проведением эндоскопического гемостаза. При отсутствии активного кровотечения проводить гемостатическую и противоязвенную терапию.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 23**

1. Диагноз основной: острый геморрагический панкреатит.

Осложнения: ферментативный разлитой перитонит.

Сопутствующий: ИБС, постинфарктный кардиосклероз.

2. Лабораторные исследования: определить группу крови и резус-фактор, белок плазмы и его фракции, амилазу, липазу, электролиты крови, показатели КОС, ЩФ, холестерин, АЛТ, АСТ, КТФ, мочевины и креатинин, коагулограмму. Инструментальные исследования: обзорная рентгенография грудной клетки и брюшной полости, ФГДС с осмотром БДС, КТ поджелудочной железы.

3. Симптомы Воскресенского, Керте, Мейо-Робсона. При деструктивных формах П. отмечаются цианоз кожи живота (симптом Холстеда), фиолетово-мраморные пятна на коже туловища (симптом Мондора), желтушная окраска и бледность в области пупка (симптом Куллена). Эти симптомы являются следствием поступления в забрюшинную клетчатку и далее под кожу ферментов ПЖ и компонентов кининовой системы.

4. Хирургические заболевания: прободная язва желудка и ДПК, ОКН, острый абдоминальный ишемический синдром, острый холецистит и печеночная колика, острый аппендицит, расслаивающая аневризма брюшной аорты.

Терапевтическая патология: инфаркт миокарда, острый гастрит, нижнедолевая пневмония, пищевая токсикоинфекция.

5. В первые 3-5 суток заболевания (стадия гемодинамических нарушений и панкреатогенного шока) хирургическое лечение неоправдано. Это обусловлено: 1) расширением возможностей консервативной детоксикации; 2) успехами эндоскопической хирургии, позволяющими осуществить необходимые в раннем периоде мероприятия при минимальной травматизации (удаление токсического выпота, дренирование брюшной полости, декомпрессия желчных путей).

6. Объем операции при ранних вмешательствах:

1) раскрытие парапанкреатической клетчатки или блокада ее;

2) холецистостомия;

3) дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

7. Принципы и компоненты консервативного лечения ОДП: 1) устранение болевого синдрома; 2) обеспечение функционального покоя ПЖ; 3) антиферментная терапия; 4) коррекция водно-солевого баланса и парентеральное питание; 5) дезинтоксикационная терапия; 6) противовоспалительная терапия; 7) коррекция сердечно-сосудистых нарушений.

8. В течении ОДП выделяют по морфологическим признакам следующие фазы: 1) фазу отека и дистрофических изменений (до 1 суток); 2) фазу формирования некроза (до 3-5 суток); 3) фазу расплавления и секвестрации (с 6-7 дня до 2-3 недель); 4) фазу репарации (с 3 недели до 2-3 месяцев). Операция, предпринятая в 3-й фазе, заключается в некр- секвестрэктомии и дренировании сальниковой сумки.

9. Течение болезни осложнилось образованием забрюшинной флегмоны. Уточнение диагноза с помощью УЗИ или КТ. Лечение оперативное – вскрытие и дренирование флегмоны через левый поясничный доступ, возможно и пункционное дренирование под контролем УЗИ.

10. Ранние осложнения (системные): шок, ферментативный разлитой перитонит, острая печеночно-почечная недостаточность, острые язвы и желудочно-кишечные кровотечения, желтуха, плеврит и пневмонии, коагулопатии, интоксикационные энцефалопатии.

Поздние осложнения (с 10-12 дней): гнойный оментобурсит и парапанкреатит, абсцессы брюшной полости, свищи поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта, аррозивные внутрибрюшные кровотечения, кисты поджелудочной железы, пилефлебит, сепсис.

**Председатель ГЭК**

**Зав. кафедрой**



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 24**

1. Диагноз основной: хронический рецидивирующий панкреатит.

Осложнения: киста поджелудочной железы.

Сопутствующий: миома матки. Эндометриоз шейки матки.

2. Правомочен как направительный диагноз. Данное понятие (ПХЭС) объединяет совершенно разные по генезу заболевания. Объединяющий клинический синдром: рецидивирующие после холецистэктомии боли в правом подреберье на фоне диспепсических симптомов.

3. Исследования, направленные на выявление нарушений экскреторной функции ПЖ: определение уровня панкреатических ферментов в крови, дуоденальном содержимом, моче.

Исследования для выявления нарушений инкреторной функции ПЖ: определение уровня глюкозы крови, характера сахарных кривых, наличия глюкозы и кетоновых тел в моче.

Инструментальные исследования: обзорная рентгенография брюшной полости; дуоденография в условиях искусственной гипотонии; УЗИ ПЖ; ЭРПХГ; КТ; целиакография.

4. Основные причины развития ХП: 1) интоксикация алкоголем; 2) заболевания билиарной системы; 3) патология области БДС; 4) другие факторы (недостаточность питания; травмы; некоторые лекарства; инфекционные болезни; экзогенные интоксикации и др.).

ХП подразделяются на 3 типа: кальцифицирующийся, обструктивный и воспалительный (паренхиматозный). Кальцифицирующийся ХП (около 80% всех случаев ХП) возникает на фоне хр. алкоголизма и характеризуется образованием белковых пробок или камней в протоках железы. В клинической практике обычно выделяют следующие разновидности ХП: 1) рецидивирующий ХП; 2) латентную форму; 3) болевой ХП; 4) псевдотуморозный ХП.

5. Заболевание осложнилось формированием ложной кисты ПЖ.

Ложная киста является наиболее частым и грозным осложнением ХП. В свою очередь, она может осложняться перфорацией, кровотечением, нагноением, малигнизацией, приводить к стенозированию толстой или тонкой кишок.

6. Осложненное течение заболевания, реальный риск возникновения угрожающих жизни осложнений являются абсолютным показанием для хирургического лечения.

7. Показано внутреннее дренирование кисты: цистогастроанастомоз или цистоеюноанастомоз.

При небольшой по объему кисте предпочтительнее метод пункционного дренирования кисты с последующим склерозированием ее под контролем УЗИ или КТ.

8. Показания к хирургическому лечению ХП:

1. Холангиогенный П. с признаками билиарной гипертензии.

2. Все случаи ХП, протекающие со следующими осложнениями: 1) киста; 2) свищ; 3) рецидивирующая желтуха; 4) калькулез или кальциноз ПЖ; 5) сужение и нарушение проходимости ЖКТ; 6) региональный портальный блок; 7) невозможность исключения злокачественного процесса ПЖ; 8) болевые формы ХП, не поддающиеся консервативному лечению.

9. Выбор метода операции зависит от этиологического фактора и патоморфологических изменений ПЖ.

При холангиогенных П. наряду с санацией желчных путей выполняются операции, обеспечивающие декомпрессию ее протоков: папиллосфинктеро- и вирсунгопластика, билидистивные анастомозы.

При ретенционно-кальцинозных формах ХП, как правило, производятся дренирующие операции – различные виды панкреатоюностомии.

10. В основу терапии ХП положены следующие принципы: 1) соблюдение диеты, не усиливающей секреторную функцию ПЖ; 2) отказ от алкоголя; 3) коррекция экзокринной и эндокринной недостаточности ПЖ; 4) купирование болевого синдрома и предупреждение осложнений.

11. Синдромы мальабсорбции (мальдигестии) могут быть обусловлены многими заболеваниями пищеварительного тракта (хронические энтериты, колиты, гепатиты, язвенная болезнь, гастрит); опухолями желудка и поджелудочной железы; эндокринными заболеваниями. Они могут развиваться также после резекции тонкой кишки и желудка, от медикаментозной терапии, от лучевого воздействия.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 25**

1. Диагноз основной: острый ишиоректальный парапроктит.

Сопутствующий: язвенная болезнь 12-перстной кишки. Хронический геморрой.

2. Необходимости в дополнительных исследованиях для уточнения диагноза в данной ситуации нет. Инструментальные исследования толстой кишки для исключения возможной «фоновой» патологии следует выполнить в «холодном» периоде.

3. Фурункулы и карбункулы ягодичной области; флегмона ягодицы; бартолинит; абсцесс предстательной железы; остеомиелит костей таза; опухолевые процессы в параректальной клетчатке.

4. Анатомия ПК: анальный канал (3-4 см); ампулярный отдел – нижний, средний, верхний (9-10 см); ректосигмоидный отдел (4-5 см). В нижеампулярном отделе слизистая оболочка образует продольные складки (колонны Морганьи). У основания колонн – крипты. Совокупность их образует т.н. зубчатую (гребешковую) линию анального канала. В крипты открываются протоки анальных желез.

5. Возникновению ОП способствуют: запоры, поносы, травмы слизистой прямой кишки, проктиты, геморрой, анальная трещина, НЯК, болезнь Крона.

Патогенез ОП: воспаление анальной железы – формирование криптогландулярного абсцесса – прорыв его в параректальную клетчатку. Возможен и лимфогенный путь распространения инфекции.

Различают ОП: подслизистый, подкожный, седалищнопрямокишечный, тазовопрямокишечный, ретроанальный.

6. Экстренная операция под общим обезболиванием. Объем операции: широкое вскрытие гнойника перианальным полукруглым разрезом; тщательная пальцевая ревизия полости гнойника и санация его: иссечение (ликвидация) внутреннего отверстия абсцесса (варианты); адекватное дренирование гнойника.

7. Заболевание перешло в хроническую свищевую форму – хрон. парапроктит. Вероятная причина – при вскрытии параректального абсцесса не было ликвидировано внутреннее отверстие гнойника. Сведения о форме заболевания и локализации внутреннего отверстия свища получают с помощью введения метиленового синего в свищ. фистулографии, аноскопии и РРС.

Лечение ХП оперативное: иссечение свища в просвет прямой кишки вместе с кожей и клетчаткой (при интра- и трансфинктерных свищах), полное иссечение свищевого хода и ликвидация внутреннего отверстия свища (при экстрасфинктерном свище).

8. Геморрой – увеличение кавернозных телец прямой кишки, сопровождающееся выделениями крови и неприятными ощущениями в области заднего прохода.

Осложнения: острый геморроидальный тромбоз, выпадение внутренних узлов, ущемление их, кровотечение.

Методы лечения: 1) консервативная терапия; 2) склеротерапия (инъекционный метод); 3) инструментальный лигатурный метод с использованием эластических колец; 4) хирургический (геморроидэктомия).

Наиболее радикальным методом геморроидэктомии является метод Миллигана-Моргана (в модификациях). Суть его – в удалении основных коллекторов кавернозной ткани с перевязкой сосудистых ножек.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 26**

1. Диагноз основной: Посттромбофлебитическая болезнь (синдром), варикозно-язвенная форма. Осложнения: Трофическая язва левой голени.

Сопутствующий: ИБС. Гипертоническая болезнь, Желчно-каменная болезнь.

2. Заболевание является исходом перенесенного 6 лет назад тромбоза глубоких вен левой н/конечности.

Основные факторы, лежащие в основе заболевания: 1) механическая преграда на пути тока крови; 2) регургитация крови в глубоких венах; 3) сброс крови через перфоранты в подкожную венозную сеть.

3. Проходимость глубоких вен исследуется с помощью проб Дельбе-Пертеса и Пратта -1; для оценки состоятельности клапанов коммуникантных вен используют пробы Пратта-2, Шейниса, Тальмана. О состоянии клапанного аппарата поверхностных вен позволяют судить пробы Троянова-Тренделенбурга и Гаккенбруха.

4. Ультразвуковая доплерография (с пробой Вальсальвы); дуплексное сканирование; рентгеноконтрастная флебография (охарактеризовать разновидности ее).

5. Различают первичное варикозное расширение вен и вторичное. Последнее является осложнением или проявлением различных заболеваний глубоких вен: врожденной ангиодисплазии (синдром Клиппеля-Треноне), врожденных артериовенозных фистул (синдром Паркса-Вебера-Рубашова), посттромбофлебитической болезни.

Дифференциальная диагностика проводится с учетом анамнеза заболевания, клинических проявлений, инструментальных исследований.

6. Ведущим синдромом является хроническая венозная недостаточность. В основе ее - врожденная или приобретенная клапанная неполноценность, а также неполноценность мышечно-эластической структуры венозной стенки, вследствие чего отток крови осуществляется не по магистральным сосудам, а по коллатеральным системам.

7. Целесообразно провести вначале консервативное лечение, направленное на санацию трофической язвы. После полного обследования, с учетом осложненного течения, очевидно, следует решить вопрос в пользу оперативного лечения.

8. Консервативное лечение основано на сочетании компрессионных методов и медикаментозной терапии. Медикаментозное лечение направлено на повышение тонуса вен (детралекс, анавенол, венорутон, эскузан), улучшение лимфодренажной функции и микроциркуляции (детралекс, триампур, трансезазин, дезагреганты), подавление воспаления (антибиотики, антиоксиданты, НПВС). Медикаментозное лечение проводится курсами длительностью до 2-2,5 мес.

9. Хирургическое лечение показано после завершения процесса реканализации глубоких вен (2 и 3 стадии заболевания). Противопоказания: 1-я стадия болезни, наличие тяжелых сопутствующих заболеваний.

10. 1) Сафенэктомию в сочетании с перевязкой коммуникантных вен по методу Линтона или Фелдера.

2) Операции, направленные на коррекцию клапанного аппарата (восстановление разрушенных или создание искусственных внутри- и веноэкстравенных клапанов).

3) Шунтирующие операции (операция Пальма и др.).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 27**

1. Диагноз основной: Опухоль левой половины ободочной кишки.  
Осложнения: Острая обтурационная кишечная непроходимость.  
Сопутствующий: ИБС, Гипертоническая болезнь. Варикозное расширение вен н/конечностей.
2. Ирригоскопия, колоноскопия, УЗИ брюшной полости.
3. С другими видами кишечной непроходимости - спаечной, странгуляционной, с абдоминальным ишемическим синдромом, острым панкреатитом.
4. Необходима экстренная операция. Клинические признаки свидетельствуют о наличии обтурационной (полной) кишечной непроходимости.
5. Экстренные операции - выполняются через 2-6 ч. после установления диагноза: срочные - в течение 1-3 суток после попыток разрешить ОКН консервативными мерами; плановые - после ликвидации явлений ОКН.
6. С учетом выраженной интоксикации, гиповолемии и обезвоживания необходимо провести интенсивную инфузионную терапию в объеме 1,5-2 л. (растворы глюкозы, электролитов, коллоидных препаратов). Одновременно - целенаправленная терапия "фоновых" заболеваний, эвакуация содержимого желудка, катетеризация мочевого пузыря, премедикация.
7. Операция Гартмана.
8. Постоянная декомпрессия желудка; адекватное обезболивание; инфузионная корригирующая терапия; стимуляция моторной функции кишечника; профилактика сердечно-сосудистых и легочных осложнений; антибактериальная терапия; уход за колостомой.
9. Острый тромбоз глубоких вен голени. Следует проверить симптомы Хоманса, Мозеса, Ловенберга. Лечение консервативное: компрессионное бинтование н/конечностей, гепаринотерапия, улучшение реологических свойств крови и др.
10. Перитонит, острая сердечно-сосудистая недостаточность, пневмония, тромбоэмболии, осложнения со стороны колостомы и лапаротомной раны.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)**

**ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 28**

1. Диагноз основной: Пептическая язва анастомоза.  
Осложнения: Язвенное желудочно-кишечное кровотечение. Постгеморрагическая анемия.  
Сопутствующий: ИБС, постинфарктный кардиосклероз.
2. Главная причина возникновения пептической язвы - повышенная кислото- и пепсинопродукция в желудке. Это может быть следствием нескольких причин:
  - 1) недостаточной по объему резекцией желудка;
  - 2) оставлением в культе ДПК участка антрального отдела желудка;
  - 3) наличием эндокринного аденоматоза (аденома паращитовидных желез, синдром Золлингера-Эллисона), нераспознанного до операции.
3. О кровопотере легкой степени (дефицит ОЦК - около 10%).
4. Группу крови и резус-фактор больного; коагулограмму; биохимические показатели крови (белок, билирубин, уровень трансаминаз, амилазы, мочевины, глюкозы); УЗИ органов брюшной полости; флюорографию; рентгенологическое исследование желудка (эвакуаторной его функции). После стабилизации состояния больного необходимо исследование желудочной секреции (тесты Кея, Холландера, Рн-метрия).
5. Лечение вначале консервативное. В последующем решается вопрос о показаниях к операции (в зависимости от результатов медикаментозной терапии).
6. Один из вариантов противоязвенной терапии: Диета - стол 1 а; омепразол 20 мг × 2 р. в день; амоксициллин 500 мг × 4 р. в день. После 7 дней лечения ("тройной терапии") продолжать лечение омепразолом 4-5 недель. Контроль эффективности лечения путем повторной гастроскопии.
7. Показания к хирургическому лечению: наличие осложнений, отсутствие эффекта от консервативного лечения. В зависимости от причин, приведших к развитию пептической язвы, применяются: 1) резекция желудка; 2) удаление оставленной части антрального отдела; 3) ваготомия под- или наддиафрагмальная; 4) гастрэктомия при синдроме Золлингера-Эллисона; 5) удаление аденомы паращитовидной железы при первичном гиперпаратиреозе.
8. Функциональные расстройства: демпинг-синдром; гипогликемический синдром; пострезекционная астения; синдром малого желудка.  
Органические заболевания: синдром приводящей петли; хронический панкреатит; рак культи желудка.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 29

1. Диагноз основной: Проникающее ножевое ранение правой половины грудной клетки.  
Осложнения: Закрытый пневмоторакс, анемия, шок III ст.  
Сопутствующий: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.
2. Срочно определить группу крови и резус-фактор больного, взять кровь на содержание алкоголя, на биохимические тесты, коагулограмму. Выполнить контрольную плевральную пункцию (пробы Рувилуа-Грегуара и Петрова).
3. Экстренная торакотомия, остановка кровотечения, санация плевральной полости.
4. О гемотораксе средней степени (уровень жидкости до угла лопатки, около 1 л крови в плевральной полости).
5. С учетом степени кровопотери, шока объем инфузий будет составлять около 3,5-4 л в сутки.  
Качественный состав: коллоидные и кристаллоидные растворы в соотношении 1:1.  
Объем гемотрансфузии - около 50-60% от объема кровопотери, т.е. около 0,5-0,6 л в однокрупной крови.
6. Определение группы крови больного и донорской; проведение проб на индивидуальную совместимость и совместимость по резус-фактору; проведение биологической пробы.
7. При нахождении крови в серозных полостях более 6 часов наступает ее фибринолиз.  
Такую кровь можно переливать без применения стабилизирующих средств. При подозрении на гемолиз - произвести пробу Гемпеля. Инфицированную кровь переливать нельзя. Перед реинфузией собранную кровь фильтруют через 8 слоев стерильной марли.
8. Ушивание раны легкого; клиновидная резекция (при значительном разрушении ткани легкого); лобэктомия (при массивном повреждении доли легкого); пульмонэктомия (при разрушении почти всего легкого).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования

«Майкопский государственный технологический университет»

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (1 этап)

### ЭТАЛОН ОТВЕТА К СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧЕ № 30

1. Диагноз основной: Острая кишечная непроходимость. Илеоцекальная инвагинация.  
Осложнения: - Сопутствующий: Митральный порок сердца.
2. Пальпируемое образование в правой подвздошной области - это инвагинат (подвздошно-ободочный), вызвавший кишечную непроходимость.
3. Ирригоскопия является высокоэффективным методом исследования в диагностике инвагинации. При этом в слепой или восходящей кишке определяется дефект наполнения с четкими контурами, имеющий форму «двузубца», «полулуния» или «кокарды».  
Важную диагностическую информацию может дать и УЗИ брюшной полости.
4. С другими видами кишечной непроходимости - заворотом кишок, узлообразованием, спаечной непроходимостью, аппендикулярным инфильтратом, опухолью слепой кишки.
5. Вид кишечной непроходимости, в основе которой лежит внедрение вышележащего отдела кишки в нижележащий. Редко бывает и наоборот (восходящая инвагинация). Различают тонкокишечные, толстокишечные, подвздошно-толстокишечные инвагинации. Течение болезни может быть острым, подострым и хроническим.
6. Необходима экстренная операция (с учетом возможных необратимых изменений в инвагинате).
7. Консервативное расправление инвагинации возможно при илеоцекальных и толстокишечных инвагинациях в первые часы заболевания с помощью теплых ванн, сифонных клизм, введения в прямую кишку воздуха или контрастного вещества, атропинизации.  
Эти манипуляции не следует продолжать более 2-3 часов.
8. Оперативное лечение показано в экстренном порядке при тонкокишечных инвагинациях, в поздние сроки заболевания (позже 12 час.) при любых формах инвагинации, при наличии перитонеальных симптомов. При операции возможны два оперативных приема: дезинвагинация и резекция пораженного участка кишки. Дезинвагинация возможна только в ранние сроки после начала заболевания.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Тестовые задания к государственному экзамену**  
**по специальности 31.08.67 Хирургия (2 этап)**

**1. Клинически острый аппендицит может быть принят за:**

- а) сальпингит
- б) острый холецистит
- в) дивертикулит Меккеля
- г) внематочную беременность
- д) любую из этих видов патологии

**2. Типичным для острого аппендицита считается повышение температуры тела до:**

- а)  $37^{\circ}\text{C}$
- б)  $37,2^{\circ}\text{C}$
- в)  $37,5^{\circ}\text{C}$
- г)  $38,0^{\circ}\text{C}$
- д)  $39,0^{\circ}\text{C}$

**3. Наиболее информативным методом исследования при остром аппендиците является:**

- а) общий анализ крови
- б) УЗИ брюшной полости
- в) рентгенография брюшной полости
- г) лапароскопия.
- д) термография

**4. Острый холецистит обычно начинается с:**

- а) повышения температуры
- б) появления рвоты
- в) боли в правом подреберье
- г) расстройства стула
- д) тяжести в эпигастральной области

**5. Приступ печеночной колики обычно провоцируется:**

- а) приемом алкоголя
- б) тяжелой физической нагрузкой
- в) психоэмоциональным напряжением
- г) употреблением жирной и жареной пищи
- д) переохлаждением

**6. При механической желтухе повышается билирубин:**

- а) прямой
- б) непрямой
- в) прямой и непрямой
- г) все ответы верны
- д) все ответы неверны

**7. Основными причинами острого панкреатита являются:**

- а) алкоголь
- б) желчно-каменная болезнь

- в) травма поджелудочной железы
- г) все ответы верны
- д) все ответы неверны

**8. Кожные покровы у больного с острым панкреатитом:**

- а) гиперемированы
- б) бледные
- в) обычной окраски
- г) мраморные
- д) землистые

**9. Показанием к выполнению лапароскопии при остром панкреатите является:**

- а) сильный болевой синдром
- б) выраженная интоксикация
- в) нарастание клиники панкреатогенного шока
- г) большое количество жидкости в брюшной полости при УЗИ
- д) высокие показатели амилазы и диастазы

**10. При паралитической кишечной непроходимости боли в животе:**

- а) приступообразные
- б) постоянные
- в) «кинжальные»
- г) жгучие
- д) отсутствуют

**11. Ригидность передней брюшной стенки при кишечной непроходимости носит название симптома:**

- а) Склярлова
- б) Кивуля
- в) Спасокукоцкого
- г) Мондора
- д) Цеге-Мантейфеля

**12. Наиболее острые боли возникают при кишечной непроходимости:**

- а) спастической
- б) паралитической
- в) странгуляционной
- г) инваганадии
- д) обтурационной

**13. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при:**

- а) завороте
- б) узлообразовании
- в) обтурационной кишечной непроходимости
- г) динамической непроходимости
- д) обтурации желчным камнем

**14. Реактивная стадия перитонита продолжается:**

- а) 4-6 часов
- б) 24 часа
- в) 48 часов
- г) 72 часа
- д) более 72 часов

**15. Для перитонита не характерно:**

- а) тахикардия
- б) сухой язык
- в) напряжение мышц передней брюшной стенки

- г) отсутствие перистальтики кишечника
- д) диарея

**16. Перитонит, занимающий две и более, но не все анатомические области, называется:**

- а) отграниченным
- б) диффузным
- в) местным
- г) общим
- д) разлитым

**17. При язвенной болезни ДПК боли возникают после еды через:**

- а) 30 минут
- б) час
- в) 2 часа
- г) 3 часа
- д) все ответы верны

**18. К прямым рентгенологическим признакам язвы относится:**

- а) дуодено-гастральный рефлюкс
- б) дефект наполнения
- в) симптом «ниши»
- г) нарушение эвакуации из желудка
- д) деформация желудка

**19. Для кровотокащей язвы ДПК не характерно:**

- а) рвота цвета кофейной гущи
- б) усиление болей в животе
- в) падение гемоглобина
- г) мелена
- д) снижение ОЦК

**20. Нижней стенкой пахового канала является:**

- а) поперечная фасция
- б) нижний край наружной косой мышцы живота
- в) жимбернатова связка
- г) паховая связка
- д) куперова связка

**21. При косой паховой грыже грыжевой мешок выходит**

- а) через заднюю стенку пахового канала
- б) в элементах семенного канатика
- в) ниже паховой связки
- г) только через наружное паховое кольцо
- д) через бедренное кольцо

**22. Перед операцией по поводу грыжи белой линии живота больному необходимо исключить патологию:**

- а) толстой кишки
- б) желудка
- в) печени
- г) желчного пузыря
- д) почек

**23. При разрыве полого органа развивается клиника:**

- а) механической желтухи
- б) внутрибрюшного кровотечения
- в) перитонита
- г) кишечной непроходимости
- д) шока

**24. Тактика хирурга при колотых ранениях передней брюшной стенки:**

- а) первично-хирургическая обработка раны
- б) экстренная лапаротомия
- в) динамическое наблюдение
- г) отпустить домой
- д) все ответы неверны

**25. При ранении селезенки необходимо:**

- а) произвести спленэктомию
- б) перевязать селезеночные сосуды
- в) попытаться ушить рану селезенки через какой-либо подкладочный материал
- г) окутать селезенку большим сальником
- д) подшить к селезенке стенку желудка

**26. Одним из наиболее характерных симптомов ахалазии кардии является:**

- а) отрыжка
- б) дисфагия
- в) изжога
- г) парадоксальная дисфагия
- д) боли за грудиной

**27. При оказании первой помощи больному с химическим ожогом пищевода, самым первым мероприятием должно быть:**

- а) промывание желудка
- б) дать больному молока
- в) ввести атропин
- г) поставить капельницу
- д) промыть полость рта

**28. Наиболее ранним проявлением рака пищевода является:**

- а) боль за грудиной
- б) дисфагия
- в) усиленное слюноотделение
- г) похудание
- д) срыгивание

**29. Наиболее часто рак желудка метастазирует в:**

- а) легкие
- б) печень
- в) яичники
- г) кости
- д) щитовидную железу

**30. Типичным клиническим проявлением рака выходного отдела желудка является:**

- а) поносы
- б) дисфагия
- в) «шум плеска» натошак
- г) тошнота
- д) все верно

**31. При раке тела желудка показана операция:**

- а) гастрэктомию
- б) субтотальную резекцию желудка
- в) антрумэктомию
- г) клиновидную резекцию желудка
- д) гастроэнтероанастомоз

**32. К типичным осложнениям геморроя относится все, кроме:**

- а) ущемления геморроидальных узлов

- б) воспаления узлов
- в) тромбоза узлов
- г) парапроктита
- д) выпадения узлов

**33. Клинически рак прямой кишки может проявляться:**

- а) ректальным кровотечением
- б) кишечной непроходимостью
- в) образованием внутренних свищей
- г) раковой кахексией
- д) все ответы верны

**34. При неудаляемой опухоли прямой кишки показана операция:**

- а) илеостомия
- б) цекостомия
- в) трансверзостомия
- г) Гартмана
- д) сигмостомия

**35. Наиболее эффективным способом профилактики прогрессирования варикозной болезни является:**

- а) эластическая компрессия конечностей
- б) соблюдение рационального режима труда и отдыха
- в) ограничение тяжелой физической нагрузки
- г) комплексная терапия вазопротекторами
- д) физиотерапия

**36. К осложнениям варикозной болезни относят:**

- а) пигментацию кожи
- б) индурацию подкожной клетчатки
- в) трофические язвы
- г) тромбофлебит
- д) слоновость

**37. Операция, при которой большая подкожная вена удаляется при помощи проводника, называется:**

- а) Троянова-Тренделенбурга
- б) Нарата
- в) Бэбкока
- г) Коккета
- д) Линтона

**38. Боль по задней поверхности голени при тыльном сгибании стопы, типична для тромбоза глубоких вен голени, называется симптомом:**

- а) Кера
- б) Хоманса
- в) Мозеса
- г) Мерфи
- д) Мейо

**39. Основной причиной развития абсцесса легкого является:**

- а) хронический бронхит
- б) эмфизема легких
- в) бронхиальная астма
- г) пневмония
- д) бронхоэктазы

**40. Основной способ лечения острого абсцесса легкого:**

- а) консервативный, с применением бронхоскопии
- б) резекция легкого

- в) пневмотомия
- г) трансторакальное дренирование полости абсцесса
- д) пневмонэктомия

**41. Основной причиной формирования хронической эмпиемы плевры является:**

- а) снижение иммунитета
- б) неадекватное дренирование плевральной полости
- в) наличие бронхоплеврального свища
- г) высокая вирулентность микроорганизмов
- д) неадекватная антибактериальная терапия

**42. При хронической эмпиеме плевры выполняются операции:**

- а) лобэктомия
- б) пневмонэктомия
- в) торакопластика и декортикация легкого
- г) пневмотомия
- д) все ответы верны

**43. Основным методом диагностики центрального рака легкого является:**

- а) рентгенография
- б) томография
- в) бронхоскопия с биопсией
- г) магнитно-резонансная томография
- д) УЗИ

**44. Рак Панкоста - это:**

- а) центральный рак средней доли
- б) периферический рак нижней доли
- в) центральный рак верхней доли
- г) периферический рак верхушки легкого
- д) полостная форма периферического рака легкого

**45. Основным методом лечения рака легкого является:**

- а) лучевая терапия
- б) химиотерапия
- в) гормонотерапия
- г) хирургический
- д) санационная бронхоскопия

**46. Какой метод оценки состояния лимфоузлов средостения наиболее информативный**

- а) томография
- б) бронхоскопия
- в) медиастиноскопия с биопсией
- г) плевральная пункция
- д) трансторакальная биопсия

**47. При фиброаденоме молочной железы показана:**

- а) простая мастэктомия
- б) ампутация молочной железы
- в) секторальная резекция
- г) радикальная мастэктомия
- д) лучевая терапия

**48. При опухоли молочной железы диаметром 4см с метастазами в регионарные лимфоузлы и лёгкие показано лечение:**

- а) симптоматическое
- б) хирургическое
- в) лучевое

- г) комплексное
- д) комбинированное

**49. У больной 50 лет молочная железа инфильтрирована, отёчна, резко уплотнена и увеличена в объёме, кожа покрыта красными пятнами с неровными краями, сосок втянут и деформирован. Ваш диагноз:**

- а) острый мастит
- б) рак Педжета
- в) рожеподобный рак
- г) солидный рак
- д) панцирный рак

**50. Рак молочной железы чаще всего метастазирует в:**

- а) средостение
- б) кости
- в) кожу
- г) печень
- д) надпочечники

**51. Снять тормозящий эффект глюкокортикоидов при заживлении раны может**

- а) витамин D
- б) витамин С
- в) витамин А
- г) витамин В6
- д) витамин Е

**52. Клиника острой кровопотери возникает уже при кровопотере, равной**

- а) 250 мл
- б) 500 мл
- в) 1000 мл
- г) 1500 мл
- д) 2000 мл

**53. Для гиповолемии характерны следующие значения ЦВД**

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

**54. Вливание 1 л физиологического раствора хлористого натрия увеличит объем циркулирующей крови**

- а) на 1000 мл
- б) на 750 мл
- в) на 500 мл
- г) на 250 мл
- д) менее 250 мл

**55. Объем циркулирующей крови у взрослых мужчин составляет**

- а) 50 мл/кг
- б) 60 мл/кг
- в) 70 мл/кг
- г) 80 мл/кг
- д) 90 мл/кг

**56. Основным показанием к гемотранфузии является**

- а) парентеральное питание
- б) стимуляция кроветворения
- в) значительная анемия от кровопотери

- г) дезинтоксикация
- д) иммунокоррекция

**57. Удовлетворительную кислородную емкость крови и транспорт O<sub>2</sub> обеспечивает гематокрит не ниже**

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

**58. Лечение острой кровопотери в начальных этапах начинают с переливания**

- а) эритромаcсы
- б) донорской крови
- в) кристаллоидных растворов
- г) коллоидных растворов
- д) правильно в) и г)

**59. Переливание несовместимой крови ведет к развитию (1) гемотрансфузионного шока (2) отека легких (3) гемолиза (4) острой почечной недостаточности (5) геморрагического синдрома**

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

**60. К обязательным пробам, проводимым перед каждым переливанием крови, относятся (1) групповая совместимость (2) индивидуальная совместимость (3) биологическая проба (4) определение резус-совместимости (5) определение резус-фактора**

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

**61. Больному с АВ (IV) по жизненным показаниям необходимо перелить кровь. Определить резус-фактор нет ни времени, ни возможности. Ему следует переливать кровь**

- а) АВ(IV) резус+
- б) АВ(IV) резус-
- в) В(III) резус+
- г) А(II) резус-
- д) О(I) резус-

**62. Противопоказанием к гемотрансфузии являются**

- а) тяжелая операция
- б) хирургическая инфекция
- в) шок
- г) тяжелое нарушение функции печени
- д) снижение АД

**63. Наиболее постоянным синдромом, определяющим тяжесть состояния при переливании несовместимой крови, является**

- а) анафилаксия
- б) острый внутрисосудистый гемолиз
- в) снижение АД
- г) гипертермия



д) отек мозга

**64. Проба на индивидуальную совместимость крови проводится между**

- а) плазмой реципиента и кровью донора
- б) плазмой донора и кровью реципиента
- в) форменными элементами крови реципиента и кровью донора
- г) форменными элементами крови донора и кровью реципиента
- д) цельной кровью донора и цельной кровью реципиента

**65. Переливание крови показано во всех приведенных ниже случаях, за исключением**

- а) острой анемии
- б) гнойной интоксикации
- в) повышения защитной силы организма
- г) с целью гемостаза
- д) тяжелых нарушений функций печени и почек

**66. Для лечения гиповолемии вначале используют**

- а) вазопрессоры
- б) кардиотонические средства
- в) плазмозаменители
- г) эритромассу
- д) донорскую кровь

**67. Послеоперационные инфекции у больных после операции на кишечнике вызываются прежде всего такими безусловными анаэробами**

- а) как кишечная палочка
- б) как стафилококк
- в) как стрептококк
- г) как бактероиды
- д) как клебсиелла

**68. Наиболее важным фактором для выживания больных с изолированной газовой гангреной является**

- а) раннее применение антибиотиков
- б) раннее очищение раны от омертвевших тканей и/или ампутация
- в) раннее применение гипербарической оксигенации
- г) все перечисленное

**69. Наиболее частые инфекции у больных с аортально-подвздошной трансплантацией - это**

- а) стафилококк
- б) кишечная палочка
- в) стрептококки
- г) бактероиды
- д) все в равной степени

**70. Вероятность инфекции наиболее высока**

- а) у больных старше 70 лет
- б) у больных, страдающих ожирением
- в) одинаковая у тех и у других
- г) ни у тех, ни у других

**71. Из перечисленного ниже может уменьшить зараженность воздуха в операционной**

- а) поточно-приточная вентиляция
- б) ультрафиолетовое облучение
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

**72. Нейротоксическим действием обладают**

- а) пенициллин и линкомицин
- б) кефзол и пенициллин
- в) полимиксин В и стрептомицин
- г) линкомицин и стрептомицин
- д) стрептомицин и кефзол

**73. При пероральном применении антибиотиков желудочным соком инактивируется**

- а) оксациллин
- б) эритромицин
- в) канамицин
- г) метациклин
- д) пенициллин

**74. Гепатотоксическим действием обладает**

- а) пенициллин
- б) тетрациклин
- в) линкомицин
- г) колимицин
- д) цефамезин

**75. Бактерицидным действием на микробную флору из перечисленных антибиотиков не обладают**

- а) полимиксины и цефалоспорины
- б) тетрациклины и макролиды
- в) аминогликозиды и пенициллины
- г) цефалоспорины и карбопенемы
- д) пенициллины и полимиксины

**76. Аминогликозиды (канамицин, мономицин, неомицин, гентамицин, амикацин) , являясь бактерицидными препаратами, обладают следующим механизмом действия на микробную клетку**

- а) нарушают функцию клеточных мембран
- б) ингибируют синтез ДНК и РНК
- в) нарушают систему трансляции
- г) ингибируют синтез клеточной оболочки
- д) подавляют синтез белка на уровне рибосом

**77. Среди перечисленных ниже антибактериальных препаратов не обладают бактерицидным действием**

- а) сульфаниламиды и тетрациклины
- б) нитрафураны и полимиксины
- в) пенициллины и таривид
- г) аминогликозиды и карбапенемы
- д) диоксидин и цефалоспорины

**78. Среди перечисленных ниже антибиотиков бактерицидным является**

- а) левомицетин
- б) тетрациклин
- в) эритромицин
- г) ампиокс
- д) олеандомицин

**79. Пути возникновения резистентных штаммов микрофлоры при проведении антибиотикотерапии**

- а) мутация
- б) транссудация
- в) трансформация

- г) конъюгация
- д) все перечисленное

**80. Среди перечисленных сульфаниламидных препаратов к препаратам длительного действия относится**

- а) фталазол
- б) стрептоцид
- в) этазол
- г) сульфамонетоксин
- д) норсульфазол

**81. Метронидазол сочетается**

- а) с пенициллинами
- б) с цефалоспоридами
- в) с аминогликозидами
- г) с тетрациклинами
- д) со всеми перечисленными

**82. Из перечисленных ниже антибиотиков нефротоксическим и ототоксическим действием обладает**

- а) окситетрациклин
- б) полимиксин В
- в) линкомицин
- г) цефазолин
- д) левомицетин

**83. С целью диагностики почечной колики не следует применять**

- а) обзорный снимок мочевой системы
- б) экскреторную урографию
- в) нижнюю венокаваграфию
- г) ретроградную уретеропиелографию
- д) ультразвуковое исследование

**84. Новокаиновая блокада по Лорин - Эпштейну (семенного канатика, круглой связки) является эффективной при почечной колике и локализации камня**

- а) в почечной лоханке
- б) в верхней трети мочеточника
- в) в средней трети мочеточника
- г) в нижней трети мочеточника
- д) место локализации камня не имеет значения

**85. Признаком почечной колики при ультразвуковом исследовании является**

- а) округлое эхонегативное образование в почке с тонкими стенками
- б) гипозоногенное образование в собирательной системе почки
- в) дилатация чашечно-лоханочной системы и верхней трети мочеточника
- г) солидное образование в почке
- д) неоднородность паренхимы почки

**86. К признакам простой кисты почки при ультразвуковом исследовании относятся все перечисленные, кроме**

- а) эхонегативного образования
- б) тонкостенного образования
- в) дорсального усиления
- г) внутренних эхопозитивных структур
- д) отсутствия внутренних эхопозитивных структур

**87. Признаками опухоли почки при ультразвуковом исследовании являются все перечисленные, кроме**

- а) четких неровных контуров
- б) неоднородной эхоструктуры

- в) солидного образования
- г) отсутствия дорсального усиления
- д) наличия акустической тени

**88. Признаками острого гнойного воспалительного заболевания почки при ультразвуковом исследовании являются все перечисленные, кроме**

- а) увеличения размеров почки
- б) ограничения подвижности почки
- в) неоднородности паренхимы
- г) гиперэхогенной структуры с акустической тенью
- д) наличия гипозоногенного образования в паренхиме почки или в паранефрии с неровными контурами

**89. К условиям, благоприятствующим развитию гнойной микрофлоры при проникновении ее в организм, относятся все перечисленные, кроме**

- а) наличия целостности эпидермиса кожи или эпителия слизистых
- б) проникновения нескольких видов микробов-синергистов
- в) дефектов кожи или слизистых
- г) наличия в зоне травмы разможженных тканей
- д) проникновения микробов повышенной вирулентности

**90. Проникновение гнойной микрофлоры вызывает со стороны тканей реакцию, выражающуюся всем перечисленным, кроме**

- а) артериальной гиперемии
- б) венозного стаза
- в) появления болей
- г) местного повышения температуры
- д) потери чувствительности

**91. Фурункул, как правило, вызывается**

- а) стрептококком
- б) стафилококком
- в) гонококком
- г) синегнойной палочкой
- д) протеем

**92. Лечение фурункула включает все перечисленное, кроме**

- а) протирания окружающей кожи 70 спиртом
- б) при наличии некроза - выдавливание и повязка с гипертоническим раствором поваренной соли
- в) обкладывания пенициллином с новокаином вокруг воспалительного инфильтрата
- г) сульфаниламидных препаратов внутрь
- д) ультрафиолетового облучения

**93. При карбункуле шеи показано все перечисленное, кроме**

- а) согревающего компресса с мазью Вишневского
- б) антибиотиков внутримышечно
- в) сульфаниламидных препаратов внутрь
- г) витаминотерапии
- д) ультрафиолетового облучения

**94. Возбудителем гидраденита чаще всего является**

- а) стрептококк
- б) протей
- в) стафилококк
- г) синегнойная палочка
- д) кишечная палочка

**95. В качестве транспортной иммобилизации при переломе ключицы используют**

- а) фиксацию с валиком в подмышечной области
- б) фиксацию без валика, но в повязке Дезо
- в) фиксацию кольцами Дельпе
- г) любой из перечисленных способов

**96. Перелом ключицы следует дифференцировать**

- а) с вывихом ключицы
- б) с переломом хирургической шейки плеча
- в) с вывихом головки плеча
- г) с отрывом сухожилия двуглавой мышцы плеча

**97. Для привычного вывиха плеча характерны все перечисленные симптомы, кроме**

- а) ограничения движений в суставе
- б) укорочения конечности и разболтанности плечевого сустава
- в) атрофии мышц плечевого сустава
- г) асимметрии расположения лопаток

**98. Основным методом лечения привычного вывиха плеча является**

- а) оперативный
- б) консервативный
- в) комбинированный

**99. Фиксация верхней конечности при переломе дистального конца плечевой кости при транспортировке больного осуществляется**

- а) шиной Крамера
- б) отводящей шиной ЦИТО
- в) повязкой Дезо
- г) гипсовой повязкой по Вайнштейну

**100. При переломах дистального конца плечевой кости часто повреждаются**

- а) подмышечный нерв
- б) лучевой и локтевой нервы
- в) мышечно-кожный нерв
- г) срединный нерв

Председатель ЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болотов

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Вопросы к государственному экзамену по специальности 31.08.67 Хирургия**

1. Эндемический и спорадический зобы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Показания к операции. Загрудинное расположение зоба.
2. Диффузный и узловый токсический зоб. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к различным видам лечения. Предоперационная подготовка больных. Показания и противопоказания к операции. Виды операций.
3. Зоб и тиреотоксикоз. Осложнения во время и после операции. Клиника осложнений, их лечение и профилактика.
4. Тиреоидиты и струмиты. Определение. Понятия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение. Тиреоидит Хашимото и Риделя.
5. Рак щитовидной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Типы операций. Комбинированное лечение.
6. Острый мастит. Классификация. Клиника различных форм. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции, методы операции. Профилактика мастита у беременных и родильниц.
7. Дисгормональные заболевания молочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое.
8. Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
9. Рак молочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций.
10. Рак молочной железы. Классификация. Клинические формы. Пути метастазирования. Лечение.
11. Пневмоторакс. Классификация. Причины. Клиника. Диагностика. Первая помощь. Лечение. Спонтанный пневмоторакс. Причины. Лечение.
12. Острый абсцесс легкого. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативные методы лечения. Показания к операции в остром периоде. Виды операций. Осложнения.
13. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Клиника. Диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.
14. Гангрена легкого. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Стафилококковая деструкция легких. Понятие. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Острая эмпиема плевры. Определение понятия. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к дренированию плевральной полости. Виды дренирования.
16. Хроническая эмпиема плевры. Понятие. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника. Диагностика. Лечение. Открытые и закрытые методы лечения.
17. Центральный рак легкого. Классификация. Клиническая и рентгенологическая картина. Пути метастазирования. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
18. Периферический рак легкого. Классификация. Клиническая и

рентгенологическая картина. Пути метастазирования. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.

19. Легочное кровоотечение. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

20. Аневризмы брюшной аорты. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Расслаивающаяся аневризма и ее клиника. Лечение.

21. Артериальные тромбозы и эмболии. Понятие, отличие. Этиология. Клиника. Степени ишемии конечностей. Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.

22. Облитерирующий атеросклероз периферических артерий. Клиническая картина по стадиям. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Консервативное лечение. Показание к оперативному лечению. Виды операций. Показания к ампутациям. Синдром Лериша.

23. Облитерирующий эндартериит периферических артерий. Клиническая картина по стадиям. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению. Виды операций. Показания к ампутациям. Болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит).

24. Ампутация и экзартикуляция. Принципы ампутации и протезирования верхних и нижних конечностей.

25. Болезнь Рейно. Клиника. Диагностика. Лечение.

26. Варикозное расширение вен нижних конечностей (Варикоз). Первичный и вторичный варикоз. Клиника. Функциональные пробы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к традиционным и эндохирургическим операциям. Виды операций. Склерозирующая терапия.

27. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Течение заболевания. Осложнения, их клиника и лечение. Правила эластического бинтования нижних конечностей. Причины рецидива варикозной болезни.

28. Флеботромбозы и тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей. Клиника в зависимости от локализации и протяженности тромбоза. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Виды операций.

29. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА). Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и оперативное лечение. Профилактика.

30. Синдром Педжета – Шреттера. Определение понятия. Причины острого тромбоза подключичной вены. Клиника. Диагностика. Лечение.

31. Грыжи живота. Определение. Элементы грыжи живота. Классификация грыж живота по происхождению и локализации. Общая симптоматика грыж. Редкие формы грыж живота.

32. Показания и противопоказания к грыжесечению. Основные этапы операции грыжесечения. Принципы надежной пластики грыжевых ворот.

33. Косая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Врожденная паховая грыжа.

34. Прямая и косая паховые грыжи (анатомические и клинические различия). Причины рецидива грыж. Методы операций.

35. Прямая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Скользящая грыжа: особенности строения и хирургической техники.

36. Паховые грыжи. Грыжесечение по Кукуджанову. Отношение связки Купера к пупартовой. Грыжесечение по Мартынову.

37. Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций.

38. Пупочные грыжи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.

39. Диастаз прямых мышц живота. Определение понятия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

40. Грыжи белой линии живота: клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.

41. Послеоперационные грыжи живота (вентральные). Причины, клиника, диагностика. Осложнения. Методы операций. Ущемление в грыжевом мешке.

42. Осложнения грыж живота: воспаление, невправимость, копростаз, ущемление, травма. Определение понятия. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.

43. Ущемленная грыжа. Определение понятия. Виды ущемления. Патологоанатомические и патофизиологические изменения в различных участках (отделах) ущемленного органа. Клиника ущемления. Дифференциальный диагноз.

44. Особенности оперативной техники при ущемленной грыже живота. Критерии для определения жизнеспособности ущемленной петли кишки. Лечебная тактика при: сомнительном диагнозе ущемленной грыжи живота; при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи; при ложном ущемлении.

45. Мнимое вправление ущемленной грыжи живота. Показания и принципы резекции кишечника. Тактика при сомнительной жизнеспособности практически всей ущемленной тонкой кишки. Хирургическая тактика при флегмоне грыжевого мешка.

46. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Осложнения. Принципы консервативного лечения. Показания к оперативному лечению. Методы операций.

47. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Методы операций. Грыжи Ларрея и Бохдалека.

48. Медиастинит. Классификация. Клиника переднего и заднего медиастинита. Диагностика. Виды операций. Доступы.

49. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.

50. Химические ожоги пищевода. Патогенез и патофизиология заболевания. Первая помощь при ожогах. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативное лечение в остром и метаожоговом периоде. Место лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование.

51. Рубцовые сужения пищевода после химического ожога. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Локализация и формы сужения. Методы бужирования. Показания к хирургическому вмешательству. Оперативное лечение: подготовка, доступы, анестезия, виды операций. Органы для эзофагопластики. Пути проведения трансплантата по отношению к грудной клетке и плевральной полости.

52. Кардиоспазм (ахалазия кардии). Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Кардиодилатация. Показания к операции и виды вмешательств.

53. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит. Клиника. Диагностика. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Виды операций.

54. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

55. Рак пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка, доступы, анестезия, виды операций. Органы для эзофагопластики. Пути проведения трансплантата по отношению к грудной клетке и плевральной полости.

56. Язвенная болезнь желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Классификация Джонсона. Осложнения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методы операций.



57. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Виды операций (виды резекций и ваготомий).

58. Каллезная и пенетрирующая язвы. Клиника. Диагностика. Лечение.

59. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Метод Тейлора. Виды операций.

60. Кровотоочащая язва желудка и 12 перстной кишки. Клиника. Диагностика. Классификация по степени тяжести кровопотери. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическая тактика.

61. Кровотоочащая язва желудка и 12 перстной кишки. Классификация Форреста (Forrest). Консервативное и оперативное лечение. Методы операций. Эндоскопические методы остановки кровотечения.

62. Стеноз привратника язвенной этиологии. Клиника. Стадии стеноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Предоперационная подготовка больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом. Показания (абсолютные и относительные) к операциям. Виды операций.

63. Симптоматические острые язвы: стрессовые, гормональные, лекарственные. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Хирургическая тактика. Показания и особенности хирургического лечения. Синдром Золлингера-Эллисона.

64. Синдром Меллори-Вейса. Определение. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Показания к операции.

65. Рак желудка. TNM классификация. Пути метастазирования, признаки иноперабельности. Стадии заболевания. Виды расширенной лимфаденэктомии. Химиотерапия и лучевая терапия при раке желудка.

66. Рак желудка. Осложнения: кровотечения, прободение, стеноз. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.

67. Рак кардиального отдела желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Основные этапы проксимальной резекции желудка и гастрэктомии.

68. Рак тела желудка. Клиника. Диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы хирургического лечения. Комбинированные операции.

69. Рак пилорического отдела желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Подготовка к операции. Показания и противопоказания к радикальным и паллиативным операциям. Отличие дистальной резекции желудка при раке и язвенной болезни.

70. Кишечная непроходимость. Классификация. Патогенетические и патофизиологические изменения в кишечнике и организме при разных видах непроходимости кишечника. Коррекция гомеостаза в послеоперационном периоде.

71. Динамическая кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.

72. Механическая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Предоперационная подготовка.

73. Обтурационная кишечная непроходимость. Определение. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Борьба с интоксикацией, парезом кишечника.

74. Странгуляционная кишечная непроходимость. Понятие. Классификация. Клиника различных видов странгуляционной непроходимости. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Показания к резекции кишечника.

75. Спаечная непроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.

76. Инвагинация кишечника. Определение. Виды инвагинации. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Техника и показания к дезинвагинации и резекции кишки.

77. Свищи тонкой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к операции и ее сроки. Виды операций. Доступы.

78. Острый аппендицит. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Хирургическая тактика. Методы операций. Доступы.

79. Острый аппендицит. Особенности клиники в зависимости от варианта положения червеобразного отростка. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к аппендэктомии. Доступы. Анестезия.

80. Острый аппендицит у беременных, детей и стариков. Перитонит как осложнение острого аппендицита. Особенности оперативного вмешательства в зависимости от распространенности перитонита. Подготовка к операции и ведение послеоперационного периода.

81. Осложнения острого аппендицита. Классификация. Аппендикулярный инфильтрат. Причины возникновения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Исходы. Консервативное лечение.

82. Аппендикулярный абсцесс. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы оперативных вмешательств в зависимости от локализации абсцесса.

83. Карциноид червеобразного отростка. Карциноидный синдром. Пилефлебит. Определение. Клиника. Диагностика. Лечение.

84. Болезнь Крона. Определение понятия. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения, их диагностика и лечение.

85. Дивертикулы ободочной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

86. Полипы и полипоз ободочной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения.

87. Рак ободочной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Виды операций при неосложненном и осложненном раке ободочной кишки.

88. Рак правой и левой половины ободочной кишки. Особенности клиники. Диагностика. Особенности хирургического лечения при непроходимости одной из половин толстой кишки. Паллиативные и радикальные операции. Виды расширенной лимфаденэктомии.

89. Геморрой. Определение понятия. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы консервативного лечения.

90. Геморрой. Осложнения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды консервативного и оперативного лечения.

91. Расширение геморроидальных вен как симптом ряда заболеваний. Дифференциальный диагноз. Методы лечения.

92. Острый парапроктит. Классификация. Пути инфицирования. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Доступы. Анестезия.

93. Трещина заднего прохода: классификация, клиника, диагностика, лечение.

94. Рак прямой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Лучевая и химиотерапия.

95. Рак прямой кишки. Клиника в зависимости от анатомической формы и локализации рака. Радикальные и паллиативные операции. Виды расширенной лимфаденэктомии.

96. Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишки. Классификация. Дивертикул Меккеля. Значение в практике. Осложнения и их клиника. Диагностика.

Дифференциальный диагноз. Лечение.

97. Желчнокаменная болезнь (камненосительство). Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы лечения. Осложнения.

98. Острый холецистит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

99. Острый холецистит. Хирургическая тактика. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций по срочности выполнения. Доступы. Анестезия.

100. Желчно-каменная болезнь, осложненная обтурационной желтухой. Причины доброкачественной механической желтухи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Хирургическая тактика. Предоперационная подготовка.

101. Желчнокаменная болезнь, осложненная механической желтухой. Очередность диагностической программы. Диаметр холедоха по данным УЗИ, рентгенологического и визуального исследования. Виды холедохотомий, холедохостомий, билиодигестивных анастомозов. Эндоскопические методы лечения, их плюсы и минусы. Мини-лапаротомный доступ.

102. Желчнокаменная болезнь. Клиника в зависимости от локализации камня. Осложнения: водянка, эмпиема, сморщенный желчный пузырь. Синдром Мириizzi. Холангит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

103. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Определение понятия. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

104. Эхинококкоз и альвеококкоз печени. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций.

105. Рак желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы хирургического лечения. Виды операций.

106. Острый панкреатит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение.

107. Острый панкреатит. Классификации. Показания к хирургическому лечению. Виды операций.

108. Осложнения острого панкреатита. Хирургическая тактика. Виды операций.

109. Рак поджелудочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды радикальных и паллиативных операций.

110. Травмы поджелудочной железы. Острые травматические панкреатиты. Острые послеоперационные панкреатиты. Клиника. Диагностика. Особенности хирургического лечения.

111. Псевдокисты и свищи поджелудочной железы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций.

112. Перитониты. Классификация. Клиническая картина при различных стадиях. Принципы комплексного лечения.

113. Острый гнойный перитонит. Клиника. Диагностика, Дифференциальный диагноз. Особенности оперативного вмешательства. Показания к дренированию брюшной полости, программируемым санациям (реоперациям)

114. Перитониты. Борьба с нарушениями гемодинамики и микроциркуляции, гидроионными нарушениями, парезом кишечника, интоксикацией. Принципы инфузионной терапии и парентерального питания.

115. Отграниченные перитониты (поддиафрагмальный, подпеченочный, межкишечный, прямокишечно-маточный и прямокишечно-пузырный). Причины возникновения. Клиника, диагностика, лечение. Роль чрескожного дренирования под контролем УЗИ.

116. Гинекологические перитониты. Клиника, диагностика, лечение.

117. Туберкулезный перитонит. Классификация. Клиника, диагностика, лечение.

118. Проникающие и непроникающие повреждения грудной клетки.

Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

119. Проникающие и непроникающие повреждения живота. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

120. Диабетическая ангиопатия нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение. Диабетическая стопа.

Председатель ЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5**

1. Рак щитовидной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Типы операций. Комбинированное лечение.
2. Пупочные грыжи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Особенности лечения пупочных грыж в детском возрасте.
3. Осложнения острого аппендицита. Классификация. Аппендикулярный инфильтрат. Причины возникновения. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Исходы. Консервативное лечение.

**Председатель ГЭК**

**Зав. кафедрой**



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6**

1. Острый мастит. Классификация. Клиника различных форм. Диагностика. Консервативное лечение. Показания к операции, методы операции. Профилактика мастита у беременных и родильниц.
2. Послеоперационные грыжи живота (вентральные). Причины, клиника, диагностика. Осложнения. Методы операций. Ущемление в грыжевом мешке.
3. Аппендикулярный абсцесс. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы оперативных вмешательств в зависимости от локализации абсцесса.

**Председатель ГЭК**

**Зав. кафедрой**



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования**

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3**

1. Зоб и тиреотоксикоз. Осложнения во время и после операции. Клиника осложнений, их лечение и профилактика.
2. Паховые грыжи. Грыжесечение по Кукуджанову. Отношение связки Купера к пупартовой. Грыжесечение по Мартынову.
3. Острый аппендицит. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Хирургическая тактика. Методы операций. Доступы.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования**

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4**

1. Тиреоидиты и струмиты. Определение. Понятия. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение. Тиреоидит Хашимото и Риделя.
2. Бедренные грыжи. Анатомия бедренного канала. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций.
3. Острый аппендицит у беременных, детей и стариков. Перитонит как осложнение острого аппендицита. Особенности оперативного вмешательства в зависимости от распространенности перитонита. Подготовка к операции и ведение послеоперационного периода.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1**

1. Эндемический и спорадический зоба. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Профилактика. Показания к операции. Загрудинное расположение зоба.
2. Косая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Врожденная паховая грыжа.
3. Спаечная непроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и хирургическое лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2**

1. Диффузный и узловой токсический зоб. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к различным видам лечения. Предоперационная подготовка больных. Показания и противопоказания к операции. Виды операций.
2. Прямая паховая грыжа. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы операций. Скользящая грыжа: особенности строения и хирургической техники.
3. Свищи тонкой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к операции и её сроки. Виды операций. Доступы.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7**

1. Дисгормональные заболевания молочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение консервативное и хирургическое.
2. Осложнения грыж живота: воспаление, невраивимость, копростаз, ущемление, травма. Определение понятия. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
3. Карциноид червеобразного отростка. Карциноидный синдром. Пилефлебит. Определение. Клиника. Диагностика. Лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8**

1. Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
2. Ущемленная грыжа. Определение понятия. Виды ущемления. Патологоанатомические и патофизиологические изменения в различных участках (отделах) ущемленного органа. Клиника ущемления. Дифференциальный диагноз.
3. Болезнь Крона. Определение понятия. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения. Диагностика и лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

**Факультет послевузовского профессионального образования**

**Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования**

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9**

1. Рак молочной железы. Классификации. Клинические формы. Пути метастазирования. Лечение.
2. Мнимое вправление ущемленной грыжи живота. Показания и принципы резекции кишечника. Тактика при сомнительной жизнеспособности практически всей ущемленной тонкой кишки. Хирургическая тактика при флегмоне грыжевого мешка.
3. Дивертикулы ободочной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение.

**Председатель ГЭК**

**Зав. кафедрой**



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

**Факультет послевузовского профессионального образования**

**Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования**

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10**

1. Пневмоторакс. Классификация. Причины. Клиника. Диагностика. Первая помощь. Лечение. Спонтанный пневмоторакс. Причины. Лечение.
2. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Методы операций. Грыжи Ларрея и Бохдалека.
3. Рак ободочной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Виды операций при неосложненном и осложненном раке ободочной кишки.

**Председатель ГЭК**

**Зав. кафедрой**



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 11**

1. Острый абсцесс легкого. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативные методы лечения. Показания к операции в остром периоде. Виды операций. Осложнения.
2. Медиастинит. Классификация. Клиника переднего и заднего медиастинита. Диагностика. Виды операций. Доступы.
3. Полипы и полипоз ободочной кишки. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Осложнения.

**Председатель ГЭК**

**Зав. кафедрой**



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 12**

1. Хронический абсцесс легкого. Причины перехода острого абсцесса в хронический. Клиника. Диагностика. Медикаментозное и хирургическое лечение.
2. Химические ожоги пищевода. Патогенез и патофизиология заболевания. Первая помощь при ожогах. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативное лечение в остром и метаожоговом периоде. Место лечения в остром периоде. Раннее и позднее бужирование.
3. Рак правой и левой половины ободочной кишки. Особенности клиники. Диагностика. Особенности хирургического лечения при непроходимости одной из половин толстой кишки. Паллиативные и радикальные операции. Виды расширенной лимфаденэктомии.

**Председатель ГЭК**

**Зав. кафедрой**



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 13**

1. Гангрена легкого. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Стафилококковая деструкция легких. Понятие. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Рубцовые сужения пищевода после химического ожога. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Локализация и формы сужения. Методы бужирования. Показания к хирургическому вмешательству. Оперативное лечение: подготовка, доступы, анестезия, виды операций. Органы для эзофагопластики. Пути проведения трансплантата по отношению к грудной клетке и плевральной полости.
3. Острый парапроктит. Классификация. Пути инфицирования. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Доступы. Анестезия.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №14**

1. Острая эмпиема плевры. Определение понятия. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения. Показания к дренированию плевральной полости. Виды дренирования.
2. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Геморрой. Определение понятия. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы консервативного лечения.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 15**

1. Хроническая эмпиема плевры. Понятие. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Клиника. Диагностика. Лечение. Открытые и закрытые методы лечения.
2. Кардиоспазм (ахалазия кардии). Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Кардиодилатация. Показания к операции и виды вмешательств.
3. Трещина заднего прохода: классификация, клиника, диагностика, лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 16**

1. Центральный рак легкого. Классификация. Клиническая и рентгенологическая картина. Пути метастазирования. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
2. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит. Клиника. Диагностика. Осложнения. Дифференциальный диагноз. Показания к оперативному лечению. Виды операций.
3. Рак прямой кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций. Лучевая и химиотерапия.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 17**

1. Периферический рак легкого. Классификация. Клиническая и рентгенологическая картина. Пути метастазирования. Дифференциальный диагноз. Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению.
2. Доброкачественные опухоли и кисты пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.
3. Дивертикулы двенадцатиперстной и тонкой кишки. Классификация. Дивертикул Меккеля. Значение в практике. Осложнения и их клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 18**

1. Легочное кровотечение. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
2. Рак пищевода. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Подготовка, доступы, анестезия, виды операций. Органы для эзофагопластики. Пути проведения трансплантата по отношению к грудной клетке и плевральной полости.
3. Желчнокаменная болезнь (калькулезный холецистит). Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к хирургическому лечению. Методы лечения. Осложнения.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 19**

1. Аневризмы брюшной аорты. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Расслаивающаяся аневризма и ее клиника. Лечение.
2. Язвенная болезнь желудка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Классификация Джонсона. Осложнения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Методы операций.
3. Острый холецистит. Хирургическая тактика. Показания к хирургическому вмешательству. Виды операций по срочности выполнения. Доступы. Анестезия.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 20**

1. Артериальные тромбозы и эмболии. Понятие, отличие. Этиология. Клиника. Степени ишемии конечностей. Диагностика. Консервативные и оперативные методы лечения.
2. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Виды операций (виды резекций и ваготомий).
3. Желчно-каменная болезнь, острая обтурационная желтухой. Причины доброкачественной механической желтухи. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Хирургическая тактика. Предоперационная подготовка.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

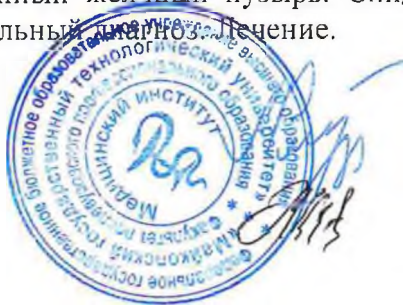
**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 21**

1. Облитерирующий атеросклероз периферических артерий. Клиническая картина по стадиям. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Течение. Консервативное лечение. Показание к оперативному лечению. Виды операций. Показания к ампутациям. Синдром Лериша.
2. Каллезная и пенетрирующая язвы. Клиника. Диагностика. Лечение.
3. Желчнокаменная болезнь. Клиника в зависимости от локализации камня. Осложнения: водянка, эмпиема, сморщенный желчный пузырь. Синдром Мириizzi. Холангит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

Факультет послевузовского профессионального образования

Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 22**

1. Облитерирующий эндартериит периферических артерий. Клиническая картина по стадиям. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Консервативное лечение. Показания к оперативному лечению. Виды операций. Показания к ампутациям. Болезнь Бюргера (облитерирующий тромбангиит).
2. Прободная язва желудка и 12-перстной кишки. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечебная тактика. Метод Тейлора. Виды операций.
3. Постхолецистэктомический синдром (ПХЭС). Определение понятия. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 23**

1. Ампутация и экзартикуляция. Принципы ампутации и протезирования верхних и нижних конечностей.
2. Кровоточащая язва желудка и 12 перстной кишки. Клиника. Диагностика. Классификация по степени тяжести кровопотери. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Хирургическая тактика.
3. Эхинококкоз и альвеококкоз печени. Эпидемиология. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды операций.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №24**

1. Болезнь Рейно. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Стеноз привратника язвенной этиологии. Клиника. Стадии стеноза. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Предоперационная подготовка больных с декомпенсированным пилородуоденальным стенозом. Показания (абсолютные и относительные) к операциям. Виды операций.
3. Рак желчного пузыря и желчевыводящих протоков. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы хирургического лечения. Виды операций.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков



**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 25**

1. Варикозное расширение вен нижних конечностей (Варикоз). Первичный и вторичный варикоз. Клиника. Функциональные пробы. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания и противопоказания к традиционным и эндохирургическим операциям. Виды операций. Склерозирующая терапия.
2. Симптоматические острые язвы: стрессовые, гормональные, лекарственные. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Хирургическая тактика. Показания и особенности хирургического лечения. Синдром Золлингера-Эллисона.
3. Острый панкреатит. Классификации. Показания к хирургическому лечению. Виды операций.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 26**

1. Флеботромбозы и тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей. Клиника в зависимости от локализации и протяженности тромбоза. Диагностика. Консервативное и оперативное лечение. Виды операций.
2. Синдром Меллори-Вейса. Определение. Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное лечение. Показания к операции.
3. Рак поджелудочной железы. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Виды радикальных и паллиативных операций.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



Р.Б. Меретуков

М.С. Болоков

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 27**

1. Тромбоз легочной артерии (ТЭЛА). Причины. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Консервативное и оперативное лечение. Профилактика.
2. Динамическая кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
3. Перитониты. Классификация. Клиническая картина при различных стадиях. Принципы комплексного лечения.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 28**

1. Синдром Педжета – Шреттера. Определение понятия. Причины острого тромбоза подключичной вены. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Кишечная непроходимость. Классификация. Патогенетические и патофизиологические изменения в кишечнике и организме при разных видах непроходимости кишечника. Коррекция гомеостаза в послеоперационном периоде.
3. Острый гнойный перитонит. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Особенности оперативного вмешательства. Показания к дренированию брюшной полости, программируемым санациям (реинтерациям).

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 29**

1. Грыжи живота. Определение. Элементы грыжи живота. Классификация грыж живота по происхождению и локализации. Общая симптоматика грыж. Редкие формы грыж живота.
2. Динамическая кишечная непроходимость. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения.
3. Проникающие и непроникающие повреждения живота. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**

**МИНОБРНАУКИ РОССИИ**  
**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение**  
**высшего образования**  
**«Майкопский государственный технологический университет»**  
Факультет послевузовского профессионального образования  
Кафедра госпитальной хирургии и последипломного образования

**Государственный экзамен по специальности 31.08.67. Хирургия (3 этап)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 30**

1. Показания и противопоказания к грыжесечению. Основные этапы операции грыжесечения. Принципы надежной пластики грыжевых ворот.
2. Механическая кишечная непроходимость. Классификация. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Предоперационная подготовка.
3. Хирургический сепсис. Классификация. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз.

Председатель ГЭК

Зав. кафедрой



**Р.Б. Меретуков**

**М.С. Болоков**