

Ситуационные задачи

Хирургия

medkeys.ru/product/hirurg/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

Неизвестная женщина, на вид 40-50 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение с пожара в квартире.

Жалобы

Пациентка без сознания, жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Со слов бригады СМП пожар произошел примерно 1 час назад. Сотрудники пожарной службы эвакуировали женщину из горящей квартиры и вызвали СМП. Бригада приехала на вызов через 5 минут. Оказана помощь в объеме: установка воздуховодной трубки в ротовую полость, ингаляция кислорода через маску, внутримышечно преднизолон 5 мг. Длительность транспортировки в приемное отделение больницы составила 16 минут.

Анамнез жизни

* Установить невозможно * Сопровождающих лиц, документов нет

Объективный статус

Для определения площади ожога в данной ситуации используют

- "правило девяток"
- "правило ладони"
- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- планиметрия

Определите глубину ожога по местным клиническим признакам (МКБ-10)

- ожог IV степени
- ожог II степени
- ожог IIIA степени
- ожог III Б степени
- ожог I степени
- ожог III степени

Наиболее информативные для подтверждения диагноза лабораторные методы обследования

- ожог IV степени

- ожог II степени
- ожог IIIA степени
- ожог III Б степени
- ожог I степени
- ожог III степени

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее информативные для подтверждения диагноза инструментальные методы обследования

- ожог IV степени
- ожог II степени
- ожог IIIA степени
- ожог III Б степени
- ожог I степени
- ожог III степени

Результаты инструментальных методов обследования

На основании клинической картины, проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования может быть сформулирован диагноз

- ожог IV степени
- ожог II степени
- ожог IIIA степени
- ожог III Б степени
- ожог I степени
- ожог III степени

Диагноз

Пациентку необходимо госпитализировать в отделение

- ожоговое
- терапевтическое
- хирургическое
- реанимации

Первоочередные лечебные мероприятия в данной ситуации

- катетеризация магистральной вены, установка мочевого катетера

- обработка ожоговых ран и наложение лечебной повязки, катетеризация вены
- обезболивание, инфузионная терапия, установка мочевого катетера
- интубация трахеи и ИВЛ, катетеризация магистральной вены и обезболивание

Основные лечебные мероприятия, необходимые данной пациентке в первые сутки лечения

- постоянная инфузия коллоидных растворов, обезболивание по требованию, антибактериальная терапия
- ИВЛ, ингаляционная терапия, инфузионная терапия
- обильное питьё, местное обезболивание лидокаином 10%, антикоагулянты непрямого действия
- введение муколитиков, постоянная инфузия кристаллоидных растворов, глюкокортикоидные гормоны

Ингаляционная терапия проводится препаратами

- муколитики и гепарин
- физиологический раствор и суспензия "Гидрокортизон"
- 4% раствор бикарбоната натрия и физ.раствор
- физиологический раствор и суспензия «Колистин»

Местное лечение ожоговых ран в первые сутки включает

- муколитики и гепарин
- физиологический раствор и суспензия "Гидрокортизон"
- 4% раствор бикарбоната натрия и физ.раствор
- физиологический раствор и суспензия «Колистин»

У пациентки можно предположить развитие осложнения, а именно

- инфаркта миокарда
- гнойного трахеобронхита
- пневмонии
- острого нарушения мозгового кровообращения

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить

- инфаркта миокарда
- гнойного трахеобронхита
- пневмонии
- острого нарушения мозгового кровообращения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 45 лет доставлен в приемное отделение больницы из поликлиники.

Жалобы

Боли в области стоп, онемение пальцев стоп, изменение цвета кожи на пальцах стоп.

Анамнез заболевания

7 дней назад был на зимней рыбалке в Тверской области, употреблял алкоголь. В последующие дни также употреблял алкоголь, каких-либо изменений со стороны стоп не замечал, за медицинской помощью не обращался. Лекарственных препаратов не принимал. По приезду в город по настоянию жены пациент обратился в поликлинику, откуда направлен в приемное отделение больницы.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * курит до 20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет умеренно * аллергических реакций нет * работает охранником * от столбняка привит в 17 лет в школе

Объективный статус

Для постановки диагноза используются анамнез заболевания и

- ультразвуковое дуплексное сканирование
- клиническая картина
- рентгеновское исследование костей нижних конечностей
- микробиологическое исследование ран

У пациента отморожение в периоде

- отдаленных последствий
- позднем реактивном
- раннем реактивном
- дореактивном

Учитывая анамнез и клиническую картину, предположительным диагнозом является: Отморожение стоп + _____ + степени, + _____ + период

- отдаленных последствий
- позднем реактивном

- раннем реактивном
- дореактивном

Диагноз

На этапе доврачебной помощи сразу после травмы пациенту было необходимо выполнить

- растирание пораженных участков снегом, обезболивание наркотическими анальгетиками и госпитализировать
- согревание в теплой воде, обезболивание ненаркотическими анальгетиками
- местное обезболивание и выпить алкоголь
- наложение теплоизолирующей повязки и госпитализировать

Пациента необходимо направить на

- госпитализацию в стационар в экстренном порядке
- амбулаторное лечение
- госпитализацию в стационар в плановом порядке
- лечение в дневном стационаре

Сразу после госпитализации в стационар в обязательном порядке проводится

- введение антибиотиков, антикоагулянтов
- профилактика стрессовых язв ЖКТ
- физиотерапия – электрофорез на пораженные участки
- обезболивание и экстренная профилактика столбняка

Показана противостолбнячная иммунизация по схеме

- ПСЧИ 250 МЕ
- АС 2,0
- АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка
- АС 0,5

Обязательным компонентом общей терапии в этом периоде являются

- антибиотики
- спазмолитики
- дезагреганты
- прямые антикоагулянты

Правильная тактика местного лечения пораженных участков включает использование

- антибиотики
- спазмолитики
- дезагреганты
- прямые антикоагулянты

Пациенту показано выполнение операции

- антибиотики
- спазмолитики
- дезагреганты
- прямые антикоагулянты

При выписке из стационара пациент направляется в (на)

- домой (дальнейшее лечение не требуется)
- поликлинику по месту жительства
- санаторно-курортное лечение
- специализированное реабилитационное отделение

Действия врача по экспертизе нетрудоспособности при выписке пациента из стационара заключаются в выдаче

- домой (дальнейшее лечение не требуется)
- поликлинику по месту жительства
- санаторно-курортное лечение
- специализированное реабилитационное отделение

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет доставлен автомашиной СМП из ЦРБ в приемное отделение ожогового центра.

Жалобы

Боли в ранах кистей, головную боль, озноб, ограничение движений в правой кисти.

Анамнез заболевания

Со слов пациента травма получена на производстве 2 дня назад - во время работы в _э_лектрощитке (работает электромонтером) при контакте с источником тока 380 В получил травму в области кистей, была кратковременная потеря сознания. Быстро пришел в сознание. Вызвана бригада «03». Прибывшая бригада СМП экстренно доставила пациента в ближайшую ЦРБ, где была

оказана помощь – госпитализация, обезболивание (трамал 2 мл 100 мг в/в), на раны наложены марлевые повязки с раствором иодопирона, проводилась внутривенная инфузия физ.раствора 2000 мл. Снята ЭКГ, на которой нарушений сердечного ритма не было отмечено. Сегодня переведен в специализированное отделение после консультации комбустиологом.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголь употребляет умеренно * аллергических реакций нет * работает электромонтером * от столбняка привит в 17 лет в школе

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 79 кг, рост 176 см. Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы вне ран бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации везикулярное дыхание, шумы не выслушиваются. ЧДД 18-20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 100/мин, АД 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей был утром, мочеиспускание не затруднено, моча светлая, прозрачная. Местный статус: |==== |

| Левая кисть |

|====

Для определения площади ожога используется

- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- "правило ладони"
- "правило девяток»
- планиметрия

По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог + _____ + степени (по МКБ -10)

- IIIБ
- IIIАБ
- IIIБ-IV
- II
- III

Учитывая данные анамнеза, у пациента была общая электротравма + _____ + степени

- II
- I
- III
- IV

Электротравма у пациента в зависимости от напряжения электрического тока относится к

- сверхвысоковольтной
- высоковольтной
- дуговой
- низковольтной

Для выбора тактики хирургического лечения наибольшую информативность имеет

- сверхвысоковольтной
- высоковольтной
- дуговой
- низковольтной

Результаты

На основании анамнеза и клинической картины может быть сформулирован диагноз

- сверхвысоковольтной
- высоковольтной
- дуговой
- низковольтной

Диагноз

В неотложном порядке пациенту показано оперативное лечение в объеме

- хирургического очищения ран в области кистей и предплечий
- ампутации правой кисти
- некротомии, фасцио- и миотомии ран в области правой кисти и предплечья
- хирургической обработки ран в области кистей и предплечий

Для скорейшего очищения ран от некрозов и подготовки к пластическому закрытию в ближайшие 1-2 дня необходимо выполнить

- хирургического очищения ран в области кистей и предплечий
- ампутации правой кисти
- некротомии, фасцио- и миотомии ран в области правой кисти и предплечья
- хирургической обработки ран в области кистей и предплечий

Методом выбора для закрытия раневой поверхности в данной ситуации является

- расщепленный аутодермотрансплантант
- перемещенный лоскут с осевым кровоснабжением
- синтетическая атравматичная раневая повязка
- влажно-высыхающая повязка

На данном этапе хирургического лечения главным методом реабилитации пациента является

- расщепленный аутодермотрансплантант
- перемещенный лоскут с осевым кровоснабжением
- синтетическая атравматичная раневая повязка
- влажно-высыхающая повязка

При выписке пациента следует направить

- на консультацию к специалисту по микрохирургии кисти
- на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности
- в специализированный санаторий для пациентов с последствиями ожогов
- на амбулаторное наблюдение к хирургу поликлиники по месту жительства с открытым листком нетрудоспособности

Комплексная консервативная терапия рубцовых последствий при данном виде травмы обязательно включает

- на консультацию к специалисту по микрохирургии кисти
- на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности
- в специализированный санаторий для пациентов с последствиями ожогов
- на амбулаторное наблюдение к хирургу поликлиники по месту жительства с открытым листком нетрудоспособности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 50 поступил для дообследования и определения тактики дальнейшего лечения в хирургическое отделение ГКБ.

Жалобы

На постоянную неинтенсивную боль в правом подреберье, тошноту, периодическую рвоту.

Анамнез заболевания

Со слов больного около 3 лет назад появились вышеперечисленные жалобы. Не обследовался, не лечился. В течение последних 2 месяцев отмечает усиление болей, появление постоянной тошноты, эпизодической рвоты. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где было проведено УЗИ органов брюшной полости и выявлено опухолевое образование правой доли печени.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 168 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается его асимметрия и увеличение в объеме, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется очаговое образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 15 см, без признаков инвазии в переднюю брюшную стенку

На основании анамнеза и физикального осмотра у больного можно заподозрить

- гемангиому правой доли печени
- адренокортикальный рак справа
- гепатоцеллюлярный рак
- простые кисты печени

При физикальном обследовании симптом + _____ + позволил заподозрить доброкачественную опухоль печени

- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме
- отсутствия инвазии в переднюю брюшную стенку

- Мюсси-Георгиевского

Лабораторными методами, необходимыми для постановки диагноза, являются

- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме
- отсутствия инвазии в переднюю брюшную стенку
- Мюсси-Георгиевского

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее информативным методом диагностики в данном случае является

- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме
- отсутствия инвазии в переднюю брюшную стенку
- Мюсси-Георгиевского

Результаты обследования

Дополнительным обследованием, необходимым для постановки диагноза является

- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме
- отсутствия инвазии в переднюю брюшную стенку
- Мюсси-Георгиевского

Результаты обследования

На основании результатов обследования больного может быть сформулирован диагноз

- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме
- отсутствия инвазии в переднюю брюшную стенку
- Мюсси-Георгиевского

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- хирургическом лечении: - резекции печени, холецистэктомии

- хирургическом лечении: пункции образования под контролем УЗИ
- динамическом наблюдении, контроле лабораторных анализов через 6 часов
- хирургическом лечении: лапаротомии, холецистэктомии, интраоперационной пункции образования

Необходимо использовать хирургический доступ в виде + _____ + лапаротомии

- верхнесрединной
- нижнесрединной
- правосторонней параректальной
- J-образной

На основании клинической картины у пациента + _____ + стадия гемангиомы печени

- 2
- 3
- 4
- 1

Основным показанием к операции при гемангиоме печени является

- личное желание пациента
- наличие клинических проявлений заболевания
- выявление гемангиомы любого размера
- размер опухоли более 5 см

Гемангиома печени встречается у + _____ + % населения

- 10
- 25
- 1
- 15

Частота разрыва при гемангиомах печени составляет + _____ + %

- 10
- 25
- 1
- 15

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 59 поступил для дообследования и определения тактики дальнейшего лечения в хирургическое отделение ГКБ.

Жалобы

На постоянную неинтенсивную боль в правом подреберье, слабость.

Анамнез заболевания

Из анамнеза: болен хроническим гепатитом С в течение 20 лет. Со слов больного, около 6 месяцев назад появились вышеперечисленные жалобы. В течение последних 2 месяцев отмечает усиление болей, появление выраженной слабости. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где было проведено УЗИ органов брюшной полости и выявлено образование правой доли печени

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Гепатит С в течение 20 лет Цирроз печени класса А по Child -Pugh Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 168 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется очаговое образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 7 см, спаянное с передней брюшной стенкой

На основании анамнеза и осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- Аденокортикальный рак справа
- Гемангиома правой доли печени
- Гепатоцеллюлярный рак правой доли печени
- Простые кисты печени

При физикальном обследовании симптом + _____ + позволил заподозрить ГЦР

- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме

- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

Необходимыми лабораторными методами для постановки диагноза являются

- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме
- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом диагностики является

- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме
- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым дополнительным методом диагностики является

- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме
- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

Результаты обследования

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальным методов исследования можно сформулировать диагноз

- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье
- увеличения живота в объеме
- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- хирургическом лечении: лапаротомии, холецистэктомии, наружном дренировании желчных протоков
- консервативном лечении, интенсивной инфузионной терапии

- хирургическом лечении: - резекции 6-7 сегментов печени, холецистэктомии
- динамическом наблюдении, контроле лабораторных показателей

Необходимо использовать хирургический доступ, заключающийся в + + лапаротомии

- J-образной
- срединной
- правосторонней параректальной
- тотальной

На основании клинической картины у пациента гепатоцеллюлярная карцинома

- T3N1M1
- T3N0M0
- T1N0M1
- T3N1M0

Основным противопоказанием к радикальной операции при гепатоцеллюлярном раке печени является

- цирроз печени класса В и С по Child-Pugh
- наличие хронического гепатита С
- опухоль размерами более 7 см
- цирроз печени класса А по Child-Pugh

Заболеваемость гепатоцеллюлярным раком в России составляет + + человек на 100000 населения

- 100-120
- 40-50
- 25-30
- 4-5

Для адъювантного лечения гепатоцеллюлярного рака используется препарат

- 100-120
- 40-50
- 25-30
- 4-5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П. 45 поступила для дообследования и определения тактики дальнейшего лечения в хирургическое отделение ГКБ.

Жалобы

На постоянную неинтенсивную боль в правом подреберье, тошноту.

Анамнез заболевания

Со слов больной около 5 лет назад появились вышеперечисленные жалобы. При обследовании на УЗИ органов брюшной полости — киста печени до 3 см. Не обследовалась, не лечилась. В течение последних 2 месяцев отмечает усиление болей. Пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства, где было проведено УЗИ органов брюшной полости и выявлена киста правой доли печени диаметром до 20 см.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Эпидемиологический анамнез: длительное время проживала в Туркменистане

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 168 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается его асимметрия и увеличение в объеме, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется кистозное образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 20 см.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно сформулировать диагноз

- 100-120
- 40-50
- 25-30
- 4-5

Диагноз

При обследовании пациентов с кистами печени в первую очередь необходимо исключить + + природу заболевания

- бактериальную
- онкологическую
- паразитарную
- вирусную

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- бактериальную
- онкологическую
- паразитарную
- вирусную

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом диагностики является

- бактериальную
- онкологическую
- паразитарную
- вирусную

Результаты инструментального метода диагностики

Для окончательного подтверждения диагноза необходимо выполнить

- бактериальную
- онкологическую
- паразитарную
- вирусную

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно сформулировать диагноз

- ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Хронический абсцесс печени
- гепатоцеллюлярная карцинома правой доли печени. Холецистолитиаз
- простые кисты печени ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит
- эхинококкоз правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- хирургическом лечении: лапароскопии, холецистэктомии, эхинококкотомии

- динамическом наблюдении, контроле лабораторных анализов через 14 дней
- хирургическом лечении: резекции печени, эхинококкэктомии, субтотальной перицистэктомии
- консервативной антипаразитарной терапии

Необходимо использовать хирургический доступ в виде + _____ + лапаротомии

- правосторонней параректальной
- тотальной
- срединной
- J-образной

Перед проведением оперативного лечения пациенту необходимо провести дообследование в виде

- правосторонней параректальной
- тотальной
- срединной
- J-образной

Результаты обследования

В послеоперационном периоде показано проведение

- длительной антибактериальной терапии
- антипаразитарной терапии
- только КТ-брюшной полости через 1 год после операции
- только динамического наблюдения

Эхинококкоз печени встречается у + _____ + человек на 100000 населения

- 60
- 150
- 6
- 30

Возбудителем эхинококкоза печени является

- 60
- 150
- 6
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 24 год доставлен автомашиной СМП с места травмы в приемное отделение больницы

Жалобы

Боли в ранах кистей и головы, головную боль, озноб, тошноту, жажду

Анамнез заболевания

Со слов сотрудников организации, где работает пациент, и бригады скорой помощи, травма на производстве - во время работы в распределительном шкафу (работает электромонтером) при контакте с источником тока 6000 В получил травму в области кистей и лица, была кратковременная (1 мин) потеря сознания. Быстро пришел в сознание. Вызвана бригада «03». Прибывшая через 10 мин бригад СМП оказала первую медицинскую помощь – обезболивание (трамал 2 мл 100 мг в/в), на раны наложены сухие марлевые повязки. Снята ЭКГ, на которой отмечены проходящие нарушения сердечного ритма (ЧСС до 124 в мин, <https://arrhythmia.center/ekstrasistoliya/>[экстрасистолия] с пробежками желудочковой тахикардии. Начаты реанимационные мероприятия. Ритм сердца восстановился. Через 25 мин после травмы пациент был доставлен в приемное отделение больницы.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголь употребляет умеренно * аллергических реакций нет * работает электромонтером * от столбняка привит в 17 лет в школе

Объективный статус

Для определения площади ожога используется

- "правило ладони"
- "правило девяток"
- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- планиметрия

По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог _____ степени по классификации ВОЗ

- IIIАБ
- IIIБ-IV
- IIIБ

- II-III

У пациента не исключаются ожог глаз и

- отравление продуктами горения
- перелом костей фаланг пальцев
- ингаляционная травма
- черепно-мозговая травма

Учитывая данные анамнеза, у пациента была общая электротравма + + степени

- I
- II
- IV
- III

Электроожоги у пациента расположены в области

- только лица
- лица и обеих кистей
- обеих предплечий
- обеих кистей и предплечий

Электротравма у пациента в зависимости от напряжения электрического тока относится к

- низковольтной
- сверхвысоковольтной
- дуговой
- высоковольтной

У пациента ожоговая болезнь в периоде

- ожогового шока
- острой септикотоксемии
- реконвалесценции
- острой ожоговой токсемии

Необходимыми для постановки диагноза в экстренном порядке лабораторными методами обследования являются

- ожогового шока
- острой септикотоксемии
- реконвалесценции

- острой ожоговой токсемии

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза в экстренном порядке инструментальными методами обследования являются ЭКГ и

- МРТ головы
- Рентгенография костей черепа
- фибробронхоскопия
- эзофагогастродуоденоскопия

Пациента из приемного отделения больницы необходимо госпитализировать в отделение

- нейрохирургическое
- хирургической инфекции
- комбустиологическое
- реанимации и интенсивной терапии

Методом выбора для закрытия раневой поверхности в области кистей и предплечий в данной ситуации является

- ксенопластика
- повязка с раствором повидон-йода
- открытый метод ведения ран с обработкой пеной "Олазол"
- повязка с мазью Вишневского

В неотложном порядке пациенту показано местное лечение в объеме ___ с последующим наложением лечебных повязок на обожженные поверхности

- ксенопластика
- повязка с раствором повидон-йода
- открытый метод ведения ран с обработкой пеной "Олазол"
- повязка с мазью Вишневского

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент В. 59 поступил для дообследования и определения тактики дальнейшего лечения в хирургическое отделение ГКБ

Жалобы

На постоянную неинтенсивную боль в правом подреберье, слабость

Анамнез заболевания

Из анамнеза: болен хроническим гепатитом С в течение 20 лет. Со слов больного, около 6 месяцев назад появились вышеперечисленные жалобы. В течение последних 2 месяцев отмечает усиление болей, появление выраженной слабости. Пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где было проведено УЗИ органов брюшной полости и выявлено образование правой доли печени

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Гепатит С в течение 20 лет Цирроз печени класса А по Child -Pugh Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 168 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется очаговое образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 7 см, спаянное с передней брюшной стенкой

На основании анамнеза и осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- Гемангиома правой доли печени
- Простые кисты печени
- Гепатоцеллюлярный рак правой доли печени
- Адренокортикальный рак справа

При физикальном обследовании симптом _____ позволил заподозрить ГЦР

- увеличения живота в объеме
- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой
- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье

Необходимыми лабораторными методами для постановки диагноза являются

- увеличения живота в объеме

- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой
- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом диагностики является

- увеличения живота в объеме
- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой
- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье

Результаты обследования

Необходимым дополнительным методом диагностики является

- увеличения живота в объеме
- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой
- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальным методов исследования можно сформулировать диагноз

- увеличения живота в объеме
- спаянности опухоли с передней брюшной стенкой
- Мюсси-Георгиевского
- болезненности при пальпации в правом подреберье

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- консервативном лечении, интенсивной инфузионной терапии
- хирургическом лечении: - резекции 6-7 сегментов печени, холецистэктомии
- динамическом наблюдении, контроле лабораторных показателей
- хирургическом лечении: лапаротомии, холецистэктомии, наружном дренировании желчных протоков

Необходимо использовать хирургический доступ, заключающийся в

+ _____ + лапаротомии

- срединной
- правосторонней параректальной
- тотальной
- J-образной

На основании клинической картины у пациента гепатоцеллюлярная карцинома

- T3N1M1
- T3N0M0
- T3N1M0
- T1N0M1

Основным противопоказанием к радикальной операции при гепатоцеллюлярном раке печени является

- опухоль размерами более 7 см
- цирроз печени класса А по Child-Pugh
- наличие хронического гепатита С
- цирроз печени класса В и С по Child-Pugh

Заболеваемость гепатоцеллюлярным раком в России составляет + _____ + человек на 100 000 населения

- 40-50
- 4-5
- 25-30
- 100-120

Для адъювантного лечения гепатоцеллюлярного рака используется препарат

- 40-50
- 4-5
- 25-30
- 100-120

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент С., 30 лет обратился к хирургу поликлиники с целью консультации

Жалобы

На затруднение прохождения плотной пищи по пищеводу

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 1 года, когда появилась дисфагия.

Самостоятельно не лечился. За последние 4 месяца отмечает прогрессирование симптомов дисфагии

Анамнез жизни

Перенесённые заболевания: Туберкулез, гепатиты В и С, ВИЧ, сифилис, хронические заболевания отрицает. *Перенесённые операции:* отрицает

Аллергоанамнез: Аллергию на препараты отрицает. *Развитие:* рос и развивался по возрасту, от сверстников в развитии не отставал

*Гемотрансфузионный анамнез: *не отягощен *Условия жизни:* удовлетворительные.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 ударов в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание не нарушено, дизурии нет. При пальпации щитовидная железа мягко-эластической консистенции, очаговых образований не определяется.

Наличие жалобы больного на дисфагию говорит о заболевании

- желудка
- пищевода
- ободочной кишки
- двенадцатиперстной кишки

Для установки диагноза в первую очередь необходимо выполнить

- желудка
- пищевода
- ободочной кишки

- двенадцатиперстной кишки

Результаты обследования

Для уточнения распространенности процесса, необходимо выполнить

- желудка
- пищевода
- ободочной кишки
- двенадцатиперстной кишки

Результаты обследования

Для уточнения характера выявленного образования в пищеводе также необходимо выполнить

- желудка
- пищевода
- ободочной кишки
- двенадцатиперстной кишки

Результаты обследования

Дифференцировать выявленные изменения в пищеводе необходимо в первую очередь с

- пищеводно-трахеальным свищом
- ахалазией кардии
- раком грудного отдела пищевода
- глоточно-пищеводным дивертикулом

Исходя из данных осмотра и обследования, можно сформулировать окончательный диагноз

- пищеводно-трахеальным свищом
- ахалазией кардии
- раком грудного отдела пищевода
- глоточно-пищеводным дивертикулом

Диагноз

Исходя из данных обследования, биопсия лейомиомы

- может быть использована для иммуногистохимической диагностики

- нецелесообразна
- показана для выявления морфологического типа опухоли
- показана для выявления генетического типа опухоли

Лечебной тактикой у данного пациента является

- медикаментозное лечение
- дистанционная лучевая терапия
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение

Наиболее безопасным и оправданным вариантом хирургического лечения является

- эзофагэктомия с одномоментной пластикой тонкой кишкой
- стентирование пищевода нитеноловым стентом
- циркулярная резекция грудного отдела пищевода
- вылушивание опухоли без вскрытия слизистой оболочки

Оптимальным хирургическим доступом в данном случае является

- передне-боковая цервикотомия
- переднебоковая торакотомия справа
- лапаротомия J-образным доступом
- широкая стернотомия

Одышка, кашель, цианоз, сердцебиение, аритмия при опухолях пищевода обусловлены

- отдаленным гематогенным метастазированием в печень
- сдавлением органов средостения
- ишемической болезнью сердца
- непроходимостью пищевода

Нарушение акта глотания при раке пищевода возникает по причине поражения

- отдаленным гематогенным метастазированием в печень
- сдавлением органов средостения
- ишемической болезнью сердца
- непроходимостью пищевода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М., 55 лет находится в хирургическом стационаре городской клинической больницы. Утром пациентке выполнена эндоскопическая ретроградная холангиография, папиллосфинктеротомия, литоэкстракция из дистального отдела общего желчного протока.

Жалобы

На общую слабость, сердцебиение, обильный дегтеобразный стул

Анамнез заболевания

Около 5 суток назад пациентка отметила острые боли в правом подреберье, самостоятельно лечилась спазмолитиками. Через 4 суток пациентка выявила у себя желтушность кожи и склер. Вызвала бригаду СМП, госпитализирована в хирургический стационар. Пациентке выполнен ряд обследований, по которым диагностирован конкремент дистального отдела общего желчного протока. Выполнена дуоденоскопия, эндоскопическая ретроградная холангиография, папиллосфинктеротомия, литоэкстракция. Обильный дегтеобразный стул отметила за 30 мин до осмотра врача.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Гинекологический анамнез: цикл 28 дней, 7 день цикла. Длительное время страдает ЖКБ, хроническим калькулёзным холециститом

Объективный статус

Пациентка в сознании, на команды реагирует, вялая. Состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледный с иктеричной окраской, видимые склеры иктеричные. Тургор тканей снижен. Дыхание через нос, свободное. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД-17/мин. Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, слабого наполнения и напряжения. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области, правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Селезенка не пальпируется.

Обязательным физикальным исследованием при завершении осмотра пациентки является

- отдаленным гематогенным метастазированием в печень
- сдавлением органов средостения

- ишемической болезнью сердца
- непроходимостью пищевода

Результаты обследования

Полученные при физикальном обследовании данные свидетельствуют о наличии у пациентки

- легочного кровотечения
- острой кишечной непроходимости
- кишечного кровотечения
- мезентериальной ишемии с гангреной кишки

Лечебно-диагностической манипуляцией, которую необходимо немедленно выполнить данной пациентке является

- легочного кровотечения
- острой кишечной непроходимости
- кишечного кровотечения
- мезентериальной ишемии с гангреной кишки

Результаты обследования

Методом инструментальной диагностики, который необходимо использовать в первую очередь является

- легочного кровотечения
- острой кишечной непроходимости
- кишечного кровотечения
- мезентериальной ишемии с гангреной кишки

Результаты обследования

Помимо выполненных ранее методов обследования, для определения тяжести кровопотери в неотложном порядке необходимо выполнить

- легочного кровотечения
- острой кишечной непроходимости
- кишечного кровотечения
- мезентериальной ишемии с гангреной кишки

Результаты обследования

Представленные данные клинического, лабораторного и инструментального методов обследования соответствуют тяжести кровопотери

- кровопотери нет
- средней
- тяжелой
- легкой

Наиболее оптимальным способом остановки кровотечения в данном случае является

- эндоскопический гемостаз
- трансфузия свежезамороженной плазмы
- дуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда
- резекция двенадцатиперстной кишки

Объем кровопотери у больной по предварительным данным составил 700 мл. С целью восполнения дефицита объема циркулирующей крови, коррекции водно-электролитных нарушений необходимо выполнить внутривенную инфузию

- препаратов железа
- эритроцитарной массы
- кристаллоидных растворов
- коллоидных растворов

У пациентки были выполнены неоднократные попытки эндоскопического гемостаза. Однако у больной имеет место продолжающееся массивное дуоденальное кровотечение. В связи с этим необходимо

- экстренное хирургическое вмешательство
- плановое хирургическое вмешательство
- только консервативное лечение
- повторный эндоскопический гемостаз

Для осуществления доступа к двенадцатиперстной кишке, производится ее мобилизация

- по Волковичу-Дьяконову
- по Кохеру
- по Федорову
- по Финнею

Органосохраняющие операции с ваготомией и пилоропластикой применяются при

- юкстапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки
- кровоточащей дуоденальной язве
- синдроме Золлингера-Эллисона
- кровоточащей желудочной язве

Пилоропластика по Финнею выполняется при сочетании дуоденальной язвы с

- юкстапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки
- кровоточащей дуоденальной язве
- синдроме Золлингера-Эллисона
- кровоточащей желудочной язве

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 31 года находится в реанимационном отделении ожогового центра

Жалобы

Боли в ранах туловища, верхних конечностей, слабость, тошноту

Анамнез заболевания

Со слов пациента, травма получена в быту при воспламенении бензина получил ожог пламенем туловища, верхних конечностей 30% п.т. Бригадой СМП сразу после травмы был доставлен в ожоговый центр, госпитализирован в реанимационное отделение, где больному начато обследование и проведение комплексной терапии.

Анамнез жизни

* хронический гастрит * не курит, алкоголь употребляет умеренно * аллергических реакций нет * работает водителем * от столбняка привит в 17 лет в школе

Объективный статус

2-е сутки после травмы. Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы вне ран бледно-розовые, сухие. Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Правильного телосложения, повышенного питания. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная. Участие обеих половин в акте дыхания симметричное. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Аускультативно дыхание жесткое,

проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД-18/мин. ЧСС 102 в мин. АД 130\80мм.рт.ст. Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, правильной формы, на пальпацию живота не реагирует. Перистальтика ослаблена. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание по катетру, диурез сохранен, моча насыщенного желтого цвета. Местный статус: ожоговые раны на туловище, верхних конечностей на площади 30% поверхности тела в виде пузырей, обрывков эпидермиса, дезэпителизированных поверхностей розового, красного и местами серого цвета со скудным серозным отделяемым и перифокальным воспалением вокруг.

Для определения площади ожога в данном случае используется

- "правило девяток"
- планиметрия
- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- "правило ладони»

Состояние больного соответствует периоду

- острой ожоговой токсемии
- ожогового шока
- реконвалесценции
- септикотоксемии

Учитывая клиническую картину у больного диагностирован: Ожог пламенем туловища, верхних конечностей

- острой ожоговой токсемии
- ожогового шока
- реконвалесценции
- септикотоксемии

Диагноз

По данным анамнеза данный ожог относится к

- химическому
- термохимическому
- термическому

- лучевому

Прогноз тяжести ожоговой травмы, согласно правилу «сотни», у данного больного составляет

- 51 благоприятный
- 101 неблагоприятный
- 61 относительно благоприятный
- 81 сомнительный

Одним из обязательных методов инструментальной диагностики у данного больного является

- эзофагогастродуоденоскопия
- фибробронхоскопия
- МРТ
- УЗДС артерий нижних конечностей

На догоспитальном этапе было необходимо выполнить перевязку ожоговых ран с использованием

- пленочных повязок
- чистых хлопчатобумажных простыней
- биологических покрытий
- атравматичных сетчатых повязок

Объем инфузии во вторые сутки после травмы у данного пациента составляет

- столько же, сколько в 1 сутки
- 1/2 от расчётного за первые сутки
- 1/3 от расчётного в первые сутки
- 1/4 от расчётного от расчётного

**Методом хирургического лечения ожогов на данном этапе является
+ _____ + ожоговой раны**

- простой туалет
- хирургическая некротомия
- хирургическая обработка
- химическая некротомия

С целью уменьшения травматизации новообразованного эпидермиса при лечении поверхностных и пограничных ожоговых ран целесообразно применить

- атравматичные сетчатые повязки
- повязки с хлоргексидином
- пену Пантенол
- салицилово-цинковую пасту

Одним из критериев выхода из ожогового шока является

- повышение уровня лимфоцитов
- нормализация уровня креатинина
- нормализация уровня гемоглобина
- повышение уровня гемоглобина

Медицинская реабилитация пострадавших от ожогов начинается

- повышение уровня лимфоцитов
- нормализация уровня креатинина
- нормализация уровня гемоглобина
- повышение уровня гемоглобина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет доставлен в ожоговый центр на 3 сутки после травмы.

Жалобы

Сбор анамнеза невозможен, больной на ИВЛ в мед седации.

Анамнез заболевания

Травма на производстве при взрыве изобутана в закрытом помещении - больной получил ожоги пламенем кожных покровов, ожог глаз, ингаляционную травму. Бригадой СМП доставлен в районную больницу, где в условиях отделения реанимации проведена противошоковая терапия. В связи с дыхательной недостаточностью переведен на ИВЛ, в первые сутки выполнена хирургическая некротомия в области обеих кистей. На 3-и сутки после травмы больной доставлен в ожоговый центр для дальнейшего лечения, где в условиях отделения реанимации-интенсивной терапии продолжено комплексное обследование и лечение.

Анамнез жизни

* По данным анализов у больного хронический гепатит С. * Состояние после резекции желудка около 10 лет назад по поводу острой язвы желудка. * Аллергических реакций нет

Объективный статус

Для постановки основного диагноза используется анамнез заболевания и

- клиническая картина
- рентгеновское исследование костей
- микробиологическое исследование ран
- доплеровское исследование сосудов конечностей

Для определения площади ожога в данном случае используется

- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- «правило девяток»
- "правило ладони"
- планиметрия

Учитывая анамнез заболевания, клиническую картину, наличие ожога лица, для уточнения диагноза больному требуется дообследование в объеме

- УЗИ органов брюшной полости
- микробиологического исследования ран
- доплеровского исследования сосудов конечностей
- фибробронхоскопии

По данным выполненной фибробронхоскопии при поступлении получено: гиперемия и отек слизистой, большое количество копоти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копоти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копоти. Больному установлен диагноз: Ингаляционная травма _____ степени

- III
- IV
- I
- II

Учитывая данные анамнеза, тяжесть травмы, пациента можно отнести к типу больных, ассоциированных с полирезистентной внутрибольничной микрофлорой

- III
- IV
- I
- II

Укажите верный диагноз

- III
- IV
- I
- II

Диагноз

На фоне комплексной терапии состояние больного улучшилось, переведен на самостоятельное дыхание, экстубирован. Однако на 25 сутки после травмы у больного отмечается рвота с примесью неизменной крови вишневого цвета. Наиболее вероятно у больного _____ кровотечение

- желудочно-кишечное
- бронхиальное
- из полости рта
- носовое

Необходимый объем манипуляций в данном случае

- установка назогастрального зонда, проведение эзофагогастродуоденоскопии
- установка назонтестинального зонда, проведение эзофагогастродуоденоскопии
- установка зонда Блэкмора, проведение фибробронхоскопии
- задняя тампонада носа, проведение фибробронхоскопии

По данным ЭГДС: В области гастроэнтероанастомоза определяется крупный свежий сгусток крови, из-под которого активно подтекает алая кровь. Произведены многократные попытки отмывания сгустка ледяной водой - сгусток плотно фиксирован к слизистой, большая часть фрагментирована и аспирирована. После удаления сгустка, непосредственно в кольце гастроэнтероанастомоза определяется струйное артериальное кровотечение из центра линейной язвы размером около 15x4мм. Степень активности желудочно-кишечного кровотечения с учетом полученных данных по Forrest

- IIb
- III
- Ia
- IIa

Оптимальный объем манипуляций при данном типе активности кровотечения должен ограничиваться

- IIb
- III
- Ia
- IIa

В эти сроки после травмы больному рекомендуется проведение противорубцовой терапии в объеме

- IIb
- III
- Ia
- IIa

Консервативная терапия послеожоговых рубцов обычно продолжается в течении + + после заживления ран

- IIb
- III
- Ia
- IIa

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 36 лет обратилась в поликлинику (травмпункт поликлиники) самостоятельно

Жалобы

Боли, жжение в области ран на тыле левой стопы

Анамнез заболевания

1 час назад дома случайно пролила кипяток на ногу, сразу охладила место ожога холодной проточной водой в ванне. СМП не вызывала. Самостоятельно наложила повязку с помощью стерильного бинта и пришла в травмпункт. Лекарственных препаратов не принимала.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * аллергических реакций нет * профессиональных вредностей не имеет, работает продавцом в магазине * от столбняка привита в 16 лет в школе

Объективный статус

Для определения площади ожога используется

- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- "правило ладони"
- "правило девяток»
- планиметрия

Глубиной ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог + _____ + степени (по МКБ-10)

- I-II
- II-III
- III А Б
- II-IIIА

Диагноз на основании клинической картины

- I-II
- II-III
- III А Б
- II-IIIА

Диагноз

Пациентку необходимо направить + _____ + с оформлением направления по форме №057\у-04

- на экстренную госпитализацию в ожоговый центр
- на консультацию в ожоговое отделение
- на амбулаторное лечение
- на лечение в дневной стационар при поликлинике

В данной ситуации пациентке необходимо выполнить местное лечение в виде - туалета ожоговых ран и

- гидроколлоидной повязки
- лечебной повязки с раствором 0,05% хлоргексидина или мази левомеколь
- открытого метода ведения ран с обработкой пеной Пантенол
- сухой асептической марлевой повязки для транспортировки в больницу

На первичном приеме у врача в травмпункте обязательно выполняется

- профилактика тромбоза (введение антикоагулянтов)
- инфузионная терапия

- обезболивание наркотическими анальгетиками
- экстренная профилактика столбняка

Данной пациентке должна быть назначена схема противостолбнячной иммунизации в виде введения

- АС 1,0 и ПСС 1500МЕ по Безредке
- ПСЧИ 250 МЕ в комбинации с антибиотиками
- АС 0,5 в комбинации с антибиотиками
- АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

При экспертизе нетрудоспособности пациентки показано

- АС 1,0 и ПСС 1500МЕ по Безредке
- ПСЧИ 250 МЕ в комбинации с антибиотиками
- АС 0,5 в комбинации с антибиотиками
- АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

У пациентки развилось осложнение, а именно

- аллергический дерматит
- реакция на противостолбнячную иммунизацию
- рожа, эритематозная форма
- нагноение раны

В данном случае эффективным будет следующее местное лечение

- аллергический дерматит
- реакция на противостолбнячную иммунизацию
- рожа, эритематозная форма
- нагноение раны

В данном случае у пациентки развился

- трофическая язва
- аллергический дерматит
- гипертрофический рубец
- гиперкератоз кожи

Пациентке в данном случае можно дать рекомендации

- трофическая язва
- аллергический дерматит
- гипертрофический рубец
- гиперкератоз кожи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 28 лет доставлен автомашиной СМП в приемное отделение ожогового центра

Жалобы

Боли в ранах, сухость во рту, головную боль, озноб, ограничение движений в левой верхней конечности

Анамнез заболевания

Со слов пациента травма получена дома 3 дня назад: от газовой плиты случайно загорелась одежда. В момент получения травмы пациент находился в состоянии алкогольного опьянения. За медицинской помощью не обращался, лекарств не принимал. Сегодня в связи с ухудшением состояния вызвал СМП. Прибывшая бригада СМП экстренно доставила пациента в ожоговый центр.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает * курит до 20 сигарет в день, * алкоголь употребляет нерегулярно; может выпить до 1 литра водки * аллергических реакций нет * официально не работает * проживает в квартире один * от столбняка привит в 17 лет в школе

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Вес 79 кг, рост 176 см. Температура тела 38,5⁰С. Кожные покровы вне ран бледные, лицо красное. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации везикулярное дыхание, шумы не выслушиваются. ЧДД 22/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 105/мин, АД 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул был утром, мочеиспускание не затруднено, моча светлая, прозрачная. Местный статус:

Для определения площади ожога используется

- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- планиметрия
- "правило девяток"
- "правило ладони"

По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог + _____ + степени (по МКБ -10)

- IIIАБ
- IIIБ-IV
- III
- II

Среди лабораторных исследований в эти сроки после травмы наибольшую информативность имеет

- IIIАБ
- IIIБ-IV
- III
- II

Результаты обследования

На основании анамнеза, клинической картины и лабораторных данных пациенту может быть установлен диагноз: Ожог пламенем левой боковой поверхности туловища и левой верхней конечности

- IIIАБ
- IIIБ-IV
- III
- II

Диагноз

В неотложном порядке пациенту показано общее лечение - дезинтоксикационная терапия и

- антибактериальная терапия
- коррекция электролитных нарушений
- гемотрансфузия
- парентеральное питание

В неотложном порядке пациенту показана + _____ + хирургическая обработка ожоговых ран

- первичная
- вторичная
- этапная
- ранняя

После выполнения первичной хирургической обработки ран показано местное лечение с применением

- биологических повязок
- влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода
- аллопластических заменителей кожи
- синтетических повязок с силиконовым слоем

Для скорейшего удаления некротических тканей и подготовки к пластическому закрытию в ближайшие 1-2 дня необходимо выполнить

+ + ран

- биологических повязок
- влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода
- аллопластических заменителей кожи
- синтетических повязок с силиконовым слоем

Для закрытия раневой поверхности в данной ситуации предпочтительным является

- биологических повязок
- влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода
- аллопластических заменителей кожи
- синтетических повязок с силиконовым слоем

Лечение донорских ран рекомендуется проводить

- аллопластическими заменителями кожи
- синтетическими губчатыми повязками
- однократно наложенными влажно-высыхающими марлевыми повязками с растворами антисептиков
- биологическими покрытиями

У данного пациента возможно раннее осложнение ожоговой болезни в виде

- эрозий и язв желудочно-кишечного тракта
- ожогового сепсиса
- острой печеночной недостаточности
- острой почечной недостаточности

У данного пациента вероятно развитие отдаленного осложнения ожоговой травмы в виде

- эрозий и язв желудочно-кишечного тракта
- ожогового сепсиса
- острой печеночной недостаточности
- острой почечной недостаточности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент К., 43 года, в быту получил ожоги пламенем туловища и нижних конечностей II-III степени -25 % п.т.(III степени- 16% п.т.)

Жалобы

Боли в областях ожогового поражения

Анамнез заболевания

Через 6 часов после получения ожогов был госпитализирован в травматологическое отделение центральной районной больницы, где проводилась противошоковая инфузионная терапия. Через 2 дня стационарного лечения была отмечена положительная клинико-лабораторная динамика, сопровождавшаяся нормализацией темпа диуреза (до 130 мл/час), уменьшения гемоконцентрации, со снижением показателей гематокрита до 31%. Однако, на 5 сутки после травмы у пациента было отмечено ухудшение состояния, связанное с появлением фебрильной лихорадки (температура тела выше 38,5°C), развитием делирия, появлением гастростаза, пареза кишечника, снижением темпа диуреза до 30 мл/час

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголь употребляет умеренно * аллергических реакций нет * временно не работает * при поступлении выполнена экстренная профилактика столбняка

Объективный статус

Состояние тяжелое. Вес 84 кг, рост 179 см. Температура тела 39,5⁰С. Кожные покровы вне ран бледные, акроцианоз, цианоз носогубного треугольника. Оглушение (12 баллов при шкале ком Глазго), при вербальном раздражении – возбуждение, обманы восприятия. Тахипное до ЧДД 32 в мин, участие дополнительной дыхательной мускулатуры. На момент подключения к монитору – артериальное давление составляло 184/96 мм.рт.ст., была зафиксирована синусовая тахикардия до 128 в минуту. На момент осмотра – моча отсутствует. В области ожогового поражения кожных покровов отмечено усиление перифокального воспаления вокруг ран.

Ухудшение состояния пациента связано с развитием

- сепсиса
- тромбоэмболии лёгочной артерии
- миоплегической формы столбняка
- инфаркта миокарда

Дыхательная недостаточность у пациента связана с развитием

- острого респираторного дистресс-синдрома
- обструкции дыхательных путей остатками копти и мокротой
- кардиогенного отёка лёгких
- эмболии лёгочной артерии или её ветвей

У пациента ожоговая болезнь в периоде

- острого респираторного дистресс-синдрома
- обструкции дыхательных путей остатками копти и мокротой
- кардиогенного отёка лёгких
- эмболии лёгочной артерии или её ветвей

Диагноз

Для объективизации причины нарушения витальных функций показано исследование

- кислотно-щелочного состояния венозной крови из периферической вены
- кислотно-щелочного состояния смешанной венозной крови
- биохимического анализа крови
- кислотно-щелочного состояния артериальной крови

Для уточнения причины дыхательной недостаточности и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

- компьютерная томография
- дуплексное сканирование вен нижних конечностей
- эхокардиография
- электрокардиография

Для уточнения диагноза «бактериальный сепсис» следует исследовать уровень

- прокальцитонина
- билирубина общего и прямого
- NT pro BNP
- тропонина I

В неотложном порядке пациенту показано

- начало экстракорпоральной мембранной оксигенации
- начало неинвазивной искусственной вентиляции лёгких
- начало высокопоточной кислородотерапии

- начало инвазивной искусственной вентиляции лёгких

В неотложном порядке пациенту также показано

- неотложное введение свежезамороженной плазмы
- старт или изменение эмпирической антимикробной терапии
- немедленное введение специфических иммуноглобулинов
- экстренное введение ингибиторов фибринолиза

С учётом анурии, выраженных электролитных нарушений пациенту рекомендуется

- дозированное введение петлевых диуретиков
- капельное введение осмотических диуретиков
- перфузия дофамина в почечной дозе
- проведение заместительной почечной терапии

Пациенту рекомендуется проводить нутритивную поддержку в виде

- в/в введения гипертонических растворов глюкозы для покрытия энергозапросов из расчёта 25 ккал/кг
- введения в желудочный зонд только солевых растворов
- полного заместительного парентерального питания в комбинации с поливитаминами
- энтерального зондового питания с использованием энтеральных смесей, содержащих гидролизаты белка

Пациенту рекомендуется проводить профилактику повреждения слизистых желудочно-кишечного тракта в виде энтерального питания и

- ингибиторов протонной помпы
- обволакивающих антацидов
- трёхкомпонентной пероральной противоязвенной терапии
- четырёхкомпонентной пероральной противоязвенной терапии

Применение глюкокортикостероидных гормонов данному пациенту

- ингибиторов протонной помпы
- обволакивающих антацидов
- трёхкомпонентной пероральной противоязвенной терапии
- четырёхкомпонентной пероральной противоязвенной терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 36 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ожогового центра

Жалобы

Боли, жжение в области ран на тыле и пальцах обеих кистей

Анамнез заболевания

3 часа назад в гараже протирал бензином детали автомобиля; от сигареты случайно загорелась ветошь в руках, получил ожог. Первая помощь не оказана. Самостоятельно пришел в ближайший травмпункт. Лекарственных препаратов не принимал. В травмпункте врач выполнил перевязку и вызвал СМП.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * курит до 20 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * аллергических реакций нет * профессиональных вредностей не имеет, работает водителем (неофициально) * от столбняка привит в 16 лет в школе

Объективный статус

Для определения площади ожога используется

- планиметрия
- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- "правило девяток»
- "правило ладони"

Глубиной ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог

+ _____ + степени (по МКБ-10)

- IIIАБ
- I-II-IIIА
- I-II
- II-III

Диагноз на основании анамнеза и клинической картины: Ожог пламенем

кистей I-II степени + _____ + % поверхности тела

- IIIАБ
- I-II-IIIА
- I-II
- II-III

Диагноз

Невыполненное у пациента мероприятие первой медицинской помощи, влияющее на глубину ожога и прогноз, это обработка ожоговой поверхности

- растительным маслом
- пеной Пантенол
- водкой
- холодной водой

Правильные действия врача травмпункта в данной ситуации

- выдача листка нетрудоспособности
- направление на госпитализацию
- выдача справки обращения
- направление на амбулаторное лечение

Пациента необходимо госпитализировать в + _____ + отделение

- ожоговое
- дерматологическое
- травматологическое
- реанимационное

В ожоговом отделении пациенту в день поступления проводится местное лечение - туалет ожоговых ран и

- УФ-облучение
- наложение повязки с мазью левомеколь
- открытый метод ведения ран с обработкой пеной Олазол
- хирургическая некротомия

В день поступления больного в стационар обязательным лечебным мероприятием является проведение

- системной антибиотикотерапии
- обезболивания местными анестетиками
- профилактики тромбоза (введение прямых антикоагулянтов)
- профилактики столбняка

Данному пациенту должна быть назначена следующая схема противостолбнячной иммунизации

- АС 0,5 и ПСС 3000 МЕ по Безредке
- АС 1,0 и ПСС 1500 МЕ по Безредка

- АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка
- ПСЧИ 250 МЕ

Общее лечение включает применение

- АС 0,5 и ПСС 3000 МЕ по Безредке
- АС 1,0 и ПСС 1500 МЕ по Безредка
- АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка
- ПСЧИ 250 МЕ

У пациента клинические признаки

- гиперкератоза кожи (ожога в стадии эпителизации)
- послеожогового гипертрофического рубца
- красного плоского лишая
- аллергического дерматита

Пациенту в данной ситуации рекомендуется

- гиперкератоза кожи (ожога в стадии эпителизации)
- послеожогового гипертрофического рубца
- красного плоского лишая
- аллергического дерматита

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка П. 45 поступила для дообследования и определения тактики дальнейшего лечения в хирургическое отделение ГКБ

Жалобы

На постоянную неинтенсивную боль в правом подреберье, тошноту.

Анамнез заболевания

Со слов больной около 5 лет назад появились вышеперечисленные жалобы. При обследовании на УЗИ органов брюшной полости — киста печени до 3 см. Не обследовалась, не лечилась. В течение последних 2 месяцев отмечает усиление болей. Пациентка обратилась в поликлинику по месту жительства, где было проведено УЗИ органов брюшной полости и выявлена киста правой доли печени диаметром до 20 см

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было. Эпидемиологический анамнез: длительное время проживала в Туркменистане

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 168 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается его асимметрия и увеличение в объеме, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется кистозное образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 20 см.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно сформулировать диагноз

- гиперкератоза кожи (ожога в стадии эпителизации)
- послеожогового гипертрофического рубца
- красного плоского лишая
- аллергического дерматита

Диагноз

При обследовании пациентов с кистами печени в первую очередь необходимо исключить _____ природу заболевания

- онкологическую
- вирусную
- паразитарную
- бактериальную

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- онкологическую
- вирусную
- паразитарную
- бактериальную

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимым инструментальным методом диагностики является

- онкологическую
- вирусную

- паразитарную
- бактериальную

Результаты инструментального метода обследования

Для окончательного подтверждения диагноза необходимо выполнить

- онкологическую
- вирусную
- паразитарную
- бактериальную

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно сформулировать диагноз

- ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Хронический абсцесс печени
- простые кисты печени ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит
- гепатоцеллюлярная карцинома правой доли печени. Холецистолитиаз
- Эхинококкоз правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- динамическом наблюдении, контроле лабораторных анализов через 14 дней
- хирургическом лечении: лапароскопии, холецистэктомии, эхинококкотомии
- консервативной антипаразитарной терапии
- хирургическом лечении: резекции печени, эхинококкэктомии, субтотальной перицистэктомии

Необходимо использовать хирургический доступ в виде + _____ + лапаротомии

- J-образной
- срединной
- тотальной
- правосторонней параректальной

Перед проведением оперативного лечения пациенту необходимо провести дообследование в виде

- J-образной

- срединной
- тотальной
- правосторонней параректальной

Результаты обследования

В послеоперационном периоде показано проведение

- длительной антибактериальной терапии
- только КТ-брюшной полости через 1 год после операции
- только динамического наблюдения
- антипаразитарной терапии

Эхинококкоз печени встречается у + + человек на 100000 населения

- 150
- 6
- 30
- 60

Возбудителем эхинококкоза печени является

- 150
- 6
- 30
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Л., 45 лет обратилась в консультативно-поликлиническое отделение.

Жалобы

На затрудненное глотание жидкой и твердой пищи, отрыжку, срыгивание, кашель в ночное время.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы отмечает последние 30 лет. Впервые эпизоды дисфагии стали беспокоить в юношеском возрасте, начало заболевания связывает с нервным перенапряжением, сильным стрессом. Прием внутрь химически агрессивных жидкостей отрицает. В последующем, стала отмечать «поперхивание» при глотании, эпизоды дискомфорта и боли в эпигастральной области, необходимость выпивать большое количество воды после приема

пищи для облегчения пассажа пищи по пищеводу. Дисфагия носит интермиттирующую форму, периодически отмечала ее парадоксальный характер: твердая пища проходит хорошо, жидкая хуже. Обратилась к гастроэнтерологу, принимала нитраты, блокаторы кальциевых каналов без эффекта, специфическое лечение не получала.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операции: аппендэктомия в детском возрасте. Гинекологический анамнез: 2 беременности, 2 родов

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 160 см, масса тела 86 кг. Сознание ясное. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтические шумы не усилены. Физиологические отправления не нарушены, отмечает склонность к запорам.

На основании жалоб и физикального осмотра может быть сформулирован диагноз

- 150
- 6
- 30
- 60

Диагноз

Основным синдромом, который позволил заподозрить данный диагноз, является

- демпинг-синдром
- синдром энтеральной недостаточности
- дисфагия
- синдром обстипации

Для подтверждения данного диагноза больной необходимо выполнить

- демпинг-синдром
- синдром энтеральной недостаточности
- дисфагия
- синдром обстипации

Результаты обследования

Для определения стадии заболевания пациенту необходимо выполнить

- демпинг-синдром
- синдром энтеральной недостаточности
- дисфагия
- синдром обстипации

Результаты обследования

На основании данных анамнеза, инструментальных обследований может быть сформулирован окончательный диагноз

- атрезия пищевода
- ахалазия кардии III стадии
- субтотальная желудочная грыжа пищеводного отверстия
- эпифренальный дивертикул пищевода

Данной пациентке показана операция

- гастропликация по Н.Н. Каншину
- кардиомиотомия по Геллеру
- гастрощунтирование
- селективная проксимальная ваготомия

При рекомендуемом объеме оперативного вмешательства для предотвращения развития выраженного тяжелого рефлюкс-эзофагита, операция должна быть дополнена

- гастропликация по Н.Н. Каншину
- кардиомиотомия по Геллеру
- гастрощунтирование
- селективная проксимальная ваготомия

Дополнительная информация

Больная от предложенного оперативного вмешательства отказалась и покинула стационар, оформив письменный отказ. В дальнейшем нигде не наблюдалась, лечение не получала. Через 6 месяцев вновь обратилась в стационар с жалобами на невозможность проглатывания жидкой пищи, затруднение при проглатывании пищи, "практически перестала есть". При осмотре отмечается снижение массы тела, гипотрофия, ИМТ 15. ЧСС- 78 в мин А\Д 120\70 мм рт ст. После дообследования пациентке сформулирован диагноз: Ахалазия кардии IV стадии.

В настоящее время операцией выбора является

- гастропликация по Н.Н. Каншину
- кардиомиотомия по Геллеру
- гастрощунтирование
- селективная проксимальная ваготомия

Дополнительная информация

Больной выполнена экстирпация пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой. 3-и сутки послеоперационного периода. Больная предъявляет жалобы на чувство неудобства при глотании, тяжести при дыхании. Отмечается подъем Т тела до 37,4°C, ЧСС 86 в мин АД 120\70 мм рт ст. ЧД 20 в мин. Дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот не вздут, симметричный, при пальпации умеренно болезненный в зоне послеоперационных швов, перистальтика выслушивается.

Для оценки состоятельности пищеводного анастомоза целесообразно выполнить

- УЗИ органов брюшной полости и средостения с пероральным контрастированием
- рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием
- позитронно-эмиссионную томографию
- магниторезонансную томографию брюшной полости

К вариантам лечения ахалазии кардии относятся

- резекция шейного отдела пищевода
- фундопликация по Ниссену
- бужирование пищевода
- пероральная эндоскопическая миотомия

Проведение курса баллонной пневмокардиодилатации в 0.5-1% случаев сопряжено с развитием осложнения в виде

- мезентериального тромбоза
- перфорации пищевода
- стеноза выходного отдела желудка
- формирования фитобезоаров

Необходимый перечень инструментальных исследований в рамках предоперационной подготовки при планировании радикальной операции по поводу ахалазии кардии включает

- мезентериального тромбоза
- перфорации пищевода
- стеноза выходного отдела желудка
- формирования фитобезоаров

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент З., 57 лет обратился в консультативно-поликлиническое отделение.

Жалобы

На невозможность глотания твердой и полужидкой пищи, похудание, общую слабость.

Анамнез заболевания

Известно, что около 6 месяцев назад по ошибке выпил уксусную эссенцию. Был госпитализирован в стационар по месту жительства, где в условиях отделения реанимации проводилась дезинтоксикационная терапия, промывание желудка большим количеством теплой воды, выписан в удовлетворительном состоянии. Впоследствии, через 2 месяца, стал отмечать эпизоды затрудненного глотания твердой и протертой пищи, был вынужден принимать только жидкую пищу, за это время похудел на 20 кг.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операции: аппендэктомия в детском возрасте.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 50 кг. ИМТ 17. Сознание ясное. Кожный покров обычной окраски и влажности, тургор кожи снижен. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтические шумы не усилены. Физиологические отправления не нарушены.

На основании данных анамнеза и физикального осмотра можно сформулировать предварительный диагноз

- мезентериального тромбоза
- перфорации пищевода
- стеноза выходного отдела желудка

- формирования фитобезоаров

Диагноз

Основным синдромом, который позволил заподозрить данное заболевание, является

- дыхательная недостаточность
- аэрофагия
- дисфагия
- эндотоксикоз в анамнезе

Основным методом инструментальной диагностики в данном случае является

- дыхательная недостаточность
- аэрофагия
- дисфагия
- эндотоксикоз в анамнезе

Результаты инструментальной диагностики

Для уточнения объема операции пациенту необходимо выполнить

- компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости с в/в контрастированием, цистографию, эзофагогастродуоденоскопию, колноскопию
- эзофагогастроскопию, колоноскопию, внутрижелудочную рН-метрию, компьютерную томографию брюшной полости и грудной клетки
- полипозиционное рентген-контрастное исследование пищевода и желудка, ирригографию, ларингоскопию, внутрижелудочную рН-метрию
- контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ларингоскопию, ЭГДС, колоноскопию

На основании проведенного обследования можно сформулировать клинический диагноз

- короткая постожоговая рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 1 степени
- ожог гортаноглотки. Тотальная рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 4 степени
- протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени
- диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони-Тешендорфа), дисфагия 2 степени

Данному пациенту в плановом порядке показана

- гастропластика по Collis с формированием трубки пищевода из малой кривизны желудка и внутригрудным анастомозом
- клапанная гастропластика по Каншину с формированием трубки пищевода из кардиального отдела желудка
- субтотальная резекция пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее
- фундопликация по Тупе с внутрибрюшным формированием из передней и задней стенки фундального отдела желудка симметричной манжеты

Данному пациенту проведение неоднократных курсов бужирования пищевода нецелесообразно ввиду наличия

- протяженной рубцовой стриктуры пищевода
- аспирационного синдрома
- декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка
- наличия вторичного укорочения пищевода

При выборе варианта эзофагопластики у данного пациента дополнительно необходимо оценить наличие следующих постожоговых стриктур и рубцовых поражений

- протяженной рубцовой стриктуры пищевода
- аспирационного синдрома
- декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка
- наличия вторичного укорочения пищевода

Дополнительная информация

Больному выполнена субтотальная резекция пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее. 3-и сутки послеоперационного периода. Больной предъявляет жалобы на чувство неудобства при глотании, тяжести при дыхании. Отмечается подъем T тела до 37,4 С, ЧСС 86 в мин A\Д 120\70 мм рт ст. ЧД 20 в мин. Дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот не вздут, симметричный, при пальпации умеренно болезненный в зоне послеоперационных швов, перистальтика выслушивается.

Для оценки состоятельности пищеводного анастомоза целесообразно выполнить

- магниторезонансную томографию грудной клетки и брюшной полости
- рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

- рентгенографию грудной клетки и брюшной полости
- ультразвуковое исследование брюшной полости и средостения с пероральным контрастированием

К специфическим осложнениям пластики пищевода относятся

- реактивный многократно рецидивирующий серозный плеврит, гнойный трахеобронхит, пневмония, ателектазы легкого, пневмоторакс
- перитонит, поддиафрагмальный абсцесс, нагноение послеоперационной раны, абсцесс легкого, острая спаечная кишечная непроходимость
- тромбоэмболия легочной артерии, острый мезентериальный тромбоз, тромбоз воротной вены, острый тромбоз вен нижних конечностей с флотацией
- несостоятельность пищевода и его рубцовые стриктуры, некроз трансплантата, свищи «искусственного пищевода», повреждения возвратного гортанного нерва

Бужирование стриктуры пищевода абсолютно противопоказано при наличии

- язвенной болезни 12-перстной кишки с регулярными обострениями
- пищеводно-медиастинальных и пищеводно-респираторных свищей
- острой кишечной непроходимости с наличием межкишечных свищей
- увеличения щитовидной железы 1-2 ст. по ВОЗ

При наличии полной ожоговой стриктуры пищевода, невозможности бужирования из-за плотных рубцов, укорочения пищевода с развитием вторичной кардиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с тяжелым рефлюкс-эзофагитом, быстро возникающим рецидивом стриктуры после бужирования (3-6 месяцев), наличии пищеводных свищей, отсутствии противопоказаний со стороны органов и систем больному показана операция

- язвенной болезни 12-перстной кишки с регулярными обострениями
- пищеводно-медиастинальных и пищеводно-респираторных свищей
- острой кишечной непроходимости с наличием межкишечных свищей
- увеличения щитовидной железы 1-2 ст. по ВОЗ

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент З., 57 лет обратился в консультативно-поликлиническое отделение.

Жалобы

На невозможность глотания твердой и полужидкой пищи, похудание, общую слабость.

Анамнез заболевания

Известно, что около 6 месяцев назад по ошибке выпил уксусную эссенцию. Был госпитализирован в стационар по месту жительства, где в условиях реанимации проводилась дезинтоксикационная терапия, промывание желудка большим количеством теплой воды, выписан в удовлетворительном состоянии.

Впоследствии, через 2 месяца стал отмечать эпизоды затрудненного глотания твердой и протертой пищи, был вынужден принимать только жидкую пищу, за это время похудел на 20 кг.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операции: аппендэктомия в детском возрасте.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 50 кг. ИМТ 17 кг/м². Сознание ясное. Кожный покров обычной окраски и влажности, тургор кожи снижен. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд. в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтические шумы не усилены. Физиологические отправления не нарушены.

На основании осмотра и данных анамнеза можно сформулировать предварительный диагноз

- язвенной болезни 12-перстной кишки с регулярными обострениями
- пищеводно-медиастинальных и пищеводно-респираторных свищей
- острой кишечной непроходимости с наличием межкишечных свищей
- увеличения щитовидной железы 1-2 ст. по ВОЗ

Диагноз

Основным синдромом, который позволил заподозрить данное заболевание, является

- дыхательная недостаточность
- дисфагия
- аэрофагия
- эндотоксикоз в анамнезе

Для уточнения диагноза пациенту необходимо выполнить

- дыхательная недостаточность
- дисфагия
- аэрофагия
- эндотоксикоз в анамнезе

Результаты обследования

Для уточнения объема оперативного вмешательства данному пациенту необходимо выполнить

- контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ларингоскопию, ЭГДС
- ЭГДС, колоноскопию, внутрижелудочную рН-метрию, баллонную манометрию, УЗИ брюшной полости
- компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости с в/в контрастированием, цистографию, ларингоскопию
- полипозиционное рентген-контрастное исследование пищевода и желудка, ирригографию, внутрижелудочную рН-метрию

На основании проведенного обследования, можно сформулировать клинический диагноз

- диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони-Тешендорфа)
- короткая рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 1 степени
- протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени
- ожог гортаноглотки. Тотальная рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 4 степени

Данному пациенту в плановом порядке показана операция

- диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони-Тешендорфа)
- короткая рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 1 степени
- протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени
- ожог гортаноглотки. Тотальная рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 4 степени

Дополнительная информация

Больному выполнена субтотальная резекция пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее. 3-и сутки послеоперационного периода. Больной

предъявляет жалобы на чувство дискомфорта при глотании, тяжести при дыхании. Отмечается подъем Т тела до 37,4 С, ЧСС 86 в мин АД 120/70 мм рт. ст. ЧДД 20 в мин. Дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот не вздут, симметричный, при пальпации умеренно болезненный в зоне послеоперационных швов, перистальтика выслушивается.

Для оценки состоятельности пищеводного анастомоза целесообразно выполнить

- диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони-Тешендорфа)
- короткая рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 1 степени
- протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени
- ожог гортаноглотки. Тотальная рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 4 степени

Дополнительная информация

Больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии через 2 недели после оперативного вмешательства. Через 1 год стал отмечать затруднение при проглатывании твердой и жидкой пищи. ИМТ 20 кг/м². Обратился на консультацию в КДЦ стационара, где при обследовании выявлена рубцовая стриктура эзофагогастроанастомоза.

Больному следует рекомендовать

- баллонную пневмокардиодилатацию
- курс бужирования
- гастрощунтирование
- фундопликацию по Ниссену

На основании имеющихся данных больному может быть установлена

+ _____ + группа инвалидности

- 2 нерабочая
- 2 рабочая
- 1 нерабочая
- 3

Для определения градиента пищеводно-желудочного давления, состояния пропульсивной способности пищевода проводится

- эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода
- ангиография артерий пищевода и желудка
- эзофагоманометрия
- позитронно-эмиссионная томография пищевода и желудка

Неотложная помощь при ожоге пищевода включает введение

- антибиотиков, блокаторов кальциевых каналов, трамадола и исключение приема жидкостей
- гепарина, атропина, омепразола и промывание желудка
- атропина, анальгина, папаверина и промывание желудка
- антибиотиков, атропина, супрастина и промывание желудка

Острый период химического ожога пищевода длится около 2 недель и характеризуется выраженными воспалительными и дегенеративно-дистрофическими изменениями стенки пищевода, тяжелой эндогенной интоксикацией. При сохранении дисфагии, невозможности проведения раннего бужирования пищевода, отсутствии условий для проведения длительного парентерального питания данному больному для коррекции алиментарного статуса показана

- антибиотиков, блокаторов кальциевых каналов, трамадола и исключение приема жидкостей
- гепарина, атропина, омепразола и промывание желудка
- атропина, анальгина, папаверина и промывание желудка
- антибиотиков, атропина, супрастина и промывание желудка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 63 лет доставлен бригадой СМП в сопорозном состоянии в приемное отделение.

Жалобы

До угнетения сознания жаловался на затрудненное дыхание, боли в груди.

Анамнез заболевания

Невозможно собрать анамнез в связи с угнетением сознания. Со слов родственника, пациент лежал в кровати в связи с болью в нижних конечностях. После чего встал, резко почувствовал себя плохо, пожаловался на боли в груди, стал задыхаться и потерял сознание, после чего была вызвана бригада СМП. За несколько дней до этого пациент жаловался на локальную болезненность в правой ноге в области бедра

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Инфаркты, инсульты не переносил. Аллергии на препараты отрицает. 1 месяц назад – протезирование

правого тазобедренного сустава. В анамнезе – варикозное расширение вен нижних конечностей.

Объективный статус

Общее состояние: тяжелое. Уровень сознания – сопор. Рост 170 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы бледно-цианотичные, влажные. Аускультативно дыхание ослаблено с обеих сторон, ЧДД 22 в 1 мин. ЧСС98 в 1 мин, АД 80/50 мм рт. ст., температура тела 35,8 С, артериальная сатурация 80%. Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, безболезненный. Отмечается отечность правой нижней конечности в области голени и бедра, усиление венозного рисунка.

На основании полученных данных наиболее вероятным диагнозом является

- антибиотиков, блокаторов кальциевых каналов, трамадола и исключение приема жидкостей
- гепарина, атропина, омепразола и промывание желудка
- атропина, анальгина, папаверина и промывание желудка
- антибиотиков, атропина, супрастина и промывание желудка

Диагноз

Для исключения данного диагноза показан анализ крови на

- антибиотиков, блокаторов кальциевых каналов, трамадола и исключение приема жидкостей
- гепарина, атропина, омепразола и промывание желудка
- атропина, анальгина, папаверина и промывание желудка
- антибиотиков, атропина, супрастина и промывание желудка

Результаты обследования

Дополнительная информация

Учитывая тяжесть состояния, больному в неотложном порядке выполнена ЭХО-КГ, при которой выявлено: Гипо- и акинез свободной стенки ПЖ (Симптом McConnel); увеличение скорости трикуспидальной регургитации > 2,5 м/с; дилатация нижней полой вены и отсутствие ее коллабирования на вдохе. Давление в легочном стволе 55 мм.рт.ст. (норма до 30 мм.рт.ст.); уплощение межжелудочковой перегородки; увеличение соотношения ПЖ/ЛЖ.

Полученные данные могут свидетельствовать о

- снижении фракции выброса
- перегрузке правых отделов сердца

- стенозе легочного ствола
- недостаточности митрального клапана

Учитывая данные Эхо-КГ, для достоверной верификации диагноза больному необходимо выполнить

- снижении фракции выброса
- перегрузке правых отделов сердца
- стенозе легочного ствола
- недостаточности митрального клапана

Результаты обследования

Исходя из полученных данных осмотра и обследования, может быть сформулирован диагноз

- тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, высокий риск летального исхода
- варикозное расширение вен правой нижней конечности. Хроническая ТЭЛА, высокий риск летального исхода
- тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Массивная ТЭЛА, низкий риск летального исхода
- тромбоз артерий правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, средний риск летального исхода

В данном случае тактика лечения ТЭЛА пациента включает госпитализацию в отделение

- тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, высокий риск летального исхода
- варикозное расширение вен правой нижней конечности. Хроническая ТЭЛА, высокий риск летального исхода
- тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Массивная ТЭЛА, низкий риск летального исхода
- тромбоз артерий правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, средний риск летального исхода

Дополнительная информация

Состояние больного, несмотря на проводимое лечение в течение 2 часов, остается крайне тяжелым. ЧСС=110 уд/мин, АД=90/40, дыхание учащенное, поверхностное, сознание – сопор.

Больному показано выполнение оперативного вмешательства в объеме

- тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, высокий риск летального исхода
- варикозное расширение вен правой нижней конечности. Хроническая ТЭЛА, высокий риск летального исхода
- тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Массивная ТЭЛА, низкий риск летального исхода
- тромбоз артерий правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, средний риск летального исхода

Полученные данные говорят о развитии

- острого инфаркт миокарда правого желудочка
- расслаивающейся аневризме аорты
- постэмболической инфарктной пневмонии
- несостоятельности швов легочной артерии

Учитывая данные анамнеза, тяжесть патологии, пациента можно отнести к + + типу больных, ассоциированных с полирезистентной внутрибольничной микрофлорой

- III b
- I
- IV
- II

Риск развития ТЭЛА повышается при наличии

- хронического бронхита
- перелома нижней конечности
- хронического гломерулонефрита
- грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

Абсолютными противопоказаниям к тромболитической терапии является

- хроническая ишемия нижних конечностей
- хронический пиелонефрит
- протезирование сустава в анамнезе
- геморрагический инсульт в анамнезе

Причиной парадоксальной эмболии с развитием острого нарушения мозгового кровообращения при ТЭЛА является

- хроническая ишемия нижних конечностей
- хронический пиелонефрит
- протезирование сустава в анамнезе

- геморрагический инсульт в анамнезе

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 61 лет поступил в приемное отделение с жалобами на отсутствие самостоятельного мочеиспускания в течение последних 24 ч. При дополнительном расспросе пациент отмечает ухудшение симптомов за последние 6 мес.

Жалобы

На отсутствие самостоятельного мочеиспускание, резь и боль в нижних отделах живота.

Анамнез заболевания

В течение последнего года пациент стал отмечать ухудшение мочеиспускания, ночные позывы участились до 5-6 раз в сутки, вялую струю. Пациент в течение последних 2 недель отмечает недержание мочи. С вышеперечисленными жалобами пациент обратился в СМП. Госпитализирован. В приемном отделении больному была проведена катетеризация мочевого пузыря. Одномоментно было получено 1100 мл прозрачной мочи.

Анамнез жизни

ОРВИ, язвенная болезнь ДПК в стадии ремиссии, гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты – отрицает. Операции: аппендэктомия в детстве.

Объективный статус

Температура 36,9°C, пульс 84 уд/мин. АД 180/95 мм рт.ст., ЧД 22/мин. Внешний вид: пациент тревожен, кожные покровы бледные, липкие на ощупь. Половые органы без патологии. Дополнительные исследования: ОАК в норме, креатинин 211,2 мкмоль/л, мочевины 21,4 ммоль/л. Посев мочи: отсутствие роста.

Наиболее вероятной причиной обструкции мочевых путей является

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)
- мочекаменная болезнь
- рак мочевого пузыря
- рак предстательной железы

Поводом для развития острой задержки мочи является

- бактериальная инфекция

- инородное тело, камни мочевого пузыря
- употребление алкоголя
- прием диуретиков

Наиболее информативным методом физикального обследования в данном случае является

- бактериальная инфекция
- инородное тело, камни мочевого пузыря
- употребление алкоголя
- прием диуретиков

Результаты физикального обследования

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы
- инородное тело, камни мочевого пузыря
- стриктура уретры
- нейрогенное расстройство мочеиспускания

Наиболее информативным и позволяющим с наибольшей вероятностью подтвердить предварительный диагноз является такой метод инструментальной диагностики как

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы
- инородное тело, камни мочевого пузыря
- стриктура уретры
- нейрогенное расстройство мочеиспускания

Результаты инструментального метода обследования

Наиболее специфическим лабораторным исследованием ДГПЖ для исключения РПЖ является

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы
- инородное тело, камни мочевого пузыря
- стриктура уретры
- нейрогенное расстройство мочеиспускания

Результаты лабораторного обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- доброкачественная гиперплазия предстательной железы
- инородное тело, камни мочевого пузыря
- стриктура уретры
- нейрогенное расстройство мочеиспускания

Диагноз

Методом экстренной помощи, наиболее актуальным при острой задержке мочи в данной ситуации является

- нефростомия
- стентирование мочеточников
- цистоскопия
- катетеризация мочевого пузыря

Оптимальным оперативным вмешательством в данной ситуации является

- радикальная простатэктомия
- ТУР предстательной железы
- позадилонная аденомэктомия по Миллину
- эпицистостомия

Наиболее частым состоянием, развивающимся после устранения обструкции мочевых путей, является

- полиурия
- макрогематурия
- анурия
- нормальный диурез, мочеиспускание без особенностей

В данном клиническом случае медикаментозное лечение

- неэффективно
- обладает длительным лечебным эффектом
- эффективно при повышении разовой и суточной дозы
- дает кратковременный эффект

Наиболее частым осложнением доброкачественной гиперплазии предстательной железы является

- неэффективно
- обладает длительным лечебным эффектом

- эффективно при повышении разовой и суточной дозы
- дает кратковременный эффект

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 32 года, обратился самостоятельно в приемное отделение стационара.

Жалобы

На поступление мочи с кровью, боли внизу живота и частые позывы к мочеиспусканию.

Анамнез заболевания

Со слов пациента: около 2-2,5 часа тому назад после употребления алкоголя был избит неизвестными. Сознание не терял.

Анамнез жизни

Со слов друзей: ОРВИ Туберкулёз, ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис – отрицает. Аллергия на препараты: отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние больного средней степени тяжести. Состояние сознания – спутанное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД – 25 в мин. Сердечные тоны ослаблены, ритмичные. Шумов нет. АД 90/60 мм рт.ст., ЧСС 95 в мин. Живот вздутый. Отмечается напряженность мышц передней брюшной стенки.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

- неэффективно
- обладает длительным лечебным эффектом
- эффективно при повышении разовой и суточной дозы
- дает кратковременный эффект

Диагноз

Наиболее информативным инструментальным методом диагностики, подтверждающим диагноз, является

- неэффективно
- обладает длительным лечебным эффектом
- эффективно при повышении разовой и суточной дозы
- дает кратковременный эффект

Результаты инструментальных методов обследования

Лабораторным методом обследования, необходимым для постановки диагноза является

- неэффективно
- обладает длительным лечебным эффектом
- эффективно при повышении разовой и суточной дозы
- дает кратковременный эффект

Результаты лабораторного метода обследования

Возможным осложнением в раннем периоде является

- флегмона, абсцесс
- ДВС-синдром
- мочевого перитонит
- уросепсис

План лечения больного

- оперативный: Лапаротомия. Ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия, дренирование брюшной полости
- лечение у амбулаторного хирурга
- динамическое наблюдение
- консервативная терапия

Возможным мероприятием по первичной профилактике является

- увеличение употребления жидкости
- адекватное лечение
- регулярный осмотр урологом
- профилактика общего травматизма. Перед выходом из помещения необходимо опорожнять мочевой пузырь

Консервативное лечение может быть методом выбора при

- внебрюшинном разрыве мочевого пузыря
- сочетанной травме
- комбинированной травме
- внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря

Причиной внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря при тупой травме живота является

- атрофия стенки мочевого пузыря
- наполненный мочевой пузырь
- воспаленный мочевой пузырь
- пустой мочевой пузырь

Количество вводимой в мочевой пузырь рентгеноконтрастной жидкости при цистографии по поводу травмы мочевого пузыря должно быть не меньше

+ _____ + мл

- 30-50
- 50-100
- 200-300
- 10-20

Методом консервативного ведения травмы мочевого пузыря является

- тампонада травмы мочевого пузыря
- дренирование мочевого пузыря
- цистоскопия
- установка мочеточниковых катетеров

Классификация повреждений мочевого пузыря строится в первую очередь по отношению к

- сосудам, питающим почку
- забрюшинному пространству
- брюшине
- костям таза

Классификация повреждений мочевого пузыря в зависимости от этиологии строится на

- сосудам, питающим почку
- забрюшинному пространству
- брюшине
- костям таза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемном отделении городской больницы находится мужчина 35 лет, около 10 мин назад доставлен бригадой скорой медицинской помощи после аварии на мотоцикле.

Жалобы

На боли в области промежности, надлобковой области, выделение крови из мочеиспускательного канала, многократные позывы к мочеиспусканию.

Анамнез заболевания

Мужчина ехал со скоростью около 50 км/ч и был сбит автомобилем, ехавшим на низкой скорости. Мужчину выбросило из мотоцикла, и он ударился об опорную стену тазом. Сознание не терял.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

Объективный статус

Температура тела 35,7°C, пульс 120 уд/мин. АД 120/85 мм рт.ст., ЧДД 14/мин. Общее состояние: удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, чистый. Отеков нет. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Область почек не изменена, симптом поколачивания по поясничной области безболезненный. Из уретры выделяется свежая алая кровь, мочеиспускание затруднено. Над лоном пальпаторно определяется увеличенный мочевой пузырь. Имеется промежностная гематома.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

- сосудам, питающим почку
- забрюшинному пространству
- брюшине
- костям таза

Диагноз

Наиболее подходящим вариантом механизма образования патологического процесса является разрыв

- из-за сдавления мочевого пузыря
- из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и сидалищным костям
- уретры за счет камней
- из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и лонным сочленением

Основным методом в диагностике данного вида повреждения является

- из-за сдавления мочевого пузыря
- из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и седалищным костям
- уретры за счет камней
- из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и лонным сочленением

Результаты обследования

Лечебная тактика при повреждениях данного органа заключается в

- немедленной установке уретрального катетера, далее динамическое наблюдение
- радикальной операции: первичная открытая пластика уретры; паллиативной операции: эпицистостомия {plus} антеградное проведение уретрального катетера, дренирование промежностной гематомы
- немедленном переливании эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы
- радикальной операции: эпицистостомия {plus} антеградное проведение уретрального катетера, дренирование промежностной гематомы; паллиативной операции: первичный шов уретры (производится в том случае, если с момента травмы прошло не более 12 часов)

Хирургическим методом лечения в данной ситуации (общее состояние пациента удовлетворительное, стабильное) является

- внутренняя оптическая уретротомия
- эндоскопическое иссечение рубцовых тканей между краями уретры
- немедленное удаление камней мочевого пузыря
- открытая уретропластика

Первичной профилактикой разрывов уретры является

- верно подобранная диета в послеоперационном периоде
- профилактика дорожно-транспортного травматизма
- ограничение физических нагрузок
- прохождение своевременного и адекватного лечения под контролем медицинских специалистов

К ранним осложнениям травмы мочеиспускательного канала относятся

- пиелонефрит, флегмона тазовой клетчатки, уросепсис, остеомиелит костей таза, облитерация уретры, варикоцеле

- мочевая инфильтрация, цистит, уретрит, пиелонефрит, флегмона тазовой клетчатки, уросепсис, остеомиелит костей таза
- мочевая инфильтрация, цистит, уретрит, пиелонефрит, флегмона тазовой клетчатки, уросепсис, стриктура и облитерация уретры
- мочевая инфильтрация, цистит, уретрит, пиелонефрит, эректильная дисфункция

Мочевая инфильтрация в области таза с последующим образованием флегмоны тазовой клетчатки чаще всего развивается

- через 2-4 месяца после травмы
- через 2-3 недели после травмы
- только при повторных травмах
- в первые сутки после травмы

При данном виде травмы противопоказано выполнение

- ретроградной уретрографии
- катетеризации мочевого пузыря
- эпицистостомии
- хирургического лечения

При полном разрыве уретры показано проведение

- хирургического метода лечения
- медикаментозного лечения
- уретроцистоскопии
- катетеризации мочевого пузыря

По отношению к другим органам данные повреждения уретры классифицируются как

- изолированные, сочетанные
- проникающие, непроникающие
- ушиб, стабильная гематома, разрыв, отрыв
- разрывы висячего, луковичного, мембранозного, простатического отделов.

Поздними осложнениями данного повреждения уретры являются

- изолированные, сочетанные
- проникающие, непроникающие
- ушиб, стабильная гематома, разрыв, отрыв
- разрывы висячего, луковичного, мембранозного, простатического отделов.

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А., 23 года, доставлен каретой скорой помощи в приемное отделение.

Жалобы

Пациент продуктивному контакту недоступен.

Анамнез заболевания

Со слов работников СМП – упал с 6 этажа (падение с высоты).

Анамнез жизни

Со слов родственников: ОРВИ Туберкулёз, ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис – отрицает. Аллергия на препараты: отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Состояние сознания – сопор, пациент не контактен. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные. Дыхание везикулярное, ЧДД – 25 в мин. Сердечные тоны ослаблены, ритмичные. Шумов нет. АД 80/60 мм рт.ст., ЧСС 110 в мин. Живот не вздут. Отмечается напряженность мышц передней брюшной стенки. При осмотре поясничной области отмечается наличие объемного образования слева. При катетеризации мочевого пузыря моча со сгустками крови.

На основании жалоб, анамнеза и осмотра можно установить предварительный диагноз

- изолированные, сочетанные
- проникающие, непроникающие
- ушиб, стабильная гематома, разрыв, отрыв
- разрывы висячего, луковичного, мембранозного, простатического отделов.

Диагноз

Основными диагностически значимыми лабораторными методами исследования являются

- изолированные, сочетанные
- проникающие, непроникающие
- ушиб, стабильная гематома, разрыв, отрыв
- разрывы висячего, луковичного, мембранозного, простатического отделов.

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее информативными инструментальными методами обследования при закрытой травме почек на сегодняшний день являются

- изолированные, сочетанные
- проникающие, непроникающие
- ушиб, стабильная гематома, разрыв, отрыв
- разрывы висячего, луковичного, мембранозного, простатического отделов.

Результаты инструментального метода обследования

Данному больному показано

- экстренное оперативное вмешательство
- динамическое наблюдение
- люмботомия из минидоступа
- рентгеноэндоваскулярное вмешательство

После ликвидации последствий травмы живота выполнена ревизия забрюшинного пространства. Выявлено размозжение почки с признаками отрыва почечной ножки слева. Наиболее верным видом оперативного вмешательства в данном случае является

- органосохраняющая операция с ушиванием поврежденной почки
- тотальная левосторонняя нефрэктомия
- резекция поврежденного полюса почки с нефростомией
- тампонада и ушивание раны почки

Показанием к органосохраняющим операциям при повреждениях почек является

- размозжение почки
- отрыв почечных сосудов
- ограниченный разрыв участков почек (полюсов, сегментов)
- тромбоз почечной артерии

Основанием для выбора лапаротомного доступа к почке в данном случае было

- подозрение на разрыв аорты
- изолированная травма почки
- наличие травмы органов брюшной полости

- необходимость ревизии почечных сосудов

Заключительным этапом нефрэктомии при травме почки является

- ушивание наглухо в обязательном порядке, с целью профилактики инфицирования
- активное дренирование
- дренирование забрюшинного пространства
- тактика этапного хирургического лечения, open abdomen

В данном клиническом случае по классификации травмы AAST (Американская ассоциация хирургической травмы) можно установить + _____ + степень

- 10
- 5
- 3
- 4

Отрыву почки/ почечной ножки соответствует + _____ + степень повреждения по шкале AAST

- 2b
- 4a
- 3
- 5

Раннее осложнение травмы почки развивается в срок + _____ + после травмы

- не более 10 дней
- до двух часов
- в любое время
- 1 месяц

При формировании перинефрального абсцесса предпочтительным методом является

- не более 10 дней
- до двух часов
- в любое время
- 1 месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина, 27 лет, поступила в урологическое отделение городской больницы.

Жалобы

Жалобы на приступообразные боли в левой поясничной области с иррадиацией в переднебугорчатую поверхность левого бедра.

Анамнез заболевания

В течение последних трех лет периодически отмечает ноющие боли то в правой, то в левой поясничной области. Вышеуказанные боли начались четыре часа назад.

Анамнез жизни

ОРВИ Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Мать и оба брата больной, страдают мочекаменную болезнь.

Объективный статус

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Температура тела субфебрильная, Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст. Живот не вздут, пальпируемых объемных образований нет, участвует в акте дыхания. Почки не пальпируются. При поколачивании поясничной области определяется резкая болезненность. Наружные половые органы без особенностей. Гинекологическое и ректальное обследование: без патологии.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

- толстокишечная непроходимость
- мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика
- острый аппендицит
- внематочная беременность

Необходимыми для постановки клинического диагноза и установления вероятных причин камнеобразования лабораторными методами исследования являются

- толстокишечная непроходимость
- мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика
- острый аппендицит
- внематочная беременность

Результаты лабораторных методов обследования

Наиболее информативным инструментальным методом исследования является

- толстокишечная непроходимость
- мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика
- острый аппендицит
- внематочная беременность

Результаты инструментального метода обследования

«Золотым» стандартом диагностики при острой боли в области поясницы является

- толстокишечная непроходимость
- мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика
- острый аппендицит
- внематочная беременность

Результаты обследования

На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

- толстокишечная непроходимость
- мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика
- острый аппендицит
- внематочная беременность

Диагноз

Коллоидная теория камнеобразования заключается в том, что

- присоединяется инфекция и десквамация эпителия, закладывающие ядро формирующегося камня
- защитные коллоиды переходят из лиофильного состояния в лиофобное, создавая благоприятные условия для патологической кристаллизации
- развивается недостаточность протеолиза мочи, что в условиях измененного pH приводит к камнеобразованию
- нарушается баланс ингибиторов и промоторов, поддерживающих метастабильность мочи

Пациент принимает метформин. Уровень креатинина крови выше 172 мкмоль/л является противопоказанием для проведения

- цистоскопии
- экскреторной урографии
- магнитно-резонансной томографии
- компьютерной томографии

Обструкция левого мочеточника располагается на уровне

- середины мочеточника
- лоханочно-мочеточникового сегмента
- нижней трети мочеточника
- тазового сегмента

Методом первичной помощи на этапе стационара является

- дренирование почки
- купирование болевой симптоматики с использованием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС)
- переливание эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы
- удаление камней

По классификации Европейской ассоциации урологов (EAU), вероятность спонтанного отхождения камней размером 4–6 мм составляет

+ _____ + %

- 40-60
- 25-40
- менее 20
- около 80

Окончательное лечение, направленное на удаление камней, в данной ситуации следует начинать

- после антибиотикотерапии
- при неэффективности антибиотикотерапии
- после инфузионной терапии
- после анализа иммунограммы

Дифференциальную диагностику следует проводить с

- после антибиотикотерапии
- при неэффективности антибиотикотерапии
- после инфузионной терапии

- после анализа иммунограммы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент М., 25 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

Жалобы

На боли в правой подвздошной области, гипертермию до 38С, однократную рвоту.

Анамнез заболевания

Со слов, данные жалобы появились сегодня днем на фоне общего благополучия. Пациент отмечает, что изначально боль появилась в эпигастрии, затем локализовалась в правой подвздошной области. В 21.00 вызвал бригаду СМП, доставлена в ГКБ с предварительным диагнозом острый аппендицит.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Хронические заболевания отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операции: отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 175 см, масса тела 74 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно поставить предварительный диагноз

- тонкокишечная непроходимость
- перфорация язвы желудка
- острый аппендицит
- острый панкреатит

У пациента определяется симптом

- Кохера-Волковича
- Мебиуса
- Кера
- Ортнера-Грекова

Необходимым лабораторным методом обследования является

- Кохера-Волковича
- Мебиуса
- Кера
- Ортнера-Грекова

Результаты лабораторного метода обследования

Наиболее предпочтительным инструментальным методом для уточнения диагноза является

- Кохера-Волковича
- Мебиуса
- Кера
- Ортнера-Грекова

Результаты инструментального метода обследования

Для установки точного диагноза необходима консультация врача

- кардиолога
- невролога
- гастроэнтеролога
- уролога

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

- кардиолога
- невролога
- гастроэнтеролога
- уролога

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- выписке пациента под наблюдение хирурга по месту жительства
- динамическом наблюдении, контроле лабораторных анализов через 6 часов
- экстренном хирургическом лечении в объеме аппендэктомии
- консервативном лечении

Типичную аппендэктомию выполняют через разрез

- Кера
- Волковича-Дьяконова
- Мебиуса
- Ровзинга

Дальнейшая тактика, если интраоперационно подтвержден диагноз острого флегмонозного аппендицита, при ревизии брюшной полости выявлено до 300 мл мутного выпота в малом тазу и правой подвздошной области, заключается

в

- дренировании данного скопления
- санация брюшной полости. Удаление червеобразного отростка
- окончании операции
- санация брюшной полости. После выполнения аппендэктомии постановка дренажа в малый таз

При типичном течении острого аппендицита гангренозный аппендицит возникает через

- 7 суток
- 24-48 часов
- 6-12 часов
- 12-24 часов

Оптимальным при сомнительной клинике острого аппендицита является выполнение

- Кохера-Волковича
- Мак-Бернея
- Кера
- диагностической лапароскопии

Оптимальной тактикой лечения аппендикулярного инфильтрата является

- Кохера-Волковича
- Мак-Бернея
- Кера
- диагностической лапароскопии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 45 лет поступил для обследования и лечения в хирургическое отделение Областной клинической больницы.

Жалобы

На интенсивные опоясывающие боли в животе. Неоднократная рвота съеденной пищей, не приносящая облегчения.

Анамнез заболевания

Пациент доставлен бригадой скорой медицинской помощи. Заболел 12 часов назад после погрешности в диете: выпил более 500 мл водки, употреблял копченое сало, жареные пирожки.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 178 см, масса тела 102 кг. Кожные покровы гиперемированы, влажные. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 21 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 142/105 мм рт. ст. При пальпации живот болезненный, напряжен в верхних отделах.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз «острый _____»

- аппендицит
- панкреатит
- мезентериальный тромбоз
- холецистит

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- аппендицит
- панкреатит
- мезентериальный тромбоз
- холецистит

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- аппендицит

- панкреатит
- мезентериальный тромбоз
- холецистит

Результаты инструментальных методов обследования

На основании проведенных методов обследования можно установить предварительный диагноз

- аппендицит
- панкреатит
- мезентериальный тромбоз
- холецистит

Диагноз

Для лечения внутрибрюшной гипертензии (компаратмент-синдрома) используется

- установка назогастрального зонда
- лапаростомия
- сифонная клизма
- эндоскопическая папиллотомия

Для проведения системной детоксикации при панкреонекрозе рекомендовано проведение

- внутривенного лазерного облучения крови
- гипербарической оксигенации
- плазмафереза
- экстракорпоральной спленоперфузии

Поздним осложнением панкреонекроза является

- гипертоническая болезнь
- сахарный диабет
- разрыв аорты
- инсулинома поджелудочной железы

В индустриальных странах количество тяжелых форм острого панкреатита имеет тенденции к

- снижению
- ликвидации

- росту
- стабилизации

Показанием к открытым дренирующим операциям при панкреонекрозе служит

- тромбоз селезеночной вены
- отечная форма
- распространенный инфицированный панкреонекроз
- псевдокиста поджелудочной железы

Очаги стеатонекроза на брюшине являются

- патогномоничным признаком прободения язвы желудка
- недостоверным признаком панкреонекроза
- достоверным признаком панкреонекроза
- симптомом «катастрофы в брюшной полости»

У больных панкреонекрозом эндоскопическая папиллосфинктеротомия показана только в случае

- во всех случаях острого панкреатита
- при абсцедировании поджелудочной железы
- при обструкции общего желчного протока
- при псевдокисте поджелудочной железы

Для разрыва аневризмы брюшной аорты, в отличие от панкреонекроза характерно

- во всех случаях острого панкреатита
- при абсцедировании поджелудочной железы
- при обструкции общего желчного протока
- при псевдокисте поджелудочной железы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 50 лет. Привез сын из дома на личном автотранспорте.

Жалобы

Жалобы на интенсивные боли в животе, повышение температуры, ухудшение общего состояния.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении 5 дней, когда возникли боли в эпигастральной области, переместившиеся в правую подвздошную область. В дальнейшем боли приняли интенсивный характер. Они периодически уменьшались после приема кеторола (не менее 3 раз в день). Все 5 дней мужчина находился на больничном листе у терапевта с диагнозом ОРВИ.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций, значительных травм не было.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Гиперстенического телосложения, повышенного питания. Температура тела 39,0°C. Кожные покровы бледные, влажные, на лбу капельки пота. Аускультативно над легкими ослабленное везикулярное дыхание. Частота дыхания – 20 в мин. Гемодинамика стабильная. Давление 150/90, пульс 90 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот резко вздут. В акте дыхания не участвует. При пальпации живот напряжен, болезненный.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно заподозрить предварительный диагноз

- разрыв паразитарной кисты печени
- острый аппендицит. Распространенный перитонит
- острый панкреатит
- разрыв аневризмы брюшной аорты

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- разрыв паразитарной кисты печени
- острый аппендицит. Распространенный перитонит
- острый панкреатит
- разрыв аневризмы брюшной аорты

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- разрыв паразитарной кисты печени
- острый аппендицит. Распространенный перитонит

- острый панкреатит
- разрыв аневризмы брюшной аорты

Результаты инструментальных методов обследования

На основании проведенных инструментальных методов обследования можно установить диагноз

- разрыв паразитарной кисты печени
- острый аппендицит. Распространенный перитонит
- острый панкреатит
- разрыв аневризмы брюшной аорты

Диагноз

В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

- консервативная терапия
- экстренная лапаротомия
- перевод в федеральный хирургический центр
- срочная лапаротомия

Оптимальным доступом будет + _____ + лапаротомия

- консервативная терапия
- экстренная лапаротомия
- перевод в федеральный хирургический центр
- срочная лапаротомия

Дальнейшей оперативной тактикой является выполнение

- подвешной энтеростомии
- илео-илеоанастомоза
- назогастроеюнальной интубации
- тампонады с подведением дренажей к месту перфорации кишки

Наложение швов только на кожу послеоперационной раны рекомендуется

- при аппендикулярной этиологии перитонита
- когда сшивание апоневроза невозможно ввиду риска развития абдоминального компартмент-синдрома
- во всех случаях распространенного фибринозно-гнойного перитонита
- при полной паралитической кишечной непроходимости

Заканчивать операцию рекомендуется санацией (промыванием) брюшной полости раствором

- бактериофагов
- диоксидина в физиологическом растворе
- антибиотиков в физиологическом растворе
- порошков антибиотиков

Абсолютными противопоказаниями к наложению пневмоперитонеума и началу операции с лапароскопии при разлитом перитоните является

- сомнения в диагнозе
- септический шок
- подозрение на распад
- пожилой возраст пациента

Релапаротомия «по требованию» подразумевает проведение повторной операции только

- при дивертикулезе толстой кишки
- в случае развития осложнения, требующего операции
- при обтурационной непроходимости
- при опухолевой непроходимости

Релапаротомия «по программе» (программированные этапные санации брюшной полости) используется, когда

- при дивертикулезе толстой кишки
- в случае развития осложнения, требующего операции
- при обтурационной непроходимости
- при опухолевой непроходимости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 46 лет поступил для обследования и лечения в хирургическое отделение центральной районной больницы.

Жалобы

Жалобы на интенсивные боли в области живота.

Анамнез заболевания

Доставлен бригадой скорой медицинской помощи с места дорожно-транспортного происшествия, произошедшего около 2 часов назад. Со слов

сопровождающего, пострадавший находился на заднем сидении автомобиля, на коленях держал металлический ящик с инструментами.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 165 см, масса тела 84 кг. Кожные покровы гиперемированы. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 21 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. При пальпации живот резко болезненный в эпигастральной области.

На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

- перитонит
- закрытая травма живота
- проникающее ранение живота
- ранение органов брюшинного пространства

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- перитонит
- закрытая травма живота
- проникающее ранение живота
- ранение органов брюшинного пространства

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- перитонит
- закрытая травма живота
- проникающее ранение живота
- ранение органов брюшинного пространства

Результаты инструментальных методов обследования

На основании проведенных методов обследования можно установить диагноз

- перитонит

- закрытая травма живота
- проникающее ранение живота
- ранение органов брюшинного пространства

Диагноз

В дальнейшем у рассматриваемого больного рекомендуется в экстренном порядке

- выполнение первичного панкреатоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле
- корпокаудальная резекция поджелудочной железы
- экстренная лапаротомия; гемостаз; дренирование главного панкреатического протока; холецистостомия
- панкреатодуоденальная резекция

Показанием к консервативной терапии панкреонекроза при травме поджелудочной железы служит

- факт травмы поджелудочной железы
- разлитой желчный перитонит
- развитие гнойно-септических осложнений
- кровотечение из аррозированных сосудов

С целью коррекции синдрома кишечной недостаточности и внутрибрюшной гипертензии пациенту показано выполнение

- промывания дренажа панкреатического протока
- сеансов электрофореза поясничной области с раствором CaCl_2
- эндоскопической установки назоэнтерального зонда
- промывания холецистостомы

При повреждении поджелудочной железы I-II степени раны железы

- резецируются
- углубляются до главного панкреатического протока
- не зашиваются
- зашиваются

Показанием к панкреатодуоденальной резекции при травме поджелудочной железы служит

- разможнение головки поджелудочной железы в сочетании с обширной раной двенадцатиперстной кишки

- распространённый фибринозно-гнойный послеоперационный перитонит
- полный поперечный разрыв поджелудочной железы
- некроз поперечно-ободочной кишки

Противопоказанием к выполнению лапароскопии при травме живота является

- УЗ-признаки 200 мл жидкости в брюшной полости
- подозрение на ранение паренхиматозного органа
- подозрение на разрыв диафрагмы
- подозрение на ранение полого органа

При размозжении дистальных отделов поджелудочной железы рекомендуется

- выполнить панкреатодуоденальную резекцию
- выполнить корпокаудальную резекцию железы
- сохранить все на вид здоровые ткани
- выполнить первичный панкреатоеюноанастомоз

При выполнении корпокаудальной резекции железы возможность сохранения селезенки определяется

- выполнить панкреатодуоденальную резекцию
- выполнить корпокаудальную резекцию железы
- сохранить все на вид здоровые ткани
- выполнить первичный панкреатоеюноанастомоз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 22 лет поступил для обследования и лечения в хирургическое отделение Межрайонного хирургического центра.

Жалобы

Жалобы на боли в области ранения.

Анамнез заболевания

Доставлен попутным транспортом. Со слов больного: 40 мин. назад неизвестный ударил ножом в живот.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Ранее травм и операций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы физиологической окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 21 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст. При пальпации живот малоболезненный. В околопупочной области в направлении левого подреберья спавшаяся рана размером 3 см. на 1 см.

На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

- колото-резанное ранение живота
- ранение органов брюшинного пространства
- непроникающее ранение живота
- тупая травма живота

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- колото-резанное ранение живота
- ранение органов брюшинного пространства
- непроникающее ранение живота
- тупая травма живота

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- колото-резанное ранение живота
- ранение органов брюшинного пространства
- непроникающее ранение живота
- тупая травма живота

Результаты инструментальных методов обследования

На основании проведенных методов обследования можно установить диагноз

- колото-резанное ранение живота
- ранение органов брюшинного пространства
- непроникающее ранение живота
- тупая травма живота

Диагноз

Оптимальной врачебной тактикой у рассматриваемого пациента является

- колото-резанное ранение живота
- ранение органов забрюшинного пространства
- непроникающее ранение живота
- тупая травма живота

Результаты обследования

В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

- направление в медицинскую организацию 3 уровня
- экстренная лапаротомия
- наблюдение у хирурга по месту жительства
- стационарное лечение в течении 14 дней

Показанием к экстренной лапаротомии при ранении печени является

- клиника внутрибрюшного кровотечения
- признаки сердечной недостаточности
- разрыв аорты
- разлитой желчный перитонит

При проникающем колото-резанном ранении живота с изолированным повреждением сигмовидной кишки размером 1 см рекомендуется

- выполнение погружного двухрядного шва поврежденного участка
- выведение двустольного противоестественного ануса
- резекция поврежденного участка
- выведение проксимальной колостомы

Показанием к ревизии задней стенки желудка при его проникающем ранении служит

- желудочное кровотечение
- факт проникающего ранения передней стенки желудка
- отрыв двенадцатиперстной кишки
- огнестрельная травма живота

При внутрибрюшинном повреждении двенадцатиперстной кишки операцией выбора является

- наложение дуоденоэнтероанастомоза

- панкреатодуоденальная резекция
- обязательное наложение гастроэнтероанастомоза с выключенной по Брауна петлей кишки
- ушивание двухрядным швом с установкой назогастроинтестинального зонда

Наложение холецистостомы при ранении печени необходимо при

- краевом разрыве печени
- повреждении связочного аппарата печени
- ранении селезенки
- большом по площади повреждении печеночной паренхимы, наличии желчи в ране

При невозможности сохранения селезенки рекомендуется спленэктомия

- краевом разрыве печени
- повреждении связочного аппарата печени
- ранении селезенки
- большом по площади повреждении печеночной паренхимы, наличии желчи в ране

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 70 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи из дома.

Жалобы

Жалобы на задержку стула и газов.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении 4 дней, когда возникла задержка стула и отхождения газов.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций, значительных травм не было.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Т тела 37,6°C. Кожа бледная, тургор значительно снижен. Видимые слизистые обычной окраски. Аускультативно над легкими ослабленное везикулярное дыхание. Частота дыхания – 20 в мин.

Гемодинамика стабильная. АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот резко вздут. В акте дыхания не участвует. Перкуторно тимпанит во всех отделах живота. При пальпации живот напряжен, болезненный во всех отделах. По всему животу выраженный с. Склярова («шум плеска»). При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

Мочеиспускание не нарушено.

На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- острый холецистит
- кишечная непроходимость

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- острый холецистит
- кишечная непроходимость

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- острый холецистит
- кишечная непроходимость

Результаты инструментальных методов обследования

На основании проведенных инструментальных методов обследования можно установить диагноз

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- острый холецистит
- кишечная непроходимость

Диагноз

В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

- экстренная лапаротомия
- лапаротомия после предоперационной инфузионной подготовки
- перевод в федеральный хирургический центр
- консервативная терапия

Оптимальным доступом при тонкокишечной непроходимости будет

+ лапаротомия

- экстренная лапаротомия
- лапаротомия после предоперационной инфузионной подготовки
- перевод в федеральный хирургический центр
- консервативная терапия

Дополнительная информация

В рассматриваемом случае под ЭТН была выполнена широкая срединная лапаротомия. При ревизии: в малом тазу до 200 мл серозного выпота-осушен. Петли тощей кишки раздуты до 4 см в диаметре, сероза гиперемирована, перистальтика вялая. Подвздошная кишка спавшаяся. Причиной непроходимости стала инвагинация на уровне подвздошной кишки. При проверке жизнеспособности кишки выявлено, что она розовая, перистальтирует.

Дальнейшей оперативной тактикой является выполнение

- дезинвагинации
- резекции кишки
- илео-илеоанастомоза
- подвешной энтеростомии

После механической ликвидации непроходимости наиболее целесообразно выполнить декомпрессию кишки путем

- назогастроеюнальной интубации
- ограничиться дезинвагинацией
- наложения подвешной энтеростомии
- интубации тонкой кишки через гастростому

В послеоперационном периоде рекомендуется назначение

- витаминотерапии
- антибиотикотерапии

- иммунопрофилактики
- фаготерапии

Противопоказанием для лапароскопии при кишечной непроходимости является

- подозрение на опухолевую природу непроходимости
- пожилой возраст пациента
- перитонит
- сомнение в диагнозе

Неправильная конфигурация (асимметрия) живота может быть характерна для

- дивертикулез толстой кишки
- опухолевой непроходимости
- странгуляционной непроходимости
- obturационной непроходимости

Патогномичным признаком острой кишечной непроходимости является

- дивертикулез толстой кишки
- опухолевой непроходимости
- странгуляционной непроходимости
- obturационной непроходимости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 68 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи из дома в многопрофильный хирургический стационар городской больницы.

Жалобы

Жалобы на опоясывающие боли в области живота, желтушность кожных покровов и склер, кожный зуд.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение последних 3 месяцев, когда возникли опоясывающие боли в эпигастральной области.

Анамнез жизни

Рос и развивался соответственно возрасту. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций, значительных травм не было.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Т тела 36,6°C. Кожа бледная, тургор значительно снижен. Кожа и видимые слизистые желтушной окраски. Аускультативно над легкими ослабленное везикулярное дыхание. Частота дыхания – 19 в мин. Гемодинамика стабильная. АД 130/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации болезненный в эпигастральной области. Моча темного цвета. При пальцевом исследовании прямой кишки выявлен обесцвеченный кал.

На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- гемолитическая болезнь
- механическая желтуха

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- гемолитическая болезнь
- механическая желтуха

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- гемолитическая болезнь
- механическая желтуха

Результаты инструментальных методов обследования

На основании проведенных инструментальных методов обследования можно установить диагноз

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- гемолитическая болезнь

- механическая желтуха

Диагноз

В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

- консервативная терапия
- неотложная лапаротомия после предоперационной подготовки
- перевод в федеральный хирургический центр
- срочная лапаротомия

Оптимальной хирургической тактикой с учетом того, что больной госпитализирован в крупный хирургический стационар и дежурная бригада имеет опыт операций на поджелудочной железе, является

- панкреатодуоденальная резекция
- холецистостомия, прошивание изъязвления
- холецистоюноанастомоз
- наружная вирсунгостомия

После указанной операции может возникнуть такое грозное специфическое осложнение как

- ТЭЛА
- спаечная кишечная непроходимость
- панкреонекроз
- толстокишечная непроходимость

Показанием к релапаротомии у пациента после перенесенной панкреатодуоденальной резекции служит

- паралитическая кишечная непроходимость, поддающаяся консервативной терапии
- кровотечение из зоны операции, остановленное эндоваскулярными методиками
- несостоятельность панкреатоеюноанастомоза
- нагноение кожного шва

При «высоком блоке» желчных протоков опухолевого генеза выполняют

- чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и/или рентгеновским контролем
- открытая холецистостомия
- холецистоюноанастомоз

- лапароскопическая холецистостомия

При наличии гнойного холангита рекомендуется

- выполнение холедоходуоденоанастомоза
- эндоскопическая установка наружного назобилиарного дренажа
- экстренная открытая холецистэктомия
- выполнение холецистоеюноанастомоза

Декомпрессия «покрытым» нитиновым стентом показана

- желтухе неясного генеза
- доброкачественной стриктуре желчного протока
- неосложненном холецистите
- хроническом панкреатите

Нитиновые стенты рекомендуется применять

- желтухе неясного генеза
- доброкачественной стриктуре желчного протока
- неосложненном холецистите
- хроническом панкреатите

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 30 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи из дома.

Жалобы

Жалобы на интенсивные боли в животе, задержку отхождения стула и газов, сухость во рту.

Анамнез заболевания

Двое суток назад упала с лестницы в состоянии алкогольного опьянения. Считает себя больной в течение трех недель, когда была избита неизвестным в состоянии алкогольного опьянения. За медицинской помощью не обращалась.

Анамнез жизни

Росла и развивалась соответственно возрасту. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. В течении последних пяти лет нигде не работает.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Определяется запах алкоголя в

выдыхаемом воздухе. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Т тела 38,0°C. Кожа бледная, тургор значительно снижен. Видимые слизистые обычной окраски. Аускультативно над легкими ослабленное везикулярное дыхание. Частота дыхания – 21 в мин. АД 110/70 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот резко вздут. В акте дыхания не участвует. При пальпации живот доскообразно напряжен, болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Мочеиспускание не нарушено.

На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- разрыв аневризмы брюшной аорты
- перитонит

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- разрыв аневризмы брюшной аорты
- перитонит

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- разрыв аневризмы брюшной аорты
- перитонит

Результаты инструментальных методов обследования

На основании проведенных инструментальных методов обследования можно установить диагноз

- острый панкреатит
- разрыв паразитарной кисты печени
- разрыв аневризмы брюшной аорты
- перитонит

Диагноз

В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

- срочная лапаротомия
- перевод в федеральный хирургический центр
- экстренная лапаротомия
- консервативная терапия

Оптимальным доступом будет + _____ + лапаротомия

- срочная лапаротомия
- перевод в федеральный хирургический центр
- экстренная лапаротомия
- консервативная терапия

Дополнительная информация

Под ЭТН выполнена широкая срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в ней около 1 л. фибринозно-гнойного экссудата. Петли тонкой кишки раздуты до 4 см., сероза гиперемирована, перистальтика вялая. Участок подвздошной кишки длиной 40 см темного цвета, с геморрагическими пятнами, не перистальтирует. В корне брыжейки тонкой кишки определяется гнойник, вскрывшийся в брюшную полость.

Дальнейшей оперативной тактикой является

- резекция тонкой кишки в пределах здоровых тканей
- выполнение илео-илеоанастомоза
- выполнение подвешной энтеростомии
- тампонада с подведением дренажей к месту перфорации кишки

После удаления нежизнеспособной кишки рекомендуется

- наложение колостомы
- первичный илео-илеоанастомоз
- наложение илеостомы
- наложение трансверзостомы

Заканчивать операцию рекомендуется санацией (промыванием) брюшной полости раствором

- диоксидина в физиологическом растворе
- порошков антибиотиков
- антибиотиков в физиологическом растворе
- бактериофагов

Абсолютными противопоказаниями к наложению пневмоперитонеума и началу операции с лапароскопии при разлитом перитоните является

- септический шок
- сомнение в диагнозе
- пожилой возраст пациента
- подозрение на распад

Релапаротомия «по требованию» подразумевает проведение повторной операции только

- при обтурационной непроходимости
- при дивертикулезе толстой кишки
- при опухолевой непроходимости
- в случае развития осложнения, требующего операции

Релапаротомия «по программе» (программированные этапные санации брюшной полости) используется, когда

- при обтурационной непроходимости
- при дивертикулезе толстой кишки
- при опухолевой непроходимости
- в случае развития осложнения, требующего операции

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка М. 56 лет обратилась к хирургу по месту жительства.

Жалобы

Тошнота и рвота съеденной накануне пищей, потерю 10 кг массы тела за 4 мес.

Анамнез заболевания

Больная несколько лет назад проходила лечение у гастроэнтеролога по месту жительства по поводу язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки. Последний год к врачу не обращалась. 6 месяцев назад начала отмечать голодные боли в эпигастральной области, чаще в ночное время. В течение последнего месяца больная отмечает отрыжку, тошноту, рвоту накануне съеденной пищи. Обратилась за консультацией хирурга.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Гинекологический анамнез: цикл 28 дней, 7 день цикла.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 165 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается безболезненности. Отмечается шум плеска в верхних отделах живота.

На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

- острую спаечную кишечную непроходимость
- пищевую токсикоинфекцию
- острый аппендицит. Местный перитонит
- нарушение эвакуаторной функции желудка. Опухолевый стеноз.
Язвенный стеноз

При физикальном обследовании положительный симптом _____ позволил заподозрить нарушение эвакуаторной функции желудка

- Мебиуса
- Ровзинга
- «шум плеска» в эпигастральной области
- Ситковского

Для уточнения диагноза Вы назначите

- Мебиуса
- Ровзинга
- «шум плеска» в эпигастральной области
- Ситковского

Результаты обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- Мебиуса
- Ровзинга
- «шум плеска» в эпигастральной области
- Ситковского

Диагноз

Ваша дальнейшая тактика заключается в

- стартовая противоязвенная терапия в максимальной дозе с последующим решением об объеме хирургического лечения
- хирургическом лечении: наложении холецистоэнтероанастомоза
- холецистэктомии
- консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

В рамках предоперационной подготовки пациентке необходимо пройти такие лабораторные тесты как

- стартовая противоязвенная терапия в максимальной дозе с последующим решением об объеме хирургического лечения
- хирургическом лечении: наложении холецистоэнтероанастомоза
- холецистэктомии
- консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

Результаты обследования

В рамках предоперационной подготовки пациентке необходимо пройти такие инструментальные исследования как

- стартовая противоязвенная терапия в максимальной дозе с последующим решением об объеме хирургического лечения
- хирургическом лечении: наложении холецистоэнтероанастомоза
- холецистэктомии
- консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

Результаты инструментальных исследований

В рамках предоперационной подготовки обязательным является

- катетеризация мочевого пузыря
- чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха
- взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой луковицы ДПК
- выполнение колоноскопии

В случае подтверждения малигнизации по данным биопсии пациенту показано

- радикальное хирургическое вмешательство
- назначение химиотерапии
- физио-терапевтическое лечение

- динамическое наблюдение

К осложнениям язвенной болезни желудка относят

- дуоденогастральный рефлюкс
- атрезию желчных протоков
- цирроз печени
- перфорацию острой язвы желудка

Консервативная патогенетическая терапия язвенной болезни включает

- бета-блокаторы
- ингибиторы протонной помпы
- сандостатин
- УДХК

Пациенту с обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки показано назначение диетического стола №

- бета-блокаторы
- ингибиторы протонной помпы
- сандостатин
- УДХК

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент А. 18 лет обратился на прием к хирургу по месту жительства.

Жалобы

На повышение температуры тела до 39°C с ознобом, частый и жидкий стул, боли в правой подвздошной области, общая слабость, потливость, бледность кожного покрова.

Анамнез заболевания

За 5 дней до обращения больному была выполнена операция по поводу острого гангренозного аппендицита: лапароскопическая аппендэктомия. На 3е сутки после операции выписан в удовлетворительном состоянии. Через день после выписки больной начал отмечать вышеуказанные жалобы.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 85 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность, ригидность мышц передней брюшной стенки и наличие опухолевого образования при пальпации в правой подвздошной области.

На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

- острый холецистит
- инфильтрат брюшной полости с абсцедированием
- язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки
- острый панкреатит

При физикальном обследовании положительный симптом _____ позволил заподозрить абсцесс брюшной полости

- Мебиуса
- Ситковского
- Гротта
- Мюссе

Инструментальным методом диагностики необходимым для уточнения диагноза является

- Мебиуса
- Ситковского
- Гротта
- Мюссе

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- Мебиуса
- Ситковского
- Гротта
- Мюссе

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- динамическом наблюдении, контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев
- консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- плановой госпитализации в хирургический стационар
- экстренной госпитализации в хирургический стационар для выполнения оперативного лечения

В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить такие лабораторные тесты диагностики как

- динамическом наблюдении, контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев
- консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- плановой госпитализации в хирургический стационар
- экстренной госпитализации в хирургический стационар для выполнения оперативного лечения

Результаты обследования

В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить такие инструментальные методы диагностики как

- динамическом наблюдении, контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев
- консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- плановой госпитализации в хирургический стационар
- экстренной госпитализации в хирургический стационар для выполнения оперативного лечения

Результаты инструментальных методов обследования

Тактика лечения инфильтрата с абсцедированием заключается в

- выполнении лапароскопии; разобщении воспалительного инфильтрата; санации гнойного очага
- дренировании абсцесса под УЗ-контролем
- назначении антибиотиков; консервативное ведение
- лапаратомии; санации гнойного очага

При поступление по дренажу из области абсцесса частиц непереваренной пищи у больного развивается

- внутренний кишечный свищ
- кишечная непроходимость
- неполный несформированный толстокишечный свищ
- заворот кишок

Дальнейшая тактика ведения при формирование неполного несформированного наружного толстокишечного свища из области несостоятельности культи аппендикса заключается в

- консервативном ведение
- формировании двуствольной илеостомы по срочным показаниям
- выполнении ушивании несостоятельности культи аппендикса
- выполнении резекции илеоцекального угла по срочным показаниям

При отсутствии положительной динамики на фоне проводимой консервативной терапии неполного толстокишечного свища из области анастомоза более 3х месяцев операцией выбора является

- резекция илеоцекального угла, формирование межкшечного анастомоза
- резекция илеоцекального угла, выведены концевой илеостомы
- выполнение ушивании несостоятельности культи аппендикса
- выполнение правосторонней гемиколэктомии

Дифференциальная диагностика острого аппендицита включает

- резекция илеоцекального угла, формирование межкшечного анастомоза
- резекция илеоцекального угла, выведены концевой илеостомы
- выполнение ушивании несостоятельности культи аппендикса
- выполнение правосторонней гемиколэктомии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В середине января пациент А. 38 лет обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На увеличение в объеме правой половины мошонки.

Анамнез заболевания

Со слов пациента заболевание началось 1 год назад с появления

опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Локальный статус: Правая половина мошонки увеличена в размерах до 12 x 8 x 6 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется.

Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется.

Семенной канатик не пальпируется.

На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

- неправимую пахово-мошоночную грыжу
- хронический геморрой
- острый аппендицит
- рак сигмовидной кишки

При физикальном обследовании

+

+ позволило заподозрить

пахово-мошоночную грыжу

- гипертоничный анальный сфинктер
- наружный геморроидальный узел
- наличие образования в мошонке и отсутствие четких границ наружного пахового кольца справа
- отсутствие перитониальных симптомов

Для подтверждения диагноза пациенту вы назначите

- гипертоничный анальный сфинктер
- наружный геморроидальный узел
- наличие образования в мошонке и отсутствие четких границ наружного пахового кольца справа

- отсутствие перитониальных симптомов

Результаты обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- гипертоничный анальный сфинктер
- наружный геморроидальный узел
- наличие образования в мошонке и отсутствие четких границ наружного пахового кольца справа
- отсутствие перитониальных симптомов

Диагноз

Ваша дальнейшая тактика заключается в

- хирургическом лечении: герниопексии
- хирургическом лечении: ампутации яичка
- плановом хирургическом лечении в объеме герниопластики паховой грыжи по Лихтенштейну
- динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год

В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить

- хирургическом лечении: герниопексии
- хирургическом лечении: ампутации яичка
- плановом хирургическом лечении в объеме герниопластики паховой грыжи по Лихтенштейну
- динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год

Результаты обследования

В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить такие инструментальные методы диагностики как

- хирургическом лечении: герниопексии
- хирургическом лечении: ампутации яичка
- плановом хирургическом лечении в объеме герниопластики паховой грыжи по Лихтенштейну
- динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год

Результаты инструментального метода обследования

Одним из наиболее частых интраоперационных осложнений является

- некроз мошонки
- травма семенного канатика
- перфорация яичка
- повреждение большой подкожной вены

Передней стенкой пахового канала является

- волокно внутренней косой мышцы живота
- паховая связка
- апоневроз наружной косой мышцы живота
- поперечная фасция

Паховую грыжу необходимо дифференцировать с такими заболеваниями как

- водянка; опухоль; воспаление яичка; киста семенного канатика
- аневризма бедренной артерии; сосудистая мальформация внутренней подвздошной артерии
- сигмоидит; дивертикул сигмовидеой кишки; аппендикулчрный инфильтрат
- рак прямой кишки; выпадение прямой кишки; уретрит

В мошонку может спускаться + _____ + грыжа

- бедренная
- косая паховая
- пупочная
- прямая паховая

При косой паховой грыже грыжевой мешок проходит через

- бедренная
- косая паховая
- пупочная
- прямая паховая

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной В., 72 года, доставлен бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

Жалобы

На умеренную боль по всему животу, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 4-х суток.

Анамнез заболевания

В течение четырех последних суток отмечает отсутствие отхождения газов и стула. Принимал слабительное – без эффекта. В связи с усилением характера боли в животе вызвал СМП. До этого в течение последних 6 месяцев отмечал подобные приступы, которые купировались на фоне приема слабительного, применения клизм.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Аппендэктомия более 40 лет назад. Гипертоническая болезнь 2 ст., 3 ст., риск ССО 4.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 174 см, масса тела 76 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 94 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот вздут, болезненный при пальпации по всей поверхности. При сукуссии можно услышать «шум плеска». При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно заподозрить такой диагноз как

- острый панкреатит
- острый аппендицит
- кишечная непроходимость неуточненная
- прободная язва желудка

Для постановки диагноза необходимо выполнить такие инструментальные методы исследования как

- острый панкреатит
- острый аппендицит
- кишечная непроходимость неуточненная
- прободная язва желудка

Результаты инструментального метода обследования

Симптомами, говорящими в пользу острой кишечной непроходимости, являются

- острый панкреатит
- острый аппендицит

- кишечная непроходимость неуточненная
- прободная язва желудка

Результаты обследования

В качестве подготовки к колоноскопии используется

- острый панкреатит
- острый аппендицит
- кишечная непроходимость неуточненная
- прободная язва желудка

Результаты обследования

На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

- острый панкреатит
- острый аппендицит
- кишечная непроходимость неуточненная
- прободная язва желудка

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- хирургическом лечении
- динамическом наблюдении
- эндоскопическом удалении опухоли сигмовидной кишки
- консервативной терапии

При отсутствии противопоказаний наиболее эффективным и безопасным для пациента методом лечения на первом этапе является

- динамическое наблюдение
- эндоскопическое лечение: удаление опухоли сигмовидной кишки
- эндоскопическое лечение: стентирование сигмовидной кишки
- консервативная терапия: проведение очистительных клизм

При отсутствии возможности эндоскопического лечения и отсутствии признаков нерезектабельности в условиях кишечной непроходимости операцией выбора является

- операция Гартмана
- выведение трансверзостомы
- резекция сигмпрямой кишки
- выведение сигмостомы

К стадиям острой кишечной непроходимости относится

- толстокишечная
- начальная
- стадия электролитных нарушений
- тонкокишечная

К классификации по уровню кишечной непроходимости относится

- инвагинационная
- динамическая
- высокая (тонкокишечная)
- смешанная

Ранним симптомом механической кишечной непроходимости является

- рвота
- диарея
- симптом Склярова
- симптом Валя

Характерными для острой кишечной непроходимости признаки при обзорной рентгенографии брюшной полости являются

- рвота
- диарея
- симптом Склярова
- симптом Валя

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д., 44 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

Жалобы

На сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку, повышение температуры тела до 37,8°C, многократную рвоту.

Анамнез заболевания

Больна в течении последних двух дней. Заболевание началось остро с резких болей в правом подреберье и эпигастрии. После приема обезболивающих средств состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились. Через сутки бои возобновились. В связи с ухудшением общего состояния вызвала СМП, доставлена в ГКБ.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операции: не было.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 172 см, масса тела 64 кг. Кожный покров и склеры физиологической окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/85 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи положительные, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

- острая спаечная непроходимость
- болезнь Крона
- ЖКБ: острый холецистит
- острый панкреатит

К появлению болей в правом подреберье может привести

- ЖКБ
- синдром Мэллори — Вейсса
- наличие аппендикулярного инфильтрата
- язва ДПК

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются

- ЖКБ
- синдром Мэллори — Вейсса
- наличие аппендикулярного инфильтрата
- язва ДПК

Результаты лабораторных методов обследования

Методом инструментальной диагностики необходимым для первоочередной постановки диагноза является

- ЖКБ
- синдром Мэллори — Вейсса
- наличие аппендикулярного инфильтрата
- язва ДПК

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить окончательный диагноз

- ЖКБ
- синдром Мэллори — Вейсса
- наличие аппендикулярного инфильтрата
- язва ДПК

Диагноз

Дальнейшая лечебная тактика заключается в

- резекции илеоцекального угла
- лапароскопической санации брюшной полости
- применении комплексной консервативной терапии (инфузионная, спазмолитическая)
- выписке пациентки под наблюдение врачей по месту жительства

На фоне проведенного лечения в течение пяти дней у пациента отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правом подреберье, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Вашей дальнейшей тактикой является

- атипичная резекция печени, холецистэктомия
- выполнение холецистэктомии в плановом порядке
- дистальная субтотальная резекция желудка
- формирование гепатикоюноанастомоза

Начальные терапевтические меры при остром холецистите включают все перечисленное ниже, кроме

- приема спазмолитиков
- постоянной желудочной аспирации
- динамического наблюдения
- инфузионной терапии

Анатомическими структурами образующими треугольник Кало являются пузырный проток, пузырная артерия и

- воротная вена
- общий печеночный проток
- общий желчный проток
- правая печеночная артерия

Повышенная опасность острого холецистита в пожилом и старческом возрасте обусловлена главным образом

- диагностическими трудностями
- сопутствующими соматическими заболеваниями
- стертой клинической картиной
- большим удельным весом деструктивных форм

При асимптоматическом холелитиазе предпочтение заслуживает

- периодический контроль за состоянием камненосителей
- выполнение РХПГ
- холецистэктомия
- отказ от каких-либо мер

О состоянии желчных путей при явлениях острого холангита лучше всего судить по результатам

- периодический контроль за состоянием камненосителей
- выполнение РХПГ
- холецистэктомия
- отказ от каких-либо мер

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Н., 20 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГKB.

Жалобы

На острую боль в правой подвздошной области на протяжении последних суток, повышение температуры до 37,8°C.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течении последних суток, когда отметила сильный приступ боли в эпигастрии, который спустя два часа сместился в правую подвздошную область, подъем температуры до 37,8С. В связи с нарастающим болевым синдромом и продолжающейся лихорадкой вызвала СМП.

Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний нет. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 154 см, масса тела 48 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

- болезнь Крона
- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- синдром Маллори-Вайсса

Основываясь на данных анамнеза у данного пациента можно выявить симптом

- болезнь Крона
- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- синдром Маллори-Вайсса

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются

- болезнь Крона
- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- синдром Маллори-Вайсса

Результаты лабораторных методов обследования

Первоочередным методом инструментальной диагностики является

- болезнь Крона
- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- синдром Маллори-Вайсса

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

- болезнь Крона
- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- синдром Маллори-Вайсса

Диагноз

Вашей дальнейшей лечебной тактикой является

- левосторонняя гемиколэктомия
- резекция сигмовидной кишки
- правосторонняя гемиколэктомия
- оперативное вмешательство: лапароскопическая аппендэктомия

Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является

- неоднократное вмешательство на брюшной полости
- плотный аппендикулярный инфильтрат
- гипертоническая болезнь
- геморрагический диатез

При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения в первую очередь показано выполнение

- аппендэктомии
- инфузионной терапии
- анальгетической терапии
- антибактериальной терапии

Типичным осложнением острого аппендицита является формирование

- дивертикулита
- пилефлебита
- парааппендикулярного абсцесса
- цистита

Положительный симптом Ситковского заключается в

- усилении боли при натуживании
- возникновении боли в правой подвздошной области при лёгком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке
- усилении болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку
- усилении боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку

В дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью может быть использована

- цистоскопия
- пункция заднего свода влагалища
- бимануальная пальпация придатков матки
- иригография

Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается с/со

- цистоскопия
- пункция заднего свода влагалища
- бимануальная пальпация придатков матки
- иригография

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В январе месяце пациент К. 30 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На ноющие боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясницу, тошноту, однократный жидкий стул.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около суток, когда утром заметил дискомфорт в

эпигастрии, отсутствие аппетита. К обеду боль сместилась в правую подвздошную область с иррадиацией в поясницу, появилась тошнота и однократный жидкий стул.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. МКБ.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 170 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 94 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык подсушен. Живот не вздут, локально напряжен и болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул жидкий однократно. Симптом поколачивания по поясничной области положительный. Мочеиспускание учащенное.

На основании осмотра и физикальных данных может быть заподозрен диагноз

- острый аппендицит
- острый панкреатит
- прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки
- почечная колика

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- острый аппендицит
- острый панкреатит
- прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки
- почечная колика

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования и клинической картины можно установить окончательный диагноз

- острый аппендицит
- острый панкреатит
- прободная язва желудка или двенадцатиперстной кишки
- почечная колика

Диагноз

Учитывая клиническую картину, наиболее вероятным расположением червеобразного отростка является

- ретроцеальное/ретроперитонеальное
- медиальное
- тазовое
- в аппендикулярном инфильтрате

Согласно диагнозу и возможным осложнениям, данному пациенту показана

- аппендэктомия
- установка назогастрального зонда, парентеральная терапия и антибиотикотерапия
- антибиотикотерапия и динамическое наблюдение
- спазмолитическая терапия и динамическое наблюдение

Учитывая данные за деструктивный ретроцекальный/ретроперитонеальный аппендицит, отсутствие лапароскопической стойки, целесообразно выбрать доступ к червеобразному отростку

- надлобковый
- в виде нижне-срединной лапаротомии
- в виде срединной лапаротомии
- по Волковичу-Дьяконову (Мак-Бернея)

При невозможности выведения всего червеобразного отростка в брюшную полость целесообразно выполнить

- ретроградную аппендэктомию
- срединную лапаротомию
- тампонирование раны
- установку дренажа и ушивание раны

При выполнении открытым способом типичной аппендэктомии необходимо обязательно выполнить

- перевязку культи отростка нерассасывающейся нитью; наложение кисетного шва и Z-образного шва
- перевязку культи отростка рассасывающейся нитью; наложение кисетного шва и Z-образного шва
- перевязку культи отростка нерассасывающейся нитью; наложение самопогружающихся швов
- только перевязка культи рассасывающейся нитью

После выполненной аппендэктомии на 5-е сутки у пациента у пациента признаки гнойной интоксикации (температура 38,5°С с ознобом, тахикардия до 100 ударов в минуту, ЧДД до 20 в минуту). По данным рентгенографии брюшной полости и грудной клетки – незначительный гидроторакс в правой плевральной полости, жидкостное скопление с включением газа под правым куполом диафрагмы. Исходя из клинической картины у больного нельзя исключить

- абсцесс печени
- поддиафрагмальный абсцесс
- правостороннюю нижнедолевую пневмонию
- острый холецистит

При верификации поддиафрагмального абсцесса после раннее выполненной аппендэктомии, хирургическая тактика предполагает

- чрескожное дренирование абсцесса под УЗИ
- экстренную лапаротомию
- чрескожную пункцию абсцесса под УЗИ
- динамическое наблюдение

На 5-е сутки после начала болей в правой подвздошной области с признаками субфебрильной температуры и при пальпации объемного образования в правой подвздошной области следует заподозрить

- аппендикулярный инфильтрат
- опухоль слепой кишки
- острый аппендицит
- аппендикулярный абсцесс

При выявленном аппендикулярном инфильтрате без признаков абсцедирования показана

- аппендикулярный инфильтрат
- опухоль слепой кишки
- острый аппендицит
- аппендикулярный абсцесс

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В марте месяце пациент К. 22 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На кинжальные боли в правых отдела живота и эпигастрии, тошноту.

Анамнез заболевания

Считает себя больным нескольких часов, когда после голода в течение суток отметил резкие боли в эпигастрии, далее боль распространилась по правому флангу живота, слабость.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Язвенная болезнь ДПК.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 180 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Периферических отеков нет. Вынужденное положение тела: на правом боку с приведенными к животу ногами. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 60 в 1 мин, АД 110/60 мм рт. ст. Локальный статус: язык сухой, чистый. Живот не вздут, напряжен, резко болезненный в правых отделах живота и эпигастрии. Физиологические отправления не нарушены.

На основании осмотра и физикальных данных может быть заподозрен диагноз

- перфорация полого органа
- острый панкреатит
- острый аппендицит
- острый холецистит

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- перфорация полого органа
- острый панкреатит
- острый аппендицит
- острый холецистит

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- перфорация полого органа
- острый панкреатит
- острый аппендицит
- острый холецистит

Диагноз

С учетом клинической картины, у данного пациента в дальнейшем высок риск развития

- сепсиса
- кишечной непроходимости
- деструктивной пневмонии
- перитонита

Согласно диагнозу и возможным осложнениям, данному пациенту показана тактика в объеме

- экстренного оперативного лечения
- введения обезболивающих препаратов и динамическое наблюдение
- дезинтоксикационной и антибиотикотерапии
- установки назогастрального зонда и дезинтоксикационная терапия

Оптимальным хирургическим объемом в данном клиническом случае язва луковицы двенадцатиперстной кишки с перфоративным отверстием на передней стенке до 0,5 см является

- резекция желудка
- тампонирование перфоративного отверстия прядью большого сальника (по Поликарпову)
- иссечение прободной язвы с пилоропластикой и ваготомией
- лапароскопическое ушивание перфоративной язвы

Пациенту выполнена экстренная операция лапароскопическое ушивание язвы двенадцатиперстной. На 4-е сутки послеоперационного периода у больного двукратная массивная рвота желудочным содержимым без примеси желчи. Состояние стабильное. При осмотре кожные покровы умеренно-бледной окраски. ЧСС 88 в мин, А\Д 120\70 мм рт ст. Живот подвздут, мягкий, болезненный в зоне послеоперационных швов. Исходя из клинической картины, у больного нельзя исключить развитие

- спаечной кишечной непроходимости
- поддиафрагмального абсцесса
- гастростаза

- динамической кишечной непроходимости

Дальнейшая тактика в связи с развившейся клинической картиной заключается в

- антибиотикотерапии и динамическом наблюдении
- экстренном оперативном лечении в объеме резекции желудка
- установке назогастрального зонда, парентеральное питание, прокинетическая терапия
- эзофагогастродуоденоскопии со стентированием выходного отдела желудка

После проведенного лечения отмечена положительная динамика: признаков застоя по зонду не отмечено. Для оценки разрешения гастростаза необходимо выполнить

- эзофагогастродуоденоскопию
- КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием
- рентгенографию ЖКТ с водорастворимым контрастом
- УЗИ брюшной полости

При выявлении пропитывании желчью парадуоденальной клетчатки в области нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки следует заподозрить

- перфорацию язвы задней стенки желудка
- острый деструктивный панкреатит
- забрюшинную перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки
- острый деструктивный холецистит

В случае массивного инфильтративного процесса в области язвы и прорезывании швов при попытке ушивания хирургическая тактика заключается в

- установке назогастрального зонда и консервативная терапия
- тампонировании язвы прядью большого сальника (метод Поликарпова)
- мобилизации по Кохеру и повторной попытке ушивания язвы
- резекции зоны язвы и формировании анастомоза

Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу выполняются состоит в

- установке назогастрального зонда и консервативная терапия
- тампонировании язвы прядью большого сальника (метод Поликарпова)
- мобилизации по Кохеру и повторной попытке ушивания язвы
- резекции зоны язвы и формировании анастомоза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В августе месяце пациентка Е. 35 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На схваткообразные боли около пупка, вздутие живота, тошнота и рвота желудочным содержимым.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около 2-х дней, когда отметила появление болей в животе схваткообразного характера, вздутие живота. Далее присоединилась тошнота и рвота желудочным содержимым, затруднение отхождение газов.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Апендэктомия в 20 лет.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 164 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык подсушен. Живот вздут, мягкий, болезненный в околопупочной области. Шум плеска сомнительный.

Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул жидкий однократно, газы не отходили сутки. Мочеиспускание не нарушено.

На основании осмотра и физикальных данных может быть заподозрен диагноз

- язва двенадцатиперстной кишки со стенозом
- кишечная непроходимость
- острый панкреатит
- стенозирующая опухоль желудка

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

- язва двенадцатиперстной кишки со стенозом
- кишечная непроходимость
- острый панкреатит
- стенозирующая опухоль желудка

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования и клинической картины можно установить диагноз

- язва двенадцатиперстной кишки со стенозом
- кишечная непроходимость
- острый панкреатит
- стенозирующая опухоль желудка

Диагноз

Основной причиной развития спаечной кишечной непроходимости является

- инвагинация петель кишки
- длительный копростаз
- деформация и сдавление спайками
- заворот сигмовидной кишки

Согласно диагнозу и возможным осложнениям, данному пациенту показана тактика в объеме

- введения обезболивающих препаратов и динамическом наблюдении
- спазмолитической терапии, консультации инфекциониста
- установки назогастрального зонда, инфузионной спазмолитической терапии с оценкой рентгенологического пассажа водорастворимого контраста по ЖКТ
- экстренной операции лапаротомии

Несмотря на проводимую консервативную терапию, состояние пациентки без положительной динамики. ЧСС 120 в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Живот вздут, напряжен около пупка, резко болезненный в данной зоне. Газы не отходят, стула нет. По назогастральному зонда – застойное желудочное содержимое с примесью желчи до литра. По данным рентгенологического пассажа водорастворимого контраста – отрицательная динамика виде нарастание чашей Клойбера, контраст в начальных отделах тонкой кишки.
Дальнейшая тактика предполагает

- проведение экстренной операции - рассечение спаек, назоинтестинальная интубация
- вызвать на консультацию реаниматолога
- удалить назогастральный зонд с последующей выпиской пациента под амбулаторное наблюдение хирурга
- продолжить консервативную терапию

В данной клинической ситуации интраоперационно эвакуация содержимого дилатированного кишечника осуществляется посредством

- формирования еюностомы
- двухпросветного зонда Миллера-Эббота
- зонда Блекмора
- дивульсии ануса и установку газоотводной трубки

При сохранении сомнительной жизнеспособности 15 см участка тонкой кишки после принятых мер в объеме введения 0,25% раствора новокаин и согревания кишечника салфетками с горячим изотоническим раствором натрия хлорид показано выполнение

- резекции пораженного участка кишки с ушиванием концов кишки наглухо и с последующей ревизией
- погружения кишечника в брюшную полость и ушивания её наглухо
- резекции пораженного участка кишки в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза
- лапаростомии для повторной санации

С целью профилактики рецидива спаечной кишечной непроходимости пациентке целесообразно выполнить

- обертывание кишечника полимерными пленками
- введение в брюшную полость фибринолитических препаратов
- интестинопликацию
- шинирование тонкой кишки с назоинтестинальной интубацией

Симптом Обуховской больницы, баллонообразное расширение ампулы прямой кишки, определяемое при пальцевом исследовании, чаще всего является признаком

- копростаз
- заворота сигмовидной кишки
- тонкокишечной непроходимости
- динамической кишечной непроходимости

Наиболее опасной и тяжелой формой кишечной непроходимости является

- спаечная
- динамическая
- обтурационная
- странгуляционная

Кишечной непроходимостью, встречающейся преимущественно в детском возрасте, является

- спаечная
- динамическая
- обтурационная
- странгуляционная

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В начале января пациентка М. 49 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение с желтухой.

Жалобы

На боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушность склер и кожного покрова.

Анамнез заболевания

Считает себя больной около года назад, когда впервые появились жалобы на боли и чувство тяжести в правом подреберье после погрешности в диете. Больная обследовалась по месту жительства, у больной диагностированы конкременты в желчном пузыре. На новогодние праздники выезжала с родственниками на дачу, готовили шашлык. После того отметила резкое ухудшение состояния, усиление болевого синдрома, тошноту. Через несколько дней больная отметила появление желтухи.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Гинекологический анамнез: цикл 28 дней, 7 день цикла.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 165 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы и склеры иктеричны. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подреберье во время вдоха.

На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

- хронический панкреатит
- острый аппендицит

- язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки
- ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха

При физикальном обследовании положительный симптом _____ позволил заподозрить хронический холецистит

- Ситковского
- Ровзинга
- Мебиуса
- Мерфи

Для подтверждения диагноза Вы назначите

- Ситковского
- Ровзинга
- Мебиуса
- Мерфи

Результаты обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- Ситковского
- Ровзинга
- Мебиуса
- Мерфи

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- хирургическом лечении: наложении холецистоэнтероанастомоза
- консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- холецистэктомии первым этапом
- хирургическом лечении: ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция первым этапом

В рамках предоперационной подготовки больной необходимо выполнить такие тесты лабораторной диагностики как

- хирургическом лечении: наложении холецистоэнтероанастомоза
- консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

- холецистэктомии первым этапом
- хирургическом лечении: ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция первым этапом

Результаты обследования

В рамках предоперационной подготовки необходимо выполнить инструментальные методы диагностики в объеме

- хирургическом лечении: наложении холецистоэнтероанастомоза
- консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- холецистэктомии первым этапом
- хирургическом лечении: ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция первым этапом

Результаты инструментальных методов обследования

Наиболее предпочтительным вариантом разрешения механической желтухи при холедохолитиазе является

- лапароскопия, наружное дренирование холедоха по Керу
- ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция
- чрескожная холецистостомия под УЗ-контролем
- чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха

Границами треугольника Кало являются

- гастродуоденальная артерия; гепатодуоденальная связка; 12-перстная кишка
- правая; левая печеночная артерии; правый долевым протоком печени
- воротная вена; селезеночная вена; верхняя брыжеечная артерия
- общий печеночный; пузырный протоки; правая печеночная артерия

Возможным осложнением хронического калькулезного холецистита является

- цирроз печени
- атрезию желчных протоков
- эмпиему желчного пузыря
- дуоденогастральный рефлюкс

Основным методом скрининга желчнокаменной болезни является

- обзорная рентгенография брюшной полости
- «компьютерная томография брюшной полости
- эндосонография гепатопанкреатобилиарной зоны
- УЗИ органов брюшной полости

Появление или усиление болей при поколачивании краем ладони по правой реберной дуге, связанное с сотрясением жёлчного пузыря является симптомом

- обзорная рентгенография брюшной полости
- «компьютерная томография брюшной полости
- эндосонография гепатопанкреатобилиарной зоны
- УЗИ органов брюшной полости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент У. 47 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На периодические приступообразные боли в эпигастральной области, преимущественно после погрешности в диете, с иррадиацией в спину.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около трех лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы после погрешности в диете. На майские праздники выезжал с родственниками на дачу, готовили шашлык, употреблял алкоголь. После того отметил резкое ухудшение состояния, усиление болевого синдрома. За последние несколько месяцев состояние несколько ухудшилось, боли приобрели постоянный ноющий характер, периодически возникает тошнота, чувство тяжести в верхних отделах живота, нарушение стула по типу диареи. За последние несколько лет отметил снижение массы тела. Боли купируются приемом спазмолитиков

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Курит больше 10 лет, 1 пачку в день.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается плотный инфильтрат и болезненность при пальпации в эпигастральной области.

На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

- острый аппендицит
- хронический холецистит
- хронический панкреатит в стадии обострения
- язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки

При физикальном обследовании _____ позволяет заподозрить хронический панкреатит в стадии обострения

- наличие положительного симптома Воскресенского
- опухолевидное образование в проекции сигмовидной кишки
- пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области
- наличие диастаза прямых мышц живота

Для уточнения диагноза вы назначите

- наличие положительного симптома Воскресенского
- опухолевидное образование в проекции сигмовидной кишки
- пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области
- наличие диастаза прямых мышц живота

Результаты обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- наличие положительного симптома Воскресенского
- опухолевидное образование в проекции сигмовидной кишки
- пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области
- наличие диастаза прямых мышц живота

Диагноз

Ваша дальнейшая тактика заключается в

- консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- хирургическом лечении; пункционном дренировании по УЗ-контролем
- дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием
- динамическом наблюдении; контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев

Для уточнения диагноза вам необходимы

- консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- хирургическом лечении; пункционном дренировании по УЗ-контролем
- дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием
- динамическом наблюдении; контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев

Результаты обследования

Пациенту необходима консервативная терапия, которая заключается в применении препаратов

- антибиотиков
- группы ингибиторов протонной помпы
- синтетических аналогов соматостатина
- НПВС
- низкомолекулярного гепарина
- пробиотиков

Период наблюдения при купировании обострения хронического панкреатита у больного с постнекротической кистой, после которого показано выполнение повторной КТ с определением дальнейшей тактики составляет

- 3 месяца
- 1 год
- 1 неделя
- 6 месяцев

К малоинвазивным методикам дренирования постнекротических кист поджелудочной железы относят (выберите два)

- чрескожное дренирование под УЗ-контролем
- бурсостомия
- цистоеюностомия
- цистогастростомия
- формирование лапаростомы
- эндоскопическое дренирование под УЗ-контролем

При неэффективности малоинвазивных методик дренирования показано

- проведение панкреатэктомии
- динамическое наблюдение
- проведение панкреатодуоденальной резекции

- формирование панкреатоцистоэнтероанастомоза на Ру-петле

Основным методом скрининга экзокринной недостаточности у больных с хроническим панкреатитом является определение

- уровня трансаминаз крови
- панкреатической эластазы кала
- амилазы мочи
- панкреатической амилазы крови

Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита является

- уровня трансаминаз крови
- панкреатической эластазы кала
- амилазы мочи
- панкреатической амилазы крови

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка С. 29 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

Жалобы

На постоянную интенсивную боль в правой подвздошной области, тошноту, рвоту, однократный жидкий стул.

Анамнез заболевания

Сегодня, около 09.00 после завтрака отметила появление болей в эпигастральной области, тошноту. Была однократная рвота. К 13.00 боль переместилась в правую подвздошную область, приобрела интенсивный характер. Был однократный жидкий стул. Самостоятельно принимала дротаверин, омепразол – с временным положительным эффектом. В 17.00 вызвала бригаду СМП, доставлена в ГКБ с предварительным диагнозом острый панкреатит.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Гинекологический анамнез: цикл 28 дней, 14 день цикла.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 168 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом.

Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правой подвздошной области.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

- острый панкреатит
- прободная язва желудка
- острый аппендицит
- острый холецистит

Учитывая пол и возраст пациентки при сборе дополнительного анамнеза, необходимо уточнить характеристику боли, а именно

- острый панкреатит
- прободная язва желудка
- острый аппендицит
- острый холецистит

Результаты обследования

При физикальном обследовании положительный симптом _____ позволяет заподозрить у пациентки острый аппендицит

- острый панкреатит
- прободная язва желудка
- острый аппендицит
- острый холецистит

Результаты обследования

Учитывая пол, возраст пациентки, характеристики болевого синдрома пациентке показана дополнительная консультация

+ _____ + с целью исключения других причин абдоминальной боли

- острый панкреатит
- прободная язва желудка
- острый аппендицит
- острый холецистит

Результаты обследования

Необходимыми лабораторными исследованиями для постановки диагноза являются

- острый панкреатит
- прободная язва желудка
- острый аппендицит
- острый холецистит

Результаты лабораторных обследований

Необходимым инструментальным методом диагностики является

- острый панкреатит
- прободная язва желудка
- острый аппендицит
- острый холецистит

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно установить диагноз

- острый панкреатит
- прободная язва желудка
- острый аппендицит
- острый холецистит

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- консервативном лечении
- хирургическом лечении; лапаротомии; резекции слепой кишки с червеобразным отростком
- динамическом наблюдении; контроле лабораторных анализов через 6 часов
- хирургическом лечении; экстренной аппендэктомии

У вас нет возможности проведения лапароскопической аппендэктомии. Необходимо использовать хирургический доступ по

- Пирогову
- Волковичу-Дьяконову
- Спасокукоцкому

- Кохеру

На основании клинической картины иррадиации боли у пациентки можно ожидать + _____ + расположение червеобразного отростка

- тазовое
- подпеченочное
- ретроцекальное
- типичное

Тазовое расположение червеобразного отростка у женщин встречается в + _____ + % случаев

- 10
- 16
- 7
- 30

Флегмонозное воспаление червеобразного отростка формируется через + _____ + от начала заболевания

- 10
- 16
- 7
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент И., 57 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

Жалобы

На умеренно выраженные боли в области правого подреберья.

Анамнез заболевания

Два дня назад в обед отметил сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота. Приступ болей продолжался около 3 часов, купировался приемом спазмолитиков. Ранее у больного отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными. В связи с тем, что боль окончательно не проходила вызвал СМП, доставлен в ГКБ.

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь 1 ст., 1 ст., риск ССО 2. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 182 см, масса тела 84 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 78 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/85 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи положительные.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

- острый панкреатит
- острый холецистит
- острый аппендицит
- перфорация язвы двенадцатиперстной кишки

К появлению болей в правом подреберье может привести

- болезнь Крона
- обструктивный холецистит
- кишечная непроходимость
- острый аппендицит

Лабораторными методами необходимыми для постановки диагноза являются

- болезнь Крона
- обструктивный холецистит
- кишечная непроходимость
- острый аппендицит

Результаты лабораторных методов обследования

Методом инструментальной диагностики необходимым для первоочередной постановки диагноза является

- болезнь Крона
- обструктивный холецистит
- кишечная непроходимость
- острый аппендицит

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

- болезнь Крона
- обструктивный холецистит
- кишечная непроходимость
- острый аппендицит

Диагноз

Дальнейшей лечебной тактикой является

- дренирование под УЗ-контролем
- лапароскопическая санация брюшной полости
- предоперационная подготовка; лапароскопическая холецистэктомия
- лапаротомия; формирование гепатоеюноанастомоза

На фоне проведенного лечения в течение двух дней у пациента отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правом подреберье, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Дальнейшая тактика заключается в

- выписке пациента с дальнейшими рекомендациями под наблюдение хирурга по месту жительства
- продолжении консервативной терапии в условиях стационара
- санации брюшной полости
- формировании гепатикоеюноанастомоза

Наиболее частым осложнением острого холецистита является

- перивезикальный инфильтрат
- пузырно-кишечные свищи
- перивезикальный абсцесс
- рак желчного пузыря

Анатомическими структурами, образующими треугольник Кало являются пузырный проток, пузырная артерия и

- общий желчный проток
- общий печеночный проток
- правая печеночная артерия

- гастродуоденальная артерия

Наиболее часто встречающимся объективным симптомом при остром холецистите является симптом

- Захарьина
- Ортнера
- Щеткина-Блюмберга
- Бартомье - Михельсона

Дренирование холедоха Т-образным дренажом - это способ

- Каттеля
- Мейо
- Кера
- Стерлинга

Противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии является

- Каттеля
- Мейо
- Кера
- Стерлинга

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Д., 59 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

Жалобы

На боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами.

Анамнез заболевания

Больна в течение двух недель. Заболевание началось остро с резких болей в правом подреберье и эпигастрии. На следующий день болевой синдром стал меньше, отметила потемнение цвета мочи, обесцвеченный кал. Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращалась. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами. В связи с ухудшением общего состояния вызвала СМП, доставлена в ГКБ.

Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь 2 ст., 2 ст., риск ССО 3. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операции: аппендэктомия в 20-летнем возрасте.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 162 см, масса тела 84 кг. Кожный покров и склеры желтушной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 140/85 мм рт. ст. Локальный статус: Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, Симптомы Ортнера, Мерфи положительные, симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предположительный диагноз

- хронический калькулезный панкреатит, обострение
- перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, перитонит
- острый аппендицит
- ЖКБ: острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, механической желтухой

К появлению болей в правом подреберье может привести

- кишечная непроходимость
- обструктивный холецистит
- болезнь Крона
- наличие аппендикулярного инфильтрата

Лабораторными методами необходимыми для постановки диагноза являются

- кишечная непроходимость
- обструктивный холецистит
- болезнь Крона
- наличие аппендикулярного инфильтрата

Результаты лабораторных методов обследования

Методом инструментальной диагностики необходимым для первоочередной постановки диагноза является

- кишечная непроходимость

- обструктивный холецистит
- болезнь Крона
- наличие аппендикулярного инфильтрата

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

- кишечная непроходимость
- обструктивный холецистит
- болезнь Крона
- наличие аппендикулярного инфильтрата

Диагноз

Дальнейшей лечебной тактикой является

- консервативная инфузионная спазмолитическая терапия и эндоскопическое малоинвазивное удаление камней
- лапароскопическая санация брюшной полости
- лапаротомия; формирование гепатоеюноанастомоза
- выписка пациентки под наблюдение врачей по месту жительства

На фоне проведенного лечения в течение пяти дней у пациента отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правом подреберье, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Вашей дальнейшей тактикой является

- выписка пациентки с последующей рекомендацией о выполнении холецистэктомии в плановом порядке
- формирование гепатикоеюноанастомоза
- санация брюшной полости
- аппендэктомия

После окончания лечения при появлении болевого синдрома пациентке следует рекомендовать

- прием антикоагулянтов
- прием спазмолитиков
- прием НПВС
- прием антибиотиков

Анатомическими структурами образующими треугольник Кало являются пузырный проток, пузырная артерия и

- общий желчный проток
- гастродуоденальная артерия
- общий печеночный проток
- правая печеночная артерия

Наиболее часто встречающимся объективным симптомом при остром холецистите является симптом

- Ортнера
- Бартомье - Михельсона
- Захарьина
- Щеткина-Блюмберга

Дренаживание холедоха через культю пузырного протока расщепленным дренажом - это способ

- Пиковского
- Стерлинга
- Каттеля
- Мейо

Противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии является

- Пиковского
- Стерлинга
- Каттеля
- Мейо

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент У. 47 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения

Жалобы

На периодические приступообразные боли в эпигастральной области, преимущественно после погрешности в диете, с иррадиацией в спину.

Анамнез заболевания

Считает себя больным около трех лет, когда впервые появились вышеуказанные жалобы после погрешности в диете. На майские праздники

выезжал с родственниками на дачу, готовили шашлык, употреблял алкоголь. После того отметил резкое ухудшение состояния, усиление болевого синдрома. За последние несколько месяцев состояние несколько ухудшилось, боли приобрели постоянный ноющий характер, периодически возникает тошнота, чувство тяжести в верхних отделах живота, нарушение стула по типу диареи. За последние несколько лет отметил снижение массы тела. Боли купируются приемом спазмолитиков.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Курит больше 10 лет, 1 пачку в день.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в эпигастральной области, также в указанной области пальпируется несмещаемый инфильтрат диаметром до 10 см.

На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

- язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки
- острый аппендицит
- хронический холецистит
- хронический панкреатит в стадии обострения

При физикальном обследовании _____ позволяет заподозрить хронический панкреатит в стадии обострения

- наличие диастаза прямых мышц живота
- наличие положительного симптома Воскресенского
- пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области
- опухолевидное образование в проекции сигмовидной кишки

Для уточнения диагноза вы назначите

- наличие диастаза прямых мышц живота
- наличие положительного симптома Воскресенского
- пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области
- опухолевидное образование в проекции сигмовидной кишки

Результаты обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- наличие диастаза прямых мышц живота
- наличие положительного симптома Воскресенского
- пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области
- опухолевидное образование в проекции сигмовидной кишки

Диагноз

Ваша дальнейшая тактика заключается в

- хирургическом лечении; пункционном дренировании по УЗ-контролем
- консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- динамическом наблюдении; контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев
- дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

Для уточнения диагноза вам необходимы

- хирургическом лечении; пункционном дренировании по УЗ-контролем
- консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- динамическом наблюдении; контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев
- дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

Результаты обследования

В схему консервативной терапии в данном случае должны входить

- анксиолитики
- холиномиметики
- пробиотики
- препараты группы ингибиторов протонной помпы

Период наблюдения при купировании обострения хронического панкреатита у больного с постнекротической кистой, после которого показано выполнение повторной КТ с определением дальнейшей тактики составляет

- 1 год
- 1 неделя
- 6 месяцев
- 3 месяца

К малоинвазивным методикам дренирования постнекротических кист поджелудочной железы относят (выберите 1)

- эндоскопическое дренирование под УЗ-контролем
- бурсостомию
- цистоеюностомию
- формирование лапаростомы

При неэффективности малоинвазивных методик дренирования показано

- панкреатэктомия
- панкреатодуоденальная резекция
- динамическое наблюдение
- формирование панкреатоцистоэнтероанастомоза на Ру-петле

Основным методом скрининга экзокринной недостаточности у больных с хроническим панкреатитом является определение

- панкреатической амилазы крови
- уровня трансаминаз крови
- панкреатической эластазы кала
- амилазы мочи

Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита является

- панкреатической амилазы крови
- уровня трансаминаз крови
- панкреатической эластазы кала
- амилазы мочи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К., 23 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

Жалобы

На умеренную боль в правой подвздошной области на протяжении последних двух дней, повышение температуры до 37,6°C.

Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних двух дней, когда отметила сильный приступ боли в эпигастральной области, подъем температуры до 37,6С. К врачу решила не обращаться, выпила НПВС. Боль на этом фоне несколько стихла, к вечеру боль усилилась и сместилась в правую подвздошную область. В связи с тем, что боль окончательно не проходит и продолжающейся субфебрильной температурой вызвала СМП.

Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний нет. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 164 см, масса тела 58 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 120/85 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подвздошной области.

На основании анамнеза и физикального осмотра Вы можете заподозрить

- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки
- спаечную кишечную непроходимость

Основываясь на данных анамнеза у данного пациента можно выявить симптом

- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки
- спаечную кишечную непроходимость

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимы данные таких лабораторных исследований как

- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки
- спаечную кишечную непроходимость

Результаты лабораторных обследования

В первую очередь вы назначите

- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки
- спаечную кишечную непроходимость

Результаты обследования

На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

- острый аппендицит
- гангренозный холецистит
- перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки
- спаечную кишечную непроходимость

Диагноз

Вашей дальнейшей лечебной тактикой является

- оперативное вмешательство; лапароскопическая аппендэктомия
- консервативное лечение
- лапаротомия; резекция илеоцекального угла
- правосторонняя гемиколэктомия

На фоне выполненной операции на протяжении двух дней у пациентки отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правой подвздошной области, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Вашей дальнейшей тактикой является

- продолжение консервативной терапии в условиях стационара
- выписка пациентки под наблюдение хирурга по месту жительства
- правосторонняя гемиколэктомия
- повторная лапароскопия

Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является

- инфаркт миокарда
- геморрагический диатез
- аппендикулярный инфильтрат

- разлитой перитонит

Под термином «аппендикулярный инфильтрат» подразумевают

- тромбоз венозной системы воротной вены и ее придатков
- полостное образование округлой формы с однородным содержимым и пиогенной плотной капсулой
- расположенный ретроцекально червеобразный отросток
- конгломерат спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка

Положительный симптом Ситковского заключается в

- усилении боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку
- усилении болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку
- возникновении боли в правой подвздошной области при лёгком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке
- усилении боли при натуживании

К осложнениям острого аппендицита относится

- сальпингит
- аппендикулярный инфильтрат
- кишечное кровотечение
- пиелонефрит

Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается с/со

- сальпингит
- аппендикулярный инфильтрат
- кишечное кровотечение
- пиелонефрит

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка Л. 43 лет обратилась к хирургу по месту жительства.

Жалобы

Тошнота и рвота съеденной накануне пищей, потерю 8 кг массы тела за 6 мес.

Анамнез заболевания

Считает себя больной более 5 лет, когда при плановом обследовании по данным гастродуоденоскопии выявлена язва двенадцатиперстной кишки, больная прошла курс лечения у гастроэнтеролога, после чего к врачу не обращалась. При возникновении болевого синдрома лечилась самостоятельно ингибиторами протонной помпы и антацидами. Несколько месяцев назад начала отмечать появление тяжести после еды, отрыжку. Последние 3 недели больная отмечает постоянную тошноту, рвоту непереваренной пищей. Обратилась за консультацией хирурга.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было. Гинекологический анамнез: цикл 28 дней, 7 день цикла.

Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 168 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается безболезненности. Отмечается шум плеска в верхних отделах живота.

На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

- ЖКБ, острый холецистит, холецистолитиаз
- нарушение эвакуаторной функции желудка. Опухолевый стеноз
Язвенный стеноз
- острый аппендицит
- неспецифический язвенный колит

При физикальном обследовании положительный симптом _____ позволил заподозрить нарушение эвакуаторной функции желудка

- Мебиуса
- «шум плеска» в эпигастральной области
- Ситковского
- Ровзинга

Для уточнения диагноза Вы назначите

- Мебиуса
- «шум плеска» в эпигастральной области
- Ситковского
- Ровзинга

Результаты обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- Мебиуса
- «шум плеска» в эпигастральной области
- Ситковского
- Ровзинга

Диагноз

Ваша дальнейшая тактика заключается в

- хирургическом лечении; наложении холецистоэнтероанастомоза
- холецистэктомии
- консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- хирургическом лечении; больной показана операция в объеме гастродуоденостомии по Джабулею, проксимальная селективная ваготомия

В рамках предоперационной подготовки пациентке необходимо пройти такие лабораторные тесты как

- хирургическом лечении; наложении холецистоэнтероанастомоза
- холецистэктомии
- консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства
- хирургическом лечении; больной показана операция в объеме гастродуоденостомии по Джабулею, проксимальная селективная ваготомия

Результаты обследования

В рамках предоперационной подготовки пациентке необходимо пройти такие инструментальные исследования как

- хирургическом лечении; наложении холецистоэнтероанастомоза
- холецистэктомии
- консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

- хирургическом лечении; больной показана операция в объеме гастродуоденостомии по Джабулею, проксимальная селективная ваготомия

Результаты инструментальных исследований

В рамках предоперационной подготовки обязательным является

- взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки
- чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха
- выполнение колоноскопии
- катетеризация мочевого пузыря

Ориентиром между привратником и двенадцатиперстной кишкой является

- воротная вена
- вена Мейо
- левая печеночная артерии
- гастродуоденальная артерия

К осложнениям язвенной болезни желудка относят

- дуоденогастральный рефлюкс
- цирроз печени
- атрезию желчных протоков
- перфорацию

Консервативная патогенетическая терапия язвенной болезни включает

- сандостатин
- УДХК
- бета-блокаторы
- ингибиторы протонной помпы

Язвенный пилородуоденальный стеноз чаще встречается у

- сандостатин
- УДХК
- бета-блокаторы
- ингибиторы протонной помпы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В середине января пациент А. 38 лет обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На дискомфорт, боли в анальной области после дефекации.

Анамнез заболевания

Со слов пациента вышеуказанные жалобы беспокоят в течение нескольких лет, применял ректальные суппозитории с метилурацилом со слабовыраженным эффектом. Настоящее ухудшение в течение 6 месяцев, когда отметил нарастание интенсивности жалоб.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Состояние больного: удовлетворительные. Уровень сознания: ясное. Сон не нарушен. Температура: 36,6°C. Телосложение: нормостеническое, правильное. Питание нормальное. Положение больного: активное. Кожные покровы и видимые слизистые: чистые цвет – обычный. Периферические лимфоузлы: не увеличены. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Молочные железы: симметричны, не деформированы. Структура желез симметричная. Органы дыхания Форма грудной клетки: нормостеническая. Тип дыхания: смешанный. Дыхание через нос: свободное. ЧДД: 16 в мин. Обе половины участвуют в акте дыхания: равномерно. Пальпация грудной клетки: безболезненна. Голосовое дрожание: не изменено. Перкуторный звук над легочными полями: легочный. Аускультация легких - дыхание: проводится во все отделы, везикулярное Хрипы справа: нет, слева: нет. Крепитация нет. Органы кровообращения Область сердца: не изменена. Верхушечный толчок: определяется в V межреберье по левой средне-ключичной линии Тоны сердца: приглушены. Ритм: правильный. Пульс: 76 АД: на левом плече: 132/ 82 мм рт. ст. Пульсация периферических сосудов: хорошая. Органы пищеварения Appetit: хороший Осмотр полости рта: Язык: влажный, не обложен Зубы: санированы. Глотание: свободное. Живот: правильной конфигурации, безболезненный, не вздут, симметричен, мягкий Кишечный шум: выслушивается. Шум плеска: нет. Притупление в отлогих частях живота: нет. Органы мочевого выведения. Поясничная область: не изменена. Наружные половые органы: развиты нормально. Мочеиспускание: свободное. Поколачивание по поясничной области: безболезненно с обеих сторон. Местный статус: Кожные покровы перианальной области, внутренней поверхности ягодич, крестцово-копчиковой области обычной окраски. Анус

плоский, сомкнутый. Анальный рефлекс не изменен. В проекции 6 часов по условному циферблату имеется линейный дефект слизистой, до 1.5 см в длину, щелевидной формы, края плотные, ровные, дно выстлано грануляционной тканью, в дистальном крае имеется сторожевой бугорок. Пальпация болезненна. Сфинктер в гипертонусе. На перчатке следы кала обычной окраски.

На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

- хроническую анальную трещину
- острый сигмоидит
- хронический геморрой
- острый цистит

При физикальном обследовании + _____ +
позволил заподозрить анальную трещину

- наружный геморроидальный узел
- дефект слизистой прямой кишки
- «анальный плевок»
- гипертоничный сфинктер

Для подтверждения диагноза пациентке вы назначите

- наружный геморроидальный узел
- дефект слизистой прямой кишки
- «анальный плевок»
- гипертоничный сфинктер

Результаты обследования

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

- наружный геморроидальный узел
- дефект слизистой прямой кишки
- «анальный плевок»
- гипертоничный сфинктер

Диагноз

Ваша дальнейшая тактика заключается в

- хирургическом лечении; экстирпация прямой кишки
- динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год

- хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке
- хирургическом лечении; резекция прямой кишки

В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить

- хирургическом лечение; экстирпация прямой кишки
- динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год
- хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке
- хирургическом лечении; резекция прямой кишки

Результаты обследования

В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить такие инструментальные методы диагностики как

- хирургическом лечение; экстирпация прямой кишки
- динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год
- хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке
- хирургическом лечении; резекция прямой кишки

Результаты инструментального метода обследования

В рамках предоперационной подготовки обязательным является

- выполнение ирригоскопии
- взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой прямой кишки
- катетеризация мочевого пузыря
- чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха

Кровоснабжение прямой кишки осуществляется

- правой и левой прямокишечными артериями
- 5 артериями: одной непарной - a.rectales superior (конечная ветвь нижней брыжеечной артерии) и двумя парными: a.rectales media (из a.iliaca interna) и a.rectalis inferior (из a. Pudenda interna)
- верхней брыжеечной артерией, чревным стволом, гастродуоденальной артерией, средней ободочной артерией
- наружной подвздошной артерией

Наиболее частой причиной возникновения геморроя является

- врожденная слабость венозных стенок

- цирроз печени
- курение
- дуоденогастральный рефлюкс

Операция по поводу геморроя заключается в

- перевязке геморроидальных узлов
- удалении кавернозных тел прямой кишки
- резекции стенки прямой кишки
- пластике ануса

Наиболее частым осложнением анальной трещины является

- перевязке геморроидальных узлов
- удалении кавернозных тел прямой кишки
- резекции стенки прямой кишки
- пластике ануса

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка К., 23 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

Жалобы

На умеренную боль в правой подвздошной области на протяжении последних двух дней, повышение температуры до 37,6°C.

Анамнез заболевания

Со слов больной с утра беспокоила боль в эпигастральной области. В дальнейшем боль сместилась в правую подвздошную область. Была однократная рвота. Прием анальгетических препаратов без эффекта.

Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний нет. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 164 см, масса тела 58 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 120/85 мм рт. ст. Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подвздошной области.

На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

- спаечная кишечная непроходимость
- перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
- острый аппендицит
- гангренозный холецистит

Основываясь на данных анамнеза у данного пациента можно выявить симптом

- спаечная кишечная непроходимость
- перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
- острый аппендицит
- гангренозный холецистит

Результаты обследования

Лабораторными методами необходимыми для постановки диагноза являются

- спаечная кишечная непроходимость
- перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
- острый аппендицит
- гангренозный холецистит

Результаты лабораторных методов обследования

Первоочередным методом инструментальной диагностики является

- спаечная кишечная непроходимость
- перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
- острый аппендицит
- гангренозный холецистит

Результаты инструментального метода обследования

На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

- спаечная кишечная непроходимость
- перфорация язвы двенадцатиперстной кишки
- острый аппендицит

- гангренозный холецистит

Диагноз

Дальнейшей лечебной тактикой является

- лапаротомия, резекция илеоцекального угла
- консервативное лечение
- оперативное вмешательство: лапароскопическая аппендэктомия
- правосторонняя гемиколэктомия

На фоне выполненной операции на протяжении двух дней у пациентки отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правой подвздошной области, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Дальнейшей лечебной тактикой является

- продолжение консервативного лечения в условиях стационара
- выписка пациентки под наблюдение хирурга по месту жительства
- повторная лапароскопия
- правосторонняя гемиколэктомия

Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является

- аппендикулярный инфильтрат
- инфаркт миокарда
- разлитой перитонит
- геморрагический диатез

Термин «аппендикулярный инфильтрат» означает

- расположенный ретроцекально червеобразный отросток
- тромбофлебит воротной вены и ее придатков
- полостное образование округлой формы с однородным содержимым и пиогенной плотной капсулой
- конгломерат рыхло спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка

Морфологическая классификация видов острого аппендицита включает в себя форму

- катаральную
- экзофитную
- эндофитную
- инфильтративную

Как называется клапан между слепой кишкой и аппендиксом?

- Баугиниева заслонка
- заслонка Герлаха
- сфинктер Одди
- илеоцекальный клапан

Существуют следующие варианты техники выполнения аппендэктомии

- Баугиниева заслонка
- заслонка Герлаха
- сфинктер Одди
- илеоцекальный клапан

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 27 лет, поступил в реанимационное отделение ожогового центра.

Жалобы

Не предъявляет (мед.седация).

Анамнез заболевания

Травма в быту – при пожаре получил ожог пламенем, термоингаляционную травму. В экстренном порядке бригадой СМП доставлен в районную ЦРБ, где в условиях реанимационного отделения проводилась противошоковая терапия. В связи с нарастающей дыхательной недостаточностью интубирован, проводится ИВЛ. Консультирован со специалистами из ожогового центра. В экстренном порядке выполнена декомпрессионная некротомия ожоговых ран в области левого предплечья. После стабилизации состояния через 3 дня после травмы переведён в специализированное ожоговое отделение.

Анамнез жизни

* хронический гастрит * курит, алкоголь употребляет регулярно * аллергических реакций нет * работает на мясном производстве * от столбняка привит в 17 лет в школе

Объективный статус

Для определения площади ожога используется

- "правило девяток"
- ИК сканирование кожи и мягких тканей

- планиметрия
- "правило ладони»

Состояние больного соответствует периоду

- септикотоксемии
- реконвалесценции
- ожогового шока
- острой ожоговой токсемии

Одним из критериев перехода ожоговой болезни в период острой ожоговой токсемии является

- повышение уровня лимфоцитов
- повышение температуры тела
- нормализация уровня креатинина
- повышение уровня гемоглобина

По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог + _____ + степени (по МКБ-10)

- IIIАБ
- II
- II-III
- IIIБ-IV

По данным анамнеза данный ожог по этиологии относится к

- бытовому
- термическому
- лучевому
- термохимическому

Обязательными методами инструментальной диагностики у данного больного являются

- фибробронхоскопия и КТ легких
- эзофагогастродуоденоскопия и фибробронхоскопия
- эзофагогастродуоденоскопия и УЗИ брюшной полости
- УЗДС артерий нижних конечностей и обзорный снимок брюшной полости

Прогноз тяжести ожоговой травмы, согласно правилу «сотни», у данного больного составляет

- 87; сомнительный

- 57; благоприятный
- 77; относительно благоприятный
- 107; неблагоприятный

На догоспитальном этапе бригадой СМП была необходима перевязка ожоговых ран с использованием

- повязок с мазью левомеколь
- повязок с раствором повидон-йода
- стерильных или чистых простыней
- пены Пантенол

Методом хирургического лечения ожогов сразу после поступления пациента в стационар является

- этапная хирургическая обработка
- хирургическая некротомия
- первичная хирургическая обработка
- туалет ран

После выполнения первичной хирургической обработки ран показано местное лечение глубоких ожогов III степени с применением

- биологических повязок
- аллопластических заменителей кожи
- влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода
- синтетических повязок с силиконовым слоем

В 3 стадию раневого процесса с целью уменьшения травматизации новообразованного эпидермиса на участках с пограничными ожогами II степени целесообразно применить

- марлевые повязки с раствором хлоргексидин
- пену Пантенол
- атравматичные сетчатые повязки
- 40% мазь салициловой кислоты

Медицинская реабилитация данного пациента должна начинаться

- марлевые повязки с раствором хлоргексидин
- пену Пантенол
- атравматичные сетчатые повязки
- 40% мазь салициловой кислоты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 29 лет обратилась в ожоговый центр.

Жалобы

Боли в области ожоговой раны, головная боль, слабость, озноб, лихорадка с повышением температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$.

Анамнез заболевания

Травма в быту – контактный ожог о трубу мотоцикла. Обратилась самотеком в ЦРБ, где в приемном отделении проведена ПХО раны и наложена влажно-высыхающая повязка. Далее в течение 3 недели лечилась амбулаторно, проводились перевязки в поликлинике по месту жительства. На фоне лечения в области раны отмечено формирование струпа, который был этапно по мере его отторжения удален с образованием под ним гранулирующей раны. Местно отмечались небольшие боли в ране, общее состояние при этом было удовлетворительным. Однако внезапно отмечено ухудшение состояния с появлением указанных выше жалоб, повышения температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, вокруг ожоговой раны на фоне усиления гиперемии отмечено появление пузырей. В связи с чем самотеком обратилась в ожоговый центр.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает * не кури, алкоголем не злоупотребляет
* аллергических реакций нет * профессиональных вредностей не имеет, работает продавщицей * от столбняка привита в 16 лет в школе

Объективный статус

Для определения площади ожогового поражения у пациентки можно использовать

- "правило девяток»
- планиметрию
- «правило ладони»
- скицу Вилявина

По глубине поражение данный ожог у пациентки является + + степени

- III
- I
- II
- IIIБ-IV

Появление данной клинической картины на фоне контактного ожога III степени может говорить о развитии осложнения в виде

- флегмоны голени
- острого тромбофлебит поверхностных вен голени
- рожи
- острого тромбофлебита глубоких вен голени

У пациентки диагностирована + _____ + форма рожи

- флегмоны голени
- острого тромбофлебит поверхностных вен голени
- рожи
- острого тромбофлебита глубоких вен голени

Диагноз

Возбудителем рожи является Streptococcus

- faecalis
- bovis
- pyogenes
- pneumoniae

Пациентку необходимо госпитализировать в + _____ + отделение

- травматологическое
- инфекционное
- дерматологическое
- ожоговое

При первичном обращении в ЦРБ больной была показана противостолбнячная иммунизация по схеме

- АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке
- АС 0,5
- АС 1,0
- ПСЧИ 250 МЕ

В ожоговом отделении пациентке в день поступления проводится местное лечение - туалет ожоговых ран и

- повязка с фурацилиновой мазью
- открытый метод ведения ран с обработкой пеной Олазол

- влажно-высыхающая повязка с раствором повидон-йода
- повязка с мазью Вишневского

Пациентке сразу после поступления показано комплексное лечение, основным из которого является

- хирургическая обработка раны
- аутодермопластика раны
- иммуностимулирующая терапия
- антибактериальная терапия

Пациентке в данной ситуации показано назначение препарата

+ _____ + внутрь

- хирургическая обработка раны
- аутодермопластика раны
- иммуностимулирующая терапия
- антибактериальная терапия

Пациентке показано

- применение повязок с мазями на ПЭГ основе
- проведение хирургической обработки и аутодермопластики раны
- проведение выписки для продолжения лечения в амбулаторных условиях
- применение биоэквивалентов кожи человека

При рецидивирующей роже нижних конечностей у пострадавших после лечения глубоких ожогов нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает

- применение повязок с мазями на ПЭГ основе
- проведение хирургической обработки и аутодермопластики раны
- проведение выписки для продолжения лечения в амбулаторных условиях
- применение биоэквивалентов кожи человека

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 37 лет доставлен автомашиной СМП в приемное отделение ожогового центра.

Жалобы

Боли в области ожоговых ран, сухость во рту, головную боль, озноб, тошноту.

Анамнез заболевания

Травма на производстве – разбилась банка с концентрированной азотной кислотой, получил ожог кожи. Сотрудники предприятия сразу вызвали бригаду СМП. Бригада приехала на вызов через 20 минут. Оказана помощь в объеме инъекция раствора кеторола 1 мл внутримышечно. Пациент госпитализирован. Длительность транспортировки в приемное отделение больницы составила 20 минут.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает * не курит, алкоголь употребляет редко * аллергических реакций нет * работает на химическом производстве * от столбняка привита в 17 лет в школе

Объективный статус

1-е сутки после травмы. Состояние тяжелое. Вес 80 кг, рост 176 см. Температура тела 36,5⁰С. Кожные покровы вне ран бледно-розовые, сухие. Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Правильного телосложения. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная. Участие обеих половин в акте дыхания симметричное. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД - до 20 в мин. ЧСС 102 в мин. АД 115\70мм.рт.ст. Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

По этиологии ожог у пациента относится к

- контактному
- химическому
- термическому
- производственному

При ожогах кислотами возникает +

+ некроз кожи

- инфицированный
- асептический
- колликвационный
- коагуляционный

При определении площади ожога у пациента можно использовать

- "правило девяток»
- скицу Вилявина

- планиметрию
- «правило ладони»

По глубине поражение данный ожог у пациента является + + степени

- II
- IIIАБ
- IIIБ-IV
- III

Для постановки диагноза учитывается клиническая картина и

- II
- IIIАБ
- IIIБ-IV
- III

Результаты обследования

Учитывая клиническую картину и данные лабораторных методов исследования у пациента, ожоговая болезнь в периоде

- острой ожоговой токсемии
- ожогового шока
- реконвалесценции
- септикотоксемии

Пациента необходимо госпитализировать в

- ожоговое отделение
- хирургическое отделение
- токсикологическое отделение
- отделение реанимации и интенсивной терапии

Первая помощь при ожоге у данного пациента заключалась в промывании пораженных участков обильно

- раствором бикарбоната натрия
- раствором марганцовокислого калия
- проточной водой
- раствором уксусной кислоты

На этапе оказания скорой медицинской помощи пациенту на рану нужно было наложить повязку

- с раствором бикарбоната натрия
- с мазью левомеколь
- сухую марлевую
- пленочную

При первичном обращении в стационар больному показана противостолбнячная иммунизация по схеме

- АС 1,0
- АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка
- АС 0,5
- ПСЧИ 250 МЕ

В ожоговом отделении пациенту в день поступления показано местное лечение - туалет ожоговых ран и

- влажно-высыхающая повязка с раствором повидон-йода
- повязка с мазью Вишневского
- открытый метод ведения ран с обработкой пеной Олазол
- повязка с фурацилиновой мазью

Расчетный объем инфузионной противошоковой терапии в первые сутки лечения для данного пациента составляет + _____ + мл

- влажно-высыхающая повязка с раствором повидон-йода
- повязка с мазью Вишневского
- открытый метод ведения ран с обработкой пеной Олазол
- повязка с фурацилиновой мазью

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет обратился в приемное отделение ожогового центра с направлением из поликлиники.

Жалобы

Боли в ранах.

Анамнез заболевания

Со слов пациента травма получена дома 2 недели назад - в состоянии алкогольного опьянения некоторое время лежал на полу около радиатора отопления, получил ожог. За медицинской помощью обратился в поликлинику через 3 дня. В поликлинике выполнили обработку раны, наложение повязки с

мазью «левометил», введение АС 1,0 внутримышечно. Рекомендовали перевязки 2 раза в неделю. Сегодня врач-хирург поликлиники на очередной перевязке предложил госпитализацию и направил в ожоговый центр.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – отрицает * курит до 20 сигарет в день, * алкоголь употребляет нерегулярно; может выпить до 1 литра водки * аллергических реакций нет * официально не работает * проживает в квартире один * от столбняка привит в объеме 1,0 АС 10 дней назад по поводу данной травмы, ранее не прививался

Объективный статус

Для измерения площади ожога у пациента можно использовать

- квадратные сантиметры
- правило девяток
- таблицу Вилявина
- таблицу Ланда-Браудера

По клиническим признакам ожог соответствует + _____ + степени (по МКБ-10)

- IIIАБ
- IIIБ
- III
- IIIБ-IV

Наблюдаемый тип заживления раны называется

- первичным натяжением
- третичным натяжением
- вторичным натяжением
- заживление под струпом

По данным анамнеза данный ожог относится к

- лучевому
- смешанному
- электрическому
- контактному

При первичном обращении в поликлинику врач-хирург должен был

- выполнить хирургическую некрэктомию
- выдать листок нетрудоспособности

- направить пациента в ожоговый центр на госпитализацию
- направить пациента к челюстно-лицевому хирургу

При проведении противостолбнячной иммунизации в поликлинике

- не выполнено введение ПСС 3000 МЕ по Безредка
- ошибок не было
- превышена доза АС
- показаний для введения АС не было

В приемном отделении ожогового центра пациенту показано местное лечение с применением

- аллопластических заменителей кожи
- синтетических повязок с силиконовым слоем
- влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода
- биологических повязок

Для скорейшего удаления некротических тканей и подготовки к пластическому закрытию в ближайшие 1-2 дня необходимо выполнить

- хирургическую обработку ран
- химический некролиз
- хирургическую некрэктомию
- хирургическую некротомию

Предпочтительным методом закрытия раневой поверхности после хирургической некрэктомии в данной ситуации является

- хирургическую обработку ран
- химический некролиз
- хирургическую некрэктомию
- хирургическую некротомию

Заживление послеоперационной раны прошло по типу

- под струпом
- третичного натяжения
- первичного натяжения
- вторичного натяжения

Основным преимуществом кожной пластики местными тканями является

- то, что рана заживает быстрее, чем при использовании аутодермопластики

- сокращение времени операции
- оптимальный эстетический результат, наименьшие рубцовые последствия
- то, что не требуется специальное оборудование

При выполнении пластики местными тканями после некрэктомии ожогового струпа наиболее вероятным местным осложнением является

- то, что рана заживает быстрее, чем при использовании аутодермопластики
- сокращение времени операции
- оптимальный эстетический результат, наименьшие рубцовые последствия
- то, что не требуется специальное оборудование

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 32 лет доставлен в приемное отделение ожогового центра из республиканской больницы.

Жалобы

Не предъявление (ИВЛ, мед. седация).

Анамнез заболевания

Пациент страдает эпилепсией. Во время очередного эпилептического припадка с потерей сознания упал головой на раскаленный спиральный электрообогреватель, получил ожог. Родственники вызвали бригаду СМП. В экстренном порядке был госпитализирован в республиканскую больницу по месту жительства, где в условиях отделения реанимации начата противошоковая терапия, в связи с дыхательной недостаточностью интубирован, проводится ИВЛ. По телемедицинской связи пациент был консультирован со специалистами из федерального ожогового центра и на 3 сутки после травмы по санавиации был переведен в ожоговый центр для дальнейшего лечения.

Анамнез жизни

* пациент страдает эпилепсией, приступы до 2 раз в месяц, лечение (финлепсин) получает нерегулярно * курит до 10 сигарет в день, * алкоголь употребляет умеренно * аллергических реакций нет * не работает, инвалид II группы * от столбняка привит в объеме 1,0 АС после поступления в республиканскую больницу, ранее не прививался

Объективный статус

Пациента из приемного отделения необходимо госпитализировать в + _____ + отделение

- реанимационное
- ожоговое
- травматологическое
- хирургическое

По данным анамнеза данный ожог относится к

- контактному
- лучевому
- электрическому
- смешанному

По клиническим признакам ожог соответствует + _____ + степени (по МКБ-10)

- IIIБ-IV
- IIIАБ
- III
- II

Учитывая анамнез заболевания, клиническую картину, наличие ожога лица, больному требуется дообследование в объеме

- микробиологического исследования ран
- эзофагогастродуоденоскопии
- доплеровского исследования сосудов конечностей
- бронхоскопии

По данным бронхоскопии от момента поступления: гиперемия и отек слизистой, большое количество копоти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копоти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копоти. Больному выставлен диагноз ингаляционная травма + _____ + степени

- III
- IV
- I
- II

При проведении противостолбнячной иммунизации в республиканской больнице

- показаний для введения АС не было
- ошибок не было
- превышена доза АС
- не выполнено введение ПСС 3000 МЕ по Безредка

Пациенту после поступления показано местное лечение с применением

- аллопластических заменителей кожи
- влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода
- биологических повязок
- синтетических повязок с силиконовым слоем

Для скорейшего удаления некротических тканей и подготовки к пластическому закрытию необходимо выполнить

- хирургическую некротомию
- химический некролиз
- хирургическую некрэктомию
- хирургическую обработку ран

На фоне комплексного лечения состояние улучшилось. Пациент был экстубирован. Проводились этапные хирургические операции по подготовке глубоких ожоговых ран к пластическому закрытию. Раны очищены от некротических тканей, выполнены гипертрофическими грануляциями. Предпочтительным методом закрытия раневой поверхности после иссечения гипертрофических грануляций в данной ситуации является

- хирургическую некротомию
- химический некролиз
- хирургическую некрэктомию
- хирургическую обработку ран

В связи с остаточными гранулирующими ранами пациенту показано

- аутодермопластика полнослойными аутодермотрансплантатами
- пластика местными тканями
- местное консервативное лечение
- трансплантация культивированных кератиноцитов

Медицинская реабилитация пострадавшего от ожогов начинается

- после перевода из отделения реанимации
- с началом лечения
- после выполнения последней операции
- сразу после выписки из стационара

Сразу после выписки из стационара пациенту необходимо назначить

- после перевода из отделения реанимации
- с началом лечения
- после выполнения последней операции
- сразу после выписки из стационара

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 26 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ожогового центра.

Жалобы

Боли, жжение в области ран на тыле левой стопы.

Анамнез заболевания

2 часа назад случайно пролил на себя кипяток из чайника. Сразу вызвал СМП.

Анамнез жизни

* хронических заболеваний нет * курит до 5 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * аллергических реакций нет * профессиональных вредностей не имеет, работает менеджером в офисе * от столбняка привит в 16 лет в школе

Объективный статус

{nbsp} Других ран нет

Для определения площади ожога у данного пациента используется

- таблица Ланда-Браудера
- "правило ладони"
- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- "правило девяток»

Глубина ожогового поражения по клиническим признакам может соответствовать ожогам + _____ + степени (используйте классификацию МКБ-10)

- IIIАБ
- I-II
- III
- II-IIIА

По данным анамнеза данный ожог относится к

- лучевому
- химическому
- термическому
- термохимическому

Правильными действиями врача приемного отделения в данной ситуации являются

- * туалет ран с наложением повязки + * направление на амбулаторное лечение к хирургу поликлиники по месту жительства * выдача справки обращения
- * туалет ран с наложением стерильной повязки + * направление на амбулаторное лечение к хирургу поликлиники по месту жительства * выдача листка нетрудоспособности на 10 дней
- * обезболивание + * туалет ран с наложением стерильной повязки + * выдача листа нетрудоспособности на 3 дня
- * обезболивание + * туалет ран с наложением лечебной повязки + * госпитализация

Пациента необходимо госпитализировать в + _____ + отделение

- травматологическое
- ожоговое
- дерматологическое
- реанимации и интенсивной терапии

В ожоговом отделении пациенту в день поступления проводится местное лечение такое, как

- туалет ожоговых ран, УФ-облучение и наложение влажно-высыхающих повязок с раствором 0,05% хлоргексидина
- открытый метод ведения ран с обработкой пеной "Пантенол" или "Олазоль"
- туалет ожоговых ран и наложение лечебной повязки с мазью левомеколь
- экстренная некротомия и наложение повязок с мазью левомеколь

В день поступления больного в стационар обязательным лечебным мероприятием является проведение

- обезболивания местными анестетиками
- системной антибиотикотерапии
- экстренной профилактики столбняка
- экстренной профилактики тромбоза (введение прямых антикоагулянтов)

Данному пациенту должна быть назначена такая схема противостолбнячной иммунизации как

- ПСЧИ 250 МЕ
- АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка
- АС 0,5
- АС 1,0

Общее лечение включает применение

- инфузионной терапии
- антибактериальных препаратов
- обезболивающих и антигистаминных препаратов
- глюкокортикоидных гормонов

Местное лечение включает применение

- цинково-салициловой пасты
- раневых повязок, создающих влажную среду
- 5% раствора перманганата калия
- 40% салициловой мази

Невыполненным у пациента мероприятием первой помощи, влияющим на глубину ожога и прогноз является + _____ + ожоговых поверхностей

- охлаждение; холодной водой
- обработка; пеной «Пантенол»
- обработка; спиртом или водкой
- обработка; растительным маслом

При неосложненном течении раневого процесса полная эпителизация данного ожога обычно наступит через + _____ + суток после травмы

- охлаждение; холодной водой
- обработка; пеной «Пантенол»
- обработка; спиртом или водкой
- обработка; растительным маслом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 48 лет доставлена реанимобилем из ЦРБ в приемное отделение ожогового центра.

Жалобы

Жалоб не предъявляет по тяжести состояния, проводится ИВЛ через интубационную трубку.

Анамнез заболевания

Из эпикриза известно, что травма получена дома 5 дней назад: от печки случайно загорелась одежда. Сразу была госпитализирована в ЦРБ, где проводилась противошоковая инфузионная и симптоматическая терапия. По настоянию родственников сегодня переведена в ожоговый центр.

Анамнез жизни

* хронические заболевания – неизвестно * образ жизни - неизвестно * от столбняка привита 5 дней назад в ЦРБ

Объективный статус

{nbsp} Других ран нет.

Для определения площади ожога используется

- "правило девяток»
- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- планиметрия
- "правило ладони"

По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог + _____ + степени (по МКБ-10)

- IIIБ
- IIIБ-IV
- IIIАБ
- III

Среди лабораторных исследований в эти сроки после травмы наибольшую информативность имеет

- IIIБ
- IIIБ-IV

- IIIАБ
- III

Результаты лабораторного обследования

Состояние больного соответствует периоду ожоговой болезни

- острая ожоговая токсемия
- септикотоксемия
- ожоговый шок
- реконвалесценция

Пациентку необходимо госпитализировать в + _____ + отделение

- хирургическое
- реанимационное
- терапевтическое
- ожоговое

В неотложном порядке пациентке показано такое общее лечение как

- антибактериальная терапия, коррекция электролитных нарушений, анальгетики и антипиретики, глюкокортикоидные гормоны
- дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия, коррекция белковых и электролитных расстройств, анальгетики и антипиретики
- антибактериальная терапия, гемотрансфузия, анальгетики и антипиретики
- дезинтоксикационная терапия, парэнтеральное питание, анальгетики и антипиретики, антикоагулянты непрямого действия

Пациентке показано местное лечение с применением

- влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода
- биологических повязок
- синтетических повязок с силиконовым слоем
- аллопластических заменителей кожи

Для скорейшего удаления некротических тканей и подготовки к пластическому закрытию в ближайшие дни необходимо выполнить

- хирургическую некрэктомию
- хирургическое очищение
- химическую некрэктомию
- хирургическую некротомию

По технике выполнения предпочтительной является хирургическая некрэктомия

- хирургическую некрэктомияю
- хирургическое очищение
- химическую некрэктомияю
- хирургическую некротомию

У данной пациентки возможно осложнение ожоговой болезни в виде (см Дополнительную информацию)

- острой печеночной недостаточности
- острой сердечной недостаточности
- острой почечной недостаточности
- ожогового сепсиса

У тяжелообожженных максимальный дефицит гуморального иммунитета (IgG) наблюдается в периоде

- ожогового шока
- септикотоксемии
- реконвалесценции
- острой ожоговой токсемии

Причиной развития инфекционных осложнений у обожженных является

- ожогового шока
- септикотоксемии
- реконвалесценции
- острой ожоговой токсемии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 47 лет доставлена в ожоговый центр на 7 сутки после травмы.

Жалобы

Сбор анамнеза невозможен, больная на ИВЛ в мед седации.

Анамнез заболевания

Со слов мужа, травма в быту при использовании средства для розжига - получила ожоги пламенем 50% п.т., термоингаляционную травму. Находилась на лечении в реанимационном отделении Областной больницы, где проводилась комплексная противошоковая терапия. На 2-е сутки в связи с

циркулярными ожогами в области верхних конечностей больной была выполнена хирургическая некротомия. В связи с нарастающей дыхательной недостаточностью перед транспортировкой больная была переведена на ИВЛ. На 7-е сутки после травмы, реанимационной бригадой больная была доставлена в ожоговый центр для дальнейшего лечения. В условиях отделения реанимации ожогового центра проложено комплексное интенсивное лечение.

Анамнез жизни

* Инфекционных заболеваний в анамнезе нет. * Травм, операций в анамнезе нет. * Аллергических реакций нет. * Курит в течении 15 лет, умеренно употребляет алкоголь.

Объективный статус

Общий осмотр: Состояние крайне тяжелое. Мед. седация. Кожный покров бледного цвета. Температура на момент осмотра 36,9°C. Склеры инъецированы. Веки отечны. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно.

Органы дыхания: ИВЛ. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная. Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания симметричное. Дыхание аппаратное, проводится над всеми отделами легких. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены.

Органы кровообращения: Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. АД 155/65 мм рт.ст. ЧСС 140 в минуту.

Органы пищеварения: Язык обложен белым налетом. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Для постановки основного диагноза используется анамнез заболевания и

- клиническая картина
- рентгеновское исследование костей
- микробиологическое исследование ран
- доплеровское исследование сосудов конечностей

Для определения площади ожога в данном случае используется

- ИК сканирование кожи и мягких тканей

- планиметрия
- «правило девяток»
- "правило ладони"

Учитывая анамнез заболевания, клиническую картину, наличие ожога лица, больной требуется дообследование в объеме

- ИК сканирование кожи и мягких тканей
- планиметрия
- «правило девяток»
- "правило ладони"

Дополнительная информация

По данным фибробронхоскопии от момента поступления: гиперемия и отек слизистой, большое количество копоти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копоти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копоти.

Больной выставлен диагноз ингаляционная травма + _____ + степени

- IV
- III
- II
- I

Целью проведенной в областной больнице некротомии было

- IV
- III
- II
- I

При поступлении больной была выполнена рентгенография органов грудной клетки. Верным диагнозом является

- IV
- III
- II
- I

Диагноз

Учитывая данные анамнеза, тяжесть травмы - пациента можно отнести к + + типу больных, ассоциированных с полирезистентной внутрибольничной микрофлорой

- IV
- III
- II
- I

Дополнительная информация

При поступлении больной была выполнена эзофагогастродуоденоскопия: в пилорическом отделе желудка определяется язвенный дефект 1x1 см с наличием тромбированного сосуда, прикрытого рыхлым сгустком, большое количество содержимого типа «кофейной гущи».

С учетом полученных данных можно установить степень активности кровотечения Forrest

- Ic
- III
- IIc
- IIa

Необходимый объем манипуляций при данном типе активности кровотечения должен включать

- установку зонда Блэкмора
- лапаротомию и ушивание язвы
- консервативное лечение (промывание желудка ледяной водой, введение гемостатиков)
- удаление сгустка с помощью орошения с эндоскопическим гемостазом

После эндоскопического гемостаза желудочно-кишечного кровотечения больной показано проведение лечения внутривенно

- установку зонда Блэкмора
- лапаротомию и ушивание язвы
- консервативное лечение (промывание желудка ледяной водой, введение гемостатиков)
- удаление сгустка с помощью орошения с эндоскопическим гемостазом

При выписке из стационара для продолжения реабилитации в амбулаторных условиях больной рекомендуется проведение комплексной противорубцовой терапии в объеме: ЛФК, компрессионной терапии и

- ультрафиолетового облучения
- реконструктивно-пластической операции
- силиконсодержащих гелей
- лазерной дермабразии

Комплексная консервативная терапия последствий ожоговой травмы в виде послеожоговых рубцов у пациентки продолжается до

- ультрафиолетового облучения
- реконструктивно-пластической операции
- силиконсодержащих гелей
- лазерной дермабразии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 25 лет поступил в реанимационное отделение ожогового центра.

Жалобы

Боли в ранах, головокружение, слабость, тошноту.

Анамнез заболевания

Со слов пациента, травма получена на производстве при взрыве котла - получил ожог паром туловища, верхних и нижних конечностей 40% п.т. Бригадой СМП доставлен в ожоговый центр, госпитализирован в реанимационное отделение, где больному начато обследование и проведение лечения.

Анамнез жизни

* Аппендэктомия в 20 лет * не курит, алкоголь употребляет умеренно * аллергических реакций нет * работает водителем * от столбняка привит в 17 лет в школе

Объективный статус

1-е сутки после травмы. Состояние тяжелое. Вес 75 кг, рост 178 см. Температура тела 36,3⁰С. В сознании, вялый. Кожные покровы вне ран бледно-розовые, сухие. Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная. Участие обеих половин в акте дыхания симметричное. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД-20/мин. ЧСС 114 в мин. АД 100\60 мм рт.ст. Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены,

ритм правильный. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, правильной формы, на пальпацию живота не реагирует. Перистальтика ослаблена. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек визуалью не изменена, мочеиспускание по катетеру, диурез снижен, моча насыщенного желтого цвета. Местный статус: ожоговые туловища, верхних и нижних конечностей 40% п.т. в виде гиперемии, толстостенных пузырей, деэпителизированной поверхности ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей.

Для определения площади ожога у данного больного используется

- "правило ладони»
- планиметрия
- "правило девяток"
- ИК сканирование кожи и мягких тканей

Учитывая клиническую картину, у больного диагностирован ожог паром туловища, верхних конечностей + _____ + степени, 40% поверхности тела

- I-II-III
- II-III
- I-II
- III

По данным анамнеза данный ожог относится к

- лучевому
- химическому
- термохимическому
- термическому

Состояние больного соответствует периоду ожоговой болезни

- ожоговый шок
- острая ожоговая токсемия
- септикотоксемия
- реконвалесценция

Одним из обязательных методов инструментальной диагностики у данного больного является

- хирургическая некрэктомия

С целью уменьшения травматизации новообразованного эпидермиса при лечении ожоговых ран у пациента целесообразно применить

- пену Пантенол
- салицилово-цинковую пасту
- марлевые повязки с раствором повидон-йода
- атравматичные повязки Бранолинд Н

Медицинская реабилитация пострадавших от ожогов начинается

- пену Пантенол
- салицилово-цинковую пасту
- марлевые повязки с раствором повидон-йода
- атравматичные повязки Бранолинд Н

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На наличие опухолевидного образования левой паховой области, опускающееся в мошонку.

Анамнез заболевания

Больным себя считает около 10 лет, когда появилось образование в левой паховой области и стало опускаться в мошонку.

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты – Сульфаниламиды – отек Квинке. Операции: холецистэктомия, аппендэктомия, резекция предстательной железы.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 94 кг. ИМТ – 29,67. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: в левой паховой области, имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции,

размерами 16x10 см, в горизонтальном положении частично вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- пену Пантенол
- салицилово-цинковую пасту
- марлевые повязки с раствором повидон-йода
- атравматичные повязки Бранолинд Н

Диагноз

У пациента не ущемленная паховая грыжа, так как образование

- частично вправляется в брюшную полость
- подвижное при пальпации
- безболезненное при пальпации
- опускается в мошонку

Инструментальным методом диагностики, позволяющим с наибольшей вероятностью подтвердить окончательный диагноз у данного пациента является

- МРТ передней брюшной стенки
- КТ брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости
- УЗИ мягких тканей паховой области

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- динамическом наблюдении
- ношении бандажа
- ограничении физических нагрузок, диете
- хирургическом лечении: грыжесечение

Пациенту показано оперативное лечение в объеме грыжесечения, пластика пахового канала по

- Жерару-Спасокуккоцкому
- Постемпскому
- Лихтенштейну
- Бассини

У пациента входными воротами является

- бедренный канал
- наружное паховое кольцо
- медиальная паховая ямка
- глубокое паховое кольцо

У пациента грыжа возникла в следствии

- слабости задней стенки пахового канала
- слабости передней стенки пахового канала
- поднятия тяжестей
- кашля

У пациента грыжа будет классифицирована по

- L.Nyhus и R.Condon
- J.P. Chevrel
- О.П. Крымову
- R.Stoppa

В зависимости от пола паховой грыжей

- женщины вообще не болеют
- женщины болеют чаще, чем мужчины
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

У пациента во время операции отличительным признаком грыжевого мешка

является + _____ + цвет

- синюшный
- серый
- малиновый
- молочно-белый

Антибиотикопрофилактика у данного пациента

- не показана
- проводится в течение 3 дней
- показана за 20 минут до разреза
- назначается на 7 дней

Ближайший ранний послеоперационный период у пациента может осложниться

- не показана

- проводится в течение 3 дней
- показана за 20 минут до разреза
- назначается на 7 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 70 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На наличие опухолевидного образования в правой паховой области.

Анамнез заболевания

Больным себя считает около 1 года, когда появилось образование в правой паховой области.

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Сахарный диабет – 2 типа, средней тяжести, субкомпенсированный. Аллергии на препараты – Сульфаниламиды – отек Квинке. Операции: 3 года назад грыжесечение, пластика пахового канала по Лихтенштейну справа.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 182см, масса тела 76 кг. ИМТ – 22,94. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: в правой паховой области послеоперационный рубец, по ходу рубца имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 4х3 см, вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- не показана
- проводится в течение 3 дней
- показана за 20 минут до разреза
- назначается на 7 дней

Диагноз

У пациента не ущемленная паховая грыжа, так как образование

- вправляется в брюшную полость
- не вправляется в брюшную полость
- опускается в мошонку
- подвижное при пальпации

Для подтверждения/опровержения ущемления используют симптом

- вправляется в брюшную полость
- не вправляется в брюшную полость
- опускается в мошонку
- подвижное при пальпации

Результаты обследования

Инструментальным методом диагностики, позволяющим с наибольшей вероятностью подтвердить окончательный диагноз является

- МРТ передней брюшной стенки
- УЗИ органов брюшной полости
- УЗИ мягких тканей паховой области
- КТ брюшной полости

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- ношении бандажа
- динамическом наблюдении
- ограничении физических нагрузок, диете
- хирургическом лечении: грыжесечение

Пациенту показано оперативное лечение в объеме грыжесечения

- задней паховой герниопластики
- грыжесечения, иссечения ранее имплантированного эндопротеза, пластики по Лихтенштейну
- грыжесечения, пластики UHS (Ультрапро Герниосистема)
- грыжесечения, пластики по Постемпскому

У пациента паховая грыжа сформировалась в следствии

- кашля
- слабости задней стенки пахового канала
- поднятия тяжестей
- слабости передней стенки пахового канала

Рецидивная паховая грыжа у данного пациента будет классифицирована по

- J.P. Chevrel
- R.Stoppa
- L.Nyhus и R.Condon
- О.П. Крымову

В зависимости от пола паховой грыжей

- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют
- женщины болеют чаще, чем мужчины
- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

Одной из причин рецидива грыжи у данного пациента может быть

+ **+ эндопротеза**

- лизис
- применение недостаточного размера
- неинтегрирование
- использование облегченного

Антибиотикопрофилактика у данного пациента

- показана
- не показана
- проводится в течение 15 дней
- назначается на срок 10 дней

У пациента возможно развитие ближайшего послеоперационного осложнения после пластики пахового канала по Лихтенштейну в виде

- показана
- не показана
- проводится в течение 15 дней
- назначается на срок 10 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 82 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На наличие образования в левой паховой области.

Анамнез заболевания

Больной себя считает около полугода, когда появилось образование в левой паховой области.

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты – пенициллин – отек Квинке. ИБС, постинфарктный кардиосклероз.

Гипертоническая болезнь 2 ст. СН-II. Операции – холецистэктомия, экстирпация матки с придатками.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: в левой паховой области, чуть выше паховой связки имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 3х2 см, вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- показана
- не показана
- проводится в течение 15 дней
- назначается на срок 10 дней

Диагноз

У пациентки не ущемленная паховая грыжа, на основании того, что образование

- безболезненное
- вправляется в брюшную полость
- подвижное при пальпации
- симптом кашлевого толчка положительный
- не вправляется в брюшную полость

Отличительным признаком не ущемленной паховой грыжи у пациентки является симптом

- Щеткина-Блюмберга
- «кашлевого толчка»
- поколачивания

- Кохера

Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

- КТ брюшной полости
- УЗИ органов брюшной полости
- УЗИ мягких тканей паховой области
- МРТ передней брюшной стенки

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- динамическом наблюдении
- ношении бандажа
- хирургическом лечении: грыжесечение
- ограничении физических нагрузок, диете

Пациентке показано оперативное лечение в объеме грыжесечения, пластики пахового канала по

- Постемпскому
- Жерару-Спасокуккоцкому
- Лихтенштейну
- Бассини

У пациента грыжа возникла в следствии

- кашля
- запора
- слабости задней стенки пахового канала
- слабости передней стенки пахового канала

Паховая грыжа будет классифицирована по

- Zollinger
- R.Stoppa
- О.П. Крымову
- L.Nyhus и R.Condon

В зависимости от пола паховой грыжей

- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- женщины болеют чаще, чем мужчины
- женщины вообще не болеют
- мужчины болеют чаще, чем женщины

Оперативное лечение будет проведено под

- эндотрахеальным наркозом
- спинальной анестезией
- местным обезболиванием
- эпидуральной анестезией

Антибиотикопрофилактика у данного пациента

- назначается на 7 дней
- не показана
- проводится в течение 3 дней
- показана за 20 минут до разреза

У пациентки в ближайшем послеоперационном периоде возможно развитие

- назначается на 7 дней
- не показана
- проводится в течение 3 дней
- показана за 20 минут до разреза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 67 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения

Жалобы

На наличие образования пупочной области

Анамнез заболевания

Отметил появление образования в пупочной области 15 лет назад, которое стало увеличиваться в размерах. В течение последнего года беспокоят периодические боли в области образования.

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты – пенициллин – отек Квинке Операции: АКШ{plus}МКШ – 4 года назад.
Принимает: конкор 0,5x1 р.в день, варфарин 2,5 мг.х2 раза в день

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 186 см, масса тела 115 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Подкожная жировая клетчатка выражена. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин.

Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: в пупочной области, имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 12x10 см, частично вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный. Кожа над образованием истончена, гиперемирована.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- назначается на 7 дней
- не показана
- проводится в течение 3 дней
- показана за 20 минут до разреза

Диагноз

У пациента неущемленная форма грыжи, так как

- наблюдается положительный симптом «кашлевого толчка»
- грыжа болезненна при пальпации
- грыжа вправляется в брюшную полость
- грыжа подвижна при пальпации

Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

- КТ брюшной полости
- пальпация органов брюшной полости
- МРТ передней брюшной стенки
- УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- динамическом наблюдении
- ношении бандажа
- хирургическом лечении: грыжесечение
- ограничении физических нагрузок, диете

Пациенту показано оперативное лечение в объеме грыжесечения, пластики

- по Лексеру
- по Мейо
- по Сапежко
- с использованием сетчатого эндопротеза

Особенности топографической анатомии пупка заключаются в

- плохой иннервации
- обильном кровоснабжении
- в том, что жировая клетчатка развита обычно
- отсутствии жировой клетчатки

Метастазом сестры Марии Джозеф является метастаз в

- яичники
- левую надключичную область
- подмышечные лимфоузлы
- пупок по ходу круглой связки печени

В зависимости от пола пупочной грыжей

- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- мужчины вообще не болеют
- женщины вообще не страдают пупочной грыжей
- женщины болеют чаще, чем мужчины

Оперативное лечение будет проведено под

- эпидуральной анестезией
- местным обезболиванием
- эндотрахеальным наркозом
- спинальной анестезией

Антибиотикопрофилактика у данного пациента

- не показана
- проводится в течение 3 дней
- показана за 20 минут до разреза
- проводится синхронно с разрезом

Пациенту рекомендуется + _____ + дренирование ложа эндопротеза

- активное
- пункционное
- пассивное
- отсутствие

Пациенту рекомендовано ношение бандажа в течение + _____ + месяцев

- активное

- пункционное
- пассивное
- отсутствие

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 48 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения

Жалобы

На наличие безболезненного образования в эпигастральной области

Анамнез заболевания

1 год назад после работы на стройке отметил появление образования в эпигастральной области, которое стало увеличиваться в размерах, появились боли и чувство сдавления в эпигастрии

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты – пенициллин – отек Квинке Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 188 см, масса тела 112 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: в эпигастральной области, по белой линии живота имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 5х3 см, частично вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- активное
- пункционное
- пассивное
- отсутствие

Диагноз

У пациента неущемленная форма грыжи, так как

- грыжа вправляется в брюшную полость

- наблюдается положительный симптом «кашлевого толчка»
- грыжа подвижна при пальпации
- грыжа болезненна при пальпации

Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

- пальпация органов брюшной полости
- УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области
- МРТ передней брюшной стенки
- КТ брюшной полости

Сформулируйте окончательный диагноз

- Фиброма передней брюшной стенки
- Метастаз из невыященного источника
- Липома передней брюшной стенки
- Неосложненная грыжа белой линии живота

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- динамическом наблюдении
- хирургическом лечении: грыжесечение
- ограничении физических нагрузок, диете
- ношении бандажа

Пациенту в плановом порядке планируется выполнение оперативного лечения грыжесечения с пластикой передней брюшной стенки по

- Мейо
- Лексеру
- Менге
- Напалкову

При выполнении методики Onlay у данного пациента эндопротез будет фиксироваться

- к краям фасциального дефекта в виде мостика
- поверх фасциального дефекта
- итраперитонеально к передней брюшной стенке
- к заднему влагалищу прямых мышц живота

Содержимым грыжевого мешка у данного пациента может быть

- большой сальник

- петля тонкой кишки
- печень
- слепая кишка

Метастазом сестры Марии Джозеф называют метастаз в

- яичники
- пупок по ходу круглой связки печени
- подмышечные лимфоузлы
- левую надключичную область

Пациенту показано + _____ + дренирование раневой полости

- пункционное
- активное
- механическое
- пассивное

В зависимости от пола эпигастральной грыжей

- женщины болеют чаще, чем мужчины
- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют

Пациенту рекомендовано ношение бандажа в течение + _____ + месяцев

- женщины болеют чаще, чем мужчины
- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 65 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения

Жалобы

На наличие выпячивания на передней брюшной стенке

Анамнез заболевания

Со слов пациентки 5 лет назад выполнена холецистэктомия через лапаротомный доступ, через полгода после операции по ходу рубца в

эпигастральной области отметила появление выпячивания, которое стало увеличиваться в размерах. В течение последнего года беспокоят периодические боли в области выпячивания.

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты – ацетилсалициловая кислота – отек Квинке Операции: аппендэктомия
Принимает: Престариум 5 мг x 1 раз в день

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 186 см, масса тела 115 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Подкожная жировая клетчатка выражена. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: на передней брюшной стенке имеется верхне-срединный послеоперационный рубец. По ходу рубца выпячивание размерами 22x18см, вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный. Грыжевые ворота 16 см. Кожа над образованием истончена.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- Новообразование передней брюшной стенки
- Диастаз прямых мышц живота
- Послеоперационная вентральная грыжа
- Липома передней брюшной стенки

Послеоперационная вентральная грыжа у данного пациента будет классифицирована по

- R.Stoppa
- J.P.Chevrel
- EHS (Европейское Общество Герниологов)
- О.П.Крымову

Инструментальным методом диагностики, позволяющим с наибольшей вероятностью подтвердить окончательный диагноз и определить объем операции является

- УЗИ органов брюшной полости
- МРТ передней брюшной стенки
- КТ передней брюшной стенки
- лапароскопия брюшной полости

Сформулируйте окончательный диагноз

- УЗИ органов брюшной полости
- МРТ передней брюшной стенки
- КТ передней брюшной стенки
- лапароскопия брюшной полости

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- хирургическом лечении: грыжесечение
- ограничении физических нагрузок, диете
- динамическом наблюдении
- ношении бандажа

Пациентке показано оперативное лечение в объеме

- грыжесечения, пластики по Сапежко
- грыжесечения, пластики с использованием сетчатого эндопротеза
- грыжесечения, пластики по Мейо
- лапароскопической герниопластики

При выполнении методики Onlay у данной пациентки эндопротез будет фиксироваться

- к заднему влагалищу прямых мышц живота
- интраперитонеально к передней брюшной стенке
- поверх фасциального дефекта
- к краям фасциального дефекта в виде мостика

При этом площадь перекрытия грыжевых ворот эндопротезом по методике Onlay составит + + см во всех направлениях

- 10-12
- 3-5
- 1-2
- 6-8

Обезболивание во время операции будет

- эпидуральное
- спинальное
- местное
- общее - эндотрахеальный наркоз

Пациентке показано + _____ + дренирование раневой полости

- пункционное
- пассивное
- периодическое
- активное

Пункция серомы на 5 сутки после операции у данной пациентки

- показана
- показана в зависимости от типа эндопротеза
- не показана
- показана в зависимости от расположения эндопротеза

Пациентке рекомендовано ношение бандажа в течение + _____ + месяцев

- показана
- показана в зависимости от типа эндопротеза
- не показана
- показана в зависимости от расположения эндопротеза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 59 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения

Жалобы

На наличие выпячивания на передней брюшной стенке

Анамнез заболевания

Со слов пациента 10 лет назад выполнена экстренная операция по поводу перфорации язвы 12 перстной кишки, через полгода после операции по ходу рубца в эпигастральной области отметил появление выпячивания, которое стало увеличиваться в размерах. 4 года назад в плановом порядке выполнено грыжесечение с аутопластикой, рецидив через полгода. В течение последнего года беспокоят периодические боли в области выпячивания.

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты – ацетилсалициловая кислота – отек Квинке Сахарный диабет 2 тип, средней тяжести, субкомпенсация. Операции: аппендэктомия в детстве, экстренная операция по поводу перфорации язвы 12 перстной кишки 10 лет назад

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 110 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Подкожная жировая клетчатка выражена. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: на передней брюшной стенке имеется срединный послеоперационный рубец. По ходу рубца выпячивание размерами 20x14см, вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный. Грыжевые ворота 12 см. Кожа над образованием не изменена.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- Новообразование передней брюшной стенки
- Диастаз прямых мышц живота
- Послеоперационная рецидивная вентральная грыжа
- Липома передней брюшной стенки

Послеоперационная вентральная грыжа у данного пациента будет классифицирована по

- EHS (Европейское Общество Герниологов)
- J.P. Buchler
- О.П. Крымову
- R.Stoppa

Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

- КТ передней брюшной стенки
- Лапароскопия брюшной полости
- МРТ передней брюшной стенки
- УЗИ органов брюшной полости

Сформулируйте окончательный диагноз

- КТ передней брюшной стенки
- Лапароскопия брюшной полости
- МРТ передней брюшной стенки
- УЗИ органов брюшной полости

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- хирургическом лечении: грыжесечение
- ношении бандажа
- динамическом наблюдении
- ограничении физических нагрузок, диете

Пациенту показано оперативное лечение в объеме

- грыжесечения, пластики с использованием сетчатого эндопротеза
- грыжесечения, пластики по Сапежко
- грыжесечения, пластики по Мейо
- лапароскопической герниопластики

При выполнении методики Sublay у данного пациента эндопротез будет фиксироваться

- интраперитонеально
- к апоневрозу прямых мышц живота
- к краям фасциального дефекта в виде мостика
- к задней стенке влагалища прямых мышц живота

В случае выполнения пластики по методике Onlay у данного пациента, площадь перекрытия грыжевых ворот эндопротезом составит + _____ + см во всех направлениях

- 6-8
- 1-2
- 3-5
- 10-12

Операция у данного пациента планируется под анестезией

- общей
- спинальной
- эпидуральной
- местной

Пациенту показано + _____ + дренирование раневой полости

- механическое
- активное
- пассивное
- пункционное

Пункция серомы на 5 сутки после операции у данного пациента

- не показана
- показана в зависимости от расположения эндопротеза
- показана
- показана в зависимости от типа эндопротеза

Пациенту рекомендовано ношение бандажа в течение + + месяцев

- не показана
- показана в зависимости от расположения эндопротеза
- показана
- показана в зависимости от типа эндопротеза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 49 лет обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения

Жалобы

На наличие образования в правой паховой области

Анамнез заболевания

Больным себя считает около 2 месяцев, когда появилось образование в правой паховой области.

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты – Сульфаниламиды – отек Квинке Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 182см, масса тела 83 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: в правой паховой области, имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 6х4 см, в горизонтальном положении вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- не показана
- показана в зависимости от расположения эндопротеза
- показана

- показана в зависимости от типа эндопротеза

Диагноз

У пациента не ущемленная паховая грыжа, так как содержимое грыжи

- безболезненное при пальпации
- вправляется в брюшную полость
- подвижное при пальпации
- опускается в мошонку
- симптом «кашлевого толчка» положительный

Отличительным признаком не ущемленной паховой грыжи у пациента является положительный симптом

- поколачивания
- Кохера
- «Кашлевого толчка»
- Щеткина-Блюмберга

Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

- УЗИ органов брюшной полости
- КТ брюшной полости
- МРТ передней брюшной стенки
- УЗИ мягких тканей паховой области

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- ограничение физических нагрузок, диете
- ношении бандажа
- динамическом наблюдении
- хирургическом лечении: грыжесечение

Пациенту показано оперативное лечение в объеме грыжесечения, пластики пахового канала по

- Постемпскому
- Бассини
- Жерару-Спасокуоцкому
- Лихтенштейну

У пациента возникла паховая грыжа из-за

- слабости задней стенки пахового канала
- кашля
- поднятия тяжестей
- слабости передней стенки пахового канала

Паховая грыжа будет классифицирована по

- L.Nyhus и R.Condon
- R.Stoppa
- Zollinger
- О.П.Крымову

В зависимости от пола паховой грыжей

- женщины болеют чаще, чем мужчины
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют
- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

Операция у пациента будет выполнена под

- эпидуральной анестезией
- авертиновой анестезией
- местным обезболиванием
- общей анестезией

Антибиотикопрофилактика у данного пациента

- проводится в течение 3 дней
- показана за 20 минут до разреза
- назначается на 7 дней
- не показана

Одним из ранних послеоперационных осложнений в данном случае может быть

- проводится в течение 3 дней
- показана за 20 минут до разреза
- назначается на 7 дней
- не показана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 35 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения

Жалобы

На наличие образования пупочной области

Анамнез заболевания

1 год назад после родов отметила появление образования в пупочной области

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты – пенициллин – отек Квинке Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 158 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: в пупочной области, имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 2x1 см, вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- предбрюшинная липома
- пупочная грыжа
- бедренная грыжа
- грыжа белой линии живота

У пациентки не ущемленная форма грыжи, так как

- наблюдается положительный симптом «кашлевого толчка»
- грыжа не вправляется в брюшную полость
- грыжа подвижна при пальпации
- грыжа болезненна при пальпации

Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

- УЗИ органов брюшной полости
- УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области
- КТ брюшной полости
- МРТ передней брюшной стенки

На основании полученных результатов осмотра и обследования можно сформулировать окончательный диагноз

- УЗИ органов брюшной полости
- УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области
- КТ брюшной полости
- МРТ передней брюшной стенки

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- динамическом наблюдении
- хирургическом лечении: грыжесечение
- ношении бандажа
- ограничении физических нагрузок, диете

Варианты хирургического лечения включают грыжесечение, пластику по

- Сапежко
- Менге
- Лексеру
- Напалкову

Особенности топографической анатомии пупка заключаются в

- в том, что жировая клетчатка развита обычно
- отсутствии жировой клетчатки
- плохой иннервации
- обильном кровоснабжении

Особенно тщательно нужно обращать внимание на пупочную область на предмет метастаза

- Вирхова
- Ауэрбаха
- Шницлера
- сестры Марии Джозеф

В зависимости от пола пупочной грыжей

- мужчины вообще не болеют
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- женщины болеют чаще, чем мужчины

Оперативное лечение будет проведено под

- авертиновой анестезией
- местным обезболиванием
- эпидуральной анестезией
- эндотрахеальным наркозом

Антибиотикопрофилактика у данной пациентки

- показана за 20 минут до разреза
- не показана
- проводится в течение 3 дней
- назначается на 7 дней

Пациентке рекомендовано ношение бандажа в течение + _____ + месяцев

- показана за 20 минут до разреза
- не показана
- проводится в течение 3 дней
- назначается на 7 дней

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 25 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

Жалобы

На наличие образования выше пупка по белой линии живота, периодические боли в эпигастральной области.

Анамнез заболевания

После родов отметила появление вышеуказанных жалоб образования, которое стало увеличиваться в размерах, появились боли и чувство сдавления в эпигастрии при физических нагрузках.

Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты не отмечает. Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 64 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД

110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Локальный статус: в эпигастральной области, по белой линии живота выше пупка на 2 см имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 2х1 см, вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный.

На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

- Липома передней брюшной стенки
- Грыжа белой линии живота
- Послеоперационная вентральная грыжа
- Новообразование передней брюшной стенки

Отличительным признаком не ущемленной грыжи у пациентки является положительный симптом

- поколачивания
- «кашлевого толчка»
- Кохера
- Щеткина-Блюмберга

Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

- МРТ передней брюшной стенки
- УЗИ органов брюшной полости
- КТ брюшной полости
- УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

Сформулируйте окончательный диагноз

- МРТ передней брюшной стенки
- УЗИ органов брюшной полости
- КТ брюшной полости
- УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

Диагноз

Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

- динамическом наблюдении
- ограничении физических нагрузок, диете
- хирургическом лечении: грыжесечение
- ношении бандажа

Пациентке в плановом порядке планируется выполнение оперативного лечения грыжесечения с пластикой передней брюшной стенки по

- Сапежко
- Лексеру
- Напалкову
- Менге

В случае выполнения методики Onlay у данной пациентки эндопротез будет фиксироваться

- интраперитонеально к передней брюшной стенке
- к заднему влагалищу прямых мышц живота
- к краям фасциального дефекта в виде мостика
- поверх фасциального дефекта

Содержимым грыжевого мешка у данной пациентке будет

- большой сальник
- печень
- слепая кишка
- петля тонкой кишки

Особенно тщательно нужно обращать внимание на пупочную область на предмет метастаза

- Ауэрбаха
- Шницлера
- сестры Марии Джозеф
- Вирхова

Пациентке показано + _____ + дренирование раневой полости

- пункционное
- пассивное
- механическое
- активное

В зависимости от пола эпигастральной грыжей

- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют
- женщины болеют чаще, чем мужчины

Пациентке рекомендовано ношение бандажа в течение + _____ + месяцев

- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют
- женщины болеют чаще, чем мужчины

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент И. 45-ти лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы. Вечер, время года - весна.

Жалобы

На выраженную общую слабость, головокружение, тошноту.

Анамнез заболевания

В течение нескольких дней беспокоили боли в верхних отделах живота. Принимал Омепразол и Но-Шпа, за медицинской помощью не обращался. Сегодня утром отметил общую слабость, была однократная рвота черными массами. С течением времени общая слабость нарастала, боли в животе прошли, присоединилась тошнота. Вечером после акта дефекации пациент потерял сознание. В унитазе было отмечено обильное количество дегтеобразного зловонного кала. Родственниками была вызвана скорая помощь.

Анамнез жизни

Хронические заболевания, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. + Аллергии на препараты отрицает. + Перенесенные заболевания: ОРВИ. Детские инфекции. Последние 3 года в весенне-осенний период пациента беспокоили боли в верхних отделах живота, в связи с чем пациент самостоятельно принимал анальгетики, спазмолитики, Омепразол. К врачам по этому поводу не обращался. + Операции: аппендэктомия в детстве. + Вредные привычки: курит до 20 сигарет в день, употребление алкоголя отрицает.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. В сознании, контактен, адекватен. Рост 182 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Язык подсушен, обложен белым налетом. Температура тела 36,4°C. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы активные. Мочеиспускание без особенностей.

При физикальном обследовании у данного пациента в обязательном порядке должно быть выполнено

- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют
- женщины болеют чаще, чем мужчины

Результаты обследования

На основании данных анамнеза и физикального обследование у пациента можно заподозрить

- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют
- женщины болеют чаще, чем мужчины

Диагноз

Для определения тяжести состояния больного на уровне приемного отделения из лабораторных анализов в первую очередь необходимо оценить

- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют
- женщины болеют чаще, чем мужчины

Результаты обследования

Для установления характера патологии пациенту в экстренном порядке необходимо выполнить

- женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой
- мужчины болеют чаще, чем женщины
- женщины вообще не болеют
- женщины болеют чаще, чем мужчины

Результаты обследования

Учитывая эндоскопическую картину, кровотечение следует классифицировать как Forrest

- Ia

- IIa
- Ib
- IIb

Для остановки кровотечения пациенту необходимо произвести

- трансфузию свежзамороженной плазмы
- установку зонда Миллера-Эбота
- хирургическое вмешательство
- эндоскопический гемостаз

Приоритетным методом эндоскопического гемостаза в данной ситуации является

- аргоноплазменная коагуляция {plus} гемоспрей
- монокомпанентная биполярная диатермокоагуляция
- инъекционный метод {plus} диатермокоагуляция
- использование клеевых композиций

Достигнут окончательный гемостаз, однако есть подозрения на его неустойчивость. Дальнейшая тактика лечения пациента заключается в проведении

- консервативной терапии, динамического наблюдения
- диагностической лапароскопии, ревизии стенок желудка
- рентгенэндоваскулярной окклюзии левой желудочной артерии
- экстренного открытого хирургического вмешательства

Повторное эндоскопическое исследование пациенту

- не показано
- показано через 4-6 часов
- показано через 1 месяц
- показано через 7 дней

Для профилактики рецидива кровотечения пациенту показано назначение

- синтетических аналогов соматостатина
- блокаторов H₂-рецепторов
- ингибиторов протонной помпы
- вазопрессоров

В плановом порядке пациенту необходимо произвести исследование на

- уровень углеводного антигена СА 19-9 крови

- на наличие Нр-инфекции
- наличие ракового эмбрионального антигена
- скрытую кровь в кале

Состояние больного стабилизировано, признаков рецидива кровотечения не было. По данным контрольных обследований язва желудка зарубцевалась.

Пациенту следует назначить

- уровень углеводного антигена СА 19-9 крови
- на наличие Нр-инфекции
- наличие ракового эмбрионального антигена
- скрытую кровь в кале

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка И. 68 лет, на лежачей каталке в сопровождении родственников доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы.

Жалобы

Не предъявляет из-за тяжести состояния.

Анамнез заболевания

Со слов родственников в течение нескольких дней беспокоили боли в верхних отделах живота. Принимала спазмолитики, за медицинской помощью не обращалась. Сегодня утром отметила общую слабость, была однократная рвота черными массами. С течением времени общая слабость нарастала, боли в животе прошли, присоединилась тошнота. Вечером после акта дефекации потеряла сознание. Родственниками была вызвана скорая помощь. Врачом скорой помощи зафиксировано обильное количество дегтеобразного зловонного кала в унитазе.

Анамнез жизни

Хронические заболевания, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. + Аллергии на препараты отрицает. + Перенесенные заболевания: ОРВИ. Детские инфекции. Артериальная гипертензия 2 ст., 2 ст. Сахарный диабет 2 типа. Гипотериоз. Хронический холецистопанкреатит. + Операции: тубовариоэктомия по поводу внематочной болезни в возрасте 23 лет, дренирование парапроктита в возрасте 25 лет. + Вредные привычки: отрицает. + Гинекологический анамнез: роды – 2, аборты – 3.

Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Сознание - сопор. Рост 165 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Язык подсушен, обложен белым налетом. Температура тела 36,8°C. Голени пастозные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 110 в мин, АД 90/50 мм рт. ст. Живот вздут, пациентка реагирует на пальпацию в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы активные. Ректально: на высоте пальца патологии не выявлено, на перчатке следы дегтеобразного кала.

На основании данных анамнеза и физикального обследования у пациентки можно заподозрить

- уровень углеводного антигена СА 19-9 крови
- на наличие Нр-инфекции
- наличие ракового эмбрионального антигена
- скрытую кровь в кале

Диагноз

Учитывая анамнез, тяжесть состояния больной дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия должны производиться

- в отделении эндоскопии
- амбулаторно
- в отделении реанимации
- в хирургическом отделении

Для оценки тяжести состояния больной в первую очередь необходимо получить данные

- в отделении эндоскопии
- амбулаторно
- в отделении реанимации
- в хирургическом отделении

Результаты обследования

Для восполнения кровопотери и коррекции волевических расстройств пациенту в первую очередь следует назначить инфузию

- эритроцитарной массы
- кристаллоидных растворов
- свежезамороженной плазмы

- раствора перфторана

Для подтверждения диагноза пациентке в экстренном порядке необходимо выполнить

- эритроцитарной массы
- кристаллоидных растворов
- свежезамороженной плазмы
- раствора перфторана

Результаты обследования

Следуя современным рекомендациям кровотечение следует классифицировать как Forrest

- IIa
- Ib
- Ia
- IIb

Дальнейшая лечебная тактика заключается в

- эндоскопическом гемостазе
- трансфузии свежезамороженной плазмы
- установке зонда Миллера-Эббота
- хирургическом вмешательстве

Приоритетным методом эндоскопического гемостаза в данной ситуации является

- инъекционный метод {plus} диатермокоагуляция
- аргоноплазменная коагуляция {plus} гемоспрей
- лигирование
- монокомпонентная биполярная диатермокоагуляция

Достигнут окончательный гемостаз. Пациентке следует назначить

- диагностическую лапароскопию, пликацию стенки желудка
- экстренное открытое хирургическое вмешательство
- рентгенэндоваскулярную окклюзию левой желудочной артерии
- консервативную терапию, динамическое наблюдение

С целью профилактики рецидива желудочно-кишечного кровотечения целесообразно назначить

- ингибиторы протонной помпы
- синтетические аналоги соматостатина
- вазопрессоры
- блокаторы H₂-рецепторов

На основании имеющихся данных степень тяжести кровопотери у больного следует оценивать как

- легкую
- среднюю
- тяжелую
- терминальную

Трансфузия эритроцитарной массы в данной ситуации

- легкую
- среднюю
- тяжелую
- терминальную

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент Т. 40 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы. Запах алкоголя, множественные татуировки на руках.

Жалобы

На выраженную общую слабость, рвоту «борщом» со сгустками крови, черный стул.

Анамнез заболевания

В течение года отмечал слабость и боли в правом подреберье. За медицинской помощью не обращался, связывал это состояние со злоупотреблением алкоголя. Два месяца назад на даче рвота «кофейной гущей» со сгустками, черный стул. Был госпитализирован в районную больницу, где установлен диагноз синдром Меллори-Вейса, выявлен гепатит С, рекомендовано наблюдение врачом общей практики по месту жительства, но к врачам не обращался. Сегодня после ужина возникла рвота, а затем был черный стул, нарастала общая слабость. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, сифилис отрицает. + Гепатит С. + Аллергию на препараты

отрицает. + Перенесенные заболевания: язвенная болезнь желудка, ОРВИ, детские инфекции. + Операции: отрицает. + Вредные привычки: курит до 30 сигарет в день, постоянное длительное употребление крепкого алкоголя.

Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. В сознании, контактен, агрессивен, многословен. Рост 175 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Склеры иктеричные. Язык подсушен, обложен белым налетом. Температура тела 36,7°C. Пастозность голеней. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 в мин, АД 90/50 мм рт. ст. Живот не вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Притупление перкуторного звука в правой и левой боковых областях. Симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы активные. Мочеиспускание без особенностей. При ректальном исследовании сфинктер тоничен, определяются геморроидальные узлы, на высоте пальца патологии не определяется, на перчатке кал черного цвета без следов свежей крови.

На основании данных анамнеза и физикального обследования у пациента можно заподозрить

- легкую
- среднюю
- тяжелую
- терминальную

Диагноз

Учитывая состояние больного дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия должны производиться

- в операционном блоке
- амбулаторно
- в хирургическом отделении
- в консультативно-диагностическом отделении

Для установления источника желудочно-кишечного кровотечения в экстренном порядке необходимо выполнить

- в операционном блоке
- амбулаторно
- в хирургическом отделении
- в консультативно-диагностическом отделении

Результаты обследования

Для определения тяжести состояния больного из лабораторных анализов необходимо выполнить

- в операционном блоке
- амбулаторно
- в хирургическом отделении
- в консультативно-диагностическом отделении

Результаты обследования

Для экстренной остановки кровотечения пациенту необходимо произвести

- трансфузию свежезамороженной плазмы
- эндоскопический гемостаз
- хирургическое вмешательство
- установку зонда-обтуратора

Для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка целесообразно использовать зонд, который по автору называется зондом

- Миллера-Эббота
- Сенгестакена-Блекмора
- Рымаря-Кохера
- Фолея-Тимана

Зонд-обтуратор проводят через

- правую подключичную вену
- ротовое отверстие
- носовой ход
- анальное отверстие

Для оценки глубины, на которую необходимо завести зонд-обтуратор, нужно измерить расстояние от

- подъязычной кости до мечевидного отростка
- левого до правого соска
- мочки уха до пупка
- мочки уха до эпигастрия

Для создания необходимой компрессии в баллоны зонда-обтуратора надо ввести

- холодный физиологический раствор
- воду
- воздух
- закись азота

Зонд-обтуратор установлен. Следует произвести

- санацию желудка
- установку газоотводной трубки
- повторную эзофагогастродуоденоскопию
- извлечение зонда-обтуратора

Дальнейшее лечение больного должно быть продолжено в

- амбулаторных условиях
- отделении реанимации
- хирургическом отделении
- кабинете эндоскопии

Во избежание пролежней на слизистой оболочке пищевода зонд-обтуратор не следует держать в активированном состоянии более + _____ + часа (-ов)

- амбулаторных условиях
- отделении реанимации
- хирургическом отделении
- кабинете эндоскопии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент И. 41 года, обратился к хирургу поликлиники.

Жалобы

На боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при ходьбе, наличие в этой области болезненного образования, недомогание.

Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 6 дней, когда появились боли в верхних отделах живота, была однократная рвота, жидкий стул. Причиной этого считает погрешность в диете - употребил в пищу «шаурму» у станции метро. С течением времени боли переместились в правые отделы живота, приобрели постоянный

пульсирующий характер. Пациентом был зафиксирован подъем Т тела до 38,1 С. За медицинской помощью не обращался. После приема Анальгина и Но-Шпа боли значительно уменьшились, тошнота, рвота не повторялись. В последующем сохранялся дискомфорт в животе, общая слабость, которым пациент не предавал особого значения. Вчера боли в животе усилились, пациент отметил наличие болезненной опухоли в правой подвздошной области. Измерил Т тела 37,2 С.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. + Аллергии на препараты отрицает. + Перенесенные заболевания: ОРВИ. Детские инфекции. + Операции: тонзилэктомия в детстве. + Вредные привычки: курит, употребление алкоголя умеренное.

Объективный статус

Общее состояние ближе к удовлетворительному. Рост 180 см, масса тела 74 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Язык подсушен, обложен белым налетом. Температура тела 37,1°С. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 14 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, умеренно отстает в акте дыхания в правых отделах, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где пальпируется плотное болезненное образование 8x8 см. Пальпации между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа резко болезненная. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Кишечные шумы ровные. Мочеиспускание последние два дня учащенное, вчера был однократный кашицеобразный стул.

На основании имеющихся данных у пациента можно заподозрить острый

- гепатит
- аппендицит
- сигмоидит
- панкреатит

При физикальном осмотре именно положительный симптом

+ позволил заподозрить острый аппендицит

- Вестфаля–Бернхарда
- Георгиевского–Мюсси
- Мейо-Робсона
- Мак-Берни

Дальнейшая тактика ведения больного заключается в

- продолжении лечения в домашних условиях
- его экстренной госпитализации
- назначении лабораторно-инструментальных исследований в плановом порядке
- выдаче направления на плановую операцию

В приемном отделении у пациента в обязательном порядке нужно взять такие лабораторные анализы, как

- продолжении лечения в домашних условиях
- его экстренной госпитализации
- назначении лабораторно-инструментальных исследований в плановом порядке
- выдаче направления на плановую операцию

Результаты лабораторных обследований

Учитывая анамнез и локализацию болей, для дифференциальной диагностики пациента целесообразно проконсультировать у врача

- продолжении лечения в домашних условиях
- его экстренной госпитализации
- назначении лабораторно-инструментальных исследований в плановом порядке
- выдаче направления на плановую операцию

Результаты обследования

Для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики с другой патологией пациенту целесообразно назначить

- продолжении лечения в домашних условиях
- его экстренной госпитализации
- назначении лабораторно-инструментальных исследований в плановом порядке
- выдаче направления на плановую операцию

Результаты обследования

На основании данных инструментального и лабораторного обследований пациенту установлен клинический диагноз

- продолжении лечения в домашних условиях
- его экстренной госпитализации

- назначении лабораторно-инструментальных исследований в плановом порядке
- выдаче направления на плановую операцию

Диагноз

Дальнейшая лечебная тактика в отношении больного заключается в

- продолжении лечения в домашних условиях
- его экстренной госпитализации
- назначении лабораторно-инструментальных исследований в плановом порядке
- выдаче направления на плановую операцию

Через 3 суток стационарного лечения

Через 3 суток стационарного лечения у пациента гипертермия до 38,4 С, озноб, усиление болей в правой подвздошной области. В общем анализе крови лейкоцитоз 17 x 10,5. При УЗИ брюшной полости – в правой подвздошной области конгломерат петель кишечника в центре которого определяется полость размером 3x4 см с неоднородной жидкостью. В центре полости определяется плотная структура. В других отделах брюшной полости жидкости не определяется.

Течение заболевания у пациента осложнилось

- поддиафрагмальным абсцессом
- псоас-абсцессом
- периаппендикулярным абсцессом
- спаечной кишечной непроходимостью

В сложившейся ситуации следует

- поддиафрагмальным абсцессом
- псоас-абсцессом
- периаппендикулярным абсцессом
- спаечной кишечной непроходимостью

Прошло 14 суток.

Медикаментозная терапия, дренажное лечение привели к купированию явлений местного и общего воспаления. Абдоминальный дренажный катетер был удален на 10 сутки. По данным контрольной компьютерной томографии – патологии в правой подвздошной области не выявлено.

Пациенту следует рекомендовать

- плановую аппендэктомию через 6 недель

- считать себя здоровым и забыть о болезни
- аппендэктомию в срочном порядке
- продолжить антибактериальную терапию пероральными препаратами в течение 4 недель

После завершения хирургического лечения ограничение физической активности пациента

- плановую аппендэктомию через 6 недель
- считать себя здоровым и забыть о болезни
- аппендэктомию в срочном порядке
- продолжить антибактериальную терапию пероральными препаратами в течение 4 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больной Д., 59 лет находился на обследовании и лечении в кардиологическом отделении с диагнозом: НРС: персистирующая форма фибрилляции предсердий, нормосистолия, пароксизм неизвестной давности (CHA2DS2-VASc 5 баллов, HAS-BLED 3 балл), Артериальная гипертензия 3 ст., степень 1, риск ССО 04. НК 2., где в ходе стационарного обследования выполнена ЭГДС биопсии: подслизистое образование свода желудка.

Жалобы

Не предъявляет.

Анамнез заболевания

Находился на обследовании и лечении в кардиологическом отделении с диагнозом: НРС: персистирующая форма фибрилляции предсердий, нормосистолия, пароксизм неизвестной давности (CHA2DS2-VASc 5 баллов, HAS-BLED 3 балл), Артериальная гипертензия 3 ст., степень 1, риск ССО 04. НК 2., где в ходе стационарного обследования выполнена ЭГДС: подслизистое образование свода желудка.

Анамнез жизни

Артериальная гипертензия 3 ст. длительное время (максимальные повышения АД до 160/80 мм. рт. ст.). Адаптирован к АД 130/80 мм. рт. ст. С 2009 года - пароксизмы ф.п. С августа 2018 - персистирующая форма ф.п. Ангинозные боли не описывает. Толерантность к нагрузкам удовлетворительная. + Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. + Аллергии на препараты отрицает. + Операций не было.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Видимые слизистые чистые, обычной влажности. Дыхание через нос, свободное. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД-16/мин. Тоны сердца приглушены, неправильный ритм. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС - 80 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- плановую аппендэктомию через 6 недель
- считать себя здоровым и забыть о болезни
- аппендэктомию в срочном порядке
- продолжить антибактериальную терапию пероральными препаратами в течение 4 недель

Результаты инструментального метода обследования

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования, позволяющим определить локализацию, размер и распространенность процесса является

- плановую аппендэктомию через 6 недель
- считать себя здоровым и забыть о болезни
- аппендэктомию в срочном порядке
- продолжить антибактериальную терапию пероральными препаратами в течение 4 недель

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- плановую аппендэктомию через 6 недель
- считать себя здоровым и забыть о болезни
- аппендэктомию в срочном порядке

- онколога
- невролога

После радикальной операции при низком риске прогрессирования больному показано (-на)

- лучевая терапия
- динамическое наблюдение
- адъювантная терапия
- химио-лучевая терапия

При низком риске прогрессирования болезни больному показано выполнение КТ + + в течение 5 лет

- каждые 3 месяца
- 1 раз в 6-12 месяцев
- 1 раз
- каждые 6 месяцев

При нерезектабельной ГИСО, рецидиве, метастатической болезни показано (-а)

- проведение химио-лучевой терапии
- проведение таргетной терапии
- симптоматическая терапия
- проведение лучевой терапии

Таргетную терапию проводят

- проведение химио-лучевой терапии
- проведение таргетной терапии
- симптоматическая терапия
- проведение лучевой терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Больная С. 30 лет в плановом порядке обратилась на консультацию к хирургу.

Жалобы

На затруднение прохождения плотной пищи.

Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы в течение последнего года.

Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. + Аллергии на препараты отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферических отеков нет. Дыхание через нос, свободное. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД 130/80. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание не нарушено, дизурии нет.

Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

- проведение химио-лучевой терапии
- проведение таргетной терапии
- симптоматическая терапия
- проведение лучевой терапии

Результаты инструментального метода обследования

Методом инструментальной диагностики, позволяющим подтвердить диагноз является

- проведение химио-лучевой терапии
- проведение таргетной терапии
- симптоматическая терапия
- проведение лучевой терапии

Результаты инструментального метода обследования

Методом инструментальной диагностики, позволяющим уточнить размеры и локализацию патологического процесса является

- проведение химио-лучевой терапии
- проведение таргетной терапии
- симптоматическая терапия
- проведение лучевой терапии

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемым основным диагнозом, учитывая результаты инструментальных методов исследований, является

- проведение химио-лучевой терапии
- проведение таргетной терапии
- симптоматическая терапия
- проведение лучевой терапии

Диагноз

Дальнейшая лечебная тактика заключается в

- динамическом наблюдении, повторном обследовании через 6 месяцев
- консервативном лечении ингибиторами протонной помпы
- хирургическом лечении
- консервативном лечении с коррекцией медикаментозной терапии, повторное обследование через 6 месяцев

Данной пациентке показана такая операция как

- резекция н/3 пищевода, проксимальная резекция желудка
- энуклеация опухоли из стенки пищевода
- экстирпация пищевода
- эзофагокардиомиотомия

Хирургическим доступом, который должен быть использован при выполнении оперативного приёма является

- верхне-срединная лапаротомия
- правосторонняя торакотомия
- срединная лапаротомия
- левосторонняя торакотомия

Перед ушиванием раны производят дренирование

- брюшной полости
- плевральной полости на пассивный отток
- брюшной полости, малого таза
- плевральной полости с подключением на активную аспирацию

В послеоперационном периоде больному необходимо выполнить

- брюшной полости

- плевральной полости на пассивный отток
- брюшной полости, малого таза
- плевральной полости с подключением на активную аспирацию

Результаты обследования

После удаления плеврального дренажа необходимо выполнить

- брюшной полости
- плевральной полости на пассивный отток
- брюшной полости, малого таза
- плевральной полости с подключением на активную аспирацию

Результаты обследования

По результатам исследований после выписки больному показана консультация

- невролога
- онколога
- уролога
- кардиолога

У данного больного дисфагия + + степени

- невролога
- онколога
- уролога
- кардиолога

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 35 лет доставлен неотложной помощью в стационарное отделение скорой медицинской помощи (СОСМП) многопрофильной больницы.

Жалобы

Острую тянущую боль в левой подвздошной области.

Анамнез заболевания

На фоне полного благополучия 3 дня назад появилась тянущая боль в левой подвздошной области. Однократно перед появлением болей была диарея.

Принял но-шпу без особого эффекта. Обратился в поликлинику по месту жительства, оттуда на неотложной помощи доставлен в СОСМП.

Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает. Курение отрицает. Алкоголь по праздникам.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. В контакт вступает легко. В пространстве и времени: ориентирован. Кожные покровы, склеры: обычной окраски, влажные. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые. Варикозное расширение вен нижних конечностей отсутствует. Периферические лимфоузлы: не увеличены, безболезненны, эластичны. Отеки не определяются. Сердечно-сосудистая система: Пульс 78 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен, симметричный. АД: 130/75 мм рт. ст. Дыхательная система: Дыхание самостоятельное, эффективное, ритмичное. ЧДД 18 в мин. Над легкими при перкуссии ясный легочный тон. Притупление перкуторного тона отсутствует. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких. Хрипы в легких не выслушиваются. Желудочно-кишечный тракт: Язык: влажный, обложен. Живот при пальпации: мягкий, болезненный в левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптом поколачивания по пояснице: отрицательный.

К необходимым лабораторным исследованиям в данной ситуации относятся

- невролога
- онколога
- уролога
- кардиолога

Результаты обследования

К необходимым инструментальным исследованиям в данной ситуации относятся

- невролога
- онколога
- уролога
- кардиолога

Результаты обследования

Учитывая анамнез, данные осмотра и лабораторно-инструментального исследования, больному можно поставить диагноз

- невролога
- онколога
- уролога
- кардиолога

Диагноз

При пальпации живота при остром дивертикулите определяется

- умеренно болезненный сегмент сигмовидной кишки каменистой плотности, фиксированный к стенке таза или брюшной стенке
- безболезненный, неподвижный сегмент сигмовидной кишки
- болезненный, относительно подвижный сегмент сигмовидной кишки тестоватой или плотной консистенции
- плотный болезненный сегмент кишки, преимущественно справа

При дивертикулите без перфорации лечебной тактикой будет

- операция Гартмана
- динамическое наблюдение
- консервативное лечение
- левосторонняя гемиколэктомия

Для консервативного лечения дивертикулита применяют

- антибиотики
- деконгестанты
- прокинетики
- диуретики

Антибиотики при консервативном дивертикулите рекомендуется назначать

- внутривенно
- перорально
- ректально
- внутримышечно

Основным методом лечения больных с дивертикулярной болезнью, осложнённой толстокишечным кровотечением, является

- оперативное лечение
- лечение с использованием малоинвазивных методов

- физиотерапевтическое лечение
- консервативное лечение

Стандартом хирургического лечения острого перфоративного дивертикулита является

- резекция с первичным анастомозом
- первичная резекция
- поперечная колостомия и дренирование
- операция Гартмана

Основной метод лечения стеноза кишки

- антибактериальная терапия
- применение слабительных средств
- хирургическое лечение
- спазмолитическая терапия

При продолжающемся толстокишечном кровотечении рекомендуется

- резекция кишки
- эндоскопический гемостаз
- открытая лапаротомия
- операция Гартмана

При неэффективности эндоскопической остановки кровотечения рекомендуется выполнить

- правостороннюю гемиколэктомию
- селективную ангиографию с эндоваскулярной эмболизацией сосудов
- фиброгастродуоденоскопию
- наложение колостомы