

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косаков Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 06.06.2024 08:24:53
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Клиническая хирургия

Код, направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	хирургических болезней
Выпускающая кафедра	внутренних болезней

Этап проведения контрольной работы.

Семестр 12.

Контрольная работа- тестирование с применением дистанционных технологий (интернет платформа Moodle).

1. Провоцировать развитие острой кишечной непроходимости может:

- а) слабость мышц живота
- б) злоупотребление алкоголем
- в) употребление жирной и острой пищи
- г) употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой*
- д) психотравма

2. Инвагинация относится к непроходимости:

- а) спастической
- б) паралитической
- в) обтурационной
- г) странгуляционной
- д) смешанной*

3. Наиболее ранним и постоянным симптомом острой тонкокишечной непроходимости является:

- а) задержка стула и газов
- б) усиление перистальтики
- в) схваткообразные боли в животе*
- г) асимметрия живота
- д) рвота

4. При узлообразовании, ущемлении кишки и завороте:

- а) следует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости
- б) показана экстренная операция*
- в) предпочтительна операция в "холодном" периоде
- г) необходимо динамическое наблюдение
- д) все ответы не верны

5. Для тонко-толстокишечной инвагинации не характерно лишь:

- а) кровянистые выделения из прямой кишки

- б) острое развитие у детей
- в) пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области
- г) схваткообразные боли в животе
- д) преимущественное развитие у взрослых*

6. При острой кишечной непроходимости практически не используется лишь:

- а) ангиография чревной артерии*
- б) лабораторные исследования
- в) аускультация живота
- г) обзорная рентгенография брюшной полости
- д) пальцевое исследование прямой кишки

7. При перфорации опухоли восходящей кишки с метастазами в печень показана:

- а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- б) правосторонняя гемиколэктомия, терминальная илеостомия
- в) ушивание перфорации, илеотрансверзоанастомоз
- г) правосторонняя гемиколэктомия, колостомия и илеостомия*
- д) цекостомия

8. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

- а) постепенного нарастания симптомов
- б) вздутия живота
- в) появление чаш Клойбера
- г) задержки стула
- д) быстрого (в течение суток) обезвоживания*

9. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости не может быть:

- а) перитонит
- б) свинцовое отравление*
- в) острый панкреатит
- г) забрюшинная гематома
- д) расстройства мезентериального кровообращения

10. При острой обтурационной толстокишечной непроходимости наблюдается все, кроме:

- а) схваткообразных болей в животе
- б) вздутия живота
- в) постепенного развития перитонита
- г) постоянных болей в животе*
- д) задержки стула и газов

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине (зачет)

Проведение промежуточной аттестации происходит в виде зачета

Задание на зачет состоит из нескольких этапов:

1. Тестирование с применением дистанционных форм обучения на платформе (moodle)
2. Решение ситуационных задач.

ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ (12 семестр)

Перечень тестовых заданий

1. Провоцировать развитие острой кишечной непроходимости может:

- а) слабость мышц живота
- б) злоупотребление алкоголем
- в) употребление жирной и острой пищи

- г) употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой*
- д) психотравма

2. Инвагинация относится к непроходимости:

- а) спастической
- б) паралитической
- в) обтурационной
- г) странгуляционной
- д) смешанной*

3. Наиболее ранним и постоянным симптомом острой тонкокишечной непроходимости является:

- а) задержка стула и газов
- б) усиление перистальтики
- в) схваткообразные боли в животе*
- г) асимметрия живота
- д) рвота

4. При узлообразовании, ущемлении кишки и завороте:

- а) следует проводить консервативные мероприятия по разрешению непроходимости
- б) показана экстренная операция*
- в) предпочтительна операция в "холодном" периоде
- г) необходимо динамическое наблюдение
- д) все ответы не верны

5. Для тонко-толстокишечной инвагинации не характерно лишь:

- а) кровянистые выделения из прямой кишки
- б) острое развитие у детей
- в) пальпируемое опухолевидное образование в правой подвздошной области
- г) схваткообразные боли в животе
- д) преимущественное развитие у взрослых*

6. При острой кишечной непроходимости практически не используется лишь:

- а) ангиография чревной артерии*
- б) лабораторные исследования
- в) аускультация живота
- г) обзорная рентгенография брюшной полости
- д) пальцевое исследование прямой кишки

7. При перфорации опухоли восходящей кишки с метастазами в печень показана:

- а) правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом
- б) правосторонняя гемиколэктомия, терминальная илеостомия
- в) ушивание перфорации, илеотрансверзоанастомоз
- г) правосторонняя гемиколэктомия, колостомия и илеостомия*
- д) цекостомия

8. Для низкой толстокишечной непроходимости характерно все, кроме:

- а) постепенного нарастания симптомов
- б) вздутия живота
- в) появление чаш Клойбера
- г) задержки стула
- д) быстрого (в течение суток) обезвоживания*

9. Причиной развития паралитической кишечной непроходимости не может быть:

- а) перитонит

- б) свинцовое отравление*
- в) острый панкреатит
- г) забрюшинная гематома
- д) расстройства мезентериального кровообращения

10. При острой obturationalной толстокишечной непроходимости наблюдается все, кроме:

- а) схваткообразных болей в животе
- б) вздутия живота
- в) постепенного развития перитонита
- г) постоянных болей в животе*
- д) задержки стула и газов

Перечень ситуационных задач

*Больная 45 лет поступила в клинику с жалобами на боли в животе, задержку стула и газов, общую слабость. Считает себя больной в течение 6 месяцев, когда на фоне запоров у больной периодически стало отмечаться вздутие живота, боли внизу живота, задержка газов и стула. Больная принимала слабительные средства, иногда ставила клизмы.

Объективно: живот умеренно вздут, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Кишечная перистальтика хорошо прослушивается. Симптом Склярова-Матъе отрицательный. При перкуссии – тимпанит. Симптом раздражения брюшины отрицательный.

При ректальном исследовании патологии не выявлено.

Больной сделана очистительная клизма. После нее отмечался обильный стул, отошли газы. Больная стала чувствовать себя лучше, была выписана домой.

После выписки из больницы больная продолжала жаловаться на общую слабость, упорные запоры, вздутие живота, периодически схваткообразные боли внизу живота. Больная поступила в клинику повторно с аналогичной клинической картиной.

Ваш предполагаемый диагноз?

Какие врачебные ошибки были допущены при первом поступлении больной в клинику?

С чего нужно начать обследование больной?

План обследования больной?

Ответ: Предполагаемый диагноз: копростаз, периодически возникающая опухолевая obturationalная кишечная непроходимость, долихо, мегасигма. Обследование больной нужно начать с ректороманоскопии и ирригоскопии, которые позволяют уточнить диагноз. При первом поступлении больной эти исследования проводились.

*Больной 18 лет поступил в клинику со схваткообразной болью в животе, многократной рвотой.

Заболел 40 часов назад, когда появилась острая схваткообразная боль в животе, рвота. Вызван участковый терапевт, который диагностировал острый гастрит, назначил лечение. На следующий день у больного сохранялась схваткообразная боль в животе, рвота. Со слов больного накануне был необильный стул.

Объективно: пульс 110 в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Черты лица заострены. Язык влажный умеренно обложен беловатым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезнен справа. Симптомы Склярова-Матъе, Щеткина-Блюмберга выражены.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости – большое количество чаш Клойбера.

Ваш предварительный диагноз?

Как вы оцениваете действия участкового врача?

Целесообразно ли проведение рентгенконтрастного исследования?

Дальнейшая тактика и лечение?

Ответ: Предварительный диагноз: острая тонкокишечная непроходимость. Участковый терапевт был обязан проконсультировать больного у хирурга, а не оставлять его дома. Рентгенконтрастное исследование не целесообразно, т.к. приводит к задержке оперативного вмешательства. После предоперационной подготовки, больной подлежит экстренной операции – лапаротомии.

* Больной 56 лет доставлен клинику через пять часов от начала заболевания, с жалобами на сильные боли в животе, тошноту, рвоту, общую слабость.

Заболевание началось с внезапных жесточайших болей в животе, затем появилась тошнота, была однократная рвота.

Объективно: больной мечется. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 120 в мин., слабого наполнения. АД 90/50 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Живот слегка вздут, мягкий, умеренно болезненный. Симптом Щеткина-Блюимберга слабо положительный. Перкуторно – тимпанит. Кишечная перистальтика едва прослушивается.

Произведена ЭКГ, – диагноз инфаркта миокарда снят. При рентгенологическом исследовании: в левой подвздошной области множественные уровни жидкости с газовыми пузырями над ними, в правой половине брюшной полости такие же уровни жидкости, но в меньшем количестве. При исследовании на латероскопе отмечается фиксация чаш в правой половине живота.

Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями нужно производить дифференциальную диагностику?

Тактика и лечение?

Ответ: Предполагаемый диагноз: острая странгуляционная (заворот, узлообразование) тонкокишечная непроходимость. Дифференциальную диагностику следует проводить с прободной и кровоточащей язвой желудка и ДПК, острым панкреатитом, тромбозом верхней брыжеечной артерии, абдоминальной формой инфаркта миокарда. Больной подлежит экстренной операции. Предоперационная подготовка обязательна.

*Больной О., 42 лет обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи и, особенно, в ночное время, изжога, отрыжку.

Из анамнеза выявлено, что страдал язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице ДПК. Неоднократно лечился в гастроэнтерологическом отделении в периоды обострений. За три года до обращения был оперирован по поводу перфоративной язвы ДПК. Беспокоили голодные боли, изжога, отрыжка тухлым. При лечении антацидными средствами симптоматика уменьшалась. После операции, в течение 6 месяцев, к имеющимся симптомам присоединилась рвота съеденной пищей, похудание, слабость. Оперирован по срочным показаниям один год назад. Объем операции неизвестен. Настоящее ухудшение состояния в течение последней недели. Возобновились боли в эпигастрии, боли интенсивные, не купирующиеся приемом пищи или антацидными средствами, появилась изжога, отрыжка, боли в ночное время. Отмечает общее ухудшение самочувствия.

При обследовании: больной истощен. Кожные покровы слегка бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-76 уд в мин, АД 120/80 мм рт ст. Язык влажный, у корня густо обложен белым налетом. Живот ладьевидной формы, по средней линии имеется послеоперационный рубец 18 x 0,5 см без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Перистальтика активная. Стул ежедневно кашицеобразный 2-3 раза в сутки коричневого цвета. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

Анализ крови: Нв- 100 г/л; эритроциты – $3,8 \times 10^{12}$, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - $6,9 \times 10^9$, э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++.

Биохимический анализ: общий билирубин – 19,5 мкмоль/л, прямой – 10,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ммоль/л.

При рентгеноскопии: пищевод свободно проходим, стенки его эластичны. Культи желудка натошак содержит большое количество жидкости, имеет воронкообразную форму, складки плохо визуализируются, сглажены. Эвакуация в отводящую петлю несколько замедлена. Просвет анастомоза 1,5 см, сразу за анастомозом определяется стойкое депо бария 1,0 x 1,0см.

Вопросы:

1. Какой предварительный диагноз может быть поставлен больному?
2. Какие методы исследования необходимо провести для постановки диагноза?
3. С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз?
4. Какое осложнение развилось у больного после ушивания перфоративной язвы?
5. Тактика лечения больного.

Ответы:

1. Пептическая язва анастомоза. Синдром Золлингера-Эллисона.
2. ФГДС, КТ.
3. Рак культи желудка. Синдром Золлингера-Эллисона.
4. Стеноз выходного отдела желудка.
5. Оперативное лечение, резекция.

*Больная Ф., 65 лет, бригадой "СП" была доставлена в приёмное отделение хирургического стационара через 3 часа с момента начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие боли в животе постоянного характера, без чёткой локализации, сухость во рту.

Больная громко стонет, мечется. Наблюдалась рвота с запахом кишечного содержимого не приносящая облегчения. Состояние прогрессивно ухудшалось.

В анамнезе – гипертоническая болезнь; аритмия; ИБС; атеросклероз сосудов головного мозга; лечится бесконтрольно гипотензивными препаратами.

Общее состояние тяжёлое. Лицо бледное, покрыто холодным потом. Кожный покров с сероватым оттенком. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, выслушивается систолический шум над аортой, верхушкой. ЧСС 112 в 1 минуту. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Температура 36,6⁰С. Язык суховат, обложен "грязным" налётом. Живот не вздут, участвует в дыхании, мягкий, боль при пальпации не усиливается. Печень – по краю рёберной дуги, безболезненна. Селезёнка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Аускультативно – перистальтика не выслушивается. Стул – частый, водянистый, с примесью крови. При ректальном исследовании нависания, болезненности стенок прямой кишки нет, патологических образований не выявлено, на перчатке – следы водянистого стула с примесью крови. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.

Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Нб – 119 г/л; Эр. – $5,0 \times 10^{12}$ /л; Нт – 35%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 18 мм/ч; L – $2,1 \times 10^9$ /л; э – 1, п – 18, с – 53, л – 22, м – 6.

общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1022; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 3 – 4 в п/зр.; эп. – 5 – 6 в п/зр.

биохимическое исследование: О/бел. – 68 г/л; О/бил. – 15,8 ммоль/л; ЩФ – 425 ед; L-амилаза – 169 гхч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 8,8 мкмоль/л; Креат. – 278 мкмоль/л; K⁺ - 5,2 мкмоль/л; Na⁺⁺ - 138 мкмоль/л; Cl⁻ - 103 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями нужно дифференцировать?
3. Объем дополнительного обследования.
4. Какова лечебная тактика?
5. Виды завершения операции при хирургическом пособии при данной патологии.

Ответы.

1. Острое нарушение мезентериального кровообращения в стадии некроза. Абдоминальный сепсис.
2. Перфорация полого органа.
3. КТ ангиография органов брюшной полости. Диагностическая лапароскопия.
4. Оперативное лечение.
5. Программированная лапаротомия.