

Билет № 1.

1. Острый аппендицит. Клиника, диагностика, лечение.

2. Рихтеровское ущемление.

3. Больной 37 лет поступил в больницу с жалобами на желтушность кожи, возникшую за последние 4 дня, обесцвечивание кала. Болей не было. Пять лет назад лечился по поводу острого панкреатита. Периодически возникали опоясывающие боли, тошнота, рвота. Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы иктеричны. Пальпируется увеличенный безболезненный желчный пузырь, в крови билирубин 140 ммоль/л, диастаза мочи - 128 ЕД. Диагноз, лечение?

Билет № 2.

1. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, лечение.

2. Хроническая венозная недостаточность нижних конечностей.

3. У больной 38 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, сутки назад появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии с иррадиацией в правую лопатку, тошнота. Во время болевого приступа был озноб, температура повысилась до 38°C. Приступ купирован приемом двух таблеток баралгина. Через сутки после приступа появилась иктеричность склер и сохранялись постоянные боли в эпигастрии. Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтой окраски, пульс 98 ударов в минуту. Язык влажный, живот при пальпации мягкий во всех отделах. Имеется болезненность в эпигастрии. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ортнера, Мюсси отрицательные. Билирубин в крови – 50 мкмоль/л, диастаза мочи – 1024 ед. Поставьте диагноз. Какими специальными исследованиями можно уточнить диагноз? Ваша лечебная тактика?

Билет № 3.

1. Острый панкреатит.

2. Паховые и бедренные грыжи: клиника, диагностика, оперативное лечение.

3. Пациент 58 лет 1 год назад перенес левостороннюю гемиколэктомию по поводу рака нисходящей ободочной кишки. Последние 2 мес беспокоят слабость, незначительное похудание, умеренные боли в правом подреберье. При УЗИ обнаружено очаговое образование в 5 сегменте печени размерами 3x4 см и 2 мелких очага диаметром по 1,5 см во 2 и 3 сегментах. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Билет № 4.

1. Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Хирургическое лечение желчно-каменной болезни.

3. Больной 80 лет оперирован по поводу перфоративной дуоденальной язвы. Язва с калезными краями, диаметр перфорационного отверстия до 3 см. Хирург ушил язву, при этом поверх швов подшил прядь большого сальника. Начиная с первых суток после операции задержка желудочного опорожнения составляет до 1,5 литров, имеется выраженная гипокалемия, гипохлоремия, алкалоз. Определите диагноз и тактику ведения.

Билет № 5.

1. Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Острый холецистит. Клиника, диагностика, лечение.

3. Больной 24 лет, водитель такси поступил через 8 ч от ухудшения состояния с жалобами на резкую слабость, головокружение. Однократно терял сознание. В течение 5 суток беспокоит боль в верхних отделах живота, усиливающаяся ночью натощак. За несколько часов до поступления боль в животе уменьшилась. Сегодня два раза был черный жидкий стул. Раньше ничем не болел. При поступлении состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, у больного холодный липкий пот. АД 90\60 мм рт.ст. Нв 73 г\л. Назовите предположительный диагноз, осложнение заболевания, сформулируйте диагностическую программу и хирургическую тактику. Обоснуйте выбор метода операции.

Билет № 6.

1. Острый венозный тромбоз в системе нижней полой вены. Клиника, диагностика, лечение.

2. Острый панкреатит. Клиника, диагностика, лечение.

3. Пациент 1 год назад находился в длительной командировке в горных районах Средней Азии. Последние 6 мес беспокоят постоянные тупые боли в правом подреберье, субфебрильная температура. При амбулаторном УЗИ обнаружено кистозное образование во 2-3 сегментах печени с перегородками диаметром 7 см. Предварительный диагноз, план обследования и лечения.

Билет № 7.

1. Острая артериальная недостаточность н/конечностей. Клиника, диагностика, лечение.

2. Перитонит. Определение понятия. Классификация перитонитов (по локализации и распространенности, по стадиям). Понятие первичного, вторичного и третичного перитонита.

3. У пациента 65 лет при амбулаторном УЗИ обнаружили солитарное очаговое образование правой доли печени размерами 4x5 см, без жидкостного компонента. Клиническая картина неспецифична.

Диагностический алгоритм, выбор способа лечения.

Билет № 8.

1. Синдром повышения внутрибрюшного давления. Патогенез. Значение в клинической практике и меры коррекции.

2. Кровотечения из острых язв желудка и 12-перстной кишки. Причины развития язв. Клиника, диагностика, лечебная тактика.

3. Больной 65 лет, 1 год назад перенес тяжелый острый деструктивный панкреатит, лечился консервативно. В течение 10 лет страдает калькулезным холециститом с обострениями 3-4 раза в год. Последние 2 мес отмечает прогрессирующую асимметрию живота за счет увеличивающегося выбухания в левом подреберье, отсутствие аппетита, тошноту после приема пищи, жажду, увеличение суточного диуреза, частый жидкий стул со зловонным запахом. Предположительный диагноз, план обследования, выбор способа лечения.

Билет № 9.

1. Тромбоэмболия лёгочных артерий. Этиология, патогенез, лечебно-диагностическая тактика. Методы профилактики тромбоэмболии лёгочных артерий.

2. Рак ободочной кишки. Классификация. Осложнения. Особенности хирургического лечения непроходимости толстой кишки раковой природы.

3. У больной 63 лет, во время операции - холецистэктомии по поводу острого гангренозного холецистита определяется расширение холедоха до 15 мм. При холедохотомии – получена гнойная желчь и множественные камни. Как закончить операцию у пациентки?

Билет № 10.

1. Механическая желтуха: причины, диагностика, хирургическая тактика.

2. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей: этиология, патогенез, клиника.

3. Больной 55 лет, поступил в плановом порядке в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли по типу перемежающейся хромоты в бедрах и ягодицах с обеих сторон при ходьбе до 200 м, импотенцию. Болен в течение 3-х лет, когда появились вышеуказанные жалобы, заболевание прогрессировало постепенно. Курит длительное время. При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД– 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 140\90.

Status localis: обе нижние конечности - бледные, прохладные, отмечается снижение волосяного покрова на голених. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий не определяется на всем протяжении.

Установите клинический диагноз, стадию артериальной недостаточности нижних конечностей. Методы обследования и тактика лечения.

Билет № 11.

1. Грыжи пупочные, околопупочные и белой линии живота. Клиника и диагностика особенности предоперационного обследования и лечение грыж этой локализации. Способы пластики передней брюшной стенки при пупочной грыже.

2. Правила переливания крови. Интраоперационная реинфузия крови. Посттрансфузионные осложнения и их профилактика.

3. Больной 30 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли в левой стопе, некроз ногтевой фаланги V пальца. Болен в течение 1-го года, когда после эпизода сильного переохлаждения стоп появились явления мигрирующего флебита подкожных вен н\к, после чего стал отмечать боли в левой стопе при ходьбе. Проходимая дистанция постепенно сокращалась, последнее время беспокоят боли в покое, появился некроз ногтевой фаланги V пальца. Курит длительное время. Status localis: Левая нижняя конечность – обычной окраски, бедро теплое, голень и стопа прохладные на ощупь, отмечается снижение волосяного покрова на голени, движения и глубокая чувствительность в полном объеме, поверхностная чувствительность пальцев стопы снижена, имеется некроз дистальной фаланги V пальца стопы. Пульсация на бедренной и подколенной артериях отчетливая, на артериях стопы не определяется. Правая нижняя конечность – теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на бедренной и подколенной артерии отчетливая, на артериях стопы несколько

ослабленная. Предположите наиболее вероятный диагноз. Какая стадия артериальной недостаточности у больного. Методы верификации и лечения заболевания.

Билет № 12.

1. Методы хирургического лечения механической желтухи, обусловленной холедохолитиазом.

2. Клинико-диагностическая концепция лечения сепсиса.

3. Больная 86 лет поступила с жалобами на боли по всему животу, которые развились на фоне снижения АД за 5 часов до момента поступления и носили прогрессирующий характер. Около часа назад был стул по типу «малинового желе». Ранее в течение года отмечала ноющие боли в животе приблизительно через час после приема пищи. При осмотре состояние тяжелое, бледная, ЧДД – 24-26 в мин, пульс – 100, АД – 90\60. Живот незначительно вздут, мягкий, болезненный во всех отделах, с-м Щеткина-Блюмберга слабopоложительный, при аускультации кишечные шумы не выслушиваются.

Установить клинический диагноз. Какой метод обследования наиболее информативен при этой патологии. Тактика лечения.

Билет № 13.

1. Симптом Блинова.

2. Синдром Миризи.

3. Больной 65 лет поступил в клинику с жалобами на боли, онемение и похолодание левой верхней конечности, которые возникли за 3 часа до момента поступления на фоне приступа мерцательной аритмии. Больной страдает ИБС: постинфарктным кардиосклерозом, пароксизмальной формой мерцательной аритмии. При осмотре – состояние средней тяжести, ЧДД – 18-20 в мин, пульс – 112 в мин, аритмичный, АД – 140\90.

Status localis: левая верхняя конечность – плечо теплое, обычной окраски, предплечье и кисть прохладные, цианотичные, подкожные вены спавшиеся, активные и пассивные движения в полном объеме, мышечная сила снижена, глубокая чувствительность сохранена, поверхностная снижена. Пульс на плечевой артерии в кубитальной ямке усилен, на артериях запястья не определяется. Правая верхняя конечность – не изменена.

Установите клинический диагноз. Тактика лечения.

Билет № 14.

1. Пороки сердца.

2. Венозный тромбоз в системе верхней полой вены.

3. Больной 45 лет доставлен в тяжелом состоянии. Со слов сопровождающих 1,5 часа назад в результате ДТП ударился передней поверхностью грудной клетки об рулевое колесо. Пациент в сознании, отвечает на вопросы. Предъявляет жалобы на наличие ноющих болей в левой половине грудной клетки. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Число дыхательных движений 24 в минуту. При аускультации справа дыхание везикулярное, слева резко ослабленное. АД 110/60 мм.рт.ст. Пульс сниженного наполнения и напряжения, 110 ударов в минуту. В положении сидя проведена рентгенография органов грудной клетки, при которой выявлен перелом 5, 6 и 7-го ребра по передней подмышечной линии слева, участок затемнения легочной ткани в проекции верхней доли, а также гидроторакс с верхней границей ниже угла лопатки. Результаты лабораторного обследования: гемоглобин 105 г/л; гематокрит 39%; лейкоциты 15600/мкл. В условиях операционной в 8-м межреберье слева по средней подмышечной линии произведена пункция плевральной полости, эвакуировано 550 мл крови. Произведена передне-боковая торокотомия в 7-ом межреберье слева. Выявлен гемоторакс объемом 150 мл, ушиб верхней доли левого легкого. Дайте комментарии действиям хирургической бригады, были ли допущены ошибки. Составьте собственный алгоритм лечебно-диагностических мероприятий у данного пациента.

Билет № 15.

1. Малоинвазивные хирургические вмешательства. Техническое оснащение. Вмешательства через естественные отверстия и свищевые ходы. Пункционные хирургические технологии. Лапароскопические и торакоскопические вмешательства. Рентгеноэндоваскулярные вмешательства. Роботизированные хирургические комплексы.

2. Аневризма брюшного отдела аорты. Диагностика, тактика лечения.

3. Пациент 28 лет поступил в стационар с клинической и рентгенологической картиной перфоративной язвы 12-перстной кишки. Больной ориентирован в пространстве и времени, критически относится к своему заболеванию. Врачом-хирургом предложено оперативное лечение, от которого пациент категорически отказался. В известность поставлен заведующий хирургическим отделением. Заведующий отделением провел беседу с пациентом о необходимости проведения хирургического вмешательства, ответил на все вопросы пациента, тем не менее, больной дал письменный отказ от операции. В стационар приглашены родственники пациента, им объяснена сложившаяся ситуация.

Жена и отец пациента дали согласие на проведение оперативного лечения. Ваши дальнейшие действия?