MedikCase
Система самостоятельной подготовки к аккредитации

ТОЛЬКО ДЛЯ ЛИЧНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Хирургия

Высшее образование | DOCX · PDF | Задач: 2 | Вопросов: 24

Сформировано: 21.11.2026, 03:05 МСК

ВАЖНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ПЕРЕД НАЧАЛОМ

1 Материалы предназначены для одного покупателя

Используйте файлы только для личной подготовки. Не передавайте их третьим лицам, не публикуйте, не размещайте в открытом доступе и не перепродавайте полностью или частично.

2 Источник материалов - ФМЗА

Вопросы и ситуационные задачи получены только из опубликованных материалов Методического центра аккредитации специалистов.

Официальный сайт fmza.ru ›

3 Ответы можно проверить самостоятельно

Используйте комплект при прохождении репетиционного экзамена и убедитесь, что выбранные ответы совпадают с результатом официальной системы.

Открыть репетиционный экзамен ›

4 Состав материалов может обновляться

ФМЗА может изменять формулировки, порядок и состав заданий. Перед подготовкой используйте актуальную версию комплекта и сверяйтесь с официальным источником.

Важно: MedikCase систематизирует материалы ФМЗА для самостоятельной подготовки, не изменяя смысл вопросов и ответов. Актуальность комплекта можно проверить в официальном репетиционном экзамене.

Сайт, обновления и поддержка

- **medikcase.ru**
- Telegram: @medikcase
- **support@medikcase.ru**

Сайт | Telegram

Содержание

Нажмите на задачу, чтобы перейти к ней. Справа указана страница.

0001	В середине января пациентка А. 38 лет обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.	3
0002	Пациент 68 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи из дома в многопрофильный хирургический стац...	13

Ситуационная задача 0001

12 вопросов · Хирургия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

В середине января пациентка А. 38 лет обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

1.2. Жалобы

На дискомфорт, боли в анальной области после дефекации.

1.3. Анамнез заболевания

Со слов пациентки, вышеуказанные жалобы беспокоят в течение нескольких лет, применяла ректальные суппозитории с метилурацилом со слабовыраженным эффектом. Настоящее ухудшение в течение 6 месяцев, когда отметила нарастание интенсивности жалоб. Периодически дискомфорт уходил, но затем снова возвращался.

1.4. Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

1.5. Объективный статус

Состояние больной: удовлетворительные. Уровень сознания: ясное. Сон не нарушен. Температура: 36,6°С. 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 Аппетит: 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. 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 ягодиц, 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.

1. Диагноз

Вопрос 1

На основании анамнеза и физикального осмотра можно заподозрить

1. Острый сигмоидит
2. Хронический геморрой
3. Острый цистит
4. **Хроническую анальную трещину**

Правильный ответ:
4 - Хроническую анальную трещину

ОБОСНОВАНИЕ

На основании специфических жалоб – боли и дискомфорт в области анального отверстия после дефекации, данных осмотра — пальпаторно определяется дефект слизистой прямой кишки.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685 (1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

2. План обследования

Вопрос 2

При физикальном обследовании _____ позволил заподозрить анальную трещину

1. наружный геморроидальный узел
2. **дефект слизистой прямой кишки**
3. «анальный плевок»
4. гипертоничный сфинктер

Правильный ответ:
2 - дефект слизистой прямой кишки

ОБОСНОВАНИЕ

При выполнение ректального осмотра, во время пальцевого исследования пальпируется продольный дефект слизистой, что указывает на наличие анальной трещины.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –TII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1) (2)

Вопрос 3

Для подтверждения диагноза пациентке необходимо назначить

1. УЗИ органов брюшной полости
2. непрямую ультразвуковую эластографию печени
3. **ректороматоскопию**
4. обзорную рентгенографию малого таза

Правильный ответ:
3 - ректороматоскопию

ОБОСНОВАНИЕ

Ректороманоскопия это инструментальный метод исследования прямой кишки и дистальных отделов сигмовидной кишки. Позволяет оценить состояние слизистой прямой кишки, выявить наличие патологического процесса.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII. Стр. 685 (1)

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

5. Результаты обследования

5.1. Ректороматоскопия

Заключение: признаки воспаления слизистой прямой кишки, продольный дефект слизистой до 15 мм, края плотные, ровные.

5.3. УЗИ органов брюшной полости

Органической патологии не выявлено

3. Диагноз

Вопрос 4

На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

1. Выпадение прямой кишки
2. Хронический геморрой
3. **Хроническая анальная трещина**
4. Синдром раздраженного кишечника

Правильный ответ:
3 - Хроническая анальная трещина

ОБОСНОВАНИЕ

Учитывая данные анамнеза, ректороманоскопии пациенту поставлен диагноз — хроническая анальная трещина.

При хронической анальной трещине течение заболевания волнообразное – периоды ремиссии (отсутствие жалоб) сменяют периоды обострения (боль в области заднего прохода при дефекации, дискомфорт, помарки крови и др.).

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1) (2) (3)

7. Диагноз

7.1. Хроническая анальная трещина

4. Лечение

Вопрос 5

Дальнейшая тактика заключается в

1. **хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке**
2. хирургическом лечении; экстирпация прямой кишки
3. динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год
4. хирургическом лечении; резекция прямой кишки

Правильный ответ:
1 - хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке

ОБОСНОВАНИЕ

Хирургическое лечение заключается в иссечение анальной трещины. Этот метод лечения патогенетически обоснован.

Оперативное лечение анальных трещин необходимо проводить при хроническом течении заболевания, не поддающемся консервативной терапии. Операция заключается в иссечении по плоскости самой трещины в пределах здоровой слизистой оболочки. В прямую кишку вводят ректальное зеркало, трещину очерчивают по всему овалу скальпелем, а затем снаружи внутрь иссекают её ножницами на всём протяжении (рис. 65-9). Проводят гемостаз и оставляют рану открытой в просвете прямой кишки. Рана обычно легко и быстро, в течение в среднем 5-6 дней, заживает тонким рубцом. Главное в этой операции - решить, нужно ли делать дополнительно сфинктеротомию и, если нужно, то каким способом. Без этой дополнительной манипуляции в большинстве случаев операция успеха не даёт, возникает рецидив трещины из-за возобновляющихся тонических сокращений жома.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685 (1)

Всем пациентам с хронической анальной трещиной рекомендуется оперативное лечение, направленное на релаксацию внутреннего анального сфинктера.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

5. План обследования

Вопрос 6

В рамках предоперационной подготовки больной необходимо выполнить

1. анализ крови на раковый эмбриональный антиген
2. **исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)**
3. **общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма**
4. анализ крови на углеводный антиген СА 19-9
5. определение скрытой крови в кале

Правильные ответы:
2 - исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)
3 - общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

ОБОСНОВАНИЕ

Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

10. Результаты обследования

10.1. Общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

Общий анализ крови		
Наименование	Нормы	Значение
Гемоглобин, г/л	120,0 - 140,0	125
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	32
Лейкоциты, абс.	4,00 - 9,00	7
Эритроциты, абс	4,00 - 5,70	4,5
Тромбоциты, абс	150,0 - 320,0	220,0
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	20,1
Моноциты, %	2,0 - 10,0	8,8
Нейтрофилы, %	48,00 - 78,00	87,1
Эозинофилы, %	0,0 - 6,0	0,2
Базофилы, %	0,0 - 1,0	0,8
СОЭ мм/ч по Панченкову	2 - 20	50

Наименование	**Нормы**	**Значение**
Общий белок, г/л	64 - 82	70,8
Мочевина, ммоль/л	2,5 - 6,4	3,0
Креатинин, мкмоль/л	53 - 115	89
Билирубин общий, мкмоль/л	3,0 - 17,0	17
Билирубин прямой, мкмоль/л	0,0 - 3,0	2
АЛТ, ед/л	15,0 - 61,0	15
АСТ, ед/л	15,0 - 37,0	10
Щелочная фосфатаза, ед/л	50,0 - 136,0	64,0
Альфа-Амилаза, ед/л		
Глюкоза, моль/л	3,89 – 5,83	4,2
С-реактивный белок, мг/л	Не более 0,49 мг/л	0.1 мл/л

Коагулограмма		
	Норма	Результат
АЧТВ	24-34	26.8
Протромбиновое время	13-18	14.6
МНО	0,85-1,15	1.05
Фибриноген	1,8-4,0	1.94
Фибринолитическая активность	5-12 минут	10
Антитромбин III	80-120%	90%

Общий анализ мочи	
Параметр	Значение
Количество	150мл
Цвет (норма-соломенно-желтый)	желтый

Общий анализ мочи	
Прозрачность (норма –полная)	полная
Реакция	кислая
Удельная плотность	1021
Белок (в норме – до 0,033 г/л)	0,01 г/л
Уробилин	отсутствует
Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин)	1-2 в поле зрения
Эритроциты (нормане более 2 в п/зр)	отсутствуют
Цилиндры (норма – отс)	отсутствуют
Эпителий (норма – отс)	отсутствует
Бактерии (норма – отс)	отсутствуют
Слизь (норма – немного)	немного
Соли (норма – отс)	отсутствуют

10.2. Исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

ДНК вируса гепатита В, С, ВИЧ не обнаружено. Антитела к сифилису в ИФА не обнаружены.

10.4. Анализ крови на раковый эмбриональный антиген

Раковый эмбриональный антиген не определяется (норма до 3 нг/мл)

10.5. Определение скрытой крови в кале

Скрытой крови в кале не обнаружено

Вопрос 7

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

1. Ph-метрия желудка
2. **флюорография грудной клетки**
3. МРХПГ
4. суточный мониторинг ЭКГ

Правильный ответ:
2 - флюорография грудной клетки

ОБОСНОВАНИЕ

Флюорография входит в перечень обязательных предоперационных исследований с целью исключения туберкулеза легких.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 685

12. Результаты инструментального метода обследования

12.1. Флюорография грудной клетки

Очаговых и инфильтративных теней не обнаружено

12.4. МРХПГ

Патологии не выявлено

Вопрос 8

При отсутствии четких клинических признаков спазма внутреннего сфинктера по данным физикального обследования рекомендуется

1. выполнение ирригоскопии
2. катетеризация мочевого пузыря
3. **исследование функций запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК) методом сфинктерометрии**
4. чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха

Правильный ответ:
3 - исследование функций запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК) методом сфинктерометрии

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с анальной трещиной при отсутствии четких клинических признаков спазма внутреннего сфинктера по данным физикального обследования рекомендуется исследование функций запирательного аппарата прямой кишки (ЗАПК) методом сфинктерометрии для объективизации наличия спазма внутреннего сфинктера

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

6. Вариатив

Вопрос 9

Кровоснабжение прямой кишки осуществляется

1. **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_)**
2. наружной подвздошной артерией
3. верхней брыжеечной артерией, чревным стволом, гастродуоденальной артерией, средней ободочной артерией
4. правой и левой прямокишечными артериями

Правильный ответ:
1 - 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_)

ОБОСНОВАНИЕ

5 артериями: одной непарной - _a.rectalessuperior (конечная ветвь нижней брыжеечной артерии) и двумя парными: a.rectalesmedia (из a.iliacainterna) и a.rectalisinferior (из a.Pudendainterna)_.

Оперативная хирургия и топографическая анатомия. Под ред. В.В. Кованова. — 4-е изд., дополнен. — М: Медицина, 2001.— 408 е.: ил.— (Уч. лит. Для студентов мед.вузов) ISBN 5-225-04710-6 (1)

Вопрос 10

Наиболее частой причиной возникновения геморроя является

1. **врожденная слабость венозных стенок**
2. курение
3. цирроз печени
4. дуоденогастральный рефлюкс

Правильный ответ:
1 - врожденная слабость венозных стенок

ОБОСНОВАНИЕ

Врожденная слабость венозных стенок является основной причиной развития геморроя

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Геморрой, 2024 г. (1)

Вопрос 11

Операция по поводу хронической анальной трещины заключается в

1. резекции стенки прямой кишки
2. пластике ануса
3. **иссечении трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера**
4. перевязке геморроидальных узлов

Правильный ответ:
3 - иссечении трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера

ОБОСНОВАНИЕ

Пациентам с хронической анальной трещиной рекомендуется иссечение трещины в сочетании с медикаментозной релаксацией внутреннего сфинктера #ботулиническим токсином типа А.

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

Всем пациентам с хронической анальной трещиной рекомендуется оперативное лечение, направленное на релаксацию внутреннего анального сфинктера. (2)

Вопрос 12

Наиболее частым осложнением анальной трещины является

1. геморрой
2. разрыв прямой кишки
3. цистит
4. **образование свища прямой кишки**

Правильный ответ:
4 - образование свища прямой кишки

ОБОСНОВАНИЕ

В случае попадании кишечной флоры через дефект в слизистой в параректальную клетчатку может образовываться свищ прямой кишки.

Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

Клинические рекомендации Минздрава России. Анальная трещина, 2024 г. (1)

Ситуационная задача 0002

12 вопросов · Хирургия · Высшее образование

1. УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

1.1. Ситуация

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

1.2. Жалобы

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

1.3. Анамнез заболевания

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

1.4. Анамнез жизни

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

1.5. Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Т тела 36,6°С. 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.

1. Диагноз

Вопрос 1

На основании анамнеза и физикального осмотра можно заподозрить предварительный диагноз

1. **Механическая желтуха**
2. Острый панкреатит
3. Гемолитическая болезнь
4. Разрыв паразитарной кисты печени

Правильный ответ:
1 - Механическая желтуха

ОБОСНОВАНИЕ

На основании данных анамнеза и жалоб можно заподозрить желтуху механического генеза.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 280 (1) (2)

Механическое препятствие оттоку желчи приводит к застою и повышению давления желчи, расширению, повреждению целостности желчных капилляров и поступлению желчи в кровь, что обусловливает прямую гипербилирубинемию (увеличение содержания конъюгированного билирубина), гиперхолестеринемию, развитие холемического синдрома в связи с циркуляцией в крови желчных кислот, билирубинурию (окраска мочи приобретает темный цвет). Отсутствие поступления желчи в кишечник из-за механического препятствия в желчевыводящих путях приводит к тому, что не образуется и, следовательно, не выделяется стеркобилин с калом (обесцвеченный, ахоличный кал). В первые дни возникновения механической желтухи наблюдается подъем уровня активности аминотрансфераз, что объясняется кратковременным (3—5 суток) увеличением проницаемости мембран гепатоцитов. Токсическое воздействие гипербилирубинемии на нервную систему приводит к головным болям, бессоннице, сильному кожному зуду. Вторично поражается система кровообращения: брадикардия, стенокардия; развивается гипокоагуляция (за счел дефицита витамина К).

Гипербилирубинемия приводит к угнетению иммунной системы. Повреждаются канальцы и клубочки почек. У 50% заболевших снижена гломерулярная фильтрация, нарушена реабсорбция воды и натрия. (3)

2. План обследования

Вопрос 2

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

1. **общий анализ крови**
2. **биохимический анализ крови**
3. реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном
4. ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена _EZH2_
5. скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Правильные ответы:
1 - общий анализ крови
2 - биохимический анализ крови

ОБОСНОВАНИЕ

Среди показателей общего анализа крови достоверных индикаторов механической желтухи нет, однако анемия может быть признаком онкопроцесса, а лейкоцитоз — холангита.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 281 (1)

В биохимическом анализе крови повышено содержание билирубина, активность трансаминаз (АЛТ, АСТ) в норме или умеренно повышена, выражены признаки холестаза (повышена активность щелочной фосфатазы, гамма-глутаминтранспептидазы).

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 281 (1)

4. Результаты лабораторных методов обследования

4.1. Общий анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Гемоглобин, г/л	120,0 - 140,0	95
Гематокрит, %	35,0 - 47,0	30,5
Лейкоциты, абс.	4,00 - 9,00	8,2
Эритроциты, абс.	4,00 - 5,70	3,4
Тромбоциты, абс.	150,0 - 320,0	225,0
Лимфоциты, %	17,0 - 48,0	25,1
Моноциты, %	2,0 - 10,0	8,8
Нейтрофилы, %	48,00 - 78,00	70,10
Эозинофилы, %	0,0 - 6,0	0,5
Базофилы, %	0,0 - 1,0	0,8
СОЭ мм/ч по Панченкову	2 - 20	15

4.2. Биохимический анализ крови

Наименование	Нормы	Значение
Общий белок, г/л	64 - 82	70,8
Мочевина, ммоль/л	2,5 - 6,4	3,0
Креатинин, мкмоль/л	53 - 115	89
Билирубин общий, мкмоль/л	3,0 - 17,0	90,0
Билирубин прямой, мкмоль/л	0,0 - 3,0	62,5
АЛТ, ед./л	15,0 - 61,0	76,5
АСТ, ед./л	15,0 - 37,0	47,0
Щелочная фосфатаза, ед./л	50,0 - 136,0	100,0
Альфа-Амилаза, ед./л	28–100	221,0
Глюкоза, моль/л	3,89 – 5,83	6,2
С-реактивный белок, мг/л	Не более 0,49 мг/л	120,5 мг/л

4.4. Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

Вопрос 3

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

1. обзорная рентгенография живота
2. **ультразвуковое исследование органов брюшной полости**
3. лапароскопическая биопсия печени
4. ангиография чревного ствола
5. **компьютерная томография органов брюшной полости**
6. **фиброгастродуоденоскопия**

Правильные ответы:
2 - ультразвуковое исследование органов брюшной полости
5 - компьютерная томография органов брюшной полости
6 - фиброгастродуоденоскопия

ОБОСНОВАНИЕ

УЗИ играет роль скрининг-метода в дифференциальной диагностике паренхиматозной и механической желтухи.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 281 (1)

КТ с контрастным усилением проводится при наличии обоснованного подозрения на рак поджелудочной железы. Имеет высокую значимость для определения причины механической желтухи. В отличие от УЗИ, диагностические способности метода не снижаются при метеоризме, асците и ожирении.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 282 (1)

Фиброгастродуоденоскопия позволяет визуально оценить состояние желудка и двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка и периампулярной области, а также констатировать факт отсутствия поступления желчи в просвет кишки при механической желтухе (или поступление желчи при других видах желтухи). Кроме того, предоставляет возможность взятия биопсии из патологически измененного сосочка двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическое обследование дуоденум позволяет оценить техническую возможность проведения ЭРХПГ. При осмотре дуоденального сосочка можно установить диагноз папиллолитиаза, поскольку в данной ситуации требуется неотложная хирургическая помощь.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С.282 (1)

6. Результаты инструментальных методов обследования

6.1. Фиброгастродуоденоскопия

При ЭГДС выявлено сужение просвета ДПК, за счет сдавления извне, без явлений стеноза – аппарат свободно проходит за зону сужения. В этой зоне визуализируется изъязвление – вероятно прорастание образования головки поджелудочной железы в стенку двенадцатиперстной кишки. Выполнена биопсия из 4 участков. Активного кровотечения из зон биопсии не выявлено. Другой патологии не выявлено.

6.2. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Определяется образование в области головки поджелудочной железы.

6.3. Компьютерная томография органов брюшной полости

На серии срезов с внутривенным контрастным усилением выявлено образование головки поджелудочной железы размерами 3х4х4 см, активно накапливающее контрастное вещество с активным кровотоком. Определяются признаки инвазии образования головки поджелудочной железы в стенку двенадцатиперстной кишки – вероятно опухоль головки поджелудочной железы.

3. Диагноз

Вопрос 4

На основании проведенных инструментальных методов обследования можно установить диагноз

1. Острый мезентериальный тромбоз
2. Язвенная болезнь желудка, осложненная прикрытой перфорацией
3. Острый деструктивный холецистит. Механическая желтуха
4. **Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха**

Правильный ответ:
4 - Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха

ОБОСНОВАНИЕ

Диагноз установлен на основании данных анамнеза, ультразвукового исследования и данных компьютерной томографии.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 202-203 (1)

8. Диагноз

8.1. Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха

8.3. Язвенная болезнь желудка, осложненная прикрытой перфорацией

4. Лечение

Вопрос 5

Первым этапом хирургической помощи у данного больного, учитывая картину механической желтухи средней степени, является

1. диагностическая лапароскопия с выполнением биопсии
2. **срочная декомпрессия желчных протоков**
3. перевод в федеральный хирургический центр
4. срочная лапаротомия

Правильный ответ:
2 - срочная декомпрессия желчных протоков

ОБОСНОВАНИЕ

В зависимости от уровня блока могут быть применены различные способы декомпрессии желчных протоков: ретроградная эндоскопическая папиллосфинктеротомия, ретроградное стентирование желчного протока или антеградная чрескожная чреспеченочная холангиостомия (ЧЧХС), холецистостомия под ультразвуковым наведением.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 162 (1) (2)

У больных с механической желтухой на почве рака головки поджелудочной железы первым этапом выполняют чрескожное чреспеченочное желчеотведение. После уменьшения или полной ликвидации желтухи, и особенно после улучшения функционального состояния печени, почек, системы гемостаза приступают ко второму этапу операции.

Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 992 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3371-3. (1)

Оперативное вмешательство при перитоните носит экстренный характер и часто проводится по жизненным показаниям.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 162 (3)

Вопрос 6

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

1. холецистоеюноанастомоз
2. холецистостомия, прошивание изъязвления
3. **панкреатодуоденальная резекция**
4. наружная вирсунгостомия

Правильный ответ:
3 - панкреатодуоденальная резекция

ОБОСНОВАНИЕ

Учитывая злокачественный характер образования, удовлетворительные показатели билирубина крови, и риск возникновения аррозивного кровотечения рекомендуется выполнение радикальной операции.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва : ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 284 (1) (2)

При раке головки поджелудочной железы выполняют ПДР (рис. 14.13): удаляют головку и часть тела поджелудочной железы, двенадцатиперстную кишку и 10-12 см начального отдела тощей кишки, антральный отдел желудка, желчный пузырь и резецируют общий желчный проток примерно на уровне впадения в него пузырного протока. Необходимо удалить забрюшинные лимфатические узлы, а также лимфатические узлы, расположенные по ходу печеночно-двенадцатиперстной связки. У больных с небольшими опухолями стремятся сохранить антральный отдел желудка и привратник. Реконструктивный этап операции предусматривает формирование панкреатоеюнального, холедохоеюнального и гастроеюнального анастомозов.

Хирургические болезни : учебник / под ред. М. И. Кузина. - 4-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 992 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-3371-3. (1)

Вопрос 7

После указанной операции может возникнуть такое грозное специфическое осложнение как

1. спаечная кишечная непроходимость
2. **послеоперационный панкреатит**
3. ТЭЛА
4. толстокишечная непроходимость

Правильный ответ:
2 - послеоперационный панкреатит

ОБОСНОВАНИЕ

Любое оперативное вмешательство на поджелудочной железе несёт в себе риск осложнений. В основном это послеоперационный панкреатит, несостоятельность панкреато- и билиодигестивного анастомозов, а также гастростаз, особенно после панкреатодуоденальной резекции с сохранением привратника. В профилактике этих осложнений, помимо тщательной коррекции систем гомеостаза, имеет значение применение производных соматостатина (октреотида, сандостатина), которые эффективно подавляют секреторную функцию поджелудочной железы.

Клиническая хирургия. В 3 т. Том 2 / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 832 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-2572-5. (1)

Вопрос 8

При невозможности выполнения радикальной операции и развития опухолевого стеноза двенадцатиперстной кишки паллиативной операцией является

1. холецистостомия
2. тотальная панкреатодуоденальная резекция
3. операция Фрея
4. **гастроэнтеростомия**

Правильный ответ:
4 - гастроэнтеростомия

ОБОСНОВАНИЕ

При резком сужении опухолью просвета двенадцатиперстной кишки может возникнуть необходимость в гастроэнтеростомии для обеспечения эвакуации желудочного содержимого в тонкую кишку.

Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. – 4-е изд., перераб. и доп.- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. –992. С. 471 - 509 ISBN: 978-5-9704-3371-3 (1)

5. Вариатив

Вопрос 9

При «высоком блоке» желчных протоков опухолевого генеза выполняют

1. открытая холецистостомия
2. лапароскопическая холецистостомия
3. **чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и/или рентгеновским контролем**
4. холецистоеюноанастомоз

Правильный ответ:
3 - чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и/или рентгеновским контролем

ОБОСНОВАНИЕ

При «высоком блоке» желчных протоков выполняют чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и/или рентгеновским контролем. Если имеется техническая возможность, целесообразно проведение дренажа ниже уровня стриктуры.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 284 (1)

Вопрос 10

При наличии гнойного холангита рекомендуется

1. экстренная открытая холецистэктомия
2. выполнение холецистоеюноанастомоза
3. **эндоскопическая установка наружного назобилиарного дренажа**
4. выполнение холедоходуоденоанастомоза

Правильный ответ:
3 - эндоскопическая установка наружного назобилиарного дренажа

ОБОСНОВАНИЕ

При наличии у больного гнойного холангита целесообразно предусмотреть возможность эндоскопической установки наружного назобилиарного дренажа.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 284 (1)

Вопрос 11

Декомпрессия «покрытым» нитиноловым стентом показана при

1. **доброкачественной стриктуре желчного протока**
2. желтухе неясного генеза
3. хроническом панкреатите
4. неосложненном холецистите

Правильный ответ:
1 - доброкачественной стриктуре желчного протока

ОБОСНОВАНИЕ

Декомпрессия «покрытым» нитиноловым стентом показана при доброкачественной стриктуре желчного протока, нерезектабельной опухоли, а также при тяжелой сопутствующей патологии, которая не позволяет выполнить радикальную операцию.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 285 (1)

Вопрос 12

«Непокрытые» нитиноловые стенты рекомендуется применять

1. **в качестве окончательного лечения**
2. при нерезектабельной опухоли
3. при доброкачественной стриктуре желчного протока, нерезектабельной опухоли
4. при тяжелой сопутствующей патологии, которая не позволяет выполнить радикальную операцию

Правильный ответ:
1 - в качестве окончательного лечения

ОБОСНОВАНИЕ

Нитиноловые стенты устанавливают в качестве окончательного лечения независимо от уровня блока. При механической желтухе неопухолевого генеза применять их нецелесообразно.

«Непокрытые» нитиноловые стенты устанавливают в качестве окончательного лечения независимо от уровня блока. При механической желтухе неопухолевого генеза применять их нецелесообразно.

Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 166 (1)