СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Учебное пособие

2025

СБОРНИК ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

Учебное пособие

Санкт-Петербург
Наукоемкие технологии
2025

УДК 617(075.8)
ББК 54.5я73
С14

Авторы:

Олег Игоревич Нечаев – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней медицинского факультета, Московский Университет «Синергия».
Роль: ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Мария Анатольевна Орлюк – кандидат медицинских наук, доцент кафедры хирургических болезней медицинского факультета, Московский Университет «Синергия».
Роль: ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Елена Александровна Чулкова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры внутренних болезней медицинского факультета, Московский Университет «Синергия».
Роль: ресурсы, концептуализация, методология, редактирование пособия, администрирование проекта.

Елена Владиславовна Тихомирова – кандидат медицинских наук, доцент кафедры сестринского дела медицинского факультета, Московский Университет «Синергия».
Роль: ресурсы, создание черновика пособия, создание пособия и его редактирование.

Сергей Владимирович Анпилогов.
Роль: ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Ирина Владиславовна Краснопольская – доктор медицинских наук.
Роль: ресурсы, создание черновика рукописи, создание рукописи и ее редактирование.

Рецензент:

Владимир Аркадьевич Самарцев – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии
Пермского государственного медицинского университета им. акад. Е. А. Вагнера

Нечаев О. И.
С14 Сборник тестовых заданий по факультетской хирургии: учебное пособие / О. И. Нечаев, М. А. Орлюк, Е. А. Чулкова, Е. В. Тихомирова, С. В. Анпилогов, И. В. Краснопольская. – СПб.: Наукоемкие технологии, 2025. – 108 с.

ISBN 978-5-00271-004-1

Учебное пособие содержит тестовые вопросы по основным разделам хирургической патологии, включая острый аппендицит, холецистит, панкреатит, перфоративную язву, перитонит, грыжи живота, рак желудка и прямой кишки, хронический панкреатит и гастродуоденальные кровотечения. Каждая тематическая глава сопровождается набором тестовых заданий, что позволяет эффективно проверить и закрепить знания. В конце пособия приведены ответы на тесты и список рекомендованной литературы, что делает его полезным для самостоятельной подготовки и контроля уровня усвоения материала.

Предназначено для студентов медицинских вузов.

ISBN 978-5-00271-004-1
© Орлюк М. А., Нечаев О. И., 2025

Оглавление

ПРЕДИСЛОВИЕ 4
ВВЕДЕНИЕ 5
ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ 7
ТЕСТЫ 13
ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ 19
ТЕСТЫ 24
ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ 29
ТЕСТЫ 35
ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА 41
ТЕСТЫ 44
ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ 46
ТЕСТЫ 52
ГРЫЖИ ЖИВОТА 57
ТЕСТЫ 64
РАК ЖЕЛУДКА 73
ТЕСТЫ 76
РАК ПРЯМОЙ КИШКИ 82
ТЕСТЫ 85
ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ 91
ТЕСТЫ 95
ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ 100
ТЕСТЫ 102
ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ 105
РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА. 107

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее учебно-методическое пособие предназначено для студентов медицинских вузов, врачей-ординаторов и специалистов, стремящихся углубить свои знания в области хирургии.

Целью настоящего издания является обеспечение помощи студентам-медицинских направлений при подготовке к практическим занятиям по общей хирургии. Пособие состоит из тематических разделов, охватывающих как фундаментальные принципы хирургии, так и актуальные проблемы, стоящие перед современным хирургом.

Приведенный материал позволит студентам составить представление об объеме предъявляемых требований и цель учебно-методического пособия – сформировать у обучающихся представление об основных симптомах, методах лечения и умении диагностировать часто встречающиеся хирургические заболевания; закрепить навыки работы с учебной и научной литературой; навыки абстрактного мышления, анализа и синтеза; способствовать освоению и совершенствованию ОПК-7 компетенций.

Задачи дисциплины:

- освоение основных понятий, приобретение знаний по этиологии и патогенезу часто встречающихся хирургических заболеваний органов пищеварения;
- обучение выбору оптимальных методов обследования больных с хирургической патологией;
- обучение составлению алгоритма дифференциальной диагностики на основании клиники и дополнительных методов обследования при хирургических заболеваниях органов дыхания и пищеварения, сосудов, молочной железы;
- формирование навыка формулировки клинического диагноза на основании обследования пациентов хирургического профиля;
- обучение выбору оптимальных методов профилактики, схем лечения и реабилитации пациентов с хирургическими заболеваниями органов пищеварения.

ВВЕДЕНИЕ

Хирургия – одна из основных дисциплин медицинской науки, играющая ключевую роль в диагностике, лечении и реабилитации пациентов. На протяжении веков хирургические методы и технологии эволюционировали, приводя к значительным достижениям в области здоровья и сохранения жизни.

С момента возникновения хирургии как отдельной дисциплины и до наших дней, она претерпела колоссальные изменения, от простых инструментов и методов до высоких технологий и минимально инвазивных вмешательствах. Хирургия – это не просто набор процедур; это искусство и наука, требующие от врача мастерства, научного подхода и глубокого понимания человеческого организма.

В современном мире хирургия охватывает широкий спектр направлений, включая общую хирургию, ортопедию, кардиохирургию, нейрохирургию и множество других специализаций, каждая из которых требует глубоких знаний, практических навыков и высокой степени профессионализма.

С помощью данного пособия студенты смогут ознакомиться с основами хирургической анатомии, современными подходами и методами лечения острого аппендицита, острого холецистита, острого панкреатита, перфоративной язвы, острого гнойного перитонита, грыж живота, рака желудка и прямой кишки, хронического панкреатита, язвенных гастродуоденальных кровотечений. После каждой темы представлены тестовые задания, которые можно использовать как для контроля знаний студентов на практических занятиях, так и для итогового зачета по этой дисциплине. Работа с тестовыми заданиями предполагается после изучения соответствующего материала по учебнику и прослушивания курса лекций, а также ознакомления с предложенным материалом данного пособия.

Мы надеемся, что каждая страница этого пособия станет источником вдохновения и знаний, способствуя формированию нового поколения талантливых хирургов, готовых к вызовам и изменениям в области медицины, вдохновит на совершенствование профессиональных навыков и поможет в достижении высоких стандартов медицинской помощи.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Острый аппендицит – это воспаление аппендикса, который является придаточным образованием слепой кишки. Основными симптомами острого аппендицита являются боли внизу живота, тошнота, рвота и субфебрильная температура тела. Лечение острого аппендицита требует неотложного хирургического вмешательства.

Классификация.

Острый аппендицит

– катаральный (простой, поверхностный);

– флегмонозный;

– эмпиема червеобразного отростка;

– гангренозный.

Осложнения

– перфорация червеобразного отростка;

– аппендикулярный инфильтрат (дооперационное выявление);

– аппендикулярный инфильтрат (интраоперационное выявление);

– рыхлый;

– плотный;

– периаппендикулярный абсцесс (дооперационное выявление);

– периаппендикулярный абсцесс (интраоперационное выявление);

– перитонит.

Червеобразный отросток выполняет следующие функции:

– моторную (сократительную) – червеобразный отросток слепой кишки перистальтирует, разные слои мускулатуры аппендикса могут сокращаться тонически и периодически, регулирует функцию баугиниевой заслонки;

– секреторную – выделяет перистальтический гормон и амилазу;

– иммунную (продукция антител) – является «кишечной миндальной», обеспечивает естественную резистентность организма, местный иммунитет;

– стабилизирующую – аппендикс поддерживает микрофлору толстой кишки, являясь подобием инкубатора (термостата) для кишечной палочки, из которого она поступает в слепую и другие отделы толстой кишки.

Этиология и патогенез.

Четыре основные теории: инфекционную; ангионевротическую; механическую; токсико-аллергическую.

Стадии течения: катаральная стадия острого аппендицита чаще всего длится 6-12 ч.; флегмонозный аппендицит обычно развивается через 12 ч от начала заболевания; гангренозный – спустя 24-48 ч.; прободение червеобразного отростка при прогрессирующем течении наступает, как правило, через 48 ч.

Диагностика.

Основной жалобой при остром аппендиците является **БОЛЬ**, которая обусловлена достаточно быстрым развитием воспаления в ответ на инфекционный процесс, развивающийся в червеобразном отростке слепой кишки. Боль продолжается непрерывно и имеет склонность усиливаться при попытке изменить положение тела. Положение тела и походка больного становятся скованными: он придерживает рукой живот, ходит, чуть согнувшись вперед и вправо, старается удобно лечь на спине или на правом боку с прижатой к животу ногой, при ходьбе прихрамывает на правую ногу.

При аппендиците боли:

- Сначала возникают в эпигастральной области, потом перемещаются в правую подвздошную (**с. Кохера**)
- Усиливаются при кашле (**с. Черемского-Кушниренко**)
- Усиливаются при глубоком вдохе (**с. Ризваша**)
- Усиливаются при втягивании живота (**с. Долинина**)
- Усиливаются при повороте на левый бок (**с. Ситковского**).

Напряжение мышц передней брюшной стенки Защитная реакция – спастическое сокращение мышц. Болевые ощущения и напряжение мышц брюшной стенки проецируются на брюшную стенку в соответствии с расположением

воспаленного червеобразного отростка слепой кишки, а при развитии перитонита – и с распространением экссудата.

Аппендикулярные симптомы.

С. Раздольского – при проведении перкуссии передней стенки брюшной полости в правой подвздошной области определяется болезненность.

С. Ровзинга – усиление болевого ощущения в правой подвздошной области при осуществлении давления на сигмовидную кишку (она располагается в левой подвздошной области) и толчкообразных воздействий выше сигмовидной кишки.

С. Воскресенского (симптом «рубашки», симптом скольжения), при котором боль усиливается, если вскользь провести рукой через рубашку больного по направлению от подложечной области к правой подвздошной.

С. Щёткина–Блюмберга – резкое усиление боли в животе при быстром снятии пальпирующей руки с передней брюшной стенки после надавливания.

Тактика лечения.

Подозрение (невозможность исключить) на острый аппендицит – абсолютное показание к госпитализации. На догоспитальном этапе необходимы голод, местная гипотермия (холод на правую подвздошную область). Больных с подозрением на деструктивную форму острого аппендицита транспортируют только на носилках.

Лабораторные методы.

В ***общем анализе крови*** отдельное внимание уделяется разбору лейкоцитарной формулы, сдвиг лейкоцитарной формулы влево (увеличение относительного количества незрелых гранулоцитов) –весомый диагностический признак.

Общий анализ мочи представляет собой диагностическое исследование, позволяющее оценить дифференциально-диагностические критерии.

Инструментальные методы.

При подозрении на острый аппендицит **УЗИ** проводится в горизонтальном положении пациента на спине и на левом боку. Желательным условием является

наполненный мочевой пузырь (поскольку в этом случае возможна дифференциальная диагностика с урологической патологией).

К достоверным **ультразвуковым симптомам** острого аппендицита относят следующие: повышение контрастности структур аппендикса, отсутствие в нем перистальтики, увеличение его размеров, утолщение и ригидность стенки при дозированной компрессии, инфильтрация брыжейки. Косвенными ультразвуковыми признаками острого аппендицита являются: воспалительный инфильтрат в правой подвздошной области, парез петель тонкой кишки, изолированная компрессии, инфильтрация восходящего отдела толстой кишки и наличие свободной жидкости в брюшной полости.

На обзорной рентгенографии: уровень жидкости в слепой кишке и терминальном отделе подвздошной кишки (симптом «сторожевой петли»); пневматоз подвздошной и правой половины ободочной кишки; деформация медиального контура слепой кишки; нечеткость контура подвздошно-поясничной мышцы; определение тени калового камня в проекции аппендикса; свободный газ в брюшной полости при перфорации червеобразного отростка слепой кишки.

Лапароскопия – важный диагностический и лечебный метод. Прямыми лапароскопическими признаками острого аппендицита считаются: гиперемия висцеральной и париетальной брюшины, пленки фибрина, инфильтрация брыжейки, ригидность аппендикса («симптом карандаша»).

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с такими заболеваниями как – перфоративная язва, острый холецистит, острый панкреатит, нарушенная внематочная беременность, апоплексия яичника, почечная колика.

Операция:

- Открытая, разрезом по Волковичу – Дьяконову
- Лапароскопическая
    - Многопортовая лапароскопия: используются три точки доступа для введения инструментов и камеры, что позволяет хирургу проводить манипуляции с высокой точностью

- Однопортовая лапароскопия: операция выполняется через один доступ, обычно расположенный в области пупка. Этот метод способствует более косметически приятному результату.

Осложнения острого аппендицита:

Аппендикулярный инфильтрат – это ограниченная воспалительная опухоль, образовавшаяся вокруг поражённого червеобразного отростка, к которому фибринозными наложениями прикрепляются петли кишечника, сальник и близко расположенные органы. ***Рыхлый инфильтрат*** – разделение возможно тупым путем без травматизации органов, входящих в его состав, возможно, аппендэктомия технически выполнима и показана. ***Плотный инфильтрат*** – в этом случае воспалительный инфильтрат невозможно разделить тупым путем. В случае «острого» разделения инфильтрата имеется риск перфорации входящей в инфильтрат тонкой или слепой кишки, поэтому такие больные лечатся консервативно.

Периаппендикулярный абсцесс является следствием абсцедирования аппендикулярного инфильтрата. Клинические проявления развиваются на 5-7 сутки от начала заболевания. Характерной клиникой является появление в эти сроки проявлений системной реакции на воспаление (гипертермия, ознобы), усугубление проявлений интоксикационного синдрома. При этом сохраняется малоинтенсивная боль в правой подвздошной области, которая может приобретать пульсирующий характер и усиливаться при движении. После обнаружения и вскрытия гнойной полости эвакуируют гной, санируют полость антисептиками, после чего оценивают технические возможности выполнения аппендэктомии.

Межкишечный абсцесс развивается в послеоперационном периоде в результате скопления инфицированного перитонеального экссудата в складках брыжейки и между петлями тонкой кишки. После светлого промежутка абсцесс формируется на 5-7 сутки после аппендэктомии.

Поддиафрагмальный абсцесс формируется из-за скопления инфицированного выпота в поддиафрагмальном пространстве справа в результате распространения его по правому боковому каналу. Особенности клинической картины: болевой синдром (характерны тупые боли в правом подреберье и нижних отделах грудной клетки справа, усиливающиеся при глубоком вдохе) и плевропульмональный синдром (наличие сухого малопродуктивного кашля, клинические проявления экссудативного плеврита справа, развитие пневмонии в нижней доле справа). Вскрытие абсцесса выполняют внебрюшинным или внеторакальным доступом.

Тазовый абсцесс (абсцесс дугласова пространства) развивается вследствие отграничения инфицированного выпота в пузырно-прямокишечном (у мужчин) или маточно-прямокишечном (у женщин) пространстве при неполноценной санации брюшной полости. Признаками абсцесса будут неопределенные боли внизу живота, иррадиирующие в промежность, симптомы реактивного проктита (учащенная болезненная дефекация; тенезмы; патологические примеси (слизь, кровь) в кале), дизурические расстройства. Наличие тазового абсцесса является абсолютным показанием к его дренированию. Вскрытие тазового абсцесса необходимо выполнять внебрюшинно, как правило, у женщин – через задний свод влагалища, а у мужчин – через переднюю стенку прямой кишки.

Пилефлебит – инфицированный тромбоз воротной вены в результате гематогенного распространения инфекции из вен червеобразного отростка. Патогенез: инфекция из тромбированных вен брыжейки отростка распространяется проксимально по подвздошно-ободочным, брыжеечным венам, в исходе обуславливая развитие тромбоза ствола воротной вены и формирование пилефлебитических абсцессов печени. Клиника: проявления ангиогенного сепсиса с первых суток послеоперационного периода; остро возникшая портальная гипертензия с подпеченочным уровнем блока; клиника не разрешающегося пареза кишечника.

ТЕСТЫ

1. В каких ситуациях возможно изолированное консервативное антибактериальное лечение при остром неосложненном аппендиците?

a) острый аппендицит с исходом в аппендикулярный инфильтрат без признаков абсцедирования;

b) при отказе пациента от предложенной операции;

c) в рамках зарегистрированных исследований, одобренных этическим комитетом в крупных клинических центрах;

d) при наличии отграниченного периаппендикулярного абсцесса.

2. Во время неотложной лапароскопии обнаружены признаки острого гангренозного аппендицита, разлитого фибринозно-гнойного перитонита с выраженным парезом тонкой кишки. Ваши дальнейшие действия

a) аппендэктомия из доступа по Волковичу-Дьяконову, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости;

b) срединная лапаротомия, аппендэктомия, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, назоинтестинальная декомпрессия;

c) лапароскопическая аппендэктомия, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости;

d) аппендэктомия из доступа по Волковичу-Дьяконову, лапароскопическая санация и дренирование брюшной полости, эндоскопическая назоинтестинальная декомпрессия;

3. Во время неотложной лапароскопии, предпринятой по поводу подозрения на острый аппендицит, обнаружен не удлиненный, не утолщенный червеобразный отросток иссиня-белесого цвета, свободно свисающий на инструменте. Ваши дальнейшие действия

a) отказ от аппендэктомии и дальнейшей ревизии органов брюшной полости;

b) лапароскопическая аппендэктомия;

c) дальнейшая ревизия органов брюшной полости с последующей лапароскопической аппендэктомией;

d) отказ от аппендэктомии, дальнейшая ревизия органов брюшной полости.

4. Выберите методы дооперационной диагностики, рекомендуемые для выполнения беременным с подозрением на острый аппендицит

a) эндоскопическая ультрасонография слепой кишки;

b) МРТ органов брюшной полости;

c) обзорная рентгенография брюшной полости;

d) УЗИ органов брюшной полости;

5. Выберите наиболее оптимальный способ лечения пациента с аппендикулярным абсцессом без признаков перитонита, выявленным на дооперационном этапе

a) экстренная аппендэктомия лапароскопическим доступом;

b) дренирование абсцесса чрескожным доступом под ультразвуковым или КТ-наведением с последующей консервативной терапией;

c) экстренная аппендэктомия лапаротомным доступом;

d) дренирование аппендикулярного абсцесса внебрюшинным доступом по Пирогову.

6. Для клинической картины разлитого аппендикулярного перитонита характерны

a) быстро нарастающая желтуха;

b) озноб;

c) волнообразная температура;

d) резкие боли во всех отделах живота;

7. Для острого аппендицита характерны

a) локальная боль в правой подвздошной области;

b) появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке («симптом рубашки»);

c) смещение боли из эпигастрия в правую подвздошную область в первые часы после начала заболевания;

d) тошнота и однократная рвота.

8. Для течения острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте характерны

a) более частая встречаемость первично-гангренозной формы;

b) стертая клиническая картина с преобладанием признаков интоксикации;

c) частое абортивное течение с быстрым купированием при консервативном лечении;

d) более быстрое развитие осложнений.

9. Дренировать полость малого таза после аппендэктомии необходимо в следующих случаях

a) при выявлении светлого прозрачного выпота в брюшной полости при неосложнённых формах острого аппендицита;

b) при местном гнойном перитоните;

c) при диффузном гнойном перитоните;

d) после любой аппендэктомии.

10. Каковы оптимальные сроки от установления диагноза острого аппендицита до оперативного вмешательства у пациента без органной дисфункции?

a) не более суток;

b) не более 2 часов;

c) 6 – 12 часов;

d) 2 – 6 часов.

11. Кому из пациентов с острым аппендицитом рекомендовано проведение предоперационной антибиотикопрофилактики в интервале 60 минут до разреза кожи?

a) только пациентам с острым аппендицитом, имеющим признаки местного или распространенного перитонита;

b) только пациентам с острым аппендицитом, имеющим признаки распространенного перитонита;

c) никогда не проводится;

d) всем больным с острым аппендицитом.

12. На 3 сутки после аппендэктомии из доступа по Волковичу-Дьяконову у пациента отмечаются резкие боли в нижних отделах живота, многократная рвота, вздутие живота. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При ультразвуковом исследовании отмечается расширение просвета тонкой кишки до 35 мм с маятникообразными движениями жидкости. При выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости зафиксирован единичный уровень. Какое осложнение развилось у больного?

a) острая ранняя спаечная кишечная непроходимость;

b) послеоперационный перитонит;

c) острый панкреатит;

d) послеоперационный парез кишечника.

13. Неотложная аппендэктомия показана

a) при наличии клинико-инструментальной картины острого аппендицита, осложненного перитонитом;

b) при наличии клинико-инструментальной картины острого аппендицита с исходом в аппендикулярный инфильтрат;

c) при наличии клинико-инструментальной картины острого аппендицита;

d) при наличии клинико-инструментальных признаков отграниченного периаппендикулярного абсцесса.

14. Оптимальный вариант хирургической тактики при остром неосложненном аппендиците

a) консервативная терапия и динамическое наблюдение;

b) экстренная операция;

c) аппендэктомия в плановом порядке после стихания воспалительных явлений и дообследования;

d) срочная операция при ухудшении состояния пациента.

15. Оптимальный способ операции у пациента с острым флегмонозным аппендицитом

a) лапароскопическая аппендэктомия, дренирование брюшной полости;

b) традиционная аппендэктомия из срединного лапаротомного доступа;

c) традиционная аппендэктомия из доступа по Волковичу-Дьяконову;

d) лапароскопическая аппендэктомия.

16. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга при остром аппендиците может свидетельствовать

a) об окклюзии просвета червеобразного отростка копролитом;

b) о развитии перитонита;

c) о перфорации червеобразного отростка;

d) о развитии пареза кишечника.

17. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга свидетельствует о наличии такого осложнения острого аппендицита, как

a) перитонит;

b) аппендикулярный инфильтрат;

c) острая кишечная непроходимость;

d) холангит.

18. Преимущества лапароскопической аппендэктомии по сравнению с традиционной при остром аппендиците заключаются в следующем

a) меньшая выраженность боли в послеоперационном периоде;

b) лучший косметический эффект;

c) более короткий период пребывания в стационаре и восстановления работоспособности;

d) снижение операционно-анестезиологического риска у пожилых пациентов с сердечно-легочной патологией.

19. Симптом Воскресенского при остром аппендиците – это

a) значительное усиление болей при пальпации в правой подвздошной области в положении на левом боку;

b) появление или усиление боли в правой подвздошной области при поднимании выпрямленной правой ноги (псоас-симптом);

c) усиление локальной болезненности при легком постукивании кончиком пальца в правой подвздошной области;

d) появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке («симптом рубашки»).

20. Симптом Кохера при остром аппендиците – это

a) появление локальной болезненности в правой подвздошной области при скользящем движении руки по брюшной стенке;

b) усиление боли в правой подвздошной области при толчкообразном надавливании на противоположной стороне брюшной стенки;

c) усиление локальной болезненности при пальпации в правой подвздошной области;

d) смещение боли из эпигастрия в правую подвздошную область в первые часы после начала заболевания.

21. Точнее всего позволяет провести дифференциальный диагноз между острым аппендицитом и острым мезаденитом

a) КТ брюшной полости;

b) УЗИ брюшной полости;

c) пальпация передней брюшной стенки;

d) эндоскопическая ультрасонография.

22. Традиционную аппендэктомию при остром флегмонозном аппендиците обычно заканчивают

a) установкой дренажа в малый таз;

b) установкой микроирригатора к куполу слепой кишки;

c) эвакуацией выпота из полости малого таза;

d) установкой дренажей в малый таз и правый латеральный канал.

23. Укажите осложнения острого аппендицита

a) пилефлебит;

b) аппендикулярный абсцесс;

c) острый гепатит;

d) аппендикулярный инфильтрат.

24. Укажите ситуации, при которых рекомендована ретроградная аппендэктомия при остром аппендиците

a) никогда не выполняется при остром аппендиците;

b) ретроцекальное расположение червеобразного отростка;

c) выраженный спаечный процесс в области купола слепой кишки;

d) ретроперитонеальное расположение червеобразного отростка.

25. Укажите факторы, затрудняющие диагностику острого аппендицита

a) пожилой возраст;

b) женщина детородного возраста;

c) молодой возраст;

d) мужской пол.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Острый холецистит – острое воспаление желчного пузыря, сопровождающееся местной и системной воспалительной реакцией или угрозой ее возникновения.

Этиология и патогенез.

Острый холецистит является самым частым осложнением желчекаменной болезни (ЖКБ). Примерно в 90% наблюдений острый холецистит развивается на фоне ЖКБ, а в 10% – при отсутствии камней в желчном пузыре и поэтому обозначается как острый бескаменный холецистит (сосудистый, ферментативный, паразитарный, пр.).

Основной причиной возникновения острого воспаления и некробиотических процессов в стенке ЖП является повышение внутрипузырного давления. Как правило, оно возникает из-за нарушения оттока желчи из желчного пузыря и воспалительного экссудата в результате обтурации камнем, комочком слизи, желчным сладжем и др. Снижение гемоперфузии стенки способствует нарушению слизистого барьера, проникновению и росту микроорганизмов, что, в

свою очередь, увеличивает воспалительную экссудацию в просвет органа. Процесс экссудации ведет к увеличению внутрипузырного давления, сдавлению внутристеночных сосудов, нарушению микроциркуляции и ишемии стенки желчного пузыря, выделению воспалительного экссудата в его просвет. У 10-15% пациентов ишемия стенки ЖП приводит к некрозу, перфорации, подпеченочному, внутрипеченочному или поддиафрагмальному абсцессам, местному или распространенному перитониту.

Классификация.

По этиологии – калькулезный, бескаменный, паразитарный

По патогенезу – обтурационный, ферментативный, сосудистый

Клинико-морфологические формы – катаральный, флегмонозный, гангренозный, перфоративный

Клиника.

Развитию острого калькулезного холецистита обычно предшествует приступ желчной колики, спровоцированный употреблением жирной пищи, большим перерывом в еде, тряской ездой, резкими изменениями положения тела. Пациенты сообщают о наличии в прошлом подобных приступов.

При развитии ОХ боль нарастает, захватывая правое подреберье и эпигастральную область, может иррадиировать в межлопаточную область, правую лопатку или плечо. Боль по характеру постоянная или схваткообразная, тупая, иногда мучительная. Присоединяются признаки раздражения брюшины – усиление боли при сотрясении брюшной стенки и глубоком вдохе. Признаки разлитого перитонита определяются при перфорации ЖП.

Возможны рвота, вздутие живота, одышка. Наблюдается лихорадка низких градаций, реже – высокая с ознобом. Позднее возможно присоединение желтухи вследствие вовлечения в воспаление прилегающей ткани печени, желчных протоков и лимфоузлов.

В большинстве случаев продолжительность острого холецистита составляет 1-4 дня. Возможно самопроизвольное стихание воспалительного процесса или его прогрессирование с развитием жизнеугрожающих осложнений.

Острый холангит развивается у пациентов с холедохолитиазом и в классических случаях проявляется триадой Шарко: болью и наличием болезненности при пальпации в правом верхнем квадранте живота, гектической лихорадкой с ознобами, механической желтухой.

Дифференциальный диагноз необходимо производить с такими заболеваниями как правосторонняя нижнедолевая пневмония; инфаркт миокарда; опоясывающий лишай; язвенная болезнь в ст. обострения; перфоративная язва; острый панкреатит; гепатит; острая кишечная непроходимость; острый аппендицит.

Физикальное обследование.

Болезненность при пальпации/перкуссии в точке желчного пузыря – симптом **Захарьина.**

Болезненность при перкуссии в проекции желчного пузыря на высоте вдоха – симптом **Василенко**

Выраженная болезненность при введении пальцев под реберную дугу на высоте вдоха или при кашле – симптом **Мерфи**

Выраженная болезненность справа при поколачивании ребром ладони по реберной дуге слева и справа – симптом **Ортнера**

Выраженная болезненность при пальпации между ножками правой грудиноключично-сосцевидной мышцы – симптом **Мюсси-Георгиевского (френикус-симптом**).

Лабораторные диагностические исследования.

Общий анализ крови – показатель лейкоцитов крови более $10 \cdot 10^9$/л с увеличением числа нейтрофильных и палочкоядерных форм является полезным для подтверждения имеющегося воспалительного процесса.

Биохимический анализ крови – повышенный уровень С-реактивного белка, билирубина, щелочной фосфатазы, аланинаминотрансферазы, аспартатаминотрансферазы.

Инструментальные диагностические исследования.

Ультразвуковое исследование – наличие болезненного напряженного желчного пузыря, не деформирующегося при надавливании; увеличение продольного (>8 см) или поперечного (>4 см) размеров; утолщение стенки более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры (слоистость и неоднородность, «двойной контур»); наличие блокирующего конкремента в шейке желчного пузыря; наличие перивезикального жидкостного скопления.

наличием газа внутри стенки или в просвете ЖП и явных нарушений целостности стенки ЖП и перипузырного абсцесса.

Компьютерная томография желчного пузыря и желчевыводящих протоков – растяжение ЖП, утолщение его стенок, отек субсерозного слоя, утолщение слизистой оболочки с переходом процесса на ткань ложа ЖП, увеличение плотности перипузырной жировой клетчатки (как признак острого воспаления), наличие жидкости в перипузырном пространстве, перипузырный абсцесс, наличие газа в пределах желчного пузыря.

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости – наличие камней в ЖП, часто локализованных в его шейке или в пузырном протоке; утолщение стенки ЖП (более 3 мм); отек стенки ЖП; увеличение размеров ЖП (диаметр более 40 мм); наличие перипузырной жидкости; наличие жидкости вокруг печени; признаки перфорации ЖП, околопузырного абсцесса, холецистоэнтеральных свищей.

Эндоскопическое УЗИ (эндоУЗИ) панкреато-билиарной зоны и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) – методы диагностики, позволяющие с высокой точностью обнаруживать камни холедоха размером >5 мм. МРХПГ позволяет визуализировать анатомию желчного тракта без использования контрастного вещества и является чрезвычайно полезным методом: для исследования для обнаружения конкрементов в ВЖП; позволяет дифференцировать патологию поджелудочной железы и желчного тракта; может быть полезна в определении причины болей в правом верхнем квадранте у беременных.

Консервативное лечение.

- спазмолитики
- инфузионная терапия с целью коррекции метаболических нарушений (использование растворов, влияющих на водно-электролитный баланс, кровезаменителей и препаратов плазмы крови, перфузионных растворов)
- антибиотикотерапия.

Хирургическое лечение пациентам с ОХ рекомендуется выполнять в ранние сроки (до 72 часов) от начала заболевания.

Хирургическое лечение.

Активная хирургическая тактика, при которой вопрос о необходимости операции решается тотчас при установлении диагноза обтурационного или деструктивного холецистита

Пациентам молодого и зрелого возраста, без выраженной сопутствующей патологии, со сроком заболевания не более 3 суток, с отсутствием грубых рубцово-инфильтративных изменений в области шейки желчного пузыря и патологии внепеченочных желчных протоков по данным УЗИ, рекомендуется выполнение холецистэктомии по срочным показаниям, преимущественно – ранняя лапароскопическая холецистэктомия.

При необоснованном затягивании оперативного вмешательства в первые 5-7 суток, на второй неделе часто наблюдается развитие инфильтрата в подпеченочном пространстве, включающего измененный желчный пузырь (с явлениями флегмонозного или гангренозного воспаления), сальник, петли тонкой и толстой кишки, элементы печеночно-двенадцатиперстной связки.

Пациентам с высоким операционно-анестезиологическим риском, обусловленным декомпенсацией сопутствующих заболеваний, возрастом, осложнениями ЖКБ или выраженными воспалительно-инфильтративными изменениями рекомендуется **двухэтапное лечение**:

1 этап: декомпрессия или дренирование желчного пузыря (чрескожная пункция желчного пузыря или чрескожная чреспеченочная холецистостомия под контролем ультразвукового исследования).

2 этап: отсроченная операция: лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), холецистэктомия из минилапаротомного доступа (МХЭ), открытая холецистэктомия (ОХЭ).

При аномалиях строения желчных путей или высоком риске с целью безопасного завершения операции рекомендуется наложение холецистостомы или проведение субтотальной холецистэктомии (лапароскопической или открытой) или выполнение эндоскопического транспапиллярного дренирования ЖП с возможной отсроченной холецистэктомией.

ТЕСТЫ

1. В какие сроки от начала острого холецистита выполнение холецистэктомии является наиболее безопасным?

a) 5-7 сутки;

b) 7-14 сутки;

c) 2-3 сутки;

d) 3-5 сутки.

2. В каких ситуациях показана неотложная операция при остром холецистите?

a) отсутствие эффекта от проводимой консервативной терапии;

b) признаки гнойного холангита;

c) дуоденостаз;

d) клиническая картина перитонита.

3. В какой ситуации показана экстренная операция при остром холецистите?

a) при перфорации желчного пузыря;

b) при сильном болевом синдроме;

c) при окклюзии пузырного протока;

d) при явлениях механической желтухи.

4. В чем заключаются преимущества лапароскопической холецистэктомии по сравнению с традиционной при остром холецистите?

a) более низкая летальность;

b) более короткий период пребывания в стационаре и восстановления работоспособности;

c) снижение операционно-анестезиологического риска у пациентов с сердечно-легочной патологией;

d) меньшая выраженность боли в послеоперационном периоде.

5. Возможные варианты хирургической тактики при остром калькулезном холецистите

a) экстренная операция;

b) амбулаторное наблюдение;

c) срочная операция;

d) консервативная терапия.

6. Возможные осложнения острого калькулезного холецистита

a) перитонит;

b) механическая желтуха;

c) подпеченочный абсцесс;

d) портальная гипертензия.

7. Возможные причины билиарной гипертензии у больных с острым калькулезным холециститом

a) хронический дуоденит;

b) холедохолитиаз;

c) рубцовый стеноз большого дуоденального сосочка;

d) острый реактивный панкреатит.

8. Выберите наиболее правильную тактику у пациента с острым флегмонозным холециститом при неэффективности инфузионно-медикаментозной терапии, проводившейся в течение двух суток?

a) усиление консервативной терапии;

b) включение в консервативную терапию антибиотиков;

c) срочное оперативное вмешательство;

d) лапароскопическое исследование для уточнения диагноза.

9. Выберите характерные ультразвуковые признаки острого холецистита?

a) утолщение стенки более 3 мм с признаками ее отека и нарушением эхоструктуры; наличие перивезикального жидкостного скопления;

b) наличие большого количества плотных конкрементов на фоне нормальных размеров желчного пузыря и толщины его стенки;

c) значительное увеличение размеров желчного пузыря на фоне выраженной билиарной гипертензии; истончение стенки желчного пузыря; отсутствие конкрементов в просвете желчного пузыря.

d) увеличение продольного (>8 см) или поперечного (>4 см) размеров желчного пузыря.

10. Для клинической картины гнойного холангита характерны все перечисленные признаки, кроме

a) гектической температуры;

b) озноба;

c) умеренных болей в правом подреберье;

d) пареза кишечника.

11. Для острого катарального холецистита характерно все перечисленное, кроме

a) симптома Мюсси-Георгиевского;

b) напряжения мышц брюшной стенки в правом подреберье и положительного симптома Щеткина-Блюмберга;

c) симптома Мерфи;

d) симптома Ортнера.

12. Для первичной диагностики острого холецистита целесообразно выполнить

a) эндоскопическую ретроградную холангиопанкреатографию;

b) лапароскопию;

c) чрескожную чреспеченочную холангиографию;

d) УЗИ брюшной полости.

13. Для эмпиемы желчного пузыря при остром холецистите характерно

a) болезненность при пальпации в области желчного пузыря;

b) воспалительный инфильтрат при пальпации в правом подреберье;

c) фебрильная температура тела;

d) резкое утолщение стенок желчного пузыря.

14. К интраоперационным методам исследования внепеченочных желчных путей относится все, кроме

a) холангиографии;

b) холедохоскопии;

c) зондирования холедоха;

d) внутривенной холангиографии.

15. К развитию механической желтухи при остром холецистите приводят

a) окклюзионный холецистит;

b) холедохолитиаз;

c) перитонит;

d) «вколоченный» камень большого дуоденального сосочка.

16. Какая тактика показана пациенту 76 лет с острым гангренозным холециститом и местным перитонитом?

a) тактика зависит от длительности заболевания;

b) экстренное оперативное вмешательство;

c) срочная операция при отсутствии эффекта от консервативного лечения;

d) отсроченная операция (в «холодном периоде»).

17. Какие симптомы характерны для острого холецистита?

a) предшествующая погрешность в диете;

b) острое начало болевого синдрома;

c) развитие болевого синдрома после многократной рвоты;

d) нарастающая боль в правом подреберье натощак.

18. Какие симптомы чаще всего встречаются при остром неосложненном холецистите?

a) снижение или исчезновение «печеночной тупости» при перкуссии;

b) отсутствие пульсации брюшной аорты в эпигастральной области;

c) болезненность при пальпации в правом подреберье;

d) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге.

19. Какое вмешательство целесообразнее всего выполнить при небольшом желчеистечении по дренажу из брюшной полости после срочной холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита?

a) лапаротомия, ревизия внепеченочных желчных протоков;

b) дополнительное УЗ-дренирование брюшной полости;

c) лапароскопическая ревизия внепеченочных желчных протоков;

d) ЭРХГ, билиодуоденальное стентирование.

20. Какой симптом не характерен для клиники острого холангита?

a) боль в правом подреберье;

b) лейкоцитоз;

c) гипертермия;

d) неустойчивый жидкий стул.

21. Какую операцию целесообразнее произвести больному 80 лет с острым флегмонозным холециститом и тяжелой соматической патологией при неэффективности консервативной терапии?

a) лапароскопическую холецистостомию;

b) холецистэктомию из доступа по Кохеру;

c) холецистэктомию из мини-доступа;

d) УЗ-дренирование желчного пузыря.

22. Классификационные принципы острого холецистита

a) по клинико-морфологической форме;

b) по возрасту;

c) по тяжести;

d) по этиологии и патогенезу.

23. Когда показана экстренная операция при остром холецистите?

a) при сочетании острого холецистита с острым холангитом;

b) при наличии симптомов перитонита;

c) при сочетании острого холецистита с механической желтухой;

d) у всех пациентов с острым холециститом.

24. Методика обследования, чаще всего используемая при остром холецистите

a) МРТ брюшной полости;

b) МЭРХПГ;

c) КТ брюшной полости;

d) УЗИ органов брюшной полости.

25. Назовите компоненты стандартного консервативного лечения пациентов с острым холециститом средней степени тяжести?

a) гормональная терапия;

b) спазмолитическая терапия;

c) антибактериальная терапия;

d) инфузионная терапия.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Острый панкреатит – представляет собой асептическое воспаление демаркационного типа, в основе которого лежат некроз ацинарных клеток поджелудочной железы, и ферментная агрессия с последующим расширяющимся некрозом и дистрофией железы, при которых возможно поражение окружающих тканей и отдаленных органов, а также систем и присоединение вторичной гнойной инфекции.

Этиология.

- Острый алкогольно-алиментарный панкреатит – 55%.
- Острый билиарный панкреатит (возникает из-за желчного рефлюкса в панкреатические протоки при билиарной гипертензии) – 35%.
- Острый травматический панкреатит (вследствие травмы поджелудочной железы, в том числе операционной или после ЭРХПГ) 2 – 4 %.
- Другие этиологические формы причины: аутоиммунные процессы, сосудистая недостаточность, васкулиты, лекарственные препараты, инфекционные

заболевания, аллергические факторы, дисгормональные процессы при беременности и менопаузе, заболевания близлежащих органов (гастродуоденит, пенетрирующая язва, опухоли гепатопанкреатодуоденальной области) – 6–8%.

В патогенезе выделяют **первичные факторы агрессии**: ферменты поджелудочной железы: трипсин, химотрипсин, – вызывают протеолиз белков тканей; фосфолипаза А2 разрушает мембраны клеток; липаза гидролизует внутриклеточные триглицериды до жирных кислот и, соединяясь с кальцием, приводит к липолитическому некрозу в поджелудочной железе, забрюшинной клетчатке и брыжейке тонкой и толстой кишки; эластаза разрушает стенку сосудов и межтканевые соединительнотканные структуры, что приводит к некрозу.

Вторичные факторы агрессии: ферменты поджелудочной железы активируют калликреин –кининовую системы с образованием биологически активных веществ: брадикинин, гистамин, серотонин, которые приводят к увеличению сосудистой проницаемости, нарушениям микроциркуляции, отеку, повышенной экссудации и микротромбозу, ишемии, гипоксии и ацидозу тканей.

Третичные факторы агрессии: макрофаги, мононуклеарные клетки, нейтрофилы на фоне нарушений микроциркуляции, СВР, гипоксии продуцируют цитокины (интерлейкин, фактор некроза опухоли, фактор активации тромбоцитов, простагландины, тромбоксан, лейкотриены, оксид азота), что способствует угнетению иммунного статуса.

Факторы агрессии четвертого порядка, образующиеся в поджелудочной железе, жировой клетчатке, стенке кишечника, брюшной полости увеличивают проницаемость стенки кишки, происходит транслокация кишечной флоры, способствуют поступлению токсинов в портальный и системный кровоток и лимфатическое русло с поражением органов мишеней: печени, легких, почек, сердца, мозга, кишечника, слизистых желудка и кишечника.

Фазовость течения панкреонекроза.

Ранняя фаза. IA период. 1 неделя. В этот период происходит формирование очагов некроза в паренхиме поджелудочной железы или окружающей клет-

чатке различного объёма и развитие эндотоксикоза. Максимальный срок формирования некроза в поджелудочной железе обычно составляет трое суток, после этого срока он в дальнейшем не прогрессирует. В брюшной полости происходит накопление ферментативного выпота (ферментативные перитонит и парапанкреатит), который является одним из источников эндотоксикоза. При тяжёлых формах заболевания в клинической картине могут преобладать явления органной (полиорганной)недостаточности: сердечно-сосудистой, дыхательной, почечной, печеночной и др.

Ранняя фаза. IB период. 2 неделя. реакцией организма несформировавшиеся очаги некроза (как в поджелудочной железе, так и в парапанкреальной клетчатке). Клинически превалируют явления резорбтивной лихорадки, формируется перипанкреатический инфильтрат.

Поздняя фаза. II период. Секвестры в поджелудочной железе и в забрюшинной клетчатке обычно начинают формироваться с 14-х суток от начала заболевания. При отторжении крупных фрагментов некротизированной ткани поджелудочной железы может происходить разгерметизация её протоковой системы и образование внутреннего панкреатического свища. От конфигурации панкреонекроза (локализации, глубины, отношения к главному панкреатическому протоку и др.) и объёма оставшейся жизнеспособной паренхимы поджелудочной железы зависят: количество, масштабы и скорость распространённости жидкостного образования в забрюшинном пространстве, риск инфицирования и развития других осложнений. Возможно два варианта течения этой фазы:

- асептическая секвестрация – стерильный панкреонекроз характеризуется образованием изолированного скопления жидкости в области поджелудочной железы и постнекротических кист;
- септическая секвестрация возникает при инфицировании некроза паренхимы поджелудочной железы и парапанкреальной клетчатки с дальнейшим развитием гнойных осложнений. Клинической формой данной фазы заболевания является инфицированный панкреонекроз.

Классификация.

Острый панкреатит лёгкой степени. Панкреонекроз при данной форме острого панкреатита не образуется (отёчный панкреатит), и органная недостаточность не развивается.

Острый панкреатит средней степени. Характеризуется наличием либо одного из местных проявлений заболевания: острое перипанкреатическое жидкостное скопление, остронекротическое скопление, перипанкреатический инфильтрат, ПКПЖ, отграниченный некроз, –или/и развитием общих проявлений в виде транзиторной органной недостаточности (не более48 часов).

Острый панкреатит тяжёлой степени. Характеризуется наличием либо инфицированного панкреонекроза (гнойно-некротического парапанкреатита), или/и развитием персистирующей органной недостаточности (более 48 часов).

Диагностика.

Жалобы и анамнез. Выраженная боль в эпигастрии с иррадиацией в спину или опоясывающего характера, многократная рвота, напряжение мышц в верхней половине живота. Чаще всего появлению симптомов предшествует обильный прием пищи или алкоголя, наличие желчнокаменной болезни. Типичный болевой синдром возникает при остром панкреатите всегда. Обычно он интенсивный, стойкий, не купируется спазмолитиками и анальгетиками.

Физикальное обследование. Пациенты с ОП, как правило, беспокойны. В ранние сроки заболевания температура тела субфебрильная, при прогрессировании процесса может наблюдаться гектическая лихорадка. Уровень артериального давления в начале заболевания в пределах нормы, в дальнейшем наблюдается тенденция к гипотонии. Живот участвует вдыхании, вздут; кожа и слизистые оболочки чаще бледные, могут отмечаться желтуха и иктеричность склер, цианоз лица и конечностей. В поздние сроки заболевания цианоз может смениться яркой гиперемией кожных покровов, особенно лица.

В основе перечисленных признаков лежат быстропрогрессирующие гемодинамические и микроциркуляторные расстройства. Язык сухой, обложен. При пальпации определяются боль в эпигастральной области, редко в сочетании с

напряжением мышц передней брюшной стенки и симптомом Щеткина-Блюмберга; симптомы Воскресенского (отсутствие пульсации брюшного отдела аорты из-за увеличения в размерах поджелудочной железы и отека забрюшинной клетчатки), Мейо-Робсона (выраженная болезненность при пальпации поясничной области, особенно левого реберно-позвоночного угла), Керте (поперечная болезненная резистентность передней брюшной стенки в проекции поджелудочной железы). При перкуссии наблюдается: выраженный тимпанит вследствие пареза поперечной ободочной кишки; притупление в отлогих местах живота при наличии выпота в брюшной полости. При аускультации отмечается ослабление или отсутствие кишечных шумов как проявление динамической кишечной непроходимости.

Лабораторные диагностические исследования.

- общий анализ крови и мочи,
- биохимический анализ крови с определением белка, билирубина, определение активности аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы в крови, мочевины, креатинина, глюкозы, амилазы.
- при средней/тяжёлой степени необходимыми исследованиями являются коагулограмма, определение уровня С-реактивного белка, липазы

Инструментальные диагностические исследования.

Характерными признаками по данным **УЗИ** являются: увеличение размеров, снижение эхогенности, нечёткость контуров поджелудочной железы; наличие жидкости в сальниковой сумке и свободной жидкости в брюшной полости.

При оценке **КТ** у пациентов с тяжёлым панкреатитом целесообразно учитывать конфигурацию некроза и распространенность парапанкреатита. Конфигурация некроза – взаиморасположение глубокого поперечного некроза и жизнеспособной паренхимы.

Картина морфологических изменений острого панкреатита на **КТ и МРТ** схожа. МРТ с диагностической целью целесообразна у пациентов с билиарным панкреатитом, у которых отмечается повышение уровня ферментов печени, а общий желчный проток либо не визуализируется адекватно, либо считается

нормальным при ультразвуковом исследовании, при наличии технической возможности.

Для установления диагноза возможно использование диагностической **лапароскопии**.

Консервативное лечение.

В состав базисного комплекса входят: голод в течение суток, спазмолитики, инфузионная терапия в объёме ~ 40 мл на 1 кг массы тела пациента в сутки в течение 24-48часов, антисекреторная терапия (назначается с целью лечения имеющейся, как правило, сопутствующей патологии – острый эзофагит, острый гастродуоденит, острая язва желудка, ДПК). При отсутствии эффекта от проводимой базисной терапии в течение 6 часов следует констатировать среднетяжёлый (тяжёлый) панкреатит и перевести пациента в ОРИТ.

У всех пациентов при лёгком и среднетяжёлом ОП после купирования болевого синдрома и явлений желудочной диспепсии (тошнота, рвота), а также гиперферментемии (амилаза сыворотки крови менее 3 нормальных величин) рекомендуется щадящее питание естественным путём.

При наличии боли всем пациентам для улучшения качества жизни назначают анальгетики, особенно в первые 24 часа госпитализации. При неэффективности нестероидных противовоспалительных препаратов или наличии к ним противопоказаний могут быть использованы опиоиды.

Хирургическое лечение.

Показания к ***лапароскопии***: перитонеальный синдром, УЗ-признаки свободной жидкости в брюшной полости, дифференциальная диагностика.

Лечебные задачи: Удаление перитонеального экссудата и дренирование брюшной полости.

Эндоскопическая ретроградная папиллосфинктеротомия (ЭРПСТ). При наличии вклиненного камня большого дуоденального сосочка пациенту рекомендуется срочное (6-12 часов) восстановление пассажа желчи и панкреатического сока, оптимальным методом которого служит ЭРПСТ с литоэкстракцией,

после которой, при наличии возможностей, желательно выполнять дренирование главного панкреатического протока.

При гнойно-некротических осложнениях.

1 этап. У пациентов с осложненными формами острых жидкостных/некротических скоплений рекомендуется оперативное лечение, желательно с применением минимально инвазивных технологий: чрескожные, трансгастральные и трансдуоденальные пункции и дренирования под эндоУЗИ-наведением или при лапароскопии.

2 этап. У пациентов с осложненными формами острых жидкостных/некротических скоплений, при неэффективности минимально инвазивных способов вмешательств, рекомендуется их лечение из открытых (в т.ч. минилапаротомных и внебрюшинных) доступов, а также с помощью видео ассистированной забрюшинной некрэктомии без инсуффляции газа.

При неэффективности минимально инвазивного дренирования операцией выбора является санационная лапаротомия с некрсеквестрэктомией. Дренирование предпочтительно осуществлять внебрюшинными доступами. Оптимальными сроками выполнения первой санационной лапаротомии/люмботомии с некрсеквестрэктомией будут 4-5 недели заболевания.

ТЕСТЫ

1. Выберите оптимальный вариант операции у больного с острым панкреатитом, осложненным гнойно-некротическим парапанкреатитом:

a) Лапаротомия, рассечение капсулы поджелудочной железы, наружное дренирование и тампонирование парапанкреатической клетчатки;

b) Лечебная лапароскопия, холецистостомия;

c) Лапаротомия, холецистотомия, наружное дренирование протока поджелудочной железы;

d) Лапаротомия, некрсеквестрэктомия, дренирование и тампонирование всех гнойных очагов.

2. Какие осложнения острого панкреатита требуют экстренной операции?

a) Ложная киста;

b) Портальная гипертензия;

c) Инфильтрат в эпигастрии без признаков нагноения;

d) Гнойный парапанкреатит.

3. В развитии острого панкреатита главенствующая роль принадлежит:

a) микробной флоре;

b) аутоферментной агрессии;

c) микроциркуляторным нарушениям;

d) венозному стазу.

4. К постнекротическим осложнениям острого панкреатита относятся:

a) панкреатический шок;

b) острая печеночная недостаточность;

c) абсцесс сальниковой сумки;

d) панкреатогенный перитонит.

5. В первые трое суток заболевания острым панкреатитом противопоказано применение:

a) УЗИ;

b) гастроскопии;

c) ЭРХПГ;

d) лапароскопии.

6. У больного 30 лет с деструктивным панкреатитом на 14-й день заболевания появились гектическая температура, озноб, тахикардия, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, инфильтрат в эпигастрии. Это:

a) холангит;

b) киста поджелудочной железы;

c) забрюшинная флегмона;

d) нагноившаяся псевдокиста поджелудочной железы.

7. Рентгеновский признак острого панкреатита:

a) свободный газ под левым куполом диафрагмы;

b) увеличение тени печени;

c) расширение петли поперечной ободочной и тощей кишок;

d) чаши Клойбера,"аркады" или "органные" трубы.

8. При остром панкреатите не может быть:

a) обтурационная кишечная непроходимость;

b) ферментативный перитонит;

c) абсцесс поджелудочной железы;

d) флегмона забрюшинной клетчатки.

9. На 15-е сутки у больного с деструктивным панкреатитом сохраняются выраженные явления интоксикации, температура тела 39˚ С, озноб, потливость, лейкоцитоз, гиперемия кожи в поясничной области. Диагноз:

a) забрюшинная флегмона;

b) абсцесс поджелудочной железы;

c) абсцесс сальниковой сумки;

d) гнойный перитонит.

10. При нагноившейся псевдокисте поджелудочной железы показана:

a) Консервативная антибиотикотерапия;

b) Консервативная дезинтоксикационная терапия;

c) Операция;

d) пункция через заднюю стенку желудка.

11. Основной пусковой момент в развитии острого панкреатита:

a) Инфекция;

b) Спазм 12-перстной кишки;

c) Воспаление желчного пузыря и желчных путей;

d) Рефлюкс желчи и дуоденального содержимого в панкреатический проток.

12. В диагностике острого панкреатита наиболее информативны: 1) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости; 2) Целиакография; 3) МРТ; 4) Лапароскопия; 5) Ультрасонография. Правильным будет:

a) Все ответы верны;

b) 2, 3, 4;

c) 2, 4, 5;

d) 3, 4, 5.

13. У больного, перенесшего месяц назад панкреонекроз, в верхних отделах живота определяется объемное образование, умеренно болезненное с флюктуацией в центре. Температура в пределах нормы: диагноз?

a) Псевдотуморозный панкреатит;

b) Абсцесс сальниковой сумки;

c) Ложная киста поджелудочной железы;

d) Истинная киста поджелудочной железы.

14. Наиболее характерная рвота при остром панкреатите:

a) Однократная, приносящая облегчение;

b) Многократная, не приносящая облегчения;

c) Уменьшается и проходит после приема жидкости;

d) Однократная, не приносящая облегчение.

15. К острому панкреатиту относятся все формы, кроме:

a) Отечный панкреатит;

b) Псевдотуморозный панкреатит;

c) Жировой панкреонекроз;

d) Геморрагический панкреонекроз.

16. К прямым эндоскопическим признакам деструктивного панкреатита относятся:

a) Фибрин и гнойный выпот вдоль малой кривизны желудка;

b) Белесоватого цвета пятна различной величины и формы на париетальной брюшине, серозе абдоминальных органов, большом и малом сальниках;

c) Геморрагическая жидкость в брюшной полости;

d) Деформация желудка в виде "седла" за счет смещения его дистального отдела кпереди.

17. VARD-технология при лечении острого панкреатита – это

a) видеоассистированная забрюшинная некрэктомия из мини-доступа без инсуффляции газа;

b) видеоэндоскопическое трансгастральное дренирование сальниковой сумки саморасширяющимся стентом;

c) лапароскопическое дренирование забрюшинного пространства;

d) чрескожное дренирование забрюшинного пространства.

18. В какие сроки обычно начинается формирование секвестров поджелудочной железы при остром некротическом панкреатите?

a) с 7 суток;

b) через месяц от начала заболевания;

c) с первых суток;

d) с 14 суток.

19. В какие сроки, как правило, реализуется II фаза течения острого некротического панкреатита?

a) с первой недели заболевания;

b) с первых суток заболевания;

c) с третьей недели заболевания;

d) со второй недели заболевания.

20. В каких случаях пациентам с острым панкреатитом показано выполнение КТ в ранние сроки от начала заболевания?

a) при необходимости подтверждения тяжести по выявленным клиническим прогностическим признакам тяжёлого острого панкреатита;

b) при неясности диагноза и дифференциальной диагностике с другими заболеваниями;

c) всем пациентам с подозрением на острый панкреатит;

d) при отсутствии эффекта от консервативного лечения.

21. Возможные варианты проведения оперативных вмешательств у пациентов с острым панкреатитом и осложненными формами острых жидкостных/некротических скоплений

a) трансгастральные или трансдуоденальные пункции;

b) дренирования под эндоУЗИ-наведением;

c) лапароскопическое дренирование брюшной полости и/или забрюшинного пространства;

d) чрескожное дренирование.

22. Какие задачи помогает решить неотложная видеолапароскопия при остром панкреатите?

a) прогностические;

b) диагностические;

c) лечебные;

d) статистические.

23. Клинико-патофизиологические характеристики острого панкреатита

a) некроз ацинарных клеток поджелудочной железы;

b) ферментная агрессия;

c) формирование панкреатиколитов в просвете главного и/или добавочного протоков поджелудочной железы;

d) асептическое воспаление демаркационного типа.

24. Критерии, при наличии которых выставляется диагноз инфицированного панкреонекроза

a) положительный результат бактериологического исследования перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы отделяемого, полученного при санирующей операции;

b) диффузные или очаговые зоны нежизнеспособной паренхимы поджелудочной железы, которые, как правило, сочетаются с некрозом забрюшинной жировой клетчатки;

c) пузырьки воздуха в зоне панкреонекроза, выявленные при компьютерной томографии;

d) положительный результат бактериологического исследования перитонеальной жидкости на аэробные и факультативно-анаэробные условно-патогенные микроорганизмы аспирата, полученного при тонкоигольной пункции.

25. Критерий для оказания специализированной медицинской помощи в медицинских организациях третьего уровня

a) острый панкреатит тяжелой степени;

b) острый панкреатит средней степени тяжести;

c) острый панкреатит лёгкой степени тяжести;

d) любая степень тяжести острого панкреатита.

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА

Язва желудка с прободением или язва двенадцатиперстной кишки с прободением – острое хирургическое заболевание, возникающее в зоне язвы в результате сквозного разрушения стенки желудка или двенадцатиперстной кишки, с проникновением содержимого в свободную брюшную полость.

В зависимости от локализации выделяют язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов; дна, тела и антрального отдела желудка, расположенные по передней и задней стенкам, малой и большой кривизне; язвы привратника/зоны пилоропластики); язвы двенадцатиперстной кишки (передняя и задняя стенка луковицы, малая и большая кривизна луковицы, циркулярные и полуциркулярные язвы луковицы; залуковичные язвы); сочетанные язвы желудка и ДПК.

Классификация.

***По этиологии*:** прободение хронической и острой язвы (гормональной, стрессовой или др.);

По локализации: язвы желудка (с указанием анатомического отдела); язвы двенадцатиперстной кишки (с указанием анатомического отдела);

По клинической форме: прободение в свободную брюшную полость (типичное, прикрытое); атипичное прободение (в сальниковую сумку, малый или большой сальник – между листками брюшины, в забрюшинную клетчатку, в

изолированную спайками полость); сочетание прободения с другими осложнениями язвенного процесса (кровотечение, стеноз, пенетрация, малигнизация); ***По выраженности перитонита*** (согласно действующей классификации).

Характерные клинические признаки ПЯ:

- Острое начало заболевания с «кинжальной» болью в животе (**симптом Дьелафуа**).
- Напряжение мышц живота («доскообразный живот»).
- Боль при пальпации живота.

Физикальное обследование:

Положение пациента, вынужденное с согнутыми коленями, боль усиливается при движении, страдальческое выражение лица, кожные покровы бледные, губы цианотичны, сухость слизистой рта и губ.

Артериальное давление снижено на 5-10%, пульс замедлен (**симптом Грекова**), дыхание частое, поверхностное.

Передняя брюшная стенка напряжена (**«доскообразное» напряжение**).

В первый час заболевания появляются положительные симптомы раздражения брюшины: **Щеткина-Блюмберга**.

При перкуссии живота появляется резкая боль. Можно установить исчезновение печеночной тупости (**симптом Кларка**) и появление высокого тимпанита над печенью (**симптом Спижарного**) – 37%. При наличии жидкости в нижних и боковых отделах живота определятся притупление или тупость перкуторного звука (**симптом Де Кервена**).

Диагноз прободной язвы устанавливается на основании:

анамнестических данных (характерные жалобы на внезапно возникшую острую «кинжальную» боль в эпигастральной области, язвенный анамнез); **физикального обследования** (напряжённость мышц брюшной стенки, выраженная болезненность при пальпации); инструментального обследования (наличие свободного газа в брюшной полости по данным лучевых методов обследования, визуализация язвенного дефекта с перфорацией при эзофагогастродуоденоскопии.

Инструментальные диагностические исследования.

Обзорная рентгенография органов брюшной полости для обнаружения свободного газа.

Компьютерная томография позволяет выявить: свободный газ в брюшной полости, свободную жидкость в брюшной полости, утолщение желудочной или дуоденальной стенок в зоне язвы, обнаружить язву и перфоративное отверстие.

Ультразвуковым симптомом перфорации язвы является перерыв наружного контура стенки органа в области язвенного дефекта, который заполнен высокоэхогенным содержимым и располагается именно в зоне утолщения. Язвенный дефект при УЗИ наиболее часто выглядит в виде конуса или неправильного конусовидного образования «рыбьего глаза».

Эзофагогастродуоденоскопия рекомендуется пациентам с подозрением на ПЯ при неоднозначной клинико-инструментальной картине (отсутствие симптомов перитонита, отсутствие рентгенологических признаков пневмоперитонеума) и для диагностики других осложнений язвенной болезни (кровотечение, стеноз пилородуоденальной зоны).

Диагностическая лапароскопия. Результаты: выявление характерного перитонеального экссудата с примесью желудочного содержимого или желчи, обнаружение перфоративного отверстия, и его локализации, размеров оценка наличия, распространённость и выраженность перитонита.

Лечение.

Основным подходом признано экстренное хирургическое лечение.

Консервативный метод лечения ПЯ применяется только при категорическом отказе пациента и родственников от операции или невозможности выполнить операцию из-за крайней тяжести состояния пациента, при наличии абсолютных противопоказаний к хирургическому лечению.

Виды хирургических вмешательств:

- ушивание прободного отверстия
- иссечение прободной язвы
- резекция желудка.

При невозможности устранения гигантских прободных язв (более 2 см), осложнённых обширным плотным инфильтратом, в рамках одного вмешательства, возможно разделить операцию на 2 этапа:

1-й этап – экстренный – производится ушивание прободного отверстия независимо от локализации;

2-й этап – плановый, выполняется резекция желудка или гастрэктомия, с возможной резекцией вовлечённых в воспалительный процесс органов.

У пациентов с ПЯ и стабильными показателями витальных функций предпочтительно выполнение хирургического вмешательства лапароскопическим доступом.

ТЕСТЫ

1. Атипичным является прободение язвы в

   a) свободную брюшную полость;

   b) изолированную спайками полость;

   c) забрюшинную клетчатку;

   d) сальниковую сумку.

2. Показания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы

   a) размеры прободного отверстия менее 10 мм при язве желудка и менее 6 мм – при язве двенадцатиперстной кишки;

   b) локализация прободного отверстия на передней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки;

   c) размеры прободного отверстия менее 12 мм при язве желудка и менее 8 мм – при язве двенадцатиперстной кишки;

   d) локализация прободного отверстия на задней стенке желудка или двенадцатиперстной кишки.

3. При хирургическом лечении пациентов с прободной язвой применяется

   a) ушивание прободного отверстия;

   b) метод Тейлора;

   c) резекция желудка;

   d) иссечение прободной язвы.

4. Противопоказания к лапароскопическому ушиванию прободной язвы

a) каллезная язва;

b) поздняя госпитализация – более 18 часов после начала заболевания;

c) подозрение на малигнизацию язвы;

d) поздняя госпитализация – более 24 часов после начала заболевания.

5. Ушивание прободного отверстия противопоказано при

a) стенозе пилородуоденальной зоны;

b) подозрение на малигнизацию язвы;

c) прободение гигантской язвы;

d) прободение средней язвы.

6. Характерными клиническими признаками перфорации (прободения) язвы являются

a) боль при пальпации живота;

b) напряжение мышц живота ("доскообразный живот");

c) острое начало заболевания с "кинжальной" болью в животе;

d) внезапное исчезновение боли.

7. Характерными признаками прободной язвы являются

a) свободный газ в брюшной полости;

b) наличие "ниши" на рельефе слизистой оболочки;

c) наличие прободного отверстия;

d) свободная жидкость в брюшной полости.

8. В момент прободения язвы желудка или двенадцатиперстной кишки наиболее часто встречается

a) внезапно возникшая интенсивная боль;

b) схваткообразная боль;

c) жидкий стул;

d) пароксизм тахикардии.

9. Наиболее частой локализацией прободения у больных с язвенной болезнью является

a) малая кривизна желудка;

b) большая кривизна желудка;

c) пилорический отдел желудка;

d) двенадцатиперстная кишка.

10. Одним из главных признаков прободения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки является

a) болезненность при пальпации в эпигастрии;

b) симптом Склярова («шум плеска»);

c) «доскообразный» живот;

d) болезненность при пальпации в поясничной области.

ОСТРЫЙ ГНОЙНЫЙ ПЕРИТОНИТ

Перитонит – воспаление париетальной и висцеральной брюшины, возникающее в результате заболеваний и повреждений органов брюшной полости и малого таза, имеющее клиническую картину самостоятельного заболевания, представляющее собой комплекс тяжелых патофизиологических реакций и в течение короткого времени приводящее к серьезному, часто необратимому поражению жизненно важных органов и систем.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА

По характеру развития

Первичный, вызванный гематогенным или лимфогенным инфицированием, но в брюшной полости нет источника инфекции (Спонтанный перитонит у детей; Спонтанный перитонит у взрослых; Перитонит, связанный с определенными заболеваниями (туберкулез, сифилис, гонорея).

Вторичный – инфицирование вследствие травм и хирургических заболеваний и в брюшной полости есть источник инфекции

Третичный (автономный) – персистирующий, вялотекущий, вызванный иммунодефицитом, на фоне суперинфекции. Это персистирующий (автономный

перитонит) вторичный перитонит, несмотря на устранение источника инфекции на устранение источника инфекции

Четвертичный перитонит. формирование «свежего» источника инфекции при третичном перитоните.

По распространенности

Местный занимающий одну-две анатомические области

Распространенный поражены 2 и более анатомических области

Экссудат и его примеси: серозный, фибринозный, гнойный, геморрагический

Примеси: кишечное содержимое, желчь, моча, кровь.

По тяжести клинического течения (фазы) перитонита:

1. Перитонит без признаков абдоминального сепсиса (реактивная фаза).
2. Абдоминальный сепсис (фаза острой энтеральной недостаточности).
3. Тяжелый абдоминальный сепсис (фаза полиорганной недостаточности).
4. Септический (инфекционно-токсический) шок

Этиология

- острое протекание заболевания в брюшине, которое требует немедленного выполнения операции;
- последствия хирургического вмешательства;
- травма живота;

Эндотоксикоз определяется источниками, «включаются» стадийно:

- Первая фаза – первичный источник перитонита и экссудат брюшной полости;
- Вторая фаза – паретичная кишка: энтеральная недостаточность, синдром интраабдоминальной гипертензии;
- Третья фаза – нарастание эндотоксикоза за счет аутокаталитических процессов и нарушения метаболизма в других органах и системах.
- Четвертая фаза – тяжелая полиорганная недостаточность

Прогрессирующий парез кишечника, сопровождается:

– нарушением резорбтивной и барьерной функций кишечника;

– транслокацией толстокишечной микрофлоры в тонкую кишку;

– секвестрацией жидкости в кишечнике;

– заменой полостного и пристеночного пищеварения симбионтными его формами с участием микробных протеолитических ферментов, что сопровождается процессами брожения, гниения, газообразования и повышением внутрикишечного давления;

– многократной рвотой (вследствие переполнения кишечника секвестрированной жидкостью);

– глубокими нарушениями белково-энергетического и водно-электролитного равновесия сначала в интерстициальном секторе, а затем и в клеточном;

– сдавлением кишечной стенки между распирающими кишку газами, с одной стороны, и ригидной брюшной стенкой, с другой;

– острой ишемией сдавленной кишечной стенки при повышении внутрикишечного давления выше 35 мм рт. ст. и некробиотическими изменениями в ишемизированных участках;

– повышением проницаемости ишемизированных участков стенки кишечника, вследствие чего происходит транслокация кишечной микрофлоры в брюшную полость, воротную вену и лимфатические пути забрюшинного пространства;

– эндотоксикозом.

2 фаза абдоминальный сепсис, который характеризуется наличием очага инфекции в брюшной полости, двух или более признаков синдрома системного воспалительного ответа, синдромом энтеральной недостаточности и эндотоксикозом.

3 фаза тяжелый абдоминальный сепсис, который характеризуется прорывом микрофлоры через РЭС печени и через барьер каскада забрюшинных и средостенных лимфатических узлов в кровь, бактериемией, тяжелым эндотоксикозом, артериальной гипотензией, нарушением тканевой перфузии и полиорганной недостаточностью.

4 фаза септический (инфекционно-токсический) шок, который характеризуется признаками тканевой и органной гипо-перфузии, неуправляемой артери-

альной гипотензией, стойко удерживающейся ниже 90 мм рт. ст. и не устраняющейся с помощью адекват-ной инфузионной терапии, применения инотропной и вазопрессорной поддержки. Сопровождается гиперлактатемией (лактат плазмы крови более 2 ммоль/л) и требующей использования катехоламинов для поддержания среднего артериального давления выше 65 мм рт. ст.

Клиническая картина перитонита определяется рядом факторов и связана с выраженностью патологических синдромов:

1. Первичным заболеванием или повреждением.
2. Распространенностью перитонита.
3. Стадией (фазой) перитонита.
4. Возрастом и реактивностью больного.
5. Сопутствующими болезнями.

Общие симптомы перитонита

– острое внезапное начало или усиление болей на фоне предшествующего хронического воспалительного процесса;

– вынужденное положение на спине и ограниченная подвижность больного, иногда приведение бедер к животу – при локализации процесса в нижних отделах живота, или полусидячее (вынужденное возвращение из горизонтального);

– явления интоксикации и тканевой гипоксии (бледность кожных покровов, цианоз губ и носа, акроцианоз, заострение черт лица – до лица Гиппократа;

Тахикардия, снижение цифр системного артериального давления, симптом мраморного пятна в области ногтевого ложа (симптом Гведела – нажатие на ногтевую пластинку, кожу лба, мочку уха – симптом белого пятна, в норме восстанавливается через 2 с, при недостаточности капиллярной перфузии 3 с и более – шок, гиповолемия), снижение ЦВД, тахипноэ с явлениями острой дыхательной недостаточности, явления печеночно-почечной недостаточности (олиго- или анурия, желтушное окрашивание кожи и слизистых, азотемия, билирубинемия), прогрессирующее обезвоживание (рвота, сухая кожа, апатия,

усталость, судороги в икроножных мышцах, ацетонурия, спавшие вены, головокружение, обмороки).

Сверхпризнак всех абдоминальных катастроф – Напряжение мышц передней брюшной стенки (defense musculaire, мышечная защита). Максимальное проявление – доскообразный живот. Может отсутствовать у многократно рожавших женщин, у тучных, у пожилых.

Стадии развития гнойного перитонита. Выделяют:

• реактивную – её продолжительность составляет одни сутки. Основным симптомом является сильный болевой синдром, распространяющийся по всему животу;

• токсическую – длительностью до трёх суток. Характеризуется тем, что наблюдается мнимое улучшение состояния человека. Болезненность стихает или полностью исчезает. Проявляются признаки интоксикации. При диагностировании заболевания на такой стадии, летальный исход наступает у каждого четвёртого пациента;

• терминальную – симптомы болезни начинают проявляться спустя трое суток с начала формирования воспалительного процесса.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

В диагностике перитонита чаще всего используется обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полости. Наиболее информативна она и в случаях диагностики перфорации полых органов (серп газа под куполом диафрагмы) и непроходимости кишечника (чаши Клойбера). В других случаях косвенными признаками перитонита являются ателектаз нижних отделов легкого, высокое стояние купола диафрагмы, выявление затемнения и нечеткая визуализация купола диафрагмы.

Лапароскопия – инвазивный метод, позволяющий визуализировать патологию и в ряде случаев выполнить лечебное пособие – лапароскопическое удаление источника перитонита с санацией и дренированием брюшной полости.

ЛЕЧЕНИЕ

КОНСЕРВАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Сроки подготовки к операции не должны превышать 2-6 ч. С учётом индивидуальных различий в зависимости от возраста больного, массы тела, наличия сопутствующих заболеваний.

Общая схема предоперационной подготовки включает:

- катетеризацию центральной вены, мочевого пузыря, желудка; внутривенное введение кристаллоидных растворов в объёме до 1000-1500 мл;
- переливание 400-500 мл коллоидных растворов для восполнения объёма циркулирующей жидкости;
- коррекцию гемодинамики и транспорта кислорода;
- внутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Основные этапы оперативного вмешательства

- устранение источника перитонита;
- интраоперационная санация и рациональное дренирование брюшной полости;
- дренирование кишечника, который при распространенных формах перитонита находится в состоянии пареза, применение всех средств ликвидации синдрома динамической кишечной недостаточности;
- выбор варианта завершения первичной операции и определение дальнейшей тактики ведения больного

Доступом выбора при распространенном перитоните является срединная лапаротомия, обеспечивающая возможность полноценной ревизии и санации всех отделов брюшной полости.

Санация брюшной полости – один из самых главных и ответственных этапов операции, качество выполнения которого во многом определяет динамику развития патологического процесса, а также необходимость проведения его последующих обработок.

В конце хирургического этапа лечения перитонита рекомендуется дренирование брюшной полости.

Существуют три основные стратегии по завершению первичной лапаротомии:

- традиционный (закрытый метод), когда после завершения всех основных этапов операции, брюшная полость зашивается наглухо;
- этапные операции с использованием полуоткрытых / полузакрытых технологий:
    - релапаротомия «по плану»;
    - релапаротомия «по требованию»;
- открытый живот (лапаростомия).

ТЕСТЫ

1. Границей между этажами брюшной полости считается:

    a) Горизонтальная плоскость, проведенная через верхние подвздошные ости;

    b) Горизонтальная плоскость, проведенная через нижний край реберных дуг;

    c) Поперечно-ободочная кишка и ее брыжейка;

    d) Брыжейка терминального отдела подвздошной кишки.

2. Какие последствия имеет гипоперфузия тканей в условиях перитонита?

    a) Энергетический дефицит;

    b) Нарушение клеточных функций;

    c) Повреждение мезосомальных мембран;

    d) Кислотно-щелочной дисбаланс.

3. В диагностике перитонита главную роль имеет:

    a) Клиническая картина;

    b) Радиологические исследования;

    c) Лабораторные тесты;

    d) Лапароскопия.

4. Хроническое течение типично для:

a) Гнойного перитонита;

b) Желчного перитонита;

c) Туберкулезного перитонита;

d) Калового перитонита.

5. Гемолейкограмма при остром перитоните может дать следующие результаты:

a) Показатели на уровне нормы;

b) Лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево;

c) Лейкопения;

d) Чаще наблюдается лейкопения.

6. Одно из утверждений относительного открытого лечения перитонита является неверным.

a) Уменьшение внутрибрюшной гипертензии;

b) Ликвидация септических очагов из брюшной полости более эффективна;

c) Раннее выявление осложнений;

d) Наименьшее образование вентральных грыж.

7. Максимальной эффективностью при лечении распространенных форм перитонита обладает:

a) Комбинированная антибиотикотерапия в сочетании с препаратами метронидазола;

b) Длительное использование одного сильного антибиотика широкого спектра;

c) Местное использование полусинтетических антибиотиков пенициллинового ряда;

d) Местное использование цефалоспоринов.

8. Показания для проведения программированной релапаротомии следующие:

a) Прогрессирующие клинические и параклинические проявления эндогенной интоксикации;

b) Эвентрация, эвисцерация или флегмона передней брюшной стенки;

c) Не полностью сформированный кишечный свищ, открывающийся в эвентрационную рану;

d) Анаэробный перитонит.

9. К начальной стадии (фазе) перитонита относятся все перечисленные симптомы, за исключением:

a) Болезненности тазовой брюшины при ректальном исследовании;

b) Тахикардии;

c) Резких электролитических сдвигов;

d) Напряжения мышц брюшной стенки.

10. Передней стенкой сальниковой сумки является:

a) Большой сальник;

b) Брыжейка поперечно-ободочной кишки;

c) Передняя брюшная стенка;

d) Задняя стенка желудка.

11. Перитонит считается первичным в случае:

a) возникновения на основе острого воспаления внутрибрюшных органов;

b) Инфекционной контаминации гематогенным или лимфогенным путем;

c) Перфорации полостных органов;

d) Повреждения желчных путей.

12. Из местных региональных симптомов перитонита самыми характерными являются:

a) Боли в животе;

b) Мышечная защита;

c) Притупление в отлогих зонах живота;

d) Растяжимость брюшной полости.

13. Клинически выделяют следующие стадии (фазы) перитонита:

a) Реактивная, токсическая, терминальная;

b) Латентная, интоксикации, реконвалесценции;

c) Острая, подострая, хроническая;

d) Продромальная, острая, терминальная.

14. Для терминальной стадии перитонита характерно:

a) Снижение болевого синдрома;

b) Усиление болей;

c) Брадикардия;

d) Учащенный стул и мочеиспускание.

15. Какие из нижеперечисленных методов рекомендуются для борьбы с паралитической кишечной непроходимостью?

a) Желудочная аспирация;

b) Восстановление водно-электролитного равновесия;

c) Применение ингибиторов холинэстеразы;

d) Перидуральная анестезия.

16. Коррекция иммунодефицита, которая неизменно сопровождает перитонит, производится с наилучшими показателями, посредством:

a) Меры борьбы с внутрибрюшной септицемией;

b) Трансфузии лейкоцитарной массы;

c) Ультрафиолетового облучения крови;

d) Дезинтоксикации.

17. Консервативное лечение без оперативного вмешательства допустимо для:

a) Перитонита вследствие перфорации;

b) Флегмонозного аппендицита;

c) Гонококкового пельвио-перитонита;

d) Абсцесса Дугласова пространства.

18. Нецелесообразно промывание брюшной полости при следующей форме перитонита:

a) Распространенный фибринозно-гнойный перитонит;

b) Каловый перитонит;

c) Перитонит на фоне травматического разрыва тонкой кишки;

d) Перитонит вследствие перфорации язвы желудка.

19. Наиболее частой причиной разлитого гнойного перитонита является

a) острый аппендицит;

b) острый панкреатит;

c) тонкокишечная непроходимость;

d) острый холецистит.

20. Наиболее часто острый холецистит осложняется

a) пузырно-кишечными свищами;

b) распространенным перитонитом;

c) перивезикальным абсцессом;

d) перивезикальным инфильтратом.

21. К внутрибрюшным осложнениям перитонита относят

a) тромбоэмболию легочной артерии;

b) флегмону передней брюшной стенки;

c) межкишечные абсцессы;

d) нагноение лапаротомной раны.

22. Ведущим в лечении больных перитонитом является

a) дезинтоксиакационная терапия;

b) хирургическое вмешательство;

c) борьба с парезом кишечника;

d) антибиотикотерапия.

23. Наиболее информативным методом диагностики при перитоните является

a) рентгенография живота;

b) сонография;

c) клинический анализ крови;

d) лапароскопия.

24. При операции по поводу распространенного перитонита выполняется лапаротомия

a) в левом подреберье;

b) срединная;

c) в левой подвздошной области;

d) в правой подвздошной области.

25. Временное закрытие раны брюшной стенки

a) используют при санациях брюшной полости «по требованию»;

b) используют при программированных этапных санациях брюшной полости;

c) в настоящее время не используют;

d) всегда используют при перитоните.

ГРЫЖИ ЖИВОТА

Наружные грыжи живота – перемещение внутренних органов с пристеночным листком брюшины через естественные или искусственные отверстия мышечно-апоневротического слоя при сохранности кожных покровов.

Обязательными компонентами истинной грыжи являются:

Грыжевые ворота – это отверстия в мышечно-апоневротическом слое, через которое под влиянием различных причин происходит выпячивание париетальной брюшины и внутренних органов.

Грыжевой мешок – это часть пристеночной брюшины, вышедшая через грыжевые ворота. Различают шейку, тело и верхушку грыжевого мешка. Шейкой грыжевого мешка является его проксимальный отдел, находящийся в грыжевых воротах. Тело – наиболее широкая часть, располагающаяся непосредственно под кожей. Верхушкой называют дистальную часть грыжевого мешка.

Грыжевым содержимым обычно являются подвижные органы брюшной полости: большой сальник, тонкая, сигмовидная кишка, редко – слепая кишка.

По анатомическому строению различают: паховые, бедренные, пупочные, белой линии живота (эпигастральные), поясничные и др.

Послеоперационные грыжи встречаются в различных участках брюшной стенки после операций на органах брюшной полости, в том числе сформировавшиеся в местах доступов для выполнения лапароскопических операций, а также выхода на переднюю брюшную стенку дренажей и тампонов.

Рецидивные грыжи развиваются в местах операций, произведённых по поводу грыж.

Травматические грыжи возникают в местах травм брюшной стенки без нарушения целостности кожи, но с разрушением остальных анатомических слоёв.

Скользящие грыжи, у которых одна из стенок мешка формируется стенкой органа, покрытого брюшиной с трёх сторон (располагающегося мезоперитонеально), например, слепая кишка, мочевой пузырь.

По клиническому течению: вправимые грыжи (свободно возвращающиеся в брюшную полость самостоятельно, либо при мануальном воздействии); невправимые грыжи (содержимое которых в результате сращения с грыжевым мешком невозможно вправить в брюшную полость).

Осложненные грыжи = ущемлённые грыжи, при которых: ущемленные органы могут быть жизнеспособны; ущемленные органы с необратимыми патологическими изменениями; имеет место флегмонозный процесс в области грыжевого выпячивания.

Причины образования грыж живота.

Предрасполагающие факторы способствуют ослаблению брюшной стенки, увеличению существующего анатомического отверстия и появлению грыжевого выпячивания: отягощенная наследственность – врожденная слабость соединительной ткани; особенности конституции человека – астеническое телосложение, беременность, аномалии развития передней брюшной стенки и пахового канала (при врожденных грыжах); возраст (например, слабая брюшная стенка у детей первого года жизни, гипотрофия тканей брюшной стенки у старых людей); пол (особенности строения таза и большие размеры бедренного кольца у женщин, образование пахового канала у мужчин); степень упитанности, стремительное снижение массы тела, травма брюшной стенки, послеоперационные рубцы.

Производящие факторы вызывают повышение внутрибрюшного давления: тяжелый физический труд или однократный подъем тяжести; трудные роды; затруднение мочеиспускания при доброкачественной гиперплазии или опухоли простаты; продолжительные запоры; длительный кашель при хронических заболеваниях легких; частый плач и крик в младенческом возрасте.

Диагностика.

- Анамнез заболевания;
- Наличие опухолевидного образования;
- Боли – при ущемлении, при формировании грыжевых ворот;
- Вправимость, невправимость;
- Симптом «кашлевого толчка»;
- Осмотр стоя, лежа;
- Перкуссия;
- Диафаноскопия;
- УЗИ, КТ, рентгенография.

Паховая грыжа (ПГ)

Паховый канал располагается в пределах пахового треугольника, сторонами которого являются: сверху – горизонтальная линия, проведенная от границы наружной и средней третей паховой связки к латеральному краю прямой мышцы живота; медиально-латеральный край прямой мышцы живота; снизу – паховая связка.

Разделяют ПГ на «**прямые**» (медиально к сосудам) и «**непрямые**» (латерально).

Клиническая картина.

Пациенты жалуются на дискомфорт или боль в паховой области. Возможна иррадиация болей в низ живота, поясницу, крестец.

ПГ представляет собой опухолевидное выпячивание в области паха, мягкое и эластичное при ощупывании. Неосложненная грыжа легко вправляется в

брюшную полость, появляется в вертикальном положении и при нагрузках, сопровождаясь тянущими и болевыми ощущениями в паху. ПГ больших размеров могут спускаться в мошонку.

Грыжи малых размеров могут протекать без клинической симптоматики. По мере увеличения грыжи появляются жалобы, нарастает их интенсивность, возникают ограничения трудоспособности.

Клиническая симптоматика ущемленной грыжи.

Ущемленная грыжа распознается по внезапно возникшим болям в области грыжи, невозможности вправления ранее свободно вправлявшейся грыжи, увеличению в объеме, напряжению и болезненности при пальпации грыжевого выпячивания, отсутствию симптома «кашлевого толчка».

У пациента с ущемленной ПГ, осложненной кишечной непроходимостью, присоединяются схваткообразные боли в животе, жажда, сухость во рту, повторная рвота, задержка отхождения стула и газов.

Ущемленная ПГ, осложненная флегмоной грыжевого мешка, распознается по отечному, горячему на ощупь грыжевому выпячиванию, гиперемии кожи и отеку подкожной клетчатки, распространяющемуся за пределы грыжевого выпячивания.

Ультразвуковое исследование обладает высокой специфичностью и является недорогим и широкодоступным. Оно позволяет уточнить размеры грыжевых ворот, характеристики грыжевого содержимого, диагностировать липому семенного канатика, провести дифференциальную диагностику. При ущемленной ПГ, осложненной кишечной непроходимостью, при УЗИ брюшной полости могут определяться расширенные петли кишечника и маятникообразная перистальтика.

Компьютерную томографию целесообразно использовать у пациентов с выраженным ожирением, редкими формами и рецидивами грыжевых образований, неоднократными оперативными вмешательствами на органах брюшной полости.

Магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости рекомендуется пациентам с подозрением на ПГ в качестве дополнительного источника данных при наличии скрытой паховой грыжи.

Консервативное лечение.

Консервативное лечение в виде ношения бандажа рекомендуется только для пациентов с ПГ с абсолютными противопоказаниями к оперативному лечению: сердечно-легочные заболевания в стадии декомпенсации, прогрессирующие заболевания почек и печени, злокачественные опухоли в терминальной стадии, заболевания крови.

Хирургическое лечение.

«золотым стандартом» лечения ПГ сегодня стали хирургические вмешательства с использованием для пластики грыжевых ворот сетчатых имплантов:

- техника открытого доступа по Лихтенштейну
- видеоэндоскопические технологии:
    - трансабдоминальная преперитонеальная пластика – ТАПП (TAPP)
    - тотальная экстраперитонеальная пластика ТЭП (TEP).

Открытый доступ (операция Лихтенштейна) рекомендуется в первую очередь для пациентов пожилого возраста.

Открытое хирургическое вмешательство при ПГ состоит из: отделения грыжевого мешка от анатомических структур семенного канатика, вправления содержимого грыжевого мешка, резекции или вправления грыжевого мешка пластики и (или) усиления фасциального дефекта задней стенки пахового канала синтетическим материалом.

Для молодых пациентов с ПГ рекомендуется оперативное лечение с использованием эндоскопических технологий.

При ущемлении тонкой кишки выполняется ее резекция с наложением анастомоза. Вопрос о способе завершения резекции толстой кишки решается индивидуально. Концы кишки, подлежащей удалению, зашиваются наглухо и отграничиваются от брюшной полости. Затем выполняется герниотомия. Ущемленная некротизированная часть кишки удаляется через герниотомический

разрез. Первичная герниопластика не производится, гнойная рана дренируется. Операция заканчивается дренированием брюшной полости.

Послеоперационная вентральная грыжа

Послеоперационная вентральная грыжа – это дефект брюшной стенки, с или без грыжевого выпячивания, возникший на месте послеоперационного рубца после оперативного вмешательства на органах брюшной полости.

Хирургическая техника закрытия лапаротомной раны и послеоперационная раневая инфекция считаются наиболее важными причинными факторами, увеличивающими риск образования послеоперационной грыжи.

Классификация.

***По размерам*:**

малая грыжа – занимает менее 1-й области живота, не изменяет конфигурацию живота и определяется только пальпаторно;

средняя грыжа – занимает часть области, выпячивая ее;

обширная грыжа – занимает всю область, деформирует живот;

гигантская грыжа – занимает 2-3 области и более, резко деформирует живот, мешает пациенту ходить.

По локализации на брюшной стенке: срединная (M); латеральная (L).

По ширине грыжевых ворот: W1 (малая) < 4 см; W2 (средняя) ≥ 4-10 см; W3 (большая) ≥10 см.

***По частоте рецидивов*:** R0; R1; R2; R3, ….

Клиническая картина.

Основными симптомами заболевания являются наличие грыжевого выпячивания и боли в области грыжи. Боль в области грыжевого выпячивания возникает при физической нагрузке, ходьбе, резких движениях.

Выпячивание постепенно увеличивается. При длительном существовании послеоперационные грыжи достигают гигантских размеров, становятся невправимыми. С ростом величины грыжи отмечается снижение физической активности пациентов, а также нарушение их трудоспособности.

Передняя брюшная стенка обезображена широкими рубцами, которые бывают настолько истончены, что под ними легко пальпируются кишечные петли. Широкие, истонченные рубцы брюшной стенки подвержены мацерации и изъязвлению, что может привести к разрыву грыжи.

Физикальное обследование. Осмотр проводят в положении стоя и в горизонтальном положении. При обследовании живота в положении стоя в области послеоперационного рубца в результате расхождения апоневроза определяется выпячивание. Диагностика послеоперационных грыж малых размеров затруднена у лиц с большим отложением подкожного жирового слоя.

УЗИ брюшной стенки и органов брюшной полости позволяет: определить точную локализацию, истинные размеры и форму основного грыжевого дефекта, а также выявить дополнительные грыжевые ворота; изучить форму и содержимое грыжевого мешка; диагностировать очаги хронического воспаления в мягких тканях живота в области грыжи (хронические воспалительные инфильтраты, околошовные гранулёмы, абсцессы, лигатурные свищи); выявить симультанную хирургическую патологию органов брюшной полости; проводить раннюю диагностику раневых осложнений в послеоперационном периоде; оценить качество выполненной пластики брюшной стенки в отдаленном послеоперационном периоде; проводить раннюю диагностику рецидива заболевания.

Компьютерная томография рекомендуется в случаях ожирения, неоднократных операций в анамнезе, больших грыж с нечеткими контурами грыжевого мешка, посттравматических грыж и для диагностики редких вентральных грыж.

Хирургическое лечение.

- ОТКРЫТАЯ герниопластика
    - без использования эндопротеза
    - с использованием эндопротеза
- ЛАПАРОСКОПИЧЕСКАЯ герниопластика
    - с использованием эндопротеза

Осложнения после эндопротезирования: серома, инфекция, гнойный или кишечный свищ, разрыв эндопротеза, кишечные спайки, миграция эндопротеза, сморщивание эндопротеза, поздние нарушения функции брюшной стенки.

ТЕСТЫ

1. В каких случаях рекомендуется неотложная диагностическая лапароскопия при ущемленной паховой грыже?

a) ущемление менее 2 часов;

b) подозрение на пристеночное ущемление, «мнимое» вправление или ретроградное ущемленной грыжи;

c) ущемление более 2-х часов, без клинических и инструментальных признаков осложненной ущемленной грыжи;

d) при распространенном перитоните.

2. В каких случаях рекомендуется отказаться от использования аллотрансплантата во время операции по поводу ущемленной паховой/бедренной грыжи?

a) при наличии признаков перитонита;

b) при наличии раневой инфекции/флегмоны грыжевого мешка;

c) при ущемленной паховой/бедренной грыже никогда не проводится аллогерниопластика;

d) при размерах грыжевого дефекта менее 1 см.

3. Во время осмотра пациента в приемном отделении хирург вправил ущемленную паховую грыжу и госпитализировал больного для динамического наблюдения. Через 6 часов у пациента появились локальные боли в области грыжи, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. О каком осложнении можно думать?

a) повреждение содержимого грыжевого мешка с развитием перитонита;

b) осложнения нет, это нормальная клиническая картина после вправления ущемленной грыжи;

c) вправление некротизированных ущемленных органов или их участков в брюшную полость с развитием перитонита;

d) разрыв грыжевого мешка с развитием перитонита.

4. Во время осмотра пациента в приемном отделении хирургического стационара врач диагностировал ущемленную бедренную грыжу. Длительность ущемления 1 час. Какова тактика врача

a) экстренная операция;

b) госпитализация в стационар для динамического наблюдения; при ухудшении состояния – экстренная операция;

c) предпринять попытку ручного вправления грыжи, в случае успеха – отпустить пациента домой;

d) предпринять попытку ручного вправления грыжи, в случае успеха – госпитализировать больного для динамического наблюдения.

5. Выберите предрасполагающие факторы развития бедренной грыжи

a) запоры;

b) расширение промежутка между бедренной веной и лакунарной связкой;

c) беременность;

d) женский пол.

6. Выберите предрасполагающие факторы развития паховой грыжи

a) тяжелый физический труд;

b) запоры;

c) женский пол;

d) высокий паховый промежуток.

7. Выберите рекомендованную тактику хирурга в отношении пациента с самопроизвольно вправившейся ущемленной паховой грыжей при ухудшении его состояния и появлении перитонеальной симптоматики в процессе динамического наблюдения

a) экстренная герниопластика из пахового доступа;

b) экстренная срединная лапаротомия;

c) дальнейшее наблюдение и лабораторный контроль;

d) экстренная диагностическая лапароскопия.

8. Грыжевой мешок – это

a) дефект в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки, через который пролабирует грыжа;

b) участок поверхности кожи, покрывающий грыжу;

c) внутренние органы, являющиеся содержимым грыжи;

d) часть париетальной брюшины, выпячивающаяся через грыжевые ворота.

9. Грыжевые ворота – это

a) врожденный или приобретенный дефект в мышечно-апоневротическом слое брюшной стенки;

b) соотношение диаметра грыжевого мешка и его сагиттального размера;

c) расстояние от пупочного кольца до ближайшей точки грыжевого выпячивания;

d) длина окружности грыжевого мешка.

10. Дайте определение ущемленной грыжи

a) грыжа самостоятельно не вправляется, для рутинного вправления грыжи требуется ручное пособие;

b) острое или постепенное сдавление одного или нескольких органов брюшной полости в грыжевых воротах, приводящее к нарушению его кровоснабжения;

c) появление грыжевого выпячивания только при натуживании в положении стоя;

d) появление грыжевого выпячивания при натуживании в положении лежа.

11. Какие методы лучевой диагностики применяются у пациентов с паховой/бедренной грыжей?

a) МРХПГ;

b) КТ;

c) УЗИ;

d) МРТ.

12. Какие органы наиболее часто ущемляются при ущемленной паховой грыже?

a) тонкая кишка;

b) желудок;

c) придатки матки;

d) прядь большого сальника.

13. Каковы действия хирурга при обнаружении скрытой контралатеральной грыжи во время оперативного лечения с использованием видеоэндоскопических технологий (ТАПП) при односторонней паховой/бедренной грыже?

a) закончить видеоэндоскопический этап и выполнить герниопластику с двух сторон открытым доступом;

b) выполнить видеоэндоскопическую герниопластику с двух сторон;

c) выполнить герниопластику с одной предполагаемой стороны;

d) отказаться от продолжения оперативного вмешательства и дообследовать пациента.

14. Каковы диагностические возможности УЗИ при паховых/бедренных грыжах?

a) выявление грыжевое выпячивание на контралатеральной стороне;

b) уточнение размеров грыжевого мешка;

c) выявление признаков ущемления грыжи;

d) диагностика перитонита.

15. Какой категории больных может быть рекомендовано оперативное лечение пахово-бедренной грыжи с использованием сетчатых имплантов открытым доступом?

a) лица молодого возраста без сопутствующей патологии с паховой грыжей небольшого размера;

b) пациенты пожилого возраста, имеющие хронические сердечно-легочные заболевания;

c) пациенты, имеющие противопоказания для общей анестезии;

d) пациенты с большой пахово-мошоночной грыжей.

16. Какой категории больных рекомендовано оперативное лечение паховой/бедренной грыжи с использованием эндовидеохирургических способов?

a) пациенты с большой пахово-мошоночной грыжей;

b) пациенты, имеющие противопоказания для общей анестезии;

c) пациенты с двусторонней паховой/бедренной грыжей;

d) пациенты пожилого возраста, имеющие хронические сердечно-легочные заболевания.

17. На догоспитальном этапе врач зафиксировал у пациента ущемленную паховую грыжу, которая самостоятельно вправилась во время физикального осмотра. Со слов больного, ущемление продолжалось в течение 1 часа. На момент осмотра живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Тактика врача

a) в плановом порядке отправить пациента в хирургический стационар;

b) в неотложном порядке отправить пациента в хирургический стационар;

c) рекомендовать пациенту повторный осмотр на следующие сутки;

d) наблюдать в течение 2 часов, затем отпустить домой.

18. Назовите признаки, указывающие на флегмону грыжевого мешка при ущемленной паховой/бедренной грыже

a) безболезненное невправимое грыжевое выпячивание мягко-эластической консистенции; отсутствие отека мягких тканей и гиперемии кожи;

b) отечное, горячее наощупь грыжевое выпячивание;

c) присоединение симптомов системной воспалительной реакции;

d) гиперемия кожи и отек подкожной клетчатки, распространяющиеся за пределы грыжевого выпячивания.

19. Назовите характерные симптомы ущемленной паховой грыжи

a) напряжение и болезненность при пальпации грыжевого выпячивания;

b) безболезненное невправимое грыжевое выпячивание мягко-эластической консистенции;

c) резкая боль в области грыжевого выпячивания;

d) невозможность вправления недавно свободно вправлявшейся грыжи.

20. Назовите характерные симптомы ущемленной паховой грыжи, осложненной острой кишечной непроходимостью

a) «шум плеска»;

b) повторная рвота;

c) безболезненное невправимое грыжевое выпячивание мягко-эластической консистенции на фоне спавшегося живота;

d) схваткообразные боли в животе на фоне резкой боли в области грыжевого выпячивания.

21. Перечислите возможные гнойные осложнения ущемленной паховой/бедренной грыжи

a) флегмона грыжевого мешка;

b) сепсис;

c) флегмона брюшной стенки;

d) аллергическая реакция.

22. Перечислите ранние осложнения паховой/бедренной герниопластики

a) гематома;

b) серома;

c) атрофия яичка;

d) хроническая боль.

23. Перечислите рекомендованные консервативные мероприятия при паховой/бедренной грыже в случае отказа пациента от оперативного лечения?

a) ношение бандажа/супинатора;

b) ограничение физических нагрузок;

c) регуляция стула (профилактика запора);

d) увеличение физической активности («тренировка грыжи»).

24. Перечислите факторы, при которых у пациентов после планового грыжесечения открытым доступом рекомендована антибиотикопрофилактика?

a) наличие сахарного диабета;

b) операция по поводу рецидивной грыжи;

c) пожилой возраст пациента;

d) иммунодепрессивные состояния.

25. Перечислите эндовидеохирургические способы пластики при паховой/бедренной грыже

a) тотальная экстраперитонеальная аллопластика (TEP);

b) пластика по Мейо;

c) чрезбрюшинная преперитонеальная аллопластика (TAPP);

d) аллопластика по Лихтенштейну.

26. Рекомендована ли аллогерниопластика при ущемленной паховой/бедренной грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка?

a) не рекомендована;

b) оперативное вмешательство у больных с ущемленной паховой/бедренной грыжей, осложненной флегмоной грыжевого мешка, никогда не выполняется;

c) рекомендована;

d) рекомендована только при тщательной санации гнойной раны.

27. С чего необходимо начинать операцию при ущемленной паховой грыже, осложненной флегмоной грыжевого мешка?

a) операцию необходимо отсрочить, продолжить дальнейшее динамическое наблюдение и лабораторный контроль;

b) с герниотомии из пахового доступа;

c) со срединной лапаротомии;

d) с диагностической лапароскопии.

28. Какая операция в настоящее время рекомендуется в подавляющем числе случаев при послеоперационной грыже?

a) с использованием имплантатов;

b) декомпрессионное ушивание только кожи;

c) аутодермопластика;

d) аутопластика.

29. Какие операции рекомендуются при послеоперационной вентральной грыже у пациентов с сахарным диабетом и индексом массы тела больше 35 кгм с целью минимизации риска хирургической инфекции?

a) открытые;

b) с использованием видеоэндоскопических технологий;

c) аутодермопластику;

d) сепарационные пластики.

30. Какие сетчатые эндопротезы можно располагать в брюшной полости?

a) самофиксирующиеся;

b) титановые;

c) с антиадгезивным покрытием;

d) композитные.

31. Какой тип эндопротеза обладает лучшей способностью по формированию полноценной рубцовой ткани?

a) титановые;

b) сетчатые;

c) сетки с пленкой;

d) биологические сетки.

32. Кому НЕ рекомендуется выполнение операции с использованием видеоэндоскопических технологий при послеоперационной вентральной грыже?

a) пациентам с ожирением;

b) пациентам с грыжевым дефектом W1-2;

c) пациентам с сахарным диабетом;

d) при расположении кожного трансплантата на кишечнике вследствие предшествующего лечения методом открытого живота.

33. При какой грыже ущемления происходят в 5 раз чаще?

a) послеоперационной;

b) пупочной;

c) грыже белой линии живота;

d) спигелиевой линии.

34. Что НЕ следует предпринимать после удаления инфицированного импланта?

a) сепарацию компонентов с вакуумной терапией раны;

b) первичный шов кожи или апоневроза с отсроченной пластикой через 6-9 месяцев;

c) одномоментную пластику полипропиленовым протезом, тотчас после удаления инфицированного импланта;

d) пластику биологическим протезом, после обязательной подготовки хорошо кровоснабжаемого ложа, и вакуумную терапию.

35. Что относят к предрасполагающим факторам развития послеоперационной вентральной грыжи в поздние сроки?

a) сшивание неоднородных тканей;

b) сахарный диабет;

c) неправильный выбор шовного материала;

d) нарушение синтеза коллагена.

36. Что под собой подразумевает коррегирующая пластика при послеоперационной вентральной грыже?

a) использование эндопротеза;

b) размещение протеза в тканях области грыжи без натяжения «в виде моста» («bridging»);

c) аутопластику;

d) использование эндопротеза с сопоставлением краев грыжевых ворот.

37. Что под собой подразумевает реконструктивная пластика при послеоперационной вентральной грыже?

a) использование эндопротеза с сопоставлением краев грыжевых ворот;

b) аутопластику;

c) использование эндопротеза;

d) использование эндопротеза без сопоставления краев грыжевых ворот.

38. Что рекомендуется выполнить вначале пациентам с подозрением на послеоперационную вентральную грыжу при отсутствии явных клинических признаков?

a) начать с УЗИ;

b) начать с МРТ;

c) начать с лапароскопии;

d) начать с КТ.

40. Что является составными элементами послеоперационной вентральной грыжи (дайте наиболее полный ответ)?

a) грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжевого мешка;

b) грыжевой мешок, содержимое грыжевого мешка;

c) грыжевые ворота, грыжевой мешок, содержимое грыжевого мешка и оболочки грыжи;

d) грыжевой мешок, содержимое грыжевого мешка и оболочки грыжи.

РАК ЖЕЛУДКА

Рак желудка (РЖ) – гетерогенная группа злокачественных эпителиальных опухолей, исходящих из клеток слизистой оболочки желудка.

Этиология.

Алиментарные предрасполагающие факторы: алкоголь, злоупотребление соленой, жареной, консервированной, маринованной, насыщенной пряностями пищей; употребление продуктов, зараженных микотоксинами; дефицит поступления микроэлементов и витаминов.

Фоновые заболевания: хронический атрофический гиперпластический гастрит, аденоматозные полипы, пернициозная анемия, состояния после резекции желудка, болезнь Менетрие (гипертрофическая гастропатия, гиперпластический гигантоскладочный гастрит).

Классификация.

Макроскопическая классификация: ранний и распространенный рак желудка.

Стадирование по системе TNM:

T – максимальная глубина инвазии опухоли в стенку желудка: Tx – первичная опухоль не может быть оценена; T0 – данных о наличии первичной опухоли не выявлено; Tis – карцинома in situ (опухоль в пределах слизистой оболочки без инвазии собственной пластинки); T1 – опухоль захватывает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки, подслизистый слой;

T1a – опухоль захватывает собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки; T1b – опухоль захватывает подслизистый слой; T2 – Опухоль захватывает мышечный слой; T3 – Опухоль захватывает субсерозную оболочку без инвазии в висцеральную брюшину или прилежащие структуры; T4a – опухоль распространяется на серозную оболочку (висцеральная брюшина); T4b – опухоль распространяется на соседние структуры, такие как селезенка, поперечная ободочная кишка, печень, диафрагма, поджелудочная железа, передняя брюшная стенка, надпочечник, почка, тонкая кишка, забрюшинное пространство.

N – характеристика состояния регионарных лимфатических узлов: Nx – Регионарные лимфатические узлы не могут быть оценены, N0 – Нет метастазов в регионарных лимфатических узлах, N1 – Поражение 1–2 регионарных лимфатических узлов, N2 – Поражение 3–6 регионарных лимфатических узлов, N3 – Поражение 7 и более регионарных лимфатических узлов, N3a: поражение 7–15 регионарных лимфатических узлов, N3b: поражение 16 и более регионарных лимфатических узлов.

M – характеристика отдаленных метастазов: Mx – Наличие отдаленных метастазов установить невозможно, M0 – Отдаленные метастазы отсутствуют, M1 – Наличие отдаленных метастазов или наличие опухолевых клеток в смывах/биоптатах с брюшины.

Клиника.

- Симптомы общего характера (общая слабость, прогрессирующее похудание, ухудшение аппетита, тошнота, анемия, боли в эпигастральной области).
- Симптомы, обусловленные локализацией (кардиоэзофагеальный переход, пилорический отдел), формой роста опухоли (изъязвление, инфильтративный рост) и метастазированием.

Диагностика.

Эзофагогастродуоденоскопия с мультифокальной биопсией опухоли в 6–8 участках с целью определения локализации первичной опухоли в желудке и

получения морфологической верификации. Эффективность метода возрастает при использовании современных технологий эндоскопической визуализации: увеличительной эндоскопии, узкоспектральной визуализации, хромоэндоскопии, флуоресцентной диагностики.

Рентгеноскопия пищевода, желудка и ДПК позволяет определить локализацию и протяженность опухолевого поражения, выявить распространение на пищевод и двенадцатиперстную кишку, оценить выраженность и протяженность стеноза.

Абдоминальное УЗИ позволяет выявлять метастатическое поражение печени, увеличение перигастральных и забрюшинных лимфатических узлов, яичников, асцит, а также прорастание опухоли за пределы стенки органа и вовлечение соседних структур.

Компьютерная и ***МР томография*** грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным и пероральным контрастированием является стандартом уточняющей диагностики при раке желудка.

Диагностическая лапароскопия с забором смывов с брюшины для цитологического исследования (определения) свободных опухолевых клеток в лаваже и забором материала обнаруженных изменений для патологоанатомического исследования обязательна при тотальном и субтотальном поражении желудка.

Хирургическое лечение.

Эндоскопическое лечение «раннего» рака желудка (cTis–T1aN0M0): эндоскопическая резекция слизистой оболочки желудка (EMR), эндоскопическая резекция слизистой оболочки с диссекцией подслизистого слоя (ESD).

Рекомендуется выполнять ***дистальную субтотальную резекцию желудка*** при раке антрального отдела желудка при отсутствии очагов тяжелой дисплазии и рака in situ в остающейся части желудка.

Рекомендуется выполнять ***проксимальную субтотальную резекцию желудка*** при раке кардиоэзофагеального перехода, а также при небольших опухолях кардиального отдела или дна желудка экзофитной или смешанной формы роста.

Гастрэктомия (полное удаление желудка с регионарными лимфатическими узлами) должна выполняться во всех случаях, кроме рака антрального отдела желудка при отсутствии очагов тяжелой дисплазии и рака in situ в остающейся части желудка, рака кардиоэзофагеального перехода, а также небольших опухолей кардиального отдела или дна желудка экзофитной или смешанной формы роста. Объем радикальной операции по поводу рака желудка должен включать: удаление единым блоком пораженного желудка (или соответствующей его части) с обоими сальниками, клетчаткой и лимфатическими узлами регионарных зон; пересечение органа на расстоянии не менее 5 см от макроскопически определяемого края опухоли с отграниченным типом роста и не менее 6–7 см при раке язвенно-инфильтративного и диффузного типов. Для подтверждения радикальности операции выполняют срочное морфологическое исследование краев резекции по линии пересечения органов.

Локальное лечение олигометастатической болезни (***хирургия, радиочастотная абляция, стереотаксическая лучевая терапия***) может иметь место у пациентов с хорошим ответом на лекарственную терапию и с возможностью достижения радикального статуса после хирургического вмешательства.

Паллиативная резекция желудка/гастрэктомии и/или метастазэктомия т требуется при: жизнеугрожающих осложнениях опухолевого процесса, не купируемые консервативно (перфорация желудка, повторные кровотечения, опухолевые стенозы и т.д.); переход исходно диссеминированного или исходно нерезектабельного местно-распространенного процесса в операбельное состояние в результате эффекта лекарственной терапии; олигометастатическая болезнь при возможности выполнения радикальной операции.

ТЕСТЫ

1. Характер питания играет решающую роль в возникновении:

    a) диффузного рака желудка

    b) интестинального рака желудка

c) любых форм рака желудка

d) роли не играет

2. Регургитация желчи из 12-ти перстной кишки в желудок:

a) способствует возникновению рака желудка

b) не играет роли в возникновении рака желудка

c) способствует возникновению рака желудка у мужчин

d) способствует возникновению рака желудка только у лиц старше 60 лет

3. Для исключения малигнизации язвы желудка оптимальным методом является:

a) рентгенологический

b) эндоскопический с биопсией

c) ультразвуковой

d) исследование кала на скрытую кровь

4. При малигнизированном полипе желудка больному обычно показано:

a) эндоскопическая полипэктомия

b) хирургическое иссечение полипа

c) клиновидная резекция желудка

d) субтотальная резекция желудка с соблюдением всех принципов онкологии

5. Какая форма рака желудка медленнее растет, реже и позднее метастазирует?

a) экзофитный

b) инфильтративный

c) блюдцеобразный

d) язвенно-инфильтративный

6. Для рака желудка характерно метастазирование:

a) лимфогенное

b) гематогенное

c) имплантационное

d) все ответы правильные

7. Радикальными оперативными вмешательствами при раке желудка являются: 1) Резекция 1/2 желудка; 2) Дистальная субтотальная резекция желудка; 3) Гастротомия с иссечением опухоли; 4) Гастрэктомия; 5) Клиновидное иссечение части желудка с опухолью; 6) Проксимальная субтотальная резекция желудка. Правильные ответы:

a) 1,3,6

b) 3,4,6

c) 1,2,5

d) 2,4,6

8. Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, с единичным метастазом в малом сальнике относится к стадии:

a) 2а

b) 2б

c) 3а

d) 3б

9. Типичным проявлением рака кардиального отдела желудка является:

a) отрыжка, изжога, рвота

b) боль в эпигастральной области

c) дисфагия

d) слабость

10. Для рака пилорического отдела желудка типичным является:

a) поносы

b) дисфагия

c) "шум плеска" натощак

d) тошнота

11. На основании жалоб больного наиболее труден для диагностики рак:

a) кардиального отдела желудка

b) малой кривизны желудка

c) пилорического отдела желудка

d) рака большой кривизны

12. Для рака тела желудка не характерно:

a) анемия

b) дисфагия

c) желудочный дискомфорт

d) ноющие боли в эпигастральной области

13. Наиболее раннее распознавание рака желудка обеспечивает:

a) гастроскопия

b) поиск синдрома "малых признаков"

c) обзорная рентгенография органов брюшной полости

d) лапароскопия

14. На рентгенограмме экзофитный рак желудка выглядит как:

a) обширная ниша

b) выбухание стенки желудка кнаружи

c) дефект наполнения

d) характерного вида не имеет

15. Радикальными оперативными вмешательствами при раке желудка являются: 1) Резекция 1/2 желудка; 2) Дистальная субтотальная резекция желудка; 3) Гастротомия с иссечением опухоли; 4) Гастрэктомия; 5) Клиновидное иссечение части желудка с опухолью; 6) Проксимальная субтотальная резекция желудка. Правильные ответы:

a) 1,3,6

b) 3,4,6

c) 1,2,5

d) 2,4,6

16. При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:

a) гастродуоденостомия

b) субтотальная дистальная резекция желудка

c) пилоропластика

d) гастростомия

17. Возможности, которыми обладает эзофагогастродуоденоскопия при раке желудка

a) определение макроскопического типа опухоли;

b) определение локализации опухоли;

c) оценка угрозы осложнений (кровотечение, перфорация);

d) установление наличия отдаленных метастазов;

18. Группа препаратов, назначаемых после эндоскопического лечения раннего рака желудка

a) ингибиторы рецепторов ангиотензина-II;

b) фторпиримидины;

c) ингибиторы протонной помпы;

d) производные платины.

19. К «раннему» раку желудка относят злокачественные новообразования желудка, попадающие под категорию

a) T1;

b) T1-2;

c) T2;

d) T1-3.

20. Категории T2 при раке желудка соответствует опухоль

a) захватывающая мышечный слой;

b) захватывающая собственную пластинку или мышечную пластинку слизистой оболочки;

c) захватывающая субсерозную оболочку без инвазии в висцеральную брюшину или прилежащие структуры;

d) захватывающая подслизистый слой.

21. Категории T4b при раке желудка соответствует опухоль

a) распространяющаяся на соседние органы и структуры;

b) захватывающая мышечный слой;

c) захватывающая субсерозную оболочку без инвазии в висцеральную брюшину или прилежащие структуры;

d) распространяющаяся на серозную оболочку (висцеральную брюшину).

22. Показания для повторного хирургического лечения после проведенного эндоскопического при раннем раке желудка

a) наличие лимфо/васкулярной инвазии;

b) размер опухоли более 2 см;

c) отсутствие опухолевых клеток по краю резекции;

d) высокодифференцированная аденокарцинома.

23. Показания для спленэктомии при хирургическом лечении рака желудка

a) локализация T3-4 опухоли на задней стенке и большой кривизне верхней трети тела желудка;

b) наличие определяемых метастазов в лимфатических узлах ворот селезенки;

c) наличие метастазов в околочревных лимфоузлах;

d) локализация T3 опухоли в антральном отделе желудка.

24. Полипозиционное рентгеноконтрастное исследование при раке желудка позволяет

a) определить протяженность опухолевого поражения;

b) определить макроскопический тип опухоли;

c) оценить выраженность стеноза;

d) определить наличие регионарных метастазов.

25. При локализации рака желудка в антральном отделе чаще всего отмечается симптом

a) дисфагии;

b) тошноты и рвоты съеденной пищей;

c) астении;

d) пальпируемого объемного образования.

РАК ПРЯМОЙ КИШКИ

Рак прямой кишки – злокачественная опухоль, развивающаяся из клеток эпителия прямой кишки и локализующаяся в пределах 15 см от ануса при измерении ригидным ректоскопом.

В прямой кишке выделяют следующие отделы: нижнеампулярный (0–5 см от анокутанной линии), среднеампулярный (5–10 см от анокутанной линии), верхнеампулярный (10–15 см от анокутанной линии).

В качестве **факторов риска** развития рассматриваются: хронические воспалительные заболевания толстой кишки (например, язвенный колит, болезнь Крона), курение, алкоголь, превалирование в рационе красного мяса, наличие сахарного диабета, ожирение или повышенный индекс массы тела, низкая физическая активность.

Морфологическая классификация:

- низкая степень злокачественности (включает карциномы G1-G2),
- высокая степень злокачественности (включает карциномы G3-G4).

Классификация TNM.

Символ T содержит следующие градации:

Tis – преинвазивный рак (интраэителиальная инвазия или инвазия собственной пластинки слизистой оболочки).

T1 – опухоль распространяется в подслизистый слой стенки кишки.

T2 – опухоль распространяется на мышечный слой, без прорастания стенки кишки.

T3 – опухоль прорастает все слои стенки кишки с распространением в жировую клетчатку, без поражения соседних органов.

T4a – прорастание висцеральной брюшины.

T4b – прорастание в другие органы и структуры.

Символ N содержит следующие градации:

N0 – поражения регионарных лимфатических узлов нет.

N1 – метастазы в 1–3 (включительно) регионарных лимфатических узлах.

N1a – метастазы в 1 регионарном лимфатическом узле.

N1b – 2–3 лимфатических узла.

N1c – диссеминаты в брыжейке без поражения регионарных лимфатических узлов.

N2 – метастазы в более чем 3-х регионарных лимфатических узлах.

N2a – поражено 4–6 лимфатических узлов.

N2b – поражено 7 и более лимфатических узлов.

Символ М характеризует наличие или отсутствие отдаленных метастазов:

M0 – отдаленных метастазов нет.

M1 – наличие отдаленных метастазов.

M1a – наличие отдаленных метастазов в одном органе.

M1b – наличие отдаленных метастазов более чем в одном органе.

M1c – метастазы по брюшине.

Диагностика.

Жалобы на появление крови, слизи или гноя на туалетной бумаге и в каловых массах; диарею или запоры; чувство неполного опорожнения кишечника; ощущение инородного тела в прямой кишке; боли внизу живота; появление в области ануса снаружи или за анальным сфинктером неясных новообразований, которые часто имеют вид цветной капусты; признаки паранеопластического синдрома – слабость, потеря веса, тошнота и рвота, анемия, общее ухудшение самочувствия; признаки поражения других органов и систем при метастазировании в них – головные боли, судороги, кашель, кровохарканье, увеличение лимфатических узлов, накопление жидкости в полости живота и др.

Всем пациентам раком прямой кишки до начала лечения надо выполнять ***физикальное обследование***, включающее ***пальцевое ректальное исследование***.

Инструментальные методы исследования.

Ректороманоскопия для определения глубины расположения опухоли в прямой кишке.

Колоноскопия с взятием биопсийного материала позволяет непосредственно визуализировать опухоль, определить её размеры, локализацию и макроскопический тип, оценить угрозу осложнений (кровотечение, перфорация), а также получить материал для морфологического исследования. Чувствительность и специфичность метода возрастает при использовании современных технологий эндоскопической визуализации (***увеличительной эндоскопии, узкоспектральной эндоскопии, хромоэндоскопии, флуоресцентной диагностики***).

При невозможности выполнения колоноскопии, рекомендуется – ***ирригоскопия и КТ-колонография***.

МРТ малого таза позволяет определить локализацию, протяженность, глубину инвазии опухоли, оценить состояние регионарных лимфатических узлов.

КТ органов брюшной полости для оценки резектабельности метастазов.

Лечение.

Хирургическое вмешательство – это основной метод радикального лечения пациентов раком прямой кишки.

Предоперационное лечение – с целью улучшения локального контроля заболевания проводить предоперационную лучевую или химиолучевую терапию всем пациентам. ***Конформная лучевая терапия (КЛТ)*** – техника дистанционной лучевой терапии высокой точности, основанная на определении трехмерного объема опухоли и анатомии критических органов. РОД на первичную опухоль и зону регионарного метастазирования разовая доза 5 Гр, 5 фракций до совокупной дозы 25 Гр в течение 5 последовательных дней, затем – 2 курс дистанционной конформной лучевой терапии в комбинации с химиотерапией фторпиримидинами. Лечение ежедневно, 5 раз в неделю, фотонами 6–18 МэВ.

Хирургическое лечение.

Стандартные объёмы оперативных вмешательств у пациентов с раком прямой кишки:

- передняя резекция прямой кишки,
- низкая передняя резекция прямой кишки,
- брюшно-анальная резекция прямой кишки,

- операция Гартмана,
- брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.

При осложнениях, связанных с кровотечением и/или перфорацией с развитием перитонита, показано на первом этапе выполнение оперативного вмешательства с соблюдением принципов тотальной мезоректумэктомии.

При раннем раке прямой кишки 0-I стадии (Tis–T1sm1-sm2N0M0) возможно выполнение хирургического лечения методом трансанального полнослойного эндоскопического удаления опухоли или эндоскопической подслизистой диссекции с целью сохранения органа.

Ведение больных осложненным раком прямой кишки. Пациентам с острым кровотечением с целью его остановки рекомендуется выполнить срочное эндоскопическое исследование, системную гемостатическую терапию. В зависимости от результатов исследования производят эндоскопическую остановку кровотечения. При невозможности/неэффективности эндоскопического гемостаза проводится экстренное хирургическое вмешательство.

При опухолевом стенозе с развитием кишечной непроходимости с целью её разрешения рекомендуется установка самораспрaвляющегося стента в зону опухолевого стеноза или оперативное лечение (колостомия/илеостомия).

В лечении болевого синдрома у пациентов с нерезектабельными метастазами рака прямой кишки рекомендуется проведение дистанционной лучевой терапии, медикаментозной терапии, локорегионарной анестезии в зависимости от причины болевого синдрома.

ТЕСТЫ

1. Формирование постоянной колостомы скорее всего может потребоваться про хирургическое лечении:

a) болезни Крона

b) язвенного колита

c) синдрома Пейтца-Джигерса

d) рака прямой кишки, выявляемого пальцевым исследованием

2. При расположении операбельного рака прямой кишки от 9 до 22 см от края заднего прохода показана следующая операция:

a) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

b) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмы (операция низведения)

c) низкая передняя резекция прямой кишки

d) операция Гартмана

3. Радикальная сфинктеросохраняющая операция при раке прямой кишки:

a) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

b) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал

c) формирование двуствольного противоестественного заднего прохода

d) электроиссечение опухоли

4. При обнаружении метастазов рака в паховых лимфоузлах при раке прямой кишки у пожилого больного с тяжелыми сопутствующими заболеваниями возможна операция:

a) брюшно-промежностная экстирпация

b) anus praeternaturalis

c) брюшно-анальная резекция прямой кишки с низведением сигмовидной кишки в анальный канал

d) внутрибрюшная резекция прямой кишки

5. Вариант завершения операции при осложнениях рака прямой кишки:

a) операция Гартмана

b) передняя резекция прямой кишки

c) илеотрансверзоанастомоз

d) холецистостомия

6. При ампулярном раке прямой кишки, прорастающем в мочевой пузырь, вы решили выполнить радикальную операцию:

a) брюшно-анальную резекцию

b) брюшно-промежностную экстирпацию

c) колостомия

d) илеостомия

7. При неоперабельной злокачественной опухоли прямой кишки, расположенной на 6 см от перианальной кожи, показана:

a) операция Гартмана

b) брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки

c) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

d) формирование anus praeternaturalis

8. При кровотечении после дефекации в виде струйки крови и зуде в области анального отверстия можно думать о:

a) параректальном свище

b) геморрое

c) раке прямой кишки

d) трещине анального канала

9. Выделения крови из прямой кишки не может быть при:

a) инвагинации кишечника

b) геморрое

c) паралитической кишечной непроходимости

d) раке толстой кишки

10. Границы нижнеампулярного отдела рака прямой кишки

a) 3–5 см от анокутанной линии

b) 2–5 см от анокутанной линии

c) 4–5 см от анокутанной линии

d) 0–5 см от анокутанной линии

11. Информация, которую возможно получить при тотальной колоноскопии с биопсией при раке прямой кишки

a) поражение регионарных лимфатических узлов

b) наличие прорастания в близлежащие органы

c) наличие отдаленных метастазов

d) определение локализации и гистогенеза опухоли

12. Исследование для оценки операбельности опухоли после окончания химиолучевой терапии при нерезектабельном раке прямой кишки

a) МРТ малого таза

b) ирригоскопия

c) колоноскопия

d) ирригография

13. Какому из перечисленных вариантов соответствует градация T2 рака прямой кишки по системе TNM?

a) метастазы в 1 регионарном лимфатическом узле

b) преинвазивный рак (интраэпителиальная инвазия или инвазия собственной пластинки слизистой оболочки)

c) опухоль прорастает все слои стенки кишки с распространением в жировую клетчатку, без поражения соседних органов

d) опухоль распространяется на мышечный слой, без прорастания стенки кишки

14. Предоперационная терапия, выполняемая при локализованном и местнораспространенном раке прямой кишки II–III стадий при условии отсутствия вовлечения циркулярных краёв резекции (на основании данных МРТ)

a) лучевая терапия

b) таргетная терапия

c) иммунотерапия

d) химиотерапия

15. При раке прямой кишки МРТ малого таза позволяет определить

a) гистологический тип опухоли

b) размер метастазов

c) мутации генов

d) глубину инвазии опухоли

16. Факторы негативного прогноза при раннем раке прямой кишки 0-I стадии после выполненной операции

a) высокодифференцированная аденокарцинома

b) саркома

c) сосудистая или периневральная инвазия

d) поражение краёв резекции

17. Неотложные состояния, возможные при раке прямой кишки

a) почечная недостаточность

b) опухолевый стеноз

c) болевой синдром

d) острое кровотечение

18. При резекции прямой кишки удаляют

a) прямую кишку вместе с частью сигмовидной, оставляя нетронутым анальный сфинктер

b) только прямую кишку, оставляя нетронутым анальный сфинктер

c) прямую кишку, расширяя анальный сфинктер

d) прямую кишку вместе с частью сигмовидной и анальным сфинктером

19. Для диагностики рака прямой кишки в первую очередь необходимо произвести

a) лапароскопию

b) ультразвуковое исследование органов малого таза

c) анализ кала на скрытую кровь

d) пальцевое исследование прямой кишки и ректороманоскопию

20. Первыми признаками рака прямой кишки является

a) чувство неполного опорожнения кишечника

b) боли внизу живота

c) появление крови и слизи в кале

d) чувство неудовлетворенности после акта дефекации

21. Радикальное хирургическое лечение рака прямой кишки не показано при

a) анемии

b) острой толстокишечной непроходимости

c) карциноматозе брюшины

d) кровотечении из прямой кишки

22. Исследование для оценки операбельности опухоли после окончания химиолучевой терапии при нерезектабельном раке прямой кишки

a) МРТ малого таза;

b) ирригоскопия;

c) колоноскопия;

d) ирригография.

23. Наиболее информативный метод исследования при раке прямой кишки

a) УЗ колоноскопия;

b) МРТ малого таза;

c) лапароскопия;

d) колоноскопия с биопсией.

24. У больного 40 лет с диагностированным раком прямой кишки на расстоянии 10 см от ануса, обтурирующим просвет и метастазы в правой доле печени, показана

a) лучевая и симптоматическая терапия

b) двуствольная сигмостомия

c) паллиативная передняя резекция прямой кишки

d) брюшно-анальная экстирпация прямой кишки и резекция доли печени

25. Типовой операцией при раке ректосигмоидного отдела прямой кишки является

a) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

b) левосторонняя гемиколэктомия

c) передняя резекция прямой кишки

d) операция Гартмана

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Хронический панкреатит (ХП) – длительное воспалительное заболевание ПЖ, проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями паренхимы и протоков органа, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции.

Классификация.

По этиологии: билиарнозависимый, алкогольный, дисметаболический, инфекционный, лекарственный, аутоиммунный, идиопатический.

По клиническим проявлениям: болевой, диспепсический, сочетанный, латентный.

По морфологическим признакам: интерстициально-отечный, паренхиматозный, фиброзно-склеротический, гиперпластический, кистозный.

По характеру клинического течения: редко-рецидивирующий, часто-рецидивирующий, перманентный – с постоянно присутствующей симптоматикой.

Клиническая картина (триада).

- Боль в животе
- Недостаточность внешнесекреторной функции ПЖ
- Эндокринная панкреатическая недостаточность

Критерии установления диагноза.

- анамнестические данные
    - жалобы на приступы абдоминальной боли
    - признаки экзокринной недостаточности
    - эндокринной недостаточности
- физикальное обследование
- лабораторные исследования
    - признаки экзокринной недостаточности
    - эндокринной недостаточности
- инструментальные исследования.

Жалобы.

Боль локализуется в эпигастрии с иррадиацией в спину, усиливаясь после приема пищи и уменьшаясь в положении сидя или наклоне вперед.

Физикальное обследование.

болезненность в зоне Шоффара при пальпации живота, сочетающуюся с умеренной резистентностью мышц передней брюшной стенки;

положительный симптом Мейо-Робсона – болезненность при пальпации в области левого реберно-позвоночного угла.

Лабораторные исследования.

Для диагностики экзокринной панкреатической недостаточности в клинической практике у пациентов с ХП используется определение активности панкреатической эластазы-1 в кале

Для оценки эндокринной недостаточности используется исследование уровня гликозилированного гемоглобина в крови, уровня глюкозы крови натощак, проведение глюкозотолерантного теста.

Инструментальные исследования.

Обзорная рентгенография брюшной полости позволяет выявить только выраженную кальцификацию в проекции ПЖ.

Характерными ***ультразвуковыми признаками*** ХП являются повышение эхогенности паренхимы, неоднородность структуры за счет множественных гиперэхогенных тяжей, наличие кальцинатов паренхимы и конкрементов в протоках ПЖ, диаметр ПП более 2 мм, постнекротические кисты.

Компьютерная томография нативная фаза необходима для выявления конкрементов ПЖ; артериальная – с целью визуализации ложных аневризм бассейна селезеночной, гастродуоденальной артерии; венозная – с целью дифференциальной диагностики с другими заболеваниями ПЖ, отсроченная – для определения степени фиброзных изменений паренхимы ПЖ.

Эндоскопическая ультрасонография является наиболее чувствительным методом для выявления ХП на ранней стадии. ЭСПБЗ – минимально инвазивный

метод визуализации, использующийся и с лечебной целью, а ЭСПБЗ с тонкоигольной пункционной биопсией позволяет выполнить дифференциальную диагностику между воспалительным и злокачественным образованием.Признаками будут гиперэхогенные очаги с тенью, дольчатость по типу «пчелиных сот», дольчатость без признака «пчелиных сот», гиперэхогенные очаги без тени, гиперэхогенные тяжи, кисты, наличие конкрементов, расширение боковых ветвей, неравномерность главного протока, гиперэхогенность стенок протока.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография является наиболее информативной в дифференциальной диагностике причин билиарной и панкреатической гипертензии и рекомендуется пациентам с ХП с целью уточнения изменений в протоковой системе.

ЭРХПГ – инвазивная процедура с высоким риском серьезных осложнений, позволяет детально оценить состояние протока ПЖ и его ветвей (нерегулярное расширение протоков – «цепь озер»), псевдокисты, достоверно установить диагноз ХП. Она может быть наиболее ценной при отсутствии ЭСПБЗ или сомнительных результатах МРХПГ.

Лечение.

Диетотерапия – полный отказ от употребления алкоголя и курения, дробный прием пищи: небольшими порциями 5-6 раз в сутки в зависимости от тяжести заболевания.

Консервативное лечение.

Пациентам с интенсивным болевым синдромом при ХП рекомендуется периодическое или курсовое назначение анальгетиков, или нестероидных противовоспалительных препаратов. При неэффективности следует отдавать предпочтение трамадолу.

Для уменьшения проявлений сопутствующей депрессии, уменьшения выраженности болей и потенцирования эффекта анальгетиков рекомендуется назначение антидепрессантов –неселективных ингибиторов обратного захвата моноаминов.

Для снижения желудочной секреции необходимо применение блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов или ингибиторов протонного насоса.

Большинству пациентов с панкреатогенным СД и неэффективностью соответствующей диеты требуется назначение инсулинов.

Хирургическое лечение.

Показания:

- стойкий болевой синдром (риск развития зависимости)
- протоковая гипертензия ПЖ за счет вирсунголитиаза или стриктур протока ПЖ
- симптоматические постнекротические кисты ПЖ
- механическая желтуха, обусловленная компрессией холедоха
- портальная гипертензия за счет сдавления воротной вены или тромбоза селезеночной вены
- стойкое нарушение пассажа пищи по двенадцатиперстной кишке
- ложная аневризма бассейна чревного ствола и верхней брыжеечной артерии
- панкреатические свищи, требующие хирургического лечения
- отсутствие возможности исключить рак ПЖ.

Эндоскопические вмешательства:

- Экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия
- Контактная литотрипсия (механическая, лазерная или электрогидравлическая)
- Эндоскопическое стентирование главного панкреатического протока (ЭСГПП)
- Эндоскопическое стентирование желчных протоков

Большие операции:

- Продольная панкреатоеюностомия (Puestow-b) в модификации Partington–Rochelle
- Резекция головки ПЖ с продольным панкреатоеюноанастомозом (операция Фрея)

- Бернский вариант резекции головки ПЖ
- Субтотальная резекция головки ПЖ по Бегеру
- Панкреатодуоденальная резекция
- Дистальная резекция ПЖ

К послеоперационным осложнениям относятся: послеоперационный панкреатит, панкреатический свищ, кровотечения после резекционных операций.

ТЕСТЫ

1. В каком возрасте обычно развивается хронический панкреатит?

a) юношеском;

b) пожилом;

c) детском;

d) зрелом.

2. Вид желтухи, который может быть осложнением хронического панкреатита

a) механическая;

b) гемолитическая;

c) смешанная;

d) паренхиматозная.

3. Возможными осложнениями хронического панкреатита могут быть

a) эрозивный эзофагит;

b) синдром Бартомье-Мехельсона;

c) абдоминальный ишемический синдром;

d) синдром Маллори-Вейсса.

4. Всем пациентам с ХП при проведении заместительной ферментной терапии рекомендуется принимать

a) абомин;

b) пепфиз;

c) панкреатин;

d) лактразу.

5. Для диагностики экзокринной панкреатической недостаточности у пациентов с хроническим панкреатитом рекомендуется определение

a) концентрации ферментов и бикарбонатов в панкреатического сока;

b) активности панкреатической эластазы-1 в кале;

c) содержания жира в кале;

d) объема панкреатического сока.

6. К осложнениям хронического панкреатита относятся

a) портальная гипертензия;

b) тромбоз большой поджелудочной артерии;

c) нарушение оттока желчи и пассажа дуоденального содержимого;

d) постнекротическая киста.

7. К осложнениям хронического панкреатита относятся

a) панкреатогенный сахарный диабет;

b) желудочное кровотечение;

c) «ферментативный» холецистит;

d) парапанкреатит.

8. К формам хронического панкреатита по клиническим проявлениям относят

a) латентный;

b) комбинированный;

c) сочетанный;

d) имплицитный.

9. К формам хронического панкреатита по этиологии относятся

a) лекарственный;

b) идиопатический;

c) алиментарный;

d) инфекционный.

10. Клиническими проявлениями нарушения всасывания жиров при хроническом панкреатите являются

a) потеря массы тела;

b) нарушение толерантности к глюкозе;

c) метеоризм;

d) стеаторея.

11. Метаболическим фактором, повышающий риск развития хронического панкреатита, является

a) высокое содержание белого мяса в диете;

b) высокое содержание красного мяса в диете;

c) дисгормональные нарушения;

d) недостаточная физическая активность.

12. Наиболее типичными клиническими проявлениями хронического панкреатита являются

a) боль в животе;

b) констипация;

c) симптомы недостаточности функции поджелудочной железы;

d) лихорадка.

13. Не относят к токсическим факторам риска хронического панкреатита

a) факторы оксидативного стресса (химио- и лучевая терапия, ишемия);

b) хронический гепатит;

c) алкоголь;

d) хроническую болезнь почек (терминальная стадия).

14. Особенности боли при хроническом панкреатите

a) иррадиирует в спину;

b) иррадиирует в левую половину груди;

c) локализуется в области пупка;

d) локализуется в эпигастрии.

15. Патогномоничным симптомом ложной аневризмы ветвей чревного ствола и верхней брыжеечной артерии при хроническом панкреатите является кровотечение

a) желудочное;

b) кишечное;

c) из пищевода;

d) легочное.

16. По клиническим проявлениям различают формы хронического панкреатита

a) гиперсекреторный;

b) нейроциркуляторный;

c) диспептический;

d) болевой.

17. По характеру клинического течения выделяют следующие формы хронического панкреатита

a) часто-рецидивирующий;

b) с постоянно присутствующей симптоматикой хронического панкреатита;

c) затяжной;

d) редко-рецидивирующий.

18. По этиологии различают следующие формы хронического панкреатита

a) алкогольный;

b) дисметаболический;

c) билиарнозависимый;

d) токсический.

19. При сдавлении или тромбозе каких вен хронический панкреатит может осложниться развитием портальной гипертензии

a) верхней брыжеечной;

b) нижней брыжеечной;

c) селезеночной;

d) воротной.

20. Современное определение рассматривает хронический панкреатит как

a) заболевание, развивающееся под действием факторов внешней среды и/или других факторов риска;

b) процесс, при котором развивается волатильная патологическая реакция на повреждение паренхимы поджелудочной железы;

c) патологический фиброзно-воспалительный синдром поджелудочной железы;

d) заболевание с генетической предрасположенностью.

21. Среди инструментальных методов диагностики хронического панкреатита, методом выбора является

a) компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием;

b) эндоскопическая ультрасонография;

c) трансабдоминальное УЗИ;

d) обзорная рентгенография брюшной полости.

22. Укажите методы лечения хронического панкреатита

a) консервативное лечение;

b) хирургическое лечение;

c) диетотерапия;

d) лучевая терапия.

23. Рефлюкс-эзофагит наиболее характерен для

a) ахалазии кардии

b) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

c) желчнокаменной болезни

d) хронического панкреатита

24. Противопоказанием для ретроградной эндоскопической холангиопанкреатографии является

a) хронический панкреатит

b) острый панкреатит

c) желудочно-кишечное кровотечение

d) механическая желтуха

25. Стеаторея наиболее характерна для такого заболевания, как

a) острый панкреатит

b) хронический панкреатит

c) печёночная недостаточность

d) постхолецистэктомический синдром

ЯЗВЕННЫЕ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Язва желудка или язва ДПК с кровотечением – острое хирургическое заболевание, возникающее в результате продолжающихся деструктивных процессов в язвенном кратере, приводящих к аррозии сосудов, расположенных в стенке желудка или ДПК, а при пенетрации язвы – за пределами органов, с развитием кровотечения в просвет желудочно-кишечного тракта.

В зависимости от локализации выделяют язвы желудка (кардиального и субкардиального отделов; дна, тела и антрального отдела желудка, расположенные по передней и задней стенкам, малой и большой кривизне; язвы привратника/зоны пилоропластики); язвы двенадцатиперстной кишки (передняя и задняя стенка луковицы, малая и большая кривизна луковицы, циркулярные и полуциркулярные язвы луковицы; залуковичные язвы); сочетанные язвы желудка и ДПК.

Клинические проявления.

- общие признаки кровопотери (слабость, головокружение, потеря сознания, холодный липкий пот, снижение артериального давления, тахикардия)
- симптомы, обусловленные попаданием крови в просвет желудочно-кишечного тракта.

Для ЯГДК характерно его возникновение на фоне обострения язвенной болезни с присущим ей болевым синдромом. ***Как правило, больные отмечают внезапное исчезновение болей в момент развития кровотечения***.

Рвота малоизменённой кровью со сгустками или содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис) более характерна для кровотечения из язвы желудка, чёрный дёгтеобразный стул (мелена) – для кровотечения из язвы ДПК.

«Истинная» **мелена** (дегтеобразный, т.е. черный и жидкий стул) у взрослого человека возникает при кровопотере объемом около 500 мл. Быстрая и массивная

кровопотеря в просвет кишки может проявиться **гематохезией** – выделением через задний проход крови со сгустками.

Физикальное обследование.

Спутанное сознание, резкая бледность кожных покровов и конъюнктивы, частый пульс слабого наполнения и напряжения, снижение артериального и пульсового давления.

При ректальном исследовании – чёрного жидкого, либо с примесью крови содержимого служат признаками острого массивного кровотечения.

Лабораторные диагностические исследования:

- определение основных групп крови по системе АВ0, определение антигена D системы Резус (резус-фактор);
- общий клинический анализ крови;
- исследование уровня натрия в крови, исследование уровня калия в крови, исследование уровня хлоридов в крови, исследование кислотно-основного состояния газов крови, исследование уровня осмолярности (осмоляльности) крови;
- исследование уровня мочевины в крови, исследование уровня креатинина в крови, определение протромбинового (тромбоплатинового) времени в крови или в плазме,
- определение международного нормализованного отношения, исследование уровня фибриногена в крови;
- исследование уровня глюкозы в крови, исследование уровня общего белка в крови, исследование уровня альбумина в крови, исследование уровня общего билирубина в крови, определение активности аланинаминотрансферазы в крови, определение активности аспартатаминотрансферазы в крови).

Инструментальные диагностические исследования.

Экстренное эндоскопическое исследование – эзофагогастродуоденоскопия. Рекомендуется выполнить множественную щипцовую биопсию желудка с помощью эндоскопии с последующим исследованием материала.

Лечение.

Всем пациентам с клиникой кровотечения из верхних отделов пищеварительного тракта необходимо парентеральное введение **ингибиторов протонной помпы** на догоспитальном этапе и/или при поступлении в стационар.

Требуется начинать **восполнение ОЦК** с введения сбалансированных солевых растворов, надо достичь целевых показателей адекватности перфузии после осуществления «хирургического» гемостаза.

При продолжающемся кровотечении из язвы рекомендуется выполнить **гемостаз через эндоскоп**.

Пациентам при неоднократно рецидивирующих ЯГДК, резистентных к эндоскопическому и медикаментозному гемостазу, рекомендуется **эндоваскулярная эмболизация** артерий желудка и двенадцатиперстной кишки, как альтернатива хирургическому лечению.

Пациентам с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического и эндоваскулярного гемостаза, а также при сочетании кровотечения и перфорации язвы, рекомендуется экстренная операция в объеме **гастро(-дуодено)томии с прошиванием кровоточащего сосуда** в язве.

ТЕСТЫ

1. Всем пациентам с клиникой язвенного гастродуоденального кровотечения при поступлении в стационар рекомендуется парентеральное введение

a) антибиотиков;

b) диуретиков;

c) блокаторов Н2-гистаминовых рецепторов;

d) ингибиторов протонного насоса.

2. Всем пациентам с подозрением на язвенную болезнь, при отсутствии противопоказаний, с целью подтверждения диагноза рекомендуется проведение

a) МСКТ органов брюшной полости;

b) УЗИ органов брюшной полости;

c) рентгенографии желудка с барием;

d) эзофагогастродуоденоскопии.

3. Выделение через задний проход крови со сгустками называется

a) гематохезия;

b) мелена;

c) гематемезис;

d) гемоперитонеум.

4. Пациентам с высоким риском рецидива кровотечения разрешается пить и принимать жидкую пищу

a) в ближайшие часы после завершения эндоскопического вмешательства;

b) в течение первых 6 часов после остановки кровотечения;

c) в течение первых 12 часов после остановки кровотечения;

d) в течение первых 24 часов после остановки кровотечения.

5. Пациентам с кардиоваскулярными заболеваниями и язвенным гастродуоденальным кровотечением рекомендуется проведение гемотрансфузии при уровне гемоглобина менее

a) 80 г/л;

b) 90 г/л;

c) 70 г/л;

d) 60 г/л.

6. Пациентам с язвенным гастродуоденальным кровотечением рекомендуется проведение гемотрансфузии при уровне гемоглобина менее

a) 80 г/л;

b) 90 г/л;

c) 70 г/л;

d) 60 г/л.

7. Главным критерием восстановления микроциркуляции после острой кровопотери при язвенном кровотечении является

a) появление сознания;

b) сужение зрачка;

c) систолическое давление, равное 100 мм ртутного столба;

d) восстановление гемодинамики и почасового диуреза.

8. Продолжающееся язвенное кровотечение диктует необходимость выполнения

a) только консервативного лечения;

b) эндоскопического гемостаза;

c) планового хирургического вмешательства;

d) экстренного хирургического вмешательства.

9. Основным методом гемостаза при язвенном гастродуоденальном кровотечении является ___ метод

a) ангиографический;

b) медикаментозный;

c) хирургический;

d) эндоскопический.

10. При желудочно-кишечном кровотечении показаны такие диагностические исследования, как

a) диагностическая лапароскопия, определение гематокрита и гемоглобина;

b) лапаротомия, ревизия органов брюшной полости;

c) обзорная рентгенография органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия;

d) аспирация желудочного содержимого, эзофагогастродуоденоскопия, определение гематокрита и гемоглобина.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТЫ

Острый аппендицит	Острый холецистит	Острый панкреатит	Перфоративная язва	Острый гнойный перитонит
1. a	1. c	1. a	1. bcd	1. c
2. b	2. abd	2. d	2. ab	2. abc
3. d	3. a	3. b	3. acd	3. ad
4. d	4. abd	4. c	4. acd	4. c
5. b	5. acd	5. c	5. abc	5. bc
6. d	6. abc	6. d	6. abc	6. d
7. abcd	7. bcd	7. c	7. acd	7. a
8. abd	8. c	8. a	8. ad	8. abc
9. b	9. abd	9. a	9. a	9. c
10. d	10. d	10. c	10. c	10. d
11. a	11. b	11. d		11. b
12. a	12. d	12. d		12. ab
13. c	13. acd	13. c		13. a
14. b	14. d	14. b		14. a
15. d	15. c	15. b		15. ad
16. b	16. b	16. bcd		16. a
17. a	17. abc	17. ab		17. c
18. abcd	18. cd	18. a		18. d
19. d	19. b	19. d		19. a
20. d	20. d	20. abd		20. b
21. b	21. cd	21. abcd		21. c
22. c	22. acd	22. abc		22. b
23. abd	23. b	23. abd		23. d
24. bcd	24. d	24. bcd		24. b
25.abc	25. bcd	25.a		25. b

Грыжи живота	Рак желудка	Рак прямой кишки	Хронический панкреатит	Язвенные гастродуоденальные кровотечения
26. abc	11. c	26. d	1. d	1. d
27. abd	12. a	27. c	2. a	2. d
28. acd	13. b	28. b	3. cd	3. a
29. a	14. a	29. b	4. c	4. d
30. abcd	15. a	30. a	5. b	5. b
31. abd	16. a	31. b	6. acd	6. c
32. d	17. d	32. b	7. acd	7. d
33. d	18. b	33. b	8. ac	8. d
34. a	19. abc	34. c	9. abd	9. d

Грыжи живота	Рак желудка	Рак прямой кишки	Хронический панкреатит	Язвенные гастродуоденальные кровотечения
35. b 36. bcd 37. ad 38. b 39. abc 40. bcd 41. c 42. b 43. bcd 44. acd 45. abd 46. abc 47. ab 48. abc 49. abcd 50. ac 51. a 52. c 53. a 54. b 55. c 56. b 57. d 58. b 59. c 60. d 61. b 62. a 63. a 64. c	20. c 21. d 22. d 23. a 24. c 25. d 26. b 27. abc 28. c 29. a 30. a 31. a 32. ab 33. ab 34. ac 35. b	35. d 36. d 37. a 38. d 39. a 40. d 41. cd 42. bcd 43. b 44. d 45. acd 46. c 47. a 48. d 49. d 50. c	10. acd 11. b 12. ac 13. b 14. ad 15. b 16. cd 17. abd 18. abc 19. acd 20. acd 21. a 22. abc 23. b 24. b 25. b	10.d

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА.

Основная литература:

1. Коханенко Н. Ю. Факультетская хирургия: учебник для вузов в 2-х частях. – М.: Юрайт, 2021., 329 с.
2. Кузин М.И., Кузин Н.М., Кубышкин В.А. Хирургические болезни: учебник для вузов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022., 1024 с.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия: учебник для вузов. 5-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022., 736 с.

Дополнительная литература:

1. Госпитальная хирургия. Семинарские занятия: учебное пособие для вузов / С. Г. Шаповальянц [и др.]; под редакцией С. Г. Шаповальянца, Р. В. Плахова, А. В. Шабрина. – 2-е изд. – Москва: Издательство Юрайт, 2021. – 155 с.
2. Хирургические болезни / А. И. Кириенко [и др.]. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
3. Атлас лапароскопической хирургии / Под ред. Теодора Н. Паппаса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012.
4. Николаев А.В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: Учебник. 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. – 736 с.
5. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Руководство к практическим занятиям по общей хирургии: Учебное пособие. – М.: Изд-во РУДН, 2004. – 395 с.
6. Нехаев А.Н., Рычагов Г.П. Практические навыки в общей хирургии: учебное пособие – Минск: Вышэйшая школа, 2012. – 525 с.
7. Квитко А.Ф. Хирургическая операция: Учебное пособие. – СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И.Мечникова, 2012. – 48 с.

Учебное издание

Нечаев Олег Игоревич
Орлюк Мария Анатольевна
Чулкова Елена Александровна
Тихомирова Елена Владиславовна
Анпилогов Сергей Владимирович
Краснопольская Ирина Владиславовна

Сборник тестовых заданий по факультетской хирургии

Учебное пособие

Издательство «Наукоемкие технологии»
ООО «Корпорация «Интел Групп»
https://publishing.intelgr.com
E-mail: publishing@intelgr.com
Тел.: +7 (812) 945-50-63
Интернет-магазин издательства
https://shop.intelgr.com/

Подписано в печать 25.07.2025.
Формат 60×84/16
Объем 6,75 п. л.
Тираж 100 экз.

ISBN 978-5-00271-004-1

