Хирургия

# Ситуационная задача 1

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациент 70 лет доставлен бригадой скорой медицинской помощи из дома.

#### Жалобы

Жалобы на задержку стула и газов.

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

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

#### Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Нормостенического телосложения, пониженного питания. Т тела 37,6°С. Кожа бледная, тургор значительно снижен. Видимые слизистые обычной окраски. Аускультативно над легкими ослабленное везикулярное дыхание. Частота дыхания – 20 в мин. Гемодинамика стабильная. АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот резко вздут. В акте дыхания не участвует. Перкуторно тимпанит во всех отделах живота. При пальпации живот напряжен, болезненный во всех отделах. По всему животу выраженный с. Склярова («шум плеска»). При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено. Мочеиспускание не нарушено.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острый панкреатит

**2:** кишечная непроходимость

**3:** острый холецистит

**4:** разрыв паразитарной кисты печени

#### Правильные ответ(ы):

кишечная непроходимость

**Ответ:**кишечная непроходимость

**Обоснование:**Анамнестически отмечается задержка стула и газов. При осмотре выявлено, что живот резко вздут, в акте дыхания не участвует. Отмечается перкуторно тимпанит во всех отделах живота, больше в околопупочной области.  
  
Савельев В.С., Клиническая хирургия. В 3 т. Том 2 / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 832 с. С.234-237

## Вопрос 2: Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ мочи

**2:** общий анализ крови

**3:** скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

**4:** реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

**5:** ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи у назначается с целью исключения патологии органов мочевыделительной системы, выявления признаков водно-электролитного дисбаланса и др.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 199

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Среди лабораторных показателей во всех рекомендациях в качестве диагностического критерия постоянно указывают на лейкоцитоз свыше 14-15х10-9.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 199

## Вопрос 3: Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгеноконтрастная энтерография

**2:** компьютерная томография органов брюшной полости

**3:** лапароскопическая биопсия печени

**4:** ангиография чревного ствола

**5:** рентгенографическое исследование органов брюшной полости

**6:** фиброгастродуоденоскопия

#### Правильные ответ(ы):

рентгеноконтрастная энтерография  
компьютерная томография органов брюшной полости  
рентгенографическое исследование органов брюшной полости

**Ответ:**рентгеноконтрастная энтерография

**Обоснование:**Целью энтерографии служит диагностика полной ОКН с прогнозом необходимости хирургического вмешательства.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 200

**Ответ:**компьютерная томография органов брюшной полости

**Обоснование:**Большинство современных исследований указывают на компьютерную томографию в качестве основного метода диагностики острой кишечной непроходимости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 201

**Ответ:**рентгенографическое исследование органов брюшной полости

**Обоснование:**Диагностика ОКН требует применения инструментальных методов, из которых на первом этапе традиционно выполняется обзорная рентгенография брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С.200

## Вопрос 4: На основании проведенных инструментальных методов обследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый мезентериальный тромбоз

**2:** Тонкокишечная непроходимость

**3:** Острый холецистит

**4:** Прикрытая перфоративная язва желудка

#### Правильные ответ(ы):

Тонкокишечная непроходимость

**Ответ:**Тонкокишечная непроходимость

**Обоснование:**На серии компьютерных томограмм кишечные петли перераздуты.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 202-203

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

0,00 (норма до 0,85)

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Рентгеноконтрастная энтерография

Задержка контраста в тонкой кишке более 3 часов

#### Компьютерная томография органов брюшной полости

Тонкая кишка пневматизирована, увеличена в диаметре.

#### Лапароскопическая биопсия печени

В препаратах серийные срезы двух столбиков ткани печени (залиты в один парафиновый блок, не маркированы), размером 0,5 и 1,2 см, окрашенные гематоксилином-эозином пикросириусом.

Дольковое строение прослеживается не везде. Фиброзная строма представлена очагами неправильной и линейной формы, четко отграниченными от паренхимы; центральные вены расположены хаотично, стенки их умеренно склерозированы, с развитием перивенулярного склероза. В фиброзной строме компактно расположены толстые пучки грубоволокнистой соединительной ткани, единичные макрофаги и лимфоциты; хаотично расположены желчные протоки разного калибра, выстланные кубическим эпителием; единичные сосуды неопределенного типа с утолщенными стенками и сосуды венозного типа. На периферии некоторых септ слабая очаговая гиперплазия мелких желчных протоков. Гепатоциты обычного вида, формируют балки, местами расположены в несколько рядов.

## Вопрос 5: В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** консервативная терапия

**2:** лапаротомия после предоперационной инфузионной подготовки

**3:** перевод в федеральный хирургический центр

**4:** экстренная лапаротомия

#### Правильные ответ(ы):

лапаротомия после предоперационной инфузионной подготовки

**Ответ:**лапаротомия после предоперационной инфузионной подготовки

**Обоснование:**В категорию пациентов, подлежащих ранней операции, согласно НКР, отнесены пациенты с запущенной ОКН, при наличии которой, после предоперационной подготовки, показана операция в течение 4-6 ч.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 199

## Вопрос 6: Оптимальным доступом при тонкокишечной непроходимости будет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лапаротомия

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** верхнесрединная

**2:** нижнесрединная

**3:** надлобковая

**4:** широкая серединная

#### Правильные ответ(ы):

широкая серединная

**Ответ:**широкая серединная

**Обоснование:**Широкая серединная лапаротомия рекомендована при кишечной непроходимости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 205

## Вопрос 7: В рассматриваемом случае под ЭТН была выполнена широкая срединная лапаротомия. При ревизии: в малом тазу до 200мл серозного выпота-осушен. Петли тощей кишки раздуты до 4см в диаметре, сероза гиперемирована, перистальтика вялая. Подвздошная кишка спавшаяся. Причиной непроходимости стала инвагинация на уровне подвздошной кишки. При проверке жизнеспособности кишки выявлено, что она розовая, перистальтирует. Дальнейшей оперативной тактикой является выполнение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** дезинвагинации

**2:** резекции кишки

**3:** подвесной энтеростомии

**4:** илео-илеоанастомоза

#### Правильные ответ(ы):

дезинвагинации

**Ответ:**дезинвагинации

**Обоснование:**Целесообразна дезивагинация, при сохраненной жизнеспособности кишки.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 205

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ крови

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

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | Темно-желтая |
| Прозрачность (норма – полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин | – |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 5-6 в поле зрения |
| Эритроциты (норма - не более 2 в п./зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс.) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс.) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс.) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс.) | отсутствуют |

#### Рентгенографическое исследование органов брюшной полости

Выявлены тонкокишечные «чаши» Клойбера.

Заключение: тонкокишечная кишечная непроходимость

#### Диагноз

#### Тонкокишечная непроходимость

## Вопрос 8: После механической ликвидации непроходимости наиболее целесообразно выполнить декомпрессию кишки путем

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** интубации тонкой кишки через гастростому

**2:** наложения подвесной энтеростомии

**3:** назогастроеюнальной интубации

**4:** ограничиться дезинвагинацией

#### Правильные ответ(ы):

назогастроеюнальной интубации

**Ответ:**назогастроеюнальной интубации

**Обоснование:**Декомпрессию ЖКТ после лапароскопических вмешательств по поводу ОКН чаще всего осуществляют с помощью назогастрального зонда.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 207

## Вопрос 9: В послеоперационном периоде рекомендуется назначение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** иммунопрофилактики

**2:** витаминотерапии

**3:** фаготерапии

**4:** антибиотикотерапии

#### Правильные ответ(ы):

антибиотикотерапии

**Ответ:**антибиотикотерапии

**Обоснование:**В послеоперационном периоде обычно рекомендуется антибиотикотерапия препаратами широкого спектра (цефалоспорины III поколения, фторхинолоны, метронидазол, карбапенемы) в течение 7-9 суток после операции.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 207

## Вопрос 10: Противопоказанием для лапароскопии при кишечной непроходимости является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** подозрение на опухолевую природу непроходимости

**2:** пожилой возраст пациента

**3:** сомнение в диагнозе

**4:** перитонит

#### Правильные ответ(ы):

перитонит

**Ответ:**перитонит

**Обоснование:**Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 199

## Вопрос 11: Неправильная конфигурация (асимметрия) живота может быть характерна для

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** дивертикулез толстой кишки

**2:** опухолевой непроходимости

**3:** странгуляционной непроходимости

**4:** обтурационной непроходимости

#### Правильные ответ(ы):

странгуляционной непроходимости

**Ответ:**странгуляционной непроходимости

**Обоснование:**Неправильная конфигурация (асимметрия) живота присуща странгуляционной кишечной непроходимости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 198

## Вопрос 12: Патогномоничным признаком острой кишечной непроходимости является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** задержка стула и газов

**2:** асимметрия живота

**3:** кровотечение из прямой кишки

**4:** наличие жидкости в брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

задержка стула и газов

**Ответ:**задержка стула и газов

**Обоснование:**Задержка стула и газов — патогномоничный признак ОКН. Это ранний симптом низкой непроходимости, но при высоком ее характере в начале заболевания, особенно под влиянием лечебных мероприятий, может быть стул за счет опорожнения кишечника, расположенного ниже препятствия.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 198

# Ситуационная задача 2

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Врач общей практики прибыл к пациентке 67-ми лет на 6-ый день болезни.

#### Жалобы

На кожные высыпания, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

#### Анамнез заболевания

Заболела с общего недомогания, слабости, к вечеру этого же дня температура тела повысилась до 37,9℃, появились мышечные и суставные боли.

На следующий день появились сухой кашель, слизистые выделения из носа, небольшое першение в ротоглотке, отметила нарушение восприятия вкуса и запаха знакомой пищи.

Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие (парацетамол, аспирин), бромгексин, наносила на грудную клетку мазь с эвкалиптом. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,9℃, усилились кашель, отметила чувство «заложенности» в груди, появилась одышка при физической нагрузке. В день вызова врача заметила на теле сыпь.

#### Анамнез жизни

Пенсионерка, не работает.

Аллергоанамнез: вазомоторный и аллергический ринит (со слов много лет, принимает «зодак», «кларитин» во время обострений).

Перенесенные заболевания: пневмония двусторонняя (2 года назад), артериальная гипертензия, стадию заболевания указать не может (принимает эналаприл), ЖКБ (состоит на учете у гастроэнтеролога) Со слов пациентки, в молодости болела болезнью Боткина, краснухой, корью.

Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире вместе с мужем и семьей сына (внук 9-ти лет (учащийся в школе), внучка 4 года, посещающей детский сад (привиты по возрасту со слов матери)).

Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжала. Питается дома, домашней пищей. Из дома не выходит, находится на самоизоляции вместе с детьми и дочерью, зять ежедневно ездит на работу Прививочный анамнез: от гриппа не прививалась. Дату последней прививки сказать не может.

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078050)

Температура тела 38,7°С.

Пациентка повышенного питания. На коже туловища (грудной клетки, живота, бедер) и верхних конечностей визуализируется крупная пятнисто-папулезная, не зудящая сыпь. На лице, волосистой части головы сыпи нет.

Склеры не инъецированы, слезотечения нет. Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет, зернистость задней стенки глотки. Слизистая щек нормальной окраски, энантемы нет.

Лимфатические узлы не увеличены.

В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 28 в мин.

АД-105/70 мм рт. ст., ЧСС –92 уд. в мин.

Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократный, полуоформленный. Мочеиспускание не нарушено.

В сознании, адекватна, ориентирована в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

## Вопрос 1: Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

**2:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**3:** иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**4:** бактериологический посев мазка из ротоглотки

**5:** бактериологический посев крови на стерильность

#### Правильные ответ(ы):

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки  
иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Обоснование:**Прямые методы этиологической диагностики  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК. Инструкция по проведению диагностики COVID-19 с применением МАНК представлена в Приложении 3-1.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1. Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

**Ответ:**иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**Обоснование:**Непрямые методы этиологической диагностики  
Выявление иммуноглобулинов классов А, M, G (IgА, IgM и IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептор-связывающему домену поверхностного гликопротеина S). Инструкция по проведению диагностики COVID-19 с применением иммунохимических методов представлена в Приложении 3-2.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1. Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** компьютерная томография (КТ) легких

**2:** магниторезонансная томография (МРТ) легких

**3:** фибробронхоскопия легких

**4:** пульсоксиметрия

**5:** ультразвуковое исследование (УЗИ) легких

#### Правильные ответ(ы):

компьютерная томография (КТ) легких  
пульсоксиметрия

**Ответ:**пульсоксиметрия

**Обоснование:**Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.1.3 Инструментальная диагностика  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

**Ответ:**компьютерная томография (КТ) легких

**Обоснование:**КТ имеет высокую чувствительность в выявлении изменений в легких, характерных для COVID-19. Применение КТ целесообразно для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания, а также для дифференциальной диагностики выявленных изменений и оценки динамики процесса.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.3. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА COVID-19  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 3: Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**2:** Корь, типичная форма, период высыпаний, коревая пневмония

**3:** Многоформная экссудативная эритема, токсико-аллергическая форма. Сопутствующий: Острый катаральный трахеобронхит

**4:** Инфекционный мононуклеоз, типичное течение, осложненный двусторонней пневмонией

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Обоснование:**Учитывая начало заболевания с интоксикационного синдрома (лихорадка, головная боль, мышечные и суставные боли); присоединение катарального синдрома (сухой кашель, першение в ротоглотке, слизистые выделения из носа); наличие аносмии; появление на 6-й день признаков дыхательной недостаточности (чувство «заложенности» в груди, одышка при физической нагрузке), наличие кожных кореподобных высыпаний с отсутствием элементов на лице и этапности высыпаний; данные объективного осмотра (изменения в ротоглотке, отсутствие пятен Филатова-Коплика, наличие сухих и влажных хрипов с обеих сторон, ЧДД – 28 в мин.), данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала и антител Ig M к SARS-CoV-2, отсутствие генетического материала возбудителя кори), данных инструментального обследования (снижение SрO2, наличие поражение легких в виде матового стекла КТ-2), а также данных эпидемиологического анамнеза (контакт с детьми, возможно инфицированными новой коронавирусной инфекцией), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная». Наличие двусторонних сухих и влажных хрипов, выраженной одышки на 6-й день болезни на фоне усиления интоксикационного синдрома, нельзя исключить присоединение вирусной пневмонии.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Measles virus | Не обнаружено |
| РНК Rubella virus | Не обнаружено |

|  |  |
| --- | --- |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |

ПЦР-диагностика

#### Реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

Результат отрицательный

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Пульсоксиметрия

SрO2 – 93%

#### Фибробронхоскопия легких

Слизистая бронхов, с обеих сторон, отечна, диффузно гиперемирована, сосудистый рисунок на всем протяжении смазан. В просвете бронхиального дерева, равномерно справа и слева, содержится небольшое количество прозрачного слизистого секрета.

Заключение: Двусторонний диффузный катаральный эндобронхит 2 ст. интенсивного воспаления.

## Вопрос 4: При КТ‑2 примерный объем выявленных изменений легких (визуально) составляет \_\_\_\_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** < 25

**2:** 75

**3:** 25‑50

**4:** 50‑75

#### Правильные ответ(ы):

25‑50

**Ответ:**25‑50

**Обоснование:**Адаптированная «эмпирическая» визуальная шкала [24]  
  
Основана на визуальной оценке примерного объема уплотненной легочной ткани в легком с наибольшим поражением:  
  
Отсутствие характерных проявлений (КТ‑0);  
  
Минимальный объем/распространенность <25% объема легких (КТ-1);  
  
Средний объем/распространенность 25 – 50% объема легких (КТ-2);  
  
Значительный объем/распространенность 50 – 75% объема легких (КТ-3);  
  
Субтотальный объем/распространенность >75% объема легких (КТ-4).  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4. Оценка выраженности изменений в легких при КТ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 5: Для вирусной пневмонии COVID-19 на КТ ОГК характерно наличие

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** пневмосклероза/пневмофиброза

**2:** очаговой диссеминации

**3:** единичных солидных узелков

**4:** уплотнения легочной ткани

#### Правильные ответ(ы):

уплотнения легочной ткани

**Ответ:**уплотнения легочной ткани

**Обоснование:**4. Диагностика коронавирусной инфекции. 4.1. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID‑19.  
  
15 Рекомендации по формированию описаний и оценке изменений в легких и органах грудной полости при имеющейся/подозреваемой COVID 19 пневмонии представлены в Приложении 1 А.  
  
Рекомендации по описанию данных рентгенографии и компьютерной томографии.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Приложение 1  
А. Рекомендации по описанию данных РГ И КТ ОГК  
  
Рентгенография ОГК  
  
Методика выполнения  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 6: Среднетяжелое течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 характеризуется

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** ЧДД более 22/мин, лихорадкой выше 38,5℃, пневмонией, SpO2 <95%, изменениями в легких КТ 1-2

**2:** ЧДД=20/мин, температурой тела ниже 38,5℃, кашлем, слабостью, болями в горле

**3:** ЧДД более 30/мин, SpO2 ≤ 93%, снижением уровня сознания, нестабильной гемодинамикой, изменениями в легких КТ 3-4

**4:** ЧДД более 32/мин, SpO2 ≤ 90%, ОДН с необходимостью респираторной поддержки, изменений в легких КТ 4

#### Правильные ответ(ы):

ЧДД более 22/мин, лихорадкой выше 38,5℃, пневмонией, SpO2 <95%, изменениями в легких КТ 1-2

**Ответ:**ЧДД более 22/мин, лихорадкой выше 38,5℃, пневмонией, SpO2 <95%, изменениями в легких КТ 1-2

**Обоснование:**Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
Легкое течение  
  
Т тела < 38 °C, кашель, слабость, боли в горле  
  
Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения  
  
Среднетяжелое течение  
  
Т тела > 38 °C  
  
ЧДД > 22/мин  
  
Одышка при физических нагрузках  
  
Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
SpO2 < 95%  
  
СРБ сыворотки крови >10 мг/л  
  
Тяжелое течение  
  
ЧДД > 30/мин  
  
SpO2 ≤ 93%  
  
PaO2 /FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.  
  
Снижение уровня сознания, ажитация  
  
Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л  
  
qSOFA > 2 балла  
  
Крайне тяжелое течение  
  
Стойкая фебрильная лихорадка  
  
ОРДС  
  
ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляции легких)  
  
Септический шок  
  
Полиорганная недостаточность  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени или картина ОРДС.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** лимфопения

**2:** гиперэозинофилия

**3:** лимфоцитоз

**4:** агранулоцитоз

#### Правильные ответ(ы):

лимфопения

**Ответ:**лимфопения

**Обоснование:**У большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.3 Прогностические лабораторные маркеры  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| Anti-B19 IgM | Не обнаружено |
| Anti-B19 IgG | Не обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgA | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgG | Не обнаружено |

|  |  |
| --- | --- |
| Anti-Measles virus IgМ | Не обнаружено |
| Anti-Measles virus IgG | Обнаружено |
| Anti-Rubella virus IgМ | Не обнаружено |
| Anti-Rubella virus IgG | Обнаружено |

ИФА сыворотки крови

#### Компьютерная томография (КТ) легких

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078051)

Корональный тонкосрезовый КТ-скан без введения контрастного препарата

Пневматизация лёгочной ткани нарушена. В обоих легких субплеврально и периваскулярно определяются участки уплотнения лёгочной ткани с уплотнённым внутридольковым интерстицием. По долям суммарно 10 баллов, 40%.

Заключение: КТ-картина двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии, КТ-2, стадия прогрессии.

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

## Вопрос 8: Тактика в отношении данной пациентки с изменениями в легких, соответствующими КТ2, включает

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** лечение в ОРИТ

**2:** амбулаторное лечение

**3:** обязательную госпитализацию

**4:** консультацию врача-пульмонолога-

#### Правильные ответ(ы):

обязательную госпитализацию

**Ответ:**обязательную госпитализацию

**Обоснование:**Подлежат госпитализации в структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19 вне зависимости от тяжести заболевания:  
  
Пациенты, проживающие в общежитии, многонаселенной квартире, с лицами старше 65 лет, с лицами, страдающими хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
9.4. ПОРЯДОК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 9: Этиотропными препаратами, которые могут быть использованы при лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 являются

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** занамивир и сарилумаб

**2:** фавипиравир и ремдесивир

**3:** осельтамивир и амоксициллин/клавуланат

**4:** рибавирина и левофлоксацин

#### Правильные ответ(ы):

фавипиравир и ремдесивир

**Ответ:**фавипиравир и ремдесивир

**Обоснование:**В настоящее время следует выделить несколько препаратов, которые могут быть использованы при лечении COVID-19: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
5.1. ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 10: Длительность приема фавипиравира составляет

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 5 дней

**2:** 2 недели

**3:** 10 дней

**4:** 3 дня

#### Правильные ответ(ы):

10 дней

**Ответ:**10 дней

**Обоснование:**Список возможных к назначению лекарственных средств для лечения COVID-19 у взрослых  
  
С массой ˂75 кг:  
по 1600 мг 2 р/сут в 1-й день и далее по 600 мг 2 р/сут в 2-10-й дни.  
  
С массой тела 75 кг и более:  
по 1800 мг 2 раза/сут в 1-й день, далее по 800 мг 2 раза/сут со 2 по 10 день.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
5.1. ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
Приложение 5  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: Противопоказанием к назначению фавипиравира является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тромботическая микроангиопатия

**2:** острая почечная недостаточность

**3:** сахарный диабет 2-го типа

**4:** острый респираторный дистресс-синдром

#### Правильные ответ(ы):

острая почечная недостаточность

**Ответ:**острая почечная недостаточность

**Обоснование:**Противопоказания, особые указания, побочные эффекты  
  
Повышенная чувствительность к фавипиравиру;  
  
Тяжелая печеночная недостаточность;  
  
СКФ < 30 мл/мин;  
  
Беременность или планирование беременности во время приема препарата и в течение 7 дней после его окончания;  
  
Период грудного вскармливания;  
  
Детский возраст до 18 лет.  
  
С осторожностью:  
У пациентов с подагрой и гиперурикемией в анамнезе, у пожилых пациентов, пациентов с печеночной недостаточностью легкой и средней степени тяжести, пациентов с почечной недостаточностью средней степени тяжести (СКФ < 60 мл/мин и ≥ 30 мл/мин).  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
5.1. ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ.  
Приложение 5  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: В отношении проживающих в одной квартире родственников пациента осуществляется их изоляция сроком на \_\_\_\_\_ дней

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 14

**2:** 28

**3:** 7

**4:** 5

#### Правильные ответ(ы):

14

**Ответ:**14

**Обоснование:**Алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с ОРВИ  
  
Оформление листка нетрудоспособности на 14 дней;  
  
Изоляция на дому на 14 дней;  
  
В случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний пациент вызывает врача на дом;  
  
Забор мазка из носо- и ротоглотки в день обращения с первичным осмотром врача (в кратчайшие сроки), при появлении клинических симптомов ОРВИ – немедленно.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Приложение 11  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 3

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 63 лет госпитализирована в ожоговый центр для проведения специализированного лечения

#### Жалобы

Боли в области ожоговой раны

#### Анамнез заболевания

Травма в быту – в бане прислонилась к горячей печи, получила ожог крестца и ягодичных областей на площади 1,5% п.т. Обратилась самотеком в ЦРБ, где в приемном отделении проведена ПХО раны и наложена влажно-высыхающая повязка. Далее лечилась амбулаторно, проводились перевязки в поликлинике по месту жительства. В связи с наличием раны в области крестца и ягодиц на 8-е сутки после травмы больная переведена для продолжения лечения в ожоговый центр.

#### Анамнез жизни

Страдает гипертонической болезнью II ст.

не курит, алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

работает учителем

прививка от столбняка выполнена в ЦРБ

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/047/001047004)

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, больная контактна, адекватна, ориентируется в месте, времени и собственной личности. Кожный покров вне раны обычной окраски, чистый. Видимые слизистые чистые, обычной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Очаговой неврологической симптоматики нет. Температура 36,7 С. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД до 16/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 88 уд в мин. АД 145/85 мм. рт. ст. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски. Мочеиспускание не нарушено, дизурии нет, диурез адекватен водной нагрузке.

Местный статус: Ожоговая рана в области крестца и ягодиц на большей площади представлена плотным, сухим, фиксированным ожоговым струпом и скудным серозно-гнойным отделяемым и перифокальным воспалением.

## Вопрос 1: Для определения площади поражения в данном случае используется

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** планиметрия

**2:** «правило ладони»

**3:** метод Скица-Вилявина

**4:** "правило девяток»

#### Правильные ответ(ы):

«правило ладони»

**Ответ:**«правило ладони»

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони»- площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадьладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 2.2.Физикальное обследование  
  
На рисунке видно, что площадь поражения приблизительно соответствует 1,5% поверхности тела

## Вопрос 2: По глубине поражение данный ожог \_\_\_ степени (по МКБ-10)

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** IIIБ-IV

**2:** I

**3:** III

**4:** II

#### Правильные ответ(ы):

III

**Ответ:**III

**Обоснование:**1.5. Кодирование по МКБ 10 –N21.3 Термический ожог туловища третьей степени  
  
« … III степень — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений…»  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 2.2.Физикальное обследование стр 24

## Вопрос 3: К обязательным методам инструментальной диагностики в данном случае относится

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ЭГДС

**2:** КТ органов грудной клетки

**3:** ФБС

**4:** рентгенография органов грудной клетки

#### Правильные ответ(ы):

рентгенография органов грудной клетки

**Ответ:**рентгенография органов грудной клетки

**Обоснование:**Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf Приложение Г2 стр. 96. Инструментальная диагностика.

## Вопрос 4: На этапе доврачебной помощи сразу после травмы пациентке было необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** первичную хирургическую обработку раны

**2:** обработку ран аэрозолем Пантенол

**3:** наложение на рану стерильной повязки без лекарственных веществ

**4:** наложение повязки с мазью Левомеколь

#### Правильные ответ(ы):

наложение на рану стерильной повязки без лекарственных веществ

**Ответ:**наложение на рану стерильной повязки без лекарственных веществ

**Обоснование:**При возможности быстрой транспортировки пострадавших от ожогов в медицинскую организацию на раны накладывают повязки первой медицинской помощи без каких-либо лекарственных веществ. Эти повязки не должны содержать вещества, которые в дальнейшем могут затруднить распознавание глубины поражения  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf Приложение Г15 стр. 104.

## Вопрос 5: При поступлении в ЦРБ больной была показана противостолбнячная иммунизация по схеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** АС 1,0 в комбинации с антибиотиком

**2:** АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**3:** ПСЧИ 250 МЕ в комбинации с антибиотиком

**4:** АС 0,5 и ПСС 1500МЕ по Безредке

#### Правильные ответ(ы):

АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**Ответ:**АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет, показана полная схема активно-пассивной иммунизации.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка».

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### III

## Вопрос 6: Первым этапом местного лечения раны в качестве специализированной медицинской помощи в ЦРБ необходимо было провести первичный туалет ран и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** наложение повязки с раствором повидон-йода

**2:** ферментативный некролиз раны

**3:** открытое ведение раны с обработкой Пантенолом

**4:** наложение гидроколлоидной повязки

#### Правильные ответ(ы):

наложение повязки с раствором повидон-йода

**Ответ:**наложение повязки с раствором повидон-йода

**Обоснование:**«После туалета ожоговых ран повторно и более точно оценивается глубина и площадь поражения, определяется дальнейшая тактика местного лечения, в том числе необходимость в выполнении ранних хирургических операций»  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами, стр. 52

## Вопрос 7: Первым этапом хирургического лечения в ожоговом центре больной необходимо провести

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическую некрэктомию окаймляющим разрезом

**2:** ферментативный некролиз раны

**3:** аутодермопластику свободны лоскутом

**4:** пластику раны местными тканями

#### Правильные ответ(ы):

хирургическую некрэктомию окаймляющим разрезом

**Ответ:**хирургическую некрэктомию окаймляющим разрезом

**Обоснование:**Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 3.2 Хирургическое лечение стр. 59-60

## Вопрос 8: Сразу после удаления струпа целесообразно

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выполнить лазерное облучения раны

**2:** наладить вакуум-терапию раны

**3:** выполнить одномоментную аутодермопластику

**4:** наложить влажно-высыхающую повязку

#### Правильные ответ(ы):

наладить вакуум-терапию раны

**Ответ:**наладить вакуум-терапию раны

**Обоснование:**«Вакуум-терапия после некрэктомии глубоких ожоговых ран и при подготовке длительно существующих, инфицированных гранулирующих ран к аутодермопластике уменьшает отёк тканей, улучшает кровоснабжение, снижает бактериальную обсеменённость ран, ускоряет их очищение от фокусов некроза, стимулирует формирование грануляционной ткани, сокращает сроки восстановления целостности кожных покровов»  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf стр. 57

## Вопрос 9: Оптимальным методом пластического закрытия гранулирующей раны ягодиц и крестца в данном случае является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** пластика лоскутом на микрососудистых анастомозах

**2:** пластика местными тканями

**3:** трансплантация аутологичных кератиноцитов

**4:** отсроченная аутодермопластика расщепленным кожным трансплантатом

#### Правильные ответ(ы):

отсроченная аутодермопластика расщепленным кожным трансплантатом

**Ответ:**отсроченная аутодермопластика расщепленным кожным трансплантатом

**Обоснование:**Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf Приложение Г23 стр 116

## Вопрос 10: У данной больной с локальным глубоким ожогом проведение антибактериальной терапии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** нецелесообразно

**2:** целесообразно препаратами местного и системного действия

**3:** целесообразно препаратами местного действия

**4:** целесообразно препаратами только системного действия

#### Правильные ответ(ы):

целесообразно препаратами местного действия

**Ответ:**целесообразно препаратами местного действия

**Обоснование:**Рекомендуется при общей площади ожогового поражения менее 10–15% п.т., из которых глубокие ожоги составляют менее 5% п.т., отсутствии общих признаков инфекции, использование только местных антимикробных средств.  
  
Рекомендуется использование местных антибактериальных препаратов для снижения риска развития инвазивной раневой инфекции у обожженных».  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf

## Вопрос 11: При выписке из стационара пациентке проведение реабилитационных мероприятий

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** рекомендуется в поликлинике по месту жительства

**2:** рекомендуется в специализированном санатории

**3:** рекомендуется в специализированном отделение реабилитации

**4:** не рекомендуется (в дальнейшем наблюдении и лечении не нуждается)

#### Правильные ответ(ы):

рекомендуется в поликлинике по месту жительства

**Ответ:**рекомендуется в поликлинике по месту жительства

**Обоснование:**Показано проведение реабилитационных мероприятий и медико-социальная экспертиза.  
  
Прохождение МСЭ проводится по месту жительства в порядке, установленном Приказом Минтруда России от 11.10.2012 № 310н  
  
«Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».  
  
п.16 Медицинская организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.  
  
Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 21.06.2018) "О порядке и условиях признания лица инвалидом"  
  
III. Порядок направления гражданинана медико-социальную экспертизу. Приложение

## Вопрос 12: Оптимальным методом неинвазивной противорубцовой профилактики у данной пациентки является использование

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** силиконовых покрытий

**2:** лазеротерапии

**3:** массажа

**4:** криохирургии

#### Правильные ответ(ы):

силиконовых покрытий

**Ответ:**силиконовых покрытий

**Обоснование:**Приложение Г24. Методы лечения профилактики и лечения рубцов и рубцовых деформаций  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf стр116.

# Ситуационная задача 4

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 26 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ожогового центра.

#### Жалобы

Боли, жжение в области ран на тыле левой стопы.

#### Анамнез заболевания

2 часа назад случайно пролил на себя кипяток из чайника. Сразу вызвал СМП.

#### Анамнез жизни

хронических заболеваний нет

курит до 5 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет

аллергических реакций нет

профессиональных вредностей не имеет, работает менеджером в офисе

от столбняка привит в 16 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069228)

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 175 см. Температура тела 36,80С. Кожные покровы влажные, теплые, бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 88/мин, АД 120/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей, мочеиспускание свободное.

Местный статус:

Других ран нет

## Вопрос 1: Для определения площади ожога у данного пациента используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** "правило ладони"

**2:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**3:** "правило девяток»

**4:** таблица Ланда-Браудера

#### Правильные ответ(ы):

"правило ладони"

**Ответ:**"правило ладони"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони» - площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадьладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23  
  
На рисунке видно, что площадь поражения на стопе приблизительно соответствует площади ладони, т.е. площадь ожога составляет 1% поверхности тела

## Вопрос 2: Глубина ожогового поражения по клиническим признакам может соответствовать ожогам \_\_\_\_\_ степени (используйте классификацию МКБ-10)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** IIIАБ

**2:** I-II

**3:** II-IIIА

**4:** III

#### Правильные ответ(ы):

I-II

**Ответ:**I-II

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения I cтепени — гиперемия кожи, пастозность или нерезко выраженный отек кожи. Может быть отслоение эпидермиса с образованием тонкостенных пузырей, наполненных прозрачной, слегка желтоватой жидкостью. Болевая чувствительность сохранена или несколько повышена. Дно ожогового пузыря — розовая, влажная, блестящая ткань1.  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения II cтепени — толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 24

## Вопрос 3: По данным анамнеза данный ожог относится к

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** химическому

**2:** лучевому

**3:** термохимическому

**4:** термическому

#### Правильные ответ(ы):

термическому

**Ответ:**термическому

**Обоснование:**Термические ожоги связаны с воздействием высоких температур. Возникают наиболее часто. Чаще всего встречают ожоги горячими жидкостями и паром.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.Краткая информация по заболеванию или состоянию, стр. 6

## Вопрос 4: Правильными действиями врача приемного отделения в данной ситуации являются

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** туалет ран с наложением повязки  
  
  
направление на амбулаторное лечение к хирургу поликлиники по месту жительства  
  
  
выдача справки обращения

**2:** обезболивание  
  
  
туалет ран с наложением стерильной повязки  
  
  
выдача листа нетрудоспособности на 3 дня

**3:** туалет ран с наложением стерильной повязки  
  
  
направление на амбулаторное лечение к хирургу поликлиники по месту жительства  
  
  
выдача листка нетрудоспособности на 10 дней

**4:** обезболивание  
  
  
туалет ран с наложением лечебной повязки  
  
  
госпитализация

#### Правильные ответ(ы):

обезболивание  
  
  
туалет ран с наложением лечебной повязки  
  
  
госпитализация

**Ответ:**обезболивание  
  
  
туалет ран с наложением лечебной повязки  
  
  
госпитализация

**Обоснование:**Показаниями для направления больных, пострадавших от ожогов, в ожоговое отделение или ожоговый центр медицинской организации являются:  
  
…термические и химические ожоги I−II степени (МКБ-Х) с площадью поражения менее 10% поверхности тела (у детей менее 5% поверхности тела), включая ожоги особых локализаций: голова, лицо (в том числе в сочетании с ожогами органа зрения), кисти, стопы, промежность, половые органы, область шеи и крупных суставов…  
  
Проект порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия (комбустиология)». П.8

## Вопрос 5: Пациента необходимо госпитализировать в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** дерматологическое

**2:** травматологическое

**3:** реанимации и интенсивной терапии

**4:** ожоговое

#### Правильные ответ(ы):

ожоговое

**Ответ:**ожоговое

**Обоснование:**Показаниями для направления больных, пострадавших от ожогов, в ожоговое отделение или ожоговый центр медицинской организации являются:  
  
…термические и химические ожоги I−II степени (МКБ-Х) с площадью поражения менее 10% поверхности тела (у детей менее 5% поверхности тела), включая ожоги особых локализаций: голова, лицо (в том числе в сочетании с ожогами органа зрения), кисти, стопы, промежность, половые органы, область шеи и крупных суставов…  
  
Проект порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия (комбустиология)». П.8

## Вопрос 6: В ожоговом отделении пациенту в день поступления проводится местное лечение такое, как

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** экстренная некротомия и наложение повязок с мазью левомеколь

**2:** открытый метод ведения ран с обработкой пеной "Пантенол" или "Олазоль"

**3:** туалет ожоговых ран и наложение лечебной повязки с мазью левомеколь

**4:** туалет ожоговых ран, УФ-облучение и наложение влажно-высыхающих повязок с раствором 0,05% хлоргексидина

#### Правильные ответ(ы):

туалет ожоговых ран и наложение лечебной повязки с мазью левомеколь

**Ответ:**туалет ожоговых ран и наложение лечебной повязки с мазью левомеколь

**Обоснование:**Местное консервативное лечение пострадавших от ожогов на этапе первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи:  
  
Рекомендуется проведение туалета ожоговых ран (иссечение покрышек пузырей, удаление десквамированного эпидермиса, обработка раствором антисептика на водной основе) с наложением лечебных повязок в первые сутки после поступления пациента в стационар.  
  
Рекомендуется удалить у пациентов стационаров покрышки всех ожоговых пузырей и десквамированный эпидермис, т.к. они являются источником инфекции1  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами, стр. 50-53

## Вопрос 7: В день поступления больного в стационар обязательным лечебным мероприятием является проведение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** обезболивания местными анестетиками

**2:** экстренной профилактики столбняка

**3:** экстренной профилактики тромбоза (введение прямых антикоагулянтов)

**4:** системной антибиотикотерапии

#### Правильные ответ(ы):

экстренной профилактики столбняка

**Ответ:**экстренной профилактики столбняка

**Обоснование:**У пациента имеется травма с нарушением целостности кожного покрова, в травмпункте при обращении профилактика не выполнена.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка»

## Вопрос 8: Данному пациенту должна быть назначена такая схема противостолбнячной иммунизации как

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**2:** АС 0,5

**3:** ПСЧИ 250 МЕ

**4:** АС 1,0

#### Правильные ответ(ы):

АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Ответ:**АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет, в травмпункте иммунизация не выполнялась. Показана полная схема активно-пассивной иммунизации  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка»

## Вопрос 9: Общее лечение включает применение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** глюкокортикоидных гормонов

**2:** антибактериальных препаратов

**3:** обезболивающих и антигистаминных препаратов

**4:** инфузионной терапии

#### Правильные ответ(ы):

обезболивающих и антигистаминных препаратов

**Ответ:**обезболивающих и антигистаминных препаратов

**Обоснование:**Рекомендуется применение препаратов с целью обезболивания парентерально.  
  
Рекомендуется при необходимости применение антигистаминных препаратов.  
  
Рекомендуется при общей площади ожогового поражения менее 10–15% п.т., из которых глубокие ожоги составляют менее 5% п.т., отсутствии общих признаков инфекции, использование только местных антимикробных средств.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.1.2. 3. Лечение, стр. 45

## Вопрос 10: Местное лечение включает применение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 40% салициловой мази

**2:** 5% раствора перманганата калия

**3:** раневых повязок, создающих влажную среду

**4:** цинково-салициловой пасты

#### Правильные ответ(ы):

раневых повязок, создающих влажную среду

**Ответ:**раневых повязок, создающих влажную среду

**Обоснование:**Рекомендуется проводить лечение поверхностных и пограничных ожоговых ран I-II степени консервативно с использованием раневых повязок, создающих влажную раневую среду  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.1.2. Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами, с. 55

## Вопрос 11: Невыполненным у пациента мероприятием первой помощи, влияющим на глубину ожога и прогноз является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ожоговых поверхностей

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** охлаждение; холодной водой

**2:** обработка; растительным маслом

**3:** обработка; спиртом или водкой

**4:** обработка; пеной «Пантенол»

#### Правильные ответ(ы):

охлаждение; холодной водой

**Ответ:**охлаждение; холодной водой

**Обоснование:**Немедленное, не позднее 10-15 минут после травмы охлаждение обожженной поверхности сокращает время перегревания тканей, препятствуя распространению действия термического агента на глубжележащие ткани. Охлаждение уменьшает отек и снимает боль, оказывает благоприятное влияние на дальнейшее заживление ожоговых ран, предупреждая углубление повреждения.  
  
Важно знать, что при локальных ожогах до 10% поверхности тела необходимо охлаждение поврежденных участков кожи не менее 15-20 минут путем орошения или погружения их в холодную воду  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение В. Информация для пациента, стр. 91

## Вопрос 12: При неосложненном течении раневого процесса полная эпителизация данного ожога обычно наступит через \_\_\_\_\_\_\_ суток после травмы

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 18-21

**2:** 13-16

**3:** 9-12

**4:** 6-8

#### Правильные ответ(ы):

18-21

**Ответ:**18-21

**Обоснование:**Эпителизация ожоговых ран II степени обычно наблюдается через 18-21 дней после травмы.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.6 Классификация, с. 17

# Ситуационная задача 5

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

Боли в областях ожогового поражения

#### Анамнез заболевания

Через 6 часов после получения ожогов был госпитализирован в травматологическое отделение центральной районной больницы, где проводилась противошоковая инфузионная терапия.

Через 2 дня стационарного лечения была отмечена положительная клинико-лабораторная динамика, сопровождавшаяся нормализацией темпа диуреза (до 130 мл/час), уменьшения гемоконцентрации, со снижением показателей гематокрита до 31%. Однако, на 5 сутки после травмы у пациента было отмечено ухудшение состояния, связанное с появлением фебрильной лихорадки (температура тела выше 38,5℃), развитием делирия, появлением гастростаза, пареза кишечника, снижением темпа диуреза до 30 мл/час

#### Анамнез жизни

хронических заболеваний нет

не курит, алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

временно не работает

при поступлении выполнена экстренная профилактика столбняка

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: Ухудшение состояния пациента связано с развитием

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** тромбоэмболии лёгочной артерии

**2:** инфаркта миокарда

**3:** миоплегической формы столбняка

**4:** сепсиса

#### Правильные ответ(ы):

сепсиса

**Ответ:**сепсиса

**Обоснование:**Для скрининга пациентов с высокой вероятность развития сепсиса, в том числе с целью возможности раннего перевода в отделение реанимации и начала интенсивной терапии сепсиса, следует использовать критерии Quick SOFA (qSOFA), позволяющие предполагать наличие сепсиса по клиническим признакам без лабораторных исследований. К ним принято относить – снижение уровня сознания до 13 и менее баллов шкалы ком Глазго; снижение систолического артериального давления менее 100 мм.рт.ст.; повышение частоты дыхания 22 и более. Каждому из признаков придаётся по одному баллу. В случае наличия двух или трёх баллов, вероятность присутствия инфекции в варианте сепсиса составляет около 80%. Наличие инфекционного процесса следует устанавливать на основании клинических признаков- классических клинических симптомов воспаления тканей, признаков течения раневой инфекции в области ожогового поражения или наличия рентгенографических признаков пневмонии. Если состояние пациента позволяет, то для идентификации инфекции очага могут быть использованы компьютерная или магнитно-резонансная томография.  
  
Гельфанд Б. Р. и др. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. – 2017.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

## Вопрос 2: Дыхательная недостаточность у пациента связана с развитием

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острого респираторного дистресс-синдрома

**2:** обструкции дыхательных путей остатками копоти и мокротой

**3:** эмболии лёгочной артерии или её ветвей

**4:** кардиогенного отёка лёгких

#### Правильные ответ(ы):

острого респираторного дистресс-синдрома

**Ответ:**острого респираторного дистресс-синдрома

**Обоснование:**Ведущей причиной острой дыхательной недостаточности при сепсисе является развитие острого респираторного дистресс-синдрома  
  
Гельфанд Б. Р. и др. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. – 2017.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

## Вопрос 3: У пациента ожоговая болезнь в периоде

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Реконваленценции

**2:** Ожогового шока

**3:** Септикотоксемии

**4:** Острой ожоговой токсемии

#### Правильные ответ(ы):

Острой ожоговой токсемии

**Ответ:**Острой ожоговой токсемии

**Обоснование:**Классификация ожоговой болезни по периодам:  
  
Ожоговый шок- патологический процесс, который развивается при обширных термических повреждениях кожи и глубже лежащих тканей вследствие нарушения кровообращения на фоне гиповолемии, проявляется, гиперлактатемией, метаболическим ацидозом и нарушением органных функций (почек, желудочно-кишечного тракта и ЦНС). Продолжительность - до 3 суток.  
  
Острая ожоговая токсемия - клинический синдром, связанный с действием циркулирующих в крови токсических веществ различного происхождения. Продолжительность - 3-10 суток.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
1.6 Классификация  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

## Вопрос 4: Для объективизации причины нарушения витальных функций показано исследование

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** кислотно-щелочного состояния венозной крови из периферической вены

**2:** биохимического анализа крови

**3:** кислотно-щелочного состояния артериальной крови

**4:** кислотно-щелочного состояния смешанной венозной крови

#### Правильные ответ(ы):

кислотно-щелочного состояния артериальной крови

**Ответ:**кислотно-щелочного состояния артериальной крови

**Обоснование:**При анализе кислотно-щелочного состояния артериальной крови объективизируются нарушения функции внешнего дыхания, принимается решение о типе респираторной терапии и срочности протезирования функции внешнего дыхания.  
  
Киров М. Ю. и др. Основы интенсивной терапии и анестезиологии в схемах и таблицах. –Арангельск, 2018.  
  
(Интенсивная терапия : национальное руководство / Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1744 с.  
  
Рябов Г.А. Синдромы критических состояний.-М.: Медицина,1994  
  
Шурыгин И.А. Мониторинг дыхания в анестезиологии и интенсивной терапии. – СПб.: изд-во «Диалект», 2003. -416 с.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
2.3.Лабораторная диагностика  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 5: Для уточнения причины дыхательной недостаточности и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** дуплексное сканирование вен нижних конечностей

**2:** электрокардиография

**3:** компьютерная томография

**4:** эхокардиография

#### Правильные ответ(ы):

компьютерная томография

**Ответ:**компьютерная томография

**Обоснование:**Метод рентгеновской компьютерном томографии повзволяет не только определить признаки вторичных очагов инфекционного процесса или указать на альтернативные источники инфекции, но и предсказать возможность эффективного подбора режимов инвазивной искусственной вентиляции лёгких, например, ответить на вопрос о рекрутабельности альвеолл, оценить эффективность подобранного положительного давления в конце выдоха (PEEP), а так же исключить тромбоэмболические осложнения  
  
Гельфанд Б. Р. и др. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. – 2017.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

## Вопрос 6: Для уточнения диагноза «бактериальный сепсис» следует исследовать уровень

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** тропонина I

**2:** билирубина общего и прямого

**3:** прокальцитонина

**4:** NT pro BNP

#### Правильные ответ(ы):

прокальцитонина

**Ответ:**прокальцитонина

**Обоснование:**При поступлении в отделение реанимации пациента с подозрением на сепсис, следует ориентироваться на комплекс клинико-лабораторных параметров, изменения которых делают целесообразным расширение объёма диагностического поиска и определяют целесообразность старта или изменения антимикробной терапии. Таковыми сигналами могут служить: температура тела более 38,3℃; тахикардия выше 120 уд/мин, число палочкоядерных форм лейкоцитов более 5%, уровень С-реактивного белка более 88 мг/л.  
  
Гельфанд Б. Р. и др. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. – 2017.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

## Вопрос 7: В неотложном порядке пациенту показано

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** начало инвазивной искусственной вентиляции лёгких

**2:** начало неинвазивной искусственной вентиляции лёгких

**3:** начало высокопоточной кислородотерапии

**4:** начало экстракорпоральной мембранной оксигенации

#### Правильные ответ(ы):

начало инвазивной искусственной вентиляции лёгких

**Ответ:**начало инвазивной искусственной вентиляции лёгких

**Обоснование:**Как можно более раннее начало инвазивной вентиляции лёгких улучшает прогноз у пациентов с ОРДС вследствие сепсиса  
  
Гельфанд Б. Р. и др. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. – 2017.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Острой ожоговой токсемии

## Вопрос 8: В неотложном порядке пациенту также показано

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** немедленное введение специфических иммуноглобулинов

**2:** неотложное введение свежезамороженной плазмы

**3:** экстренное введение ингибиторов фибринолиза

**4:** старт или изменение эмпирической антимикробной терапии

#### Правильные ответ(ы):

старт или изменение эмпирической антимикробной терапии

**Ответ:**старт или изменение эмпирической антимикробной терапии

**Обоснование:**Антимикробные средства являются важнейшим компонентом комплексной терапии сепсиса. В последние годы были получены убедительные данные, что ранняя адекватная эмпирическая антибактериальная терапия сепсиса приводит к снижению летальности и частоты осложнений.  
  
Гельфанд Б. Р. и др. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. – 2017.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
Белобородов В. Б. и др. Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи. Методические рекомендации для лечебно-профилактических учреждений Москвы //Consilium Medicum. – 2017. – Т. 19. – №. 7-1.  
  
Российские клинические рекомендации Программа СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) при оказании стационарной медицинской помощи. Москва – 2018г.

## Вопрос 9: С учётом анурии, выраженных электролитных нарушений пациенту рекомендуется

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** капельное введение осмотических диуретиков

**2:** дозированное введение петлевых диуретиков

**3:** проведение заместительной почечной терапии

**4:** перфузия дофамина в почечной дозе

#### Правильные ответ(ы):

проведение заместительной почечной терапии

**Ответ:**проведение заместительной почечной терапии

**Обоснование:**Рекомендуется при сохраняющихся олигоанурии, гиперазотемии, нарастании уровня ЦВД, гипергидратации проведение заместительной почечной терапии. Применение методов экстракорпоральной детоксикации является обязательным компонентом патогенетической терапии больных с сепсисом, септическим шоком и полиорганной недостаточностью.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

## Вопрос 10: Пациенту рекомендуется проводить нутритивную поддержку в виде

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** полного заместительного парентерального питания в комбинации с поливитаминами

**2:** в/в введения гипертонических растворов глюкозы для покрытия энергозапросов из расчёта 25 ккал/кг

**3:** энтерального зондового питания с использованием энтеральных смесей, содержащих гидролизаты белка

**4:** введения в желудочный зонд только солевых растворов

#### Правильные ответ(ы):

энтерального зондового питания с использованием энтеральных смесей, содержащих гидролизаты белка

**Ответ:**энтерального зондового питания с использованием энтеральных смесей, содержащих гидролизаты белка

**Обоснование:**В лечение больных с ожогами нутритивной поддержке отводится одна из основных ролей, что позволяет существенно улучшить результаты их лечения. Раннее начало энтеральной поддержки предупреждает развитие синдрома острой кишечной недостаточности и явлений транслокации кишечной микрофлоры в кровь. При энтеральном зондовом питании капельный способ введения предпочтителен. Парентеральное питание (ПП) должно применяться как дополнение к энтеральному при невозможности оптимизации субстратного обеспечения пострадавших. Полное ПП следует назначать только при невозможности проведения энтерального питания. Противопоказаниями к проведению нутритивной поддержки являются: рефрактерный септический шок, тяжелая артериальная гипоксемия (PaO2 менее 60 мм.рт.ст.), гиперкапния (PCO2 более 80 мм.рт.ст.); гиперлактатемия 4 ммоль/л и более, некорригированная гиповолемия; декомпенсированный ацидо (pH менее 7,2)  
  
Гельфанд Б. Р. и др. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. – 2017.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

## Вопрос 11: Пациенту рекомендуется проводить профилактику повреждения слизистых желудочно-кишечного тракта в виде энтерального питания и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** трёхкомпонентной пероральной противоязвенной терапии

**2:** ингибиторов протонной помпы

**3:** четырёхкомпонентной пероральной противоязвенной терапии

**4:** обволакивающих антацидов

#### Правильные ответ(ы):

ингибиторов протонной помпы

**Ответ:**ингибиторов протонной помпы

**Обоснование:**Профилактика должна начинаться сразу же после госпитализации пострадавших и включать целенаправленную инфузионную и метаболическую терапию, использование антисекреторных препаратов, раннюю энтеральную поддержку, раннее хирургическое лечение. У пациентов в критическом состояни рекомендуется антисекреторная терапия ингибиторами протонной помпы в парентеральной форме  
  
Гельфанд Б. Р. и др. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. – 2017.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

## Вопрос 12: Применение глюкокортикостероидных гормонов данному пациенту

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рекомендуется в виде постоянной внутривенной инфузии гидрокортизона

**2:** не рекомендуется

**3:** рекомендуется в виде пульс-терапии метилпреднизолоном

**4:** рекомендуется в виде перорального приема дексаметазона

#### Правильные ответ(ы):

не рекомендуется

**Ответ:**не рекомендуется

**Обоснование:**Основным показанием для применения глюкокортикостероидных гормонов является ожоговое истощение при явлениях функциональной недостаточности коры надпочечников. Для диагностики надпочечниковой недостаточности применяется исследование крови на кортизол и мочи на 17-оксикортикостероиды (17-ОКС). Показано использования «малых» доз глюкокортикоидое при развитии ОРДС - 200 мг/сут в виде инфузии. Не рекомендуется назначать глюкокортикостероиды для лечения сепсиса при отсутствии септического шока [101].  
  
Гельфанд Б. Р. и др. Сепсис: классификация, клинико-диагностическая концепция и лечение. – 2017.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.

# Ситуационная задача 6

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 48 лет доставлена реанимобилем из ЦРБ в приемное отделение ожогового центра.

#### Жалобы

Жалоб не предъявляет по тяжести состояния, проводится ИВЛ через интубационную трубку.

#### Анамнез заболевания

Из эпикриза известно, что травма получена дома 5 дней назад: от печки случайно загорелась одежда. Сразу была госпитализирована в ЦРБ, где проводилась противошоковая инфузионная и симптоматическая терапия. По настоянию родственников сегодня переведена в ожоговый центр.

#### Анамнез жизни

хронические заболевания – неизвестно

образ жизни - неизвестно

от столбняка привита 5 дней назад в ЦРБ

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069231)

Состояние тяжелое. Вес 75 кг, рост 170 см. Температура тела 38,50С. Кожные покровы вне ран бледные. При аускультации дыхание, сухие и влажные хрипы. Проводится ИВЛ. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 105/мин, АД 100/65 мм рт.ст. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Печень +2 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул был утром, мочеиспускание по катетеру, моча светлая, прозрачная. За время транспортировки - 100 мл.

Местный статус:

Других ран нет.

## Вопрос 1: Для определения площади ожога используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**2:** "правило ладони"

**3:** "правило девяток»

**4:** планиметрия

#### Правильные ответ(ы):

"правило ладони"

**Ответ:**"правило ладони"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони» - площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадь ладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23  
  
На рисунке видно, что площадь поражения приблизительно соответствует 20% поверхности тела

## Вопрос 2: По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог \_\_\_\_\_\_ степени (по МКБ-10)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** IIIБ-IV

**2:** IIIАБ

**3:** III

**4:** IIIБ

#### Правильные ответ(ы):

III

**Ответ:**III

**Обоснование:**У пациентки определяется толстый серо-желтый струп в центре раны с некротомными разрезами струпа в подмышечной области; по периферии – полоса более тонкого «мозаичного» струпа Ожоги в области шеи, левой боковой поверхности туловища, на левом плече, в подмышечной области III cтепени.  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения III cтепени— некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений … обугливание кожи сразрывами ее…  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23-24

## Вопрос 3: Среди лабораторных исследований в эти сроки после травмы наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ мочи

**2:** биохимический анализ крови

**3:** клинический анализ крови

**4:** анализ крови на КЩС

#### Правильные ответ(ы):

клинический анализ крови

**Ответ:**клинический анализ крови

**Обоснование:**Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г2. Алгоритм обследования пострадавших с ожогами, с. 96  
  
У пациентки отмечается лейкоцитоз, лимфоцитопения, обусловленные развитием ожоговой болезни в стадии острой ожоговой токсемии.

## Вопрос 4: Состояние больного соответствует периоду ожоговой болезни

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** реконвалесцентция

**2:** ожоговый шок

**3:** острая ожоговая токсемия

**4:** септикотоксемия

#### Правильные ответ(ы):

острая ожоговая токсемия

**Ответ:**острая ожоговая токсемия

**Обоснование:**Площадь и глубина поражения определяют характер реакции организма, при этом у пострадавших при общей площади ожогов более 15-20% поверхности тела и/или глубоких ожогах более 10% поверхности тела (у детей и пожилых пациентов – при площади ожогов более 5-10% поверхности тела) развивается ожоговая болезнь - сложный комплекс взаимосвязанных патофизиологических реакций и системных клинических проявлений в ответ на ожоговое поражение кожи и подлежащих тканей.  
  
Острая ожоговая токсемия- клинический синдром, связанный с действием циркулирующих в крови токсических веществ различного происхождения. Продолжительность - 3-10 суток.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.2 Этиология, стр. 19

## Вопрос 5: Пациентку необходимо госпитализировать в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** реанимационное

**2:** терапевтическое

**3:** ожоговое

**4:** хирургическое

#### Правильные ответ(ы):

реанимационное

**Ответ:**реанимационное

**Обоснование:**Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «комбустиология»:  
  
П.12 Пострадавшие с обширными ожогами более 20% поверхности тела или глубокими ожогами более 10% поверхности тела у взрослых, более 5−10% поверхности тела у детей…​, а также пострадавшие с другими угрожающими жизни состояниями госпитализируются в отделение анестезиологии-реанимации ожогового центра, а при его отсутствии – в другое отделение анестезиологии-реанимации в составе медицинской организации.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторного обследования

#### Клинический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Результат |
| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 муж. 120,0 – 140,0 жен. | 105,0 |
| Гематокрит | 35,0 - 47,0 | 35,7 |
| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 14,5 |
| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 5,07 |
| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 325,0 |
| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 | 13,8 |
| Моноциты | 2,0 - 10,0 | 5,1 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 79,3 |
| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 | 1,2 |
| Базофилы | 0,0 - 1,0 | 0,6 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 62 |

## Вопрос 6: В неотложном порядке пациентке показано такое общее лечение как

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** антибактериальная терапия, гемотрансфузия, анальгетики и антипиретики

**2:** дезинтоксикационная терапия, парэнтеральное питание, анальгетики и антипиретики, антикоагулянты непрямого действия

**3:** дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия, коррекция белковых и электролитных расстройств, анальгетики и антипиретики

**4:** антибактериальная терапия, коррекция электролитных нарушений, анальгетики и антипиретики, глюкокортикоидные гормоны

#### Правильные ответ(ы):

дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия, коррекция белковых и электролитных расстройств, анальгетики и антипиретики

**Ответ:**дезинтоксикационная терапия, антибактериальная терапия, коррекция белковых и электролитных расстройств, анальгетики и антипиретики

**Обоснование:**У пациентки имеются клинико-лабораторные признаки токсемии с анемией и белково-электролитными расстройствами. Также имеются признаки поражения печени, вероятно, обусловленные интоксикацией.  
  
Основные принципы лечения обожженных в периоды токсемии и септикотоксемии:  
  
Рекомендуются профилактика и компенсация белково-энергетических потерь.  
  
Рекомендуется профилактика и лечение анемии.  
  
Рекомендуется дезинтоксикационная терапия.  
  
Рекомендуется нормализация водно-электролитного баланса.  
  
Рекомендуется антибактериальная терапия.  
  
Рекомендуется иммунотерапия.  
  
Рекомендуется органопротекция и симптоматическая терапия.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические.Ожоги солнечные.Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.1.1. Лечение ожоговой болезни. Системная терапия. С. 33

## Вопрос 7: Пациентке показано местное лечение с применением

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**2:** биологических повязок

**3:** аллопластических заменителей кожи

**4:** синтетических повязок с силиконовым слоем

#### Правильные ответ(ы):

влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Ответ:**влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Обоснование:**При глубоких ожогах III степени в 1 стадию раневого процесса обосновано применение сухого способа лечения для «консервации» струпа (Приложение Г19).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г19, с. 108

## Вопрос 8: Для скорейшего удаления некротических тканей и подготовки к пластическому закрытию в ближайшие дни необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическую некротомию

**2:** хирургическое очищение

**3:** химическую некрэктомию

**4:** хирургическую некрэктомию

#### Правильные ответ(ы):

хирургическую некрэктомию

**Ответ:**хирургическую некрэктомию

**Обоснование:**Наличие глубокого ожога является показанием к хирургическому лечению независимо от сроков получения ожоговой травмы, площади поражения, других клинических и организационных факторов.  
  
Рекомендуются в качестве оптимальных сроки раннего хирургического лечения ограниченных по площади глубоких ожогов – 1-2 сутки от поступления больного.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г21, с. 110

## Вопрос 9: По технике выполнения предпочтительной является хирургическая некрэктомия

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** окаймляющим разрезом

**2:** гидрохирургическая

**3:** тангенциальная

**4:** комбинированная

#### Правильные ответ(ы):

окаймляющим разрезом

**Ответ:**окаймляющим разрезом

**Обоснование:**У пациентки глубокие ожоги с очевидным поражением подкожной клетчатки, располагаются на туловище, шее, надплечье. С учетом глубины и локализации показано удаление струпа единым блоком до фасции.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.2 Хирургическое лечение, стр. 61

## Вопрос 10: У данной пациентки возможно осложнение ожоговой болезни в виде (см Дополнительную информацию)

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** острой почечной недостаточности

**2:** острой печеночной недостаточности

**3:** ожогового сепсиса

**4:** острой сердечной недостаточности

#### Правильные ответ(ы):

ожогового сепсиса

**Ответ:**ожогового сепсиса

**Обоснование:**«5 иммунных показателей могут быть использованы для прогнозирования и диагностики септического осложнения ожогов – дефицит общих лимфоцитов, естественных киллеров, HLA-DR+ моноцитов, IgG, гиперактивация индекса эндогенной интоксикации ЛИИ»  
  
«Оптимизация диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний (инновационные технологии)». Практ. руководство под ред. Академика А.Ш. Ревишвили, СПБ, Спецлит, 2020, с. 198

## Вопрос 11: У тяжелообожженных максимальный дефицит гуморального иммунитета (IgG) наблюдается в периоде

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** реконвалесценции

**2:** острой ожоговой токсемии

**3:** ожогового шока

**4:** септикотоксемии

#### Правильные ответ(ы):

острой ожоговой токсемии

**Ответ:**острой ожоговой токсемии

**Обоснование:**«У 84,6% обожженных в периоде острой ожоговой токсемии развился дефицит IgG от 0,4 до 7 г\л…»  
  
«Оптимизация диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний (инновационные технологии)». Практ. руководство под ред. Академика А.Ш. Ревишвили, СПБ, Спецлит, 2020, с. 184-185

## Вопрос 12: Причиной развития инфекционных осложнений у обожженных является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** неадекватное лечение

**2:** внутригоспитальная инфекция

**3:** супрессия гуморального и клеточного иммунитета

**4:** наличие патогенной микрофлоры в ранах

#### Правильные ответ(ы):

супрессия гуморального и клеточного иммунитета

**Ответ:**супрессия гуморального и клеточного иммунитета

**Обоснование:**…одной из основных причин развития инфекции и инфекционных осложнений у обожженных является достаточно глубокая супрессия гуморального и клеточного иммунитета…»  
  
«Оптимизация диагностики и лечения гнойно-воспалительных заболеваний (инновационные технологии)». Практ. руководство под ред. Академика А.Ш. Ревишвили, СПБ, Спецлит, 2020, с. 182

#### Доступны новые данные:

#### Дополнительная информация

На 7 сутки после травмы у пациентки сохраняется тяжелое состояние. Проводится ИВЛ, седация, инотропная поддержка. Выполнены лабораторные исследования крови и иммунного статуса:

Лимфоциты 4,1%

Палочкоядерные нейтрофилы 25%

Индекс эндогенной интоксикации 8 ЕД

HLA-DR+моноциты 43%

IgG 4,1 г\л

# Ситуационная задача 7

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 67 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

#### Жалобы

На наличие опухолевидного образования левой паховой области, опускающееся в мошонку.

#### Анамнез заболевания

Больным себя считает около 10 лет, когда появилось образование в левой паховой области и стало опускаться в мошонку.

#### Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты – Сульфаниламиды – отек Квинке.

Операции: холецистэктоми, аппендэктомия, резекция предстательной железы.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 94 кг. ИМТ – 29,67. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: в левой паховой области, имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 16х10 см, в горизонтальном положении частично вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

## Вопрос 1: На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Водянка оболочек левого яичка

**2:** Левосторонняя пахово-мошоночная грыжа

**3:** Предбрюшинная липома

**4:** Орхит

#### Правильные ответ(ы):

Левосторонняя пахово-мошоночная грыжа

**Ответ:**Левосторонняя пахово-мошоночная грыжа

**Обоснование:**Обследование больных начинается с осмотра паховой области, пальпации паховой области с пальцевым исследованием наружного пахового кольца, перкуссии грыжевого выпячивания.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 8.

## Вопрос 2: У пациента не ущемленная паховая грыжа, так как образование

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** безболезненное при пальпации

**2:** подвижное при пальпации

**3:** опускается в мошонку

**4:** частично вправляется в брюшную полость

#### Правильные ответ(ы):

частично вправляется в брюшную полость

**Ответ:**частично вправляется в брюшную полость

**Обоснование:**Выявляется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, которое в горизонтальном положении больного или при надавливании вправляется в брюшную полость, а при кашле и натуживании вновь появляется.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 11.

## Вопрос 3: Инструментальным методом диагностики, позволяющим с наибольшей вероятностью подтвердить окончательный диагноз у данного пациента является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** УЗИ мягких тканей паховой области

**2:** УЗИ органов брюшной полости

**3:** МРТ передней брюшной стенки

**4:** КТ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ мягких тканей паховой области

**Ответ:**УЗИ мягких тканей паховой области

**Обоснование:**УЗИ высокоинформативный метод инструментального обследования пациента с различными видами грыж.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 725

## Вопрос 4: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** динамическом наблюдении

**2:** ношении бандажа

**3:** ограничении физических нагрузок, диете

**4:** хирургическом лечении: грыжесечение

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: грыжесечение

**Ответ:**хирургическом лечении: грыжесечение

**Обоснование:**Устранить грыжу и предотвратить осложнения можно только хирургическим путем. Именно поэтому само по себе наличие наружной брюшной грыжи служит показанием к оперативному лечению…  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 726

## Вопрос 5: Пациенту показано оперативное лечение в объеме грыжесечения, пластика пахового канала по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Бассини

**2:** Лихтенштейну

**3:** Постемпскому

**4:** Жерару-Спасокуккоцкому

#### Правильные ответ(ы):

Лихтенштейну

**Ответ:**Лихтенштейну

**Обоснование:**Основные виды хирургических вмешательств при паховых грыжах основаны на использовании сетчатых протезов. К ним, первую очередь, относятся операция Lichtenstein.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 16

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Левосторонняя пахово-мошоночная грыжа

## Вопрос 6: У пациента входными воротами является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** глубокое паховое кольцо

**2:** наружное паховое кольцо

**3:** медиальная паховая ямка

**4:** бедренный канал

#### Правильные ответ(ы):

глубокое паховое кольцо

**Ответ:**глубокое паховое кольцо

**Обоснование:**Входными воротами для косой паховой грыжи служит глубокое паховое кольцо, представляющее собой отверстие в поперечной фасции и расположенное в проекции латеральной паховой ямки.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 733

## Вопрос 7: У пациента грыжа возникала в следствии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** поднятия тяжестей

**2:** слабости передней стенки пахового канала

**3:** слабости задней стенки пахового канала

**4:** кашля

#### Правильные ответ(ы):

слабости задней стенки пахового канала

**Ответ:**слабости задней стенки пахового канала

**Обоснование:**На основании анализа огромного клинического материала общепризнано, что основной причиной формирования паховых грыж служит слабость задней стенки пахового канала. При всех видах паховых грыж поперечная фасция, образующая заднюю стенку пахового канала, растягивается, подвергается атрофии, разволокняется, снижая прочность пахового промежутка.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 733

## Вопрос 8: У пациента грыжа будет классифицирована по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** R.Stoppa

**2:** L.Nyhus и R.Condon

**3:** О.П. Крымову

**4:** J.P. Chevrel

#### Правильные ответ(ы):

L.Nyhus и R.Condon

**Ответ:**L.Nyhus и R.Condon

**Обоснование:**Определяющее значение поперечной фасции в патогенензе паховых грыж нашло свое отражение в наиболее популярной во всех странах мира классификации, представленной L.Nyhus и R.Condon в 1993 г.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 733

## Вопрос 9: В зависимости от пола паховой грыжей

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

**2:** женщины болеют чаще, чем мужчины

**3:** женщины вообще не болеют

**4:** мужчины болеют чаще, чем женщины

#### Правильные ответ(ы):

мужчины болеют чаще, чем женщины

**Ответ:**мужчины болеют чаще, чем женщины

**Обоснование:**Паховые грыжи в 82,6% наблюдаются у лиц мужского пола. Это объясняется особенностями строения пахового канала у мужчин: глубокое паховое кольцо больше, паховый промежуток выше и т.д.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 8.

## Вопрос 10: У пациента во время операции отличительным признаком грыжевого мешка является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ цвет

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** синюшный

**2:** серый

**3:** малиновый

**4:** молочно-белый

#### Правильные ответ(ы):

молочно-белый

**Ответ:**молочно-белый

**Обоснование:**Грыжевой мешок узнают по следующим отличительным признакам: молочно-белому цвету, сравнительно большей плотности и меньшей растяжимости.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 738

## Вопрос 11: Антибиотикопрофилактика у данного пациента

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** показана за 20 минут до разреза

**2:** назначается на 7 дней

**3:** проводится в течение 3 дней

**4:** не показана

#### Правильные ответ(ы):

не показана

**Ответ:**не показана

**Обоснование:**Антибиотикопрофилактика не снижает частоту развития раневых инфекций при открытой пластике сеткой у пациентов с первичными грыжами. В условиях современной клиники показаний для обязательного применения антибиотикопрофилактики при проведении плановой открытой пластики паховой грыжи нет.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 19

## Вопрос 12: Ближайший ранний послеоперационный период у пациента может осложниться

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** гематомой

**2:** краевым некрозом кожи

**3:** невралгией паховых нервов

**4:** нагноением послеоперационной раны

#### Правильные ответ(ы):

гематомой

**Ответ:**гематомой

**Обоснование:**Частота осложнений после открытых операций по поводу паховой грыжи по данным обзоров варьирует от 15% до 28%. Самыми распространенными ранними осложнениями являются гематомы и серомы (8-22%), задержка мочеиспускания и ранняя боль.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 20

# Ситуационная задача 8

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операции: не было.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 172 см, масса тела 64 кг. Кожный покров и склеры физиологической окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 120/85 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи положительные, симптом Щеткина-Блюмберга отрицатльный.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острая спаечная непроходимость

**2:** ЖКБ: острый холецистит

**3:** острый панкреатит

**4:** болезнь Крона

#### Правильные ответ(ы):

ЖКБ: острый холецистит

**Ответ:**ЖКБ: острый холецистит

**Обоснование:**На основании появления симптомов и динамики их развития, в первую очередь можно заподозрить острый холецистит.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. ириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-144

## Вопрос 2: К появлению болей в правом подреберье может привести

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** синдром Ма́ллори — Ве́йсса

**2:** наличие аппендикулярного инфильтрата

**3:** язва ДПК

**4:** ЖКБ

#### Правильные ответ(ы):

ЖКБ

**Ответ:**ЖКБ

**Обоснование:**ЖКБ развивается из-за обструкции желчного протока конкрементами.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 152-162

## Вопрос 3: Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** определение СА 19-9

**2:** общий анализ мочи

**3:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**4:** определение РЭА

**5:** общий анализ крови

**6:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи  
биохимический анализ крови + С-реактивный белок  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**ОАМ необходим для дифференциальной диагностики, в частности для исключения патологии мочевыделительной системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-145

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При остром холецистите в общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-145

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ необходим для дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями брюшной полости, в т.ч. острым аппендицитом, острым панкреатитом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-145

## Вопрос 4: Методом инструментальной диагностики необходимым для первоочередной постановки диагноза является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопия

**2:** R-графия органов брюшной полости

**3:** эзофагогастродуоденоскопия

**4:** УЗИ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости

**Ответ:**УЗИ брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, поскольку помимо исключения патологических изменений правой почки и правого мочеточника, поджелудочной железы, позволяет обнаружить камни в желчном пузыре, утолщение стенки желчного пузыря.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-168

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| количество | 121 мл |
| цвет | темный |
| прозрачность | полная |
| реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| белок | 0,05 г/л |
| уробилин | отсутствует |
| лейкоциты | 1-3 в поле зрения |
| эритроциты | 0-1 в поле зрения |
| цилиндры | отсутсвуют |
| эпителий | отсутствует |
| бактерии | отсутствуют |
| слизь | немного |
| соли | отсутствуют |

#### Определение СА 19-9

СА 19-9 0,5 ед/мл (норма до 37 ед/мл)

#### Определение РЭА

РЭА не опр. (норма до 3 нг/мл)

## Вопрос 5: На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можн установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Болезнь Крона

**2:** Острая спаечная тонкокишечная непроходимость

**3:** Синдром Ма́ллори — Ве́йсс

**4:** ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

#### Правильные ответ(ы):

ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

**Ответ:**ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза, данных общего и биохимеческого анализов крови, УЗИ брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 154-158

## Вопрос 6: Дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** применении комплексной консервативной терапии (инфузионная, спазмолитическая)

**2:** резекции илеоцекального угла

**3:** выписке пациентки под наблюдение врачей по месту жительства

**4:** лапароскопической санации брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

применении комплексной консервативной терапии (инфузионная, спазмолитическая)

**Ответ:**применении комплексной консервативной терапии (инфузионная, спазмолитическая)

**Обоснование:**Из лечебных мероприятий при остром холецистите назначают постельный режим, консервативную терапию. При неэффективности консервативной терапии показано оперативное лечение по срочным показаниям в виду прогрессирования желтухи и интоксикации.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 162-168

## Вопрос 7: На фоне проведенного лечения в течение пяти дней у пациента отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правом подреберье, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Вашей дальнейшей тактикой является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** дистальная субтотальная резекция желудка

**2:** атипичная резекция печени, холецистэктомия

**3:** формирование гепатикоеюноанастомоза

**4:** выполнение холецистэктомии в плановом порядке

#### Правильные ответ(ы):

выполнение холецистэктомии в плановом порядке

**Ответ:**выполнение холецистэктомии в плановом порядке

**Обоснование:**Больным во избежание рецидива показано выполнение холецистэктомии в плановом порядке.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. ириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 162-164

## Вопрос 8: Начальные терапевтические меры при остром холецистите включают все перечисленное ниже, кроме

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** постоянной желудочной аспирации

**2:** динамического наблюдения

**3:** инфузионной терапии

**4:** приема спазмолитиков

#### Правильные ответ(ы):

постоянной желудочной аспирации

**Ответ:**постоянной желудочной аспирации

**Обоснование:**При остром калькулезном холецистите не показана постоянная желудочная аспирация.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 167-168

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 130,0 - 160,0 | 144 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 39 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 12,3 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 5,03 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 169,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 31,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 6,8 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 49,3 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 1,6 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,9 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 30 |

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок | 64 - 82 | 72 |
| Мочевина | 2,5 - 6,4 | 4,1 |
| Креатинин | 53 - 115 | 55 |
| Билирубин общий | 3,0 - 17,0 | 15 |
| Билирубин прямой | 0,0 - 3,0 | 6,1 |
| АЛТ | 15,0 - 61,0 | 50 |
| АСТ | 15,0 - 37,0 | 16 |
| Щелочная фосфатаза | 50,0 - 136,0 | 112,2 |
| Альфа-Амилаза | 25-125 | 115 |
| Глюкоза | 3,89 – 5,83 | 4,7 |
| С-реактивный белок | Не более 0,49 мг/л | 10 мг/л |

#### Результаты инструментального метода обследования

#### УЗИ брюшной полости

Заключение: острый калькулезный холецистит

Патологии не выявлено

#### Диагноз

#### ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

## Вопрос 9: Анатомическими структурами образующими треугольник Кало являются пузырный проток, пузырная артерия и

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** правая печеночная артерия

**2:** общий желчный проток

**3:** воротная вена

**4:** общий печеночный проток

#### Правильные ответ(ы):

общий печеночный проток

**Ответ:**общий печеночный проток

**Обоснование:**Треугольник Кало: общий печеночный проток, пузырный проток, пузырная артерия.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-144

## Вопрос 10: Повышенная опасность острого холецистита в пожилом и старческом возрасте обусловлена главным образом

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** диагностическими трудностями

**2:** стертой клинической картиной

**3:** большим удельным весом деструктивных форм

**4:** сопутствующими соматическими заболеваниями

#### Правильные ответ(ы):

сопутствующими соматическими заболеваниями

**Ответ:**сопутствующими соматическими заболеваниями

**Обоснование:**Повышенная опасность острого холецистита в старческом возрасте обусловлена фоном, на котором развивается болезнь.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 156-158

## Вопрос 11: При асимптоматическом холелитиазе предпочтение заслуживает

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** отказ от каких-либо мер

**2:** периодический контроль за состоянием камненосителей

**3:** выполнение РХПГ

**4:** холецистэктомия

#### Правильные ответ(ы):

выполнение РХПГ

**Ответ:**выполнение РХПГ

**Обоснование:**При обнаружении асимптоматического холелитиаза рекомендовано выполнение РХПГ для определения дальнейшей тактики лечения.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-168

## Вопрос 12: О состоянии желчных путей при явлениях острого холангита лучше всего судить по результатам

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** ультрасонографии

**2:** холангиографии

**3:** УЗИ органов брюшной

**4:** КТ органов брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

холангиографии

**Ответ:**холангиографии

**Обоснование:**Холангиография — обследование желчных путей под рентгеном или МРТ с помощью контрастирования специальным веществом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 162-164

# Ситуационная задача 9

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

ОРВИ, язвенная болезнь ДПК в стадии ремиссии, гипертоническая болезнь II стадии. Артериальная гипертензия

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты – отрицает.

Операции: аппендэктомия в детстве.

#### Объективный статус

Температура 36,9°С, пульс 84 уд/мин. АД 180/95 мм рт.ст., ЧД 22/мин. Внешний вид: пациент тревожен, кожные покровы бледные, липкие на ощупь. Половые органы без патологии.

Дополнительные исследование: ОАК в норме, креатинин 211,2 мкмоль/л, мочевина 21,4 ммоль/л. Посев мочи: отсутствие роста.

## Вопрос 1: Наиболее вероятной причиной обструкции мочевых путей является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** мочекаменная болезнь

**2:** рак предстательной железы

**3:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)

**4:** рак мочевого пузыря

#### Правильные ответ(ы):

доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)

**Ответ:**доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ)

**Обоснование:**ДГПЖ – самая частая доброкачественная опухоль у мужчин. Примерно у половины мужчин после 60 лет выявляются гистологические признаки ДГПЖ к 85 годам их обнаруживают у 90% мужчин. Частота обструкции шейки мочевого пузыря увеличивается с возрастом. 55 лет – 25%, 75 лет-50%.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

## Вопрос 2: Поводом для развития острой задержки мочи является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** инородное тело, камни мочевого пузыря

**2:** прием диуретиков

**3:** употребление алкоголя

**4:** бактериальная инфекция

#### Правильные ответ(ы):

употребление алкоголя

**Ответ:**употребление алкоголя

**Обоснование:**Острая задержка мочи возникает после употребления алкоголя, длительного воздержания от мочеиспускания, после приема антихолинергических препаратов, антидепрессантов, транквилизаторов и стимуляторов альфа-адренорецепторов.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

## Вопрос 3: Наиболее информативным методом физикального обследования в данном случае является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** перкуссия мочевого пузыря

**2:** пальпация живота

**3:** пальпация области мочевого пузыря

**4:** пальцевое ректальное исследование

#### Правильные ответ(ы):

пальцевое ректальное исследование

**Ответ:**пальцевое ректальное исследование

**Обоснование:**Определяются примерный размер предстательной железы, ее консистенция иболезненность при пальпации, выраженность срединной бороздки, подвижность слизистой оболочки прямой кишки над железой итонуса сфинктера прямой кишки. Наличие асимметрии предстательной железы, участков уплотнения, зон хрящевидной консистенции является основанием для дополнительного обследования, цель которого — исключения рака предстательной железы.  
  
Нарушение тонуса сфинктера прямой кишки может свидетельствовать о неврологической этиологии расстройств мочеиспускания.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

## Вопрос 4: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** доброкачественная гиперплазия предстательной железы

**2:** нейрогенное расстройство мочеиспускания

**3:** инородное тело, камни мочевого пузыря

**4:** стриктура уретры

#### Правильные ответ(ы):

доброкачественная гиперплазия предстательной железы

**Ответ:**доброкачественная гиперплазия предстательной железы

**Обоснование:**На основании жалоб: учащенное мочеиспускание, никтурия 4-5 раз, императивные позывы к мочеиспусканию и вялую струю мочи.  
  
На основании ректального исследования  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

## Вопрос 5: Наиболее информативным и позволяющим с наибольшей вероятностью подтвердить предварительный диагноз является такой метод инструментальной диагностика как

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** КТ органов малого таза

**2:** ретроградная цистография

**3:** МРТ органов малого таза

**4:** УЗИ мочевого пузыря и предстательной железы (рекомендован как первичный скрининг-тест)

#### Правильные ответ(ы):

МРТ органов малого таза

**Ответ:**МРТ органов малого таза

**Обоснование:**МРТ малого таза — это эффективный неинвазивный способ диагностики, позволяющий детально исследовать органы и ткани малого таза. МРТ простаты около 90% случаев подтверждает увеличенные аденоматозные узлы.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

#### Доступны новые данные:

#### Результаты физикального обследования

#### Пальпация области мочевого пузыря

Мочевой пузырь пальпируется над лонным сочленением, эластической консистенции, болезнен

## Вопрос 6: Наиболее специфическим лабораторным исследованием ДГПЖ для исключения РПЖ является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** определение оксалатов

**2:** определение СОЭ

**3:** исследование концентрации общего простатоспецифического антигена (ПСА) всыворотке крови

**4:** исследование концентрации креатинина и мочевины в сыворотке крови

#### Правильные ответ(ы):

исследование концентрации общего простатоспецифического антигена (ПСА) всыворотке крови

**Ответ:**исследование концентрации общего простатоспецифического антигена (ПСА) всыворотке крови

**Обоснование:**Всем больным ДГПЖ для исключения РПЖ целесообразно исследовать концентрацию общего простатоспецифического антигена  
  
(ПСА) всыворотке крови.  
  
40-49  
  
0,7  
  
0,5-1,1  
  
0-2,5  
  
50-59  
  
1,0  
  
0,6-1,4  
  
0-3,5  
  
60-69  
  
1,4  
  
0,9-3,0  
  
0-4,5  
  
70-79  
  
2,0  
  
0,9-4,2  
  
0-6,5  
  
  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

## Вопрос 7: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Хронический простатит

**2:** Доброкачественная гиперплазия предстательной II ст., ОЗМ, полная форма

**3:** Солидно-трабекулярная аденокарцинома предстательной железы. Опухоль ограничена капсулой предстательной железы

**4:** Абсцесс простаты

#### Правильные ответ(ы):

Доброкачественная гиперплазия предстательной II ст., ОЗМ, полная форма

**Ответ:**Доброкачественная гиперплазия предстательной II ст., ОЗМ, полная форма

**Обоснование:**Мужчины старше 50 лет зачастую отмечают изменения мочеиспускания, поэтому у них следует проводить скрининг ДГПЖ, выявляя симптомы опорожнения и накопления. Скрининг наиболее эффективен у мужчин с отягощенной наследственностью. Оптимальная частота контрольных обследований является предметом обсуждения, однако большинство специалистов согласны с необходимостью ежегодных осмотров. Последние включают пальцевое ректальное обследование, ультразвуковое исследование органов мочевой системы, урофлоуметрию, определение наличия и количества остаточной мочи (УЗИ после мочеиспускания) и определение уровня общего ПСА сыворотки крови. У пациентов возрастной группы до 50–55 лет при отсутствии, приведенных выше факторов риска возможно проведение контрольных обследований 1 раз в 2 года. Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

## Вопрос 8: Методом экстренной помощи, наиболее актуальным при острой задержке мочи в данной ситуации является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** нефростомия

**2:** катетеризация мочевого пузыря

**3:** стентирование мочеточников

**4:** цистоскопия

#### Правильные ответ(ы):

катетеризация мочевого пузыря

**Ответ:**катетеризация мочевого пузыря

**Обоснование:**Начальное лечение при задержке мочи, обусловленной аденомой предстательной железы, сводится к установке катетера Фоли или цистостомии.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

#### Доступны новые данные:

#### Пальцевое ректальное исследование

Предстательная железа несимметрично увеличена за счет правой доли, мягко-эластической консистенции с умеренным уплотнением в правой доле, безболезненна, срединная бороздка выражена, слизистая оболочка прямой кишки над железой подвижна, тонус сфинктера прямой кишки нормальный.

#### Результаты инструментального метода обследования

#### МРТ органов малого таза

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/068/001068246)

Заключение: доброкачественная гиперплазия предстательной железы. Равномерное утолщение стенок мочевого пузыря, умеренная дисторсия шейки мочевого пузыря аденомой. Объем предстательной железы 80 см3. Предстательная железа несимметрично увеличена за счет правой доли, в которой определяется узловое образование размерами 3х2х3 см PiRADS II.

На серии томограмм таза выявлено диффузное увеличение предстательной железы со сдавлением уретры

#### Результаты лабораторного обследования

#### Исследование концентрации общего простатоспецифического антигена (ПСА) в сыворотке крови

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/068/001068247)

#### Диагноз

#### Доброкачественная гиперплазия предстательной II ст., ОЗМ, полная форма

## Вопрос 9: Оптимальным оперативным вмешательством в данной ситуации является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** эпицистостомия

**2:** ТУР предстательной железы

**3:** радикальная простатэктомия

**4:** позадилонная аденомэктомия по Миллину

#### Правильные ответ(ы):

позадилонная аденомэктомия по Миллину

**Ответ:**позадилонная аденомэктомия по Миллину

**Обоснование:**Открытая аденомэктомия (чреспузырная, позадилонная, промежностная) описана более 100 лет назад и по-прежнему актуальна у пациентов с большим объемом предстательной железы (>80–100 cм3). При высокой эффективности этот вариант оперативного вмешательства наиболее сопряжен с высоким риском осложнений. Выраженность СНМП после операции снижается на 63–86% (балл IPSS с 12,5– 23,3), балл QoL уменьшается на 60–87%, максимальная скорость потока мочи возрастает на 375% (+16,5–20,2 мл/с), а объем остаточной мочи снижается на 86–98%. Эффект операции стойкий, рецидивы регистрируются очень редко и в основном являются «ложными» (обусловлены разрастанием резидуальной аденоматозной ткани, не удаленной в ходе первой операции. Смертность после этой операции менее 1%, частота гемотрансфузии — 7–14%, вероятность недержания мочи — до 10%), склероз шейки мочевого пузыря и стриктуры уретры регистрируются у 6% пациентов).  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, Стр. 18, 2016

## Вопрос 10: Наиболее частым состоянием, развивающимся после устранения обструкции мочевых путей, является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** полиурия

**2:** нормальный диурез, мочеиспускание без особенностей

**3:** анурия

**4:** макрогематурия

#### Правильные ответ(ы):

полиурия

**Ответ:**полиурия

**Обоснование:**После устранения обструкции мочевых путей часто развивается полиурия (выделение более 3 л мочи в сутки или выделение мочи со скоростью более 200 мл/ч в течение 12-24 ч.  
  
Гипотезы:  
1) задержка мочевины, натрия и воды во время обструкции,  
2) нарушение способности почечных канальцах концентрировать мочу,  
3) нарушение способности реабсорбировать натрий в почечных канальцах или  
4) повышение уровня гормонов (предсердный натрий-уретический гормон).  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, Стр. 18, 2016

## Вопрос 11: В данном клиническом случае медикаментозное лечение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** неэффективно

**2:** дает кратковременный эффект

**3:** обладает длительным лечебным эффектом

**4:** эффективно при повышении разовой и суточной дозы

#### Правильные ответ(ы):

неэффективно

**Ответ:**неэффективно

**Обоснование:**В обсуждаемом случае медикаментозное лечение оказалось неэффективным. У больного имели место выраженные признаки хронической обструкции мочевых путей.  
  
При обструкции мочевых путей у больных аденомой простаты эффективность медикаментозной терапии отсутствует.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

## Вопрос 12: Наиболее частым осложнением доброкачественной гиперплазии предстательной железы является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** макрогематурия

**2:** пиелонефрит

**3:** острая задержка мочи

**4:** полиорганная недостаточность

#### Правильные ответ(ы):

острая задержка мочи

**Ответ:**острая задержка мочи

**Обоснование:**Опасными осложнениями обструкции мочевых путей из-за аденомы предстательной железы является острая задержка мочи, уросепсис и почечная недостаточность.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации/ Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря. — М.: Медицина, 2017. Стр. 13-39

# Ситуационная задача 10

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Врач общей практики прибыл к пациенту 49 лет на 6-й день болезни.

#### Жалобы

На повышение температуры тела, одышку, «заложенность» в груди, кашель со скудной мокротой, выраженную слабость, общее недомогание.

#### Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озноба, общего недомогания, температура повысилась до 37,8ºС.

К исходу первого дня появились сухой кашель, першение в ротоглотке, заложенность носа; беспокоила головная боль, отметил снижение аппетита.

Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, аспирин), мукалтин. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7ºС, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди.

#### Анамнез жизни

Фрилансер в IT-компании.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: сахарный диабет II типа (принимает метформин), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год. Хронический бронхит (диагностирован 5 лет назад).

Вредные привычки: курит по полпачки сигарет в день в течение 10 лет.

Эпиданамнез: за 10 дней до заболевания вернулся из туристической поездки по Европе.

Прививочный анамнез: дату последней прививки не помнит. От гриппа не прививался.

#### Объективный статус

Температура тела – 38,6°С.

Пациент гиперстенического телосложения. ИМТ – 34. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет.

Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами.

Лимфатические узлы не увеличены.

В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 26 в мин.

АД – 110/70 мм рт.ст., ЧСС – 92 уд. в мин.

Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный.

В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

## Вопрос 1: Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** иммуноферментный анализ (ИФА) крови

**2:** бактериологический посев крови на стерильность

**3:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**4:** иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов вируса в кале

**5:** реакция иммунофлюоресценции

#### Правильные ответ(ы):

иммуноферментный анализ (ИФА) крови  
ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Ответ:**иммуноферментный анализ (ИФА) крови

**Обоснование:**Выявление иммуноглобулинов классов А, M, G (IgА, IgM и IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептор-связывающему домену поверхностного гликопротеина S).  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Обоснование:**4.2.3. Лабораторная диагностика этиологическая:  
Прямые методы этиологической диагностики  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**2:** Аденовирусная инфекция

**3:** Респираторно-синцитиальная инфекция, обострение хронического бронхита

**4:** Парвовирусная инфекция

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Обоснование:**Учитывая острое начало заболевания с интоксикационного синдрома (озноб, лихорадка, головная боль); присоединение катарального синдрома (сухой кашель, першение в ротоглотке, заложенность носа); появление на 6-й день признаков дыхательной недостаточности (чувство «заложенности» в груди, одышка); данные объективного осмотра (изменения в ротоглотке, наличие сухих и влажных хрипов с обеих сторон, ЧДД – 26 в мин.), данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала и антител Ig M к SARS-CoV-2), а также данных эпидемиологического анамнеза (пребывание в регионе, где возможно инфицирование новой коронавирусной инфекцией), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная». Наличие двусторонних сухих и влажных хрипов, выраженной одышки на 6-й день болезни на фоне усиления интоксикационного синдрома, нельзя исключить присоединение вирусной пневмонии.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)  
  
3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
  
(2)

## Вопрос 3: Для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии больному следует провести

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** пикфлоуметрию

**2:** плетизмографию

**3:** пульсоксиметрию

**4:** спирографию

#### Правильные ответ(ы):

пульсоксиметрию

**Ответ:**пульсоксиметрию

**Обоснование:**4. Диагностика коронавирусной инфекции. 4.1. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID 19  
  
Инструментальная диагностика общая: Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность.  
  
Пациентам с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН)(SрO2 менее 90%) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением PaO2, PaCO2, pH, бикарбонатов, лактата.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 4: Исследование газов артериальной крови с определением PaO2, PaCO2, pH, бикарбонатов, лактата рекомендуется при SрO2 менее \_\_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** 98

**2:** 90

**3:** 95

**4:** 93

#### Правильные ответ(ы):

90

**Ответ:**90

**Обоснование:**Пациентам с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) (SрO2 менее 90%) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением PaO2, PaCO2, pH, бикарбонатов, лактата.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |

#### Иммуноферментный анализ (ИФА) крови

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| Anti-B19 IgM | Не обнаружено |
| Anti-B19 IgG | Не обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgA | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgG | Не обнаружено |

Роста нет

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

## Вопрос 5: Для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** фибробронхоскопии

**2:** крупнокадровой флюорографии

**3:** КТ-ангиопульмонографии

**4:** компьютерной томографии

#### Правильные ответ(ы):

компьютерной томографии

**Ответ:**компьютерной томографии

**Обоснование:**КТ имеет высокую чувствительность в выявлении изменений в легких, характерных для COVID-19. Применение КТ целесообразно для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания, а также для дифференциальной диагностики выявленных изменений и оценки динамики процесса. КТ позволяет выявить характерные изменения в легких у пациентов с COVID-19 еще до появления положительных лабораторных тестов на инфекцию с помощью МАНК. В то же время, КТ выявляет изменения легких у значительного числа пациентов с бессимптомной и легкой формами заболевания, которым не требуется госпитализация.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 6: Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** лимфоцитоз

**2:** тромбоцитоз

**3:** нейтропения

**4:** лимфопения

#### Правильные ответ(ы):

лимфопения

**Ответ:**лимфопения

**Обоснование:**У большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: При обследовании пациента уровень SpO2 составил 94%. Учитывая клинико-анамнестические данные, больной \_\_\_\_\_\_\_\_ степени тяжести

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** крайне тяжелой

**2:** тяжелой

**3:** средней

**4:** легкой

#### Правильные ответ(ы):

средней

**Ответ:**средней

**Обоснование:**3. клинические особенности  
  
Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
Легкое течение  
  
Т тела < 38 °C, кашель, слабость, боли в горле  
  
Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения  
  
Среднетяжелое течение  
  
Т тела > 38 °C  
  
ЧДД > 22/мин  
  
Одышка при физических нагрузках  
  
Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения минимальный или средний; КТ 1-2)  
  
SpO2 < 95%  
  
СРБ сыворотки крови >10 мг/л  
  
Тяжелое течение  
  
ЧДД > 30/мин  
  
SpO2 ≤ 93%  
  
PaO2 /FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.  
  
Снижение уровня сознания, ажитация  
  
Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 3-4)  
  
Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л  
  
qSOFA > 2 балла  
  
Крайне тяжелое течение  
  
Стойкая фебрильная лихорадка  
  
ОРДС  
  
ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляции легких)  
  
Септический шок  
  
Полиорганная недостаточность  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 4) или картина ОРДС.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 8: Показанием к госпитализации при COVID‑19- инфекции лиц из группы риска является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** наличие диарейной симптоматики

**2:** повышение артериального давления

**3:** выраженная интоксикация

**4:** длительный кашель

#### Правильные ответ(ы):

выраженная интоксикация

**Ответ:**выраженная интоксикация

**Обоснование:**Решение о необходимости госпитализации пациента принимается врачом на основании комплекса клинико‑эпидемиологических данных с учетом тяжести состояния пациента (среднетяжелое/тяжелое течение заболевания) и требований, предусмотренных приказом Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID‑19».  
  
Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 марта 2020 г. № 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19", Приложение № 4 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н  
  
Алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями  
  
Группа риска - лица старше 60 лет; - лица от 25 до 60 лет, при наличие хронических заболеваний бронхолёгочной, сердечно-сосудистой, эндокринной системы - беременные женщины  
  
Лёгкое течение: - взятие биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) (в 1,11 день обращения) - лечение на дому - назначение лечения - оформление листка нетрудоспособности на 14 дней. Тяжёлое течение - декомпенсации по основному заболеванию - при  
  
— при температуре тела >38,5°С - при выраженной интоксикации - госпитализация специализированной выездной бригадой скорой медицинской помощи  
  
  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 9: В качестве этиотропной терапии новой коронавирусной инфекции COVID-19 могут быть использованы

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рибавирин, левофлоксацин

**2:** осельтамивир, амоксициллин/клавуланат

**3:** занамивир, азитромицин

**4:** фавипиравир, ремдесивир

#### Правильные ответ(ы):

фавипиравир, ремдесивир

**Ответ:**фавипиравир, ремдесивир

**Обоснование:**В настоящее время следует выделить несколько препаратов, которые могут быть использованы при лечении COVID-19: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 10: Данному больному в сочетании с этиотропной терапией целесообразно назначить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** специфическую детоксикацию

**2:** приём иммуномодуляторов

**3:** регидратационную терапию

**4:** антикоагулянты

#### Правильные ответ(ы):

антикоагулянты

**Ответ:**антикоагулянты

**Обоснование:**5.7. особые группы пациентов. Больные сахарным диабетом.  
  
Особенности лечения коронавирусной инфекции у пациентов с СД:  
  
Имеются высокие риски развития гиперкоагуляционного синдрома. Назначение антикоагулянтов является обязательным при использовании соответствующих схем лечения.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых возможно применение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** умифеновира

**2:** рибавирина

**3:** ламивудина/ритонавира

**4:** амоксициллин/клавуланата

#### Правильные ответ(ы):

умифеновира

**Ответ:**умифеновира

**Обоснование:**Здоровые лица и лица из группы риска (старше 60 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями)ИФН-α (интраназальные формы)\*\*в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь) ИЛИ Умифеновир по 200 мг 2 раза в неделю в течение 3 недель  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: Длительность курса постконтактной профилактики умифеновиром у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников, составляет

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 10-14 дней

**2:** 1,5 месяца

**3:** 3 недели

**4:** 5-7 дней

#### Правильные ответ(ы):

10-14 дней

**Ответ:**10-14 дней

**Обоснование:**Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников ИФН-α (интраназальные формы)\*\* в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь) +Умифеновир по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 11

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 175 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 85 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность, ригидность мышц передней брюшной стенки и наличие опухолевого образования при пальпации в правой подвздошной области.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки

**2:** острый холецистит

**3:** острый панкреатит

**4:** инфильтрат брюшной полости с абсцедированием

#### Правильные ответ(ы):

инфильтрат брюшной полости с абсцедированием

**Ответ:**инфильтрат брюшной полости с абсцедированием

**Обоснование:**На основании специфических жалоб – боли в правой подвздошной области, эпизоды гипертермии  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 478

## Вопрос 2: При физикальном обследовании положительный симптом позволил заподозрить абсцесс брюшной полости

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Гротта

**2:** Мебиуса

**3:** Мюссе

**4:** Ситковского

#### Правильные ответ(ы):

Ситковского

**Ответ:**Ситковского

**Обоснование:**Данный симптом должен указывать на наличие острого аппендицита, но учитывая недавнюю аппендэктомию данный симптом указывает на наличие гнойного осложнения в данной области.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

## Вопрос 3: Инструментальным методом диагностики необходимым для уточнения диагноза является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопия

**2:** УЗИ брюшной полости+малого таза

**3:** непрямая ультразвуковая эластография печени

**4:** обзорная рентгенография брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости+малого таза

**Ответ:**УЗИ брюшной полости+малого таза

**Обоснование:**УЗИ с использованием современных ультразвуковых аппаратов с цветным картированием и возможностью получения трехмерного изображения занимает лидирующее положение в диагностике. Чувствительность и специфичность этого метода достигает 95%.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 484

## Вопрос 4: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Инфильтрат брюшной полости с абсцедированием

**2:** Дивертикулярная болезнь ободочной кишки

**3:** Синдром раздраженного кишечника

**4:** Хронический панкреатит

#### Правильные ответ(ы):

Инфильтрат брюшной полости с абсцедированием

**Ответ:**Инфильтрат брюшной полости с абсцедированием

**Обоснование:**Учитывая данные анамнеза, УЗ-исследования пациенту поставлен диагноз парааппендикулярный абсцесс  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** экстренной госпитализации в хирургический стационар для выполнения оперативного лечения

**2:** консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

**3:** плановой госпитализации в хирургический стационар

**4:** динамическом наблюдении, контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев

#### Правильные ответ(ы):

экстренной госпитализации в хирургический стационар для выполнения оперативного лечения

**Ответ:**экстренной госпитализации в хирургический стационар для выполнения оперативного лечения

**Обоснование:**Больному в экстренном порядке показано хирургическое лечение в объеме дренирование абсцесса брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Непрямая ультразвуковая эластография печени

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель Фиброза | Полученный результат (кПа) | Заключение |
| F0 | До 6.2 | Фиброзные изменения отсутствуют |
| F1 | 6.2 — 8.2 | Начальные изменения; единичные очаги фиброза |
| F2 | 8.3 — 10.8 | Умеренно выраженный фиброз |
| F3 | 10.9 — 14.0 | Выраженный фиброз, очаги цирроза |
| F4 | Более 14 | Сформированный цирроз |

Плотность паренхимы печени 3,4 кПа (F0)

## Вопрос 6: В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить такие лабораторные тесты диагностики как

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** определение ракового эмбрионального антигена

**2:** определение скрытой крови в кале

**3:** определение углеводного антигена СА 19-9

**4:** общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**Ответ:**общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 118.

## Вопрос 7: В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить такие инструментальные методы диагностики как (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** МСКТ органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастным усилением

**2:** флюорография грудной клетки

**3:** рентгенография желудка с барием

**4:** рентгеноскопия желудка водорастворимым контрастным веществом

**5:** колоноскопия

**6:** Рh-метрия желудка

#### Правильные ответ(ы):

МСКТ органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастным усилением  
флюорография грудной клетки

**Ответ:**флюорография грудной клетки

**Обоснование:**Флюорография входит в перечень обязательных предоперационных исследований с целью исключения туберкулеза легких.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

**Ответ:**МСКТ органов брюшной полости и малого таза с в/в контрастным усилением

**Обоснование:**Выполнение КТ перед хирургическим лечением позволяет верно определить хирургическую тактику.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 8: Тактика лечения инфильтрата с абсцедированием заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** дренировании абсцесса под УЗ-контролем

**2:** выполнении лапароскопии; разобщении воспалительного инфильтрата; санации гнойного очага

**3:** назначении антибиотиков; консервативное ведение

**4:** лапаратомии; санации гнойного очага

#### Правильные ответ(ы):

дренировании абсцесса под УЗ-контролем

**Ответ:**дренировании абсцесса под УЗ-контролем

**Обоснование:**Малоинвазивное дренирование гнойного очага является наиболее предпочтительной тактикой хирургиеского лечения.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Определение скрытой крови в кале

Скрытой крови в кале не обнаружено

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Рентгенография желудка с барием

Нарушения эвакуации бария из желудка нет

#### Рентгеноскопия желудка водорастворимым контрастным веществом

Заключение: нарушения эвакуации из желудка не выявлено

## Вопрос 9: При поступление по дренажу из области абсцесса частиц непереваренной пищи у больного развивается

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** заворот кишок

**2:** кишечная непроходимость

**3:** неполный несформированный толстокишечный свищ

**4:** внутренний кишечный свищ

#### Правильные ответ(ы):

неполный несформированный толстокишечный свищ

**Ответ:**неполный несформированный толстокишечный свищ

**Обоснование:**При наличие у больного несостоятельности культи аппендикса у больного формируется толстокишечный свищ.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 488

## Вопрос 10: Дальнейшая тактика ведения при формирование неполного несформированного наружного толстокишечного свища из области несостоятельности культи аппендикса заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выполнении ушивании несостоятельности культи аппендикса

**2:** выполнении резекции илеоцекального угла по срочным показаниям

**3:** формировании двуствольной илеостомы по срочным показаниям

**4:** консервативном ведение

#### Правильные ответ(ы):

консервативном ведение

**Ответ:**консервативном ведение

**Обоснование:**Неполные толстокишечные свищи склонные к самостоятельному закрытию при отсутствие провоцирующего фактора.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С.

## Вопрос 11: При отсутствии положительной динамки на фоне проводимой консервативной терапии неполного толстокишечного свища из области анастомоза более 3х месяцев операцией выбора является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выполнение правосторонней гемиколэктомии

**2:** резекция илеоцекального угла, формирование межкшечного анастомоза

**3:** резекция илеоцекального угла, выведене концевой илеостомы

**4:** выполнение ушивании несостоятельности культи аппендикса

#### Правильные ответ(ы):

резекция илеоцекального угла, формирование межкшечного анастомоза

**Ответ:**резекция илеоцекального угла, формирование межкшечного анастомоза

**Обоснование:**В данной ситуации купол слепой кишки компрометирована, попытки изолированной резекции купола слепой кишки сопряжены с высоким риском несостоятельности кишечного шва.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 12: Дифференциальная диагностика острого аппендицита включает

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** острый холецистит

**2:** желудочно-кишечное кровотечение

**3:** геморрой

**4:** инфаркт миокарда

#### Правильные ответ(ы):

острый холецистит

**Ответ:**острый холецистит

**Обоснование:**При подпеченочном расположении аппендикса болевой синдром возникает в правом подреберье.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 483

# Ситуационная задача 12

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Гинекологичекий анамнез: цикл 28 дней, 7 день цикла.

#### Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 165 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы и склеры иктеричны. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подреберье во время вдоха.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** острый аппендицит

**2:** хронический панкреатит

**3:** ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуху

**4:** язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки

#### Правильные ответ(ы):

ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуху

**Ответ:**ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуху

**Обоснование:**На основании специфических жалоб – боли в правом подреберье, появляющиеся после погрешности в диете и физической нагрузки, горечь во рту, что характерно для диспептической формы ЖКБ с эпизодами болевой формы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 482-483- место в источнике

## Вопрос 2: При физикальном обследовании положительный симптом позволил заподозрить хронический холецистит

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Мерфи

**2:** Мебиуса

**3:** Ситковского

**4:** Ровзинга

#### Правильные ответ(ы):

Мерфи

**Ответ:**Мерфи

**Обоснование:**При надавливании на точку проекции желчного пузыря просят больного резко сделать глубокий вдох. При движении диафрагмы вниз вместе с печенью дно желчного пузыря «наталкивается» на пальцы обследующего. Это увеличивает гипертензию в желчном пузыре на высоте вдоха он рефлекторно обрывается из-за сильной боли.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII. С. 483

## Вопрос 3: Для подтверждения диагноза Вы назначите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** непрямую ультразвуковую эластографию печени

**2:** колоноскопию

**3:** УЗИ гепатопанкреаодуоденальной зоны

**4:** обзорную рентгенографию брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ гепатопанкреаодуоденальной зоны

**Ответ:**УЗИ гепатопанкреаодуоденальной зоны

**Обоснование:**УЗИ с использованием современных ультразвуковых аппаратов с цветным картированием и возможностью получения трехмерного изображения занимает лидирующее положение в диагностике ЖКБ. Чувствительность и специфичность этого метода достигает 95%.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 484

## Вопрос 4: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз

**2:** Опухоль Клацкина

**3:** Дивертикул двенадцатиперстной кишки

**4:** Хронический панкреатит

#### Правильные ответ(ы):

ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз

**Ответ:**ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз

**Обоснование:**Учитывая данные анамнеза, УЗ-исследования пациентке поставлен диагноз хронического калькулезного холецистита  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 484

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** холецистэктомии первым этапом

**2:** консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

**3:** хирургическом лечении: ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция первым этапом

**4:** хирургическом лечении: наложении холецистоэнтероанастомоза

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция первым этапом

**Ответ:**хирургическом лечении: ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция первым этапом

**Обоснование:**Хирургическое лечение заключается в выполнение литоэкстракции эндоскопическим путем. Этот метод лечения патогенетически обоснован.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 487

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### УЗИ гепатопанкреаодуоденальной зоны

Заключение: признаки хронического калькулезного холецистита, холецистолитиаз. Признаки билиарной гипертензии.

#### Диагноз

#### ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедохолитиаз

## Вопрос 6: В рамках предоперационной подготовки больной необходимо выполнить такие тесты лабораторной диагностики как

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**2:** углеводный антиген СА 19-9

**3:** раковый эмбриональный антиген

**4:** определение скрытой крови в кале

#### Правильные ответ(ы):

общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**Ответ:**общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 118.

## Вопрос 7: В рамках предоперационной подготовки необходимо выполнить инструментальные методы диагностики в объеме (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рентгеноскопии желудка водорастворимым контрастным веществом

**2:** компьютерной томографии брюшной полости

**3:** МРХПГ

**4:** Рh-метрии желудка

**5:** флюорографии грудной клетки

#### Правильные ответ(ы):

МРХПГ  
флюорографии грудной клетки

**Ответ:**МРХПГ

**Обоснование:**Выполнение МРХПГ необходимо для уточнения диагноза.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 113

#### Доступны новые данные:

#### Углеводный антиген СА 19-9

Углеводный антиген СА 19-9 0,5 ед/мл(норма до 37 ед/мл)

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### МРХПГ

МР-картина билиарной гипертензии; блок общего желчного протока на уровне большого сосочка двенадцатиперстной кишки

#### Рh-метрии желудка

Уровень Ph желудочного сока натощак – 1.5 ед.

**Ответ:**флюорографии грудной клетки

**Обоснование:**Флюорография входит в перечень обязательных предоперационных исследований с целью исключения туберкулеза легких.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 113

#### Доступны новые данные:

#### Углеводный антиген СА 19-9

Углеводный антиген СА 19-9 0,5 ед/мл(норма до 37 ед/мл)

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### МРХПГ

МР-картина билиарной гипертензии; блок общего желчного протока на уровне большого сосочка двенадцатиперстной кишки

#### Рh-метрии желудка

Уровень Ph желудочного сока натощак – 1.5 ед.

## Вопрос 8: Наиболее предпочтительным вариантом разрешения механической желтухи при холедохолитиазе является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция

**2:** лапароскопия, наружное дренирование холедоха по Керу

**3:** чрескожная холецистостомия под УЗ-контролем

**4:** чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха

#### Правильные ответ(ы):

ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция

**Ответ:**ЭРХПГ, ЭПС, литоэкстракция

**Обоснование:**Удаление конкремента общего желчного протока является наиболее патогенетически обоснованным методом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 9: Границами треугольника Кало являются

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** общий печеночный; пузырный протоки; правая печеночная артерия

**2:** гастродуоденальная артерия; гепатодуоденальная связка; 12-перстная кишка

**3:** правая; левая печеночная артерии; правый долевой проток печени

**4:** воротная вена; селезеночная вена; верхняя брыжеечная артерия

#### Правильные ответ(ы):

общий печеночный; пузырный протоки; правая печеночная артерия

**Ответ:**общий печеночный; пузырный протоки; правая печеночная артерия

**Обоснование:**Треуго́льник Кало́ (гепатобилиа́рный треугольник) — хирургический общепринятый ориентир при холецистэктомии, представляющий собой треугольник, двумя боковыми сторонами которого являются пузырный и общий печёночный протоки, а основанием - правая печеночная артерия.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 108

## Вопрос 10: Возможным осложнением хронического калькулезного холецистита является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** атрезию желчных протоков

**2:** дуоденогастральный рефлюкс

**3:** цирроз печени

**4:** эмпиему желчного пузыря

#### Правильные ответ(ы):

эмпиему желчного пузыря

**Ответ:**эмпиему желчного пузыря

**Обоснование:**Эмпиема желчного пузыря развивается на фоне длительной обтурации пузырного протока.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 11: Основным методом скрининга желчнокаменной болезни является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** УЗИ органов брюшной полости

**2:** обзорная рентгенография брюшной полости

**3:** «компьютерная томография брюшной полости

**4:** эндосонография гепатопанкреатобилиарной зоны

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ органов брюшной полости

**Ответ:**УЗИ органов брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ органов брюшной полости позволяет достоверно выявить ЖКБ на доклинической стадии без использования дорогостоящих инвазивных процедур  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 12: Появление или усиление болей при поколачивании краем ладони по правой реберной дуге, связанное с сотрясением жёлчного пузыря является симптомом

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** Мерфи

**2:** Ортнера-Грекова

**3:** Георгиевского-Мюсси

**4:** Кера

#### Правильные ответ(ы):

Ортнера-Грекова

**Ответ:**Ортнера-Грекова

**Обоснование:**Симптом Ортнера-Грекова – появление или усиление болей при поколачивании краем ладони по правой реберной дуге (слева такое усиление отсутствует).  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 483

# Ситуационная задача 13

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

Пациент продуктивному контакту недоступен.

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Со слов родственников:

ОРВИ

Туберкулёз, ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис – отрицает.

Аллергия на препараты: отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: На основании жалоб, анамнеза и осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Разрыв аорты

**2:** Сочетанная травма: Закрытая травма живота. Закрытая травма почки слева

**3:** Разрыв селезенки

**4:** Подкожная гематома

#### Правильные ответ(ы):

Сочетанная травма: Закрытая травма живота. Закрытая травма почки слева

**Ответ:**Сочетанная травма: Закрытая травма живота. Закрытая травма почки слева

**Обоснование:**Учитывая механизм травмы, типичную для данного диагноза триаду симптомов: наличие припухлости в месте образования гематомы, гематурия, напряженность мышц передней брюшной стенки.  
  
Неотложная урология: Руководство для врачей/Л.Е. Белый – Медицинское информационное агентство 2011г, Москва. Стр. 286

## Вопрос 2: Основными диагностически значимыми лабораторными методами исследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** определение общего ПСА

**2:** биохимический анализ крови

**3:** СА 19-9

**4:** общий анализ крови

**5:** определение уровень гормонов ЩЖ

#### Правильные ответ(ы):

биохимический анализ крови  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Самые важные показатели включают уровень гематокрит и гемоглобина в крови, которое определяет тяжести состояния пострадавшего и необходимость переливания крови.  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 10

**Ответ:**биохимический анализ крови

**Обоснование:**Измерение уровня креатинина позволяет выявить пациентов, у которых была нарушена функция почки до травмы. Повышенный уровень креатинина, как правило, свидетельствует о предшествующей патологии почек.  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 10

## Вопрос 3: Наиболее информативными инструментальными методами обследования при закрытой травме почек на сегодняшней день являются

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обзорная рентгенография брюшной полости

**2:** УЗИ, МСКТ, экскреторная урография

**3:** ангиография почечных артерий

**4:** ЭКГ

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ, МСКТ, экскреторная урография

**Ответ:**УЗИ, МСКТ, экскреторная урография

**Обоснование:**На сегодняшний день МСКТ является золотым стандартом при обследовании пациентов с подозрением на травму почек. Этот метод обладает способностью обнаружения разрывов почечной паренхимы, позволяет установить наличие и локализацию околопочечных гематом. Экскреторная урография позволяет определить, нет ли нарушения контуров почки, наличие затеков контрастируемый мочи за пределы контура почки. УЗИ позволяет быстро, не инвазивно, без лучевой нагрузки обнаружить скопление жидкости в брюшной полости.  
  
Неотложная урология: Руководство для врачей/Л.Е. Белый – Медицинское информационное агентство 2011г, Москва. Стр. 292-303.

## Вопрос 4: Данному больному показано

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** люмботомия из минидоступа

**2:** рентгеноэндоваскулярное вмешательство

**3:** экстренное оперативное вмешательство

**4:** динамическое наблюдение

#### Правильные ответ(ы):

экстренное оперативное вмешательство

**Ответ:**экстренное оперативное вмешательство

**Обоснование:**Учитывая нестабильную гемодинамику, проведения каких-либо диагностических манипуляций может ухудшить прогноз, в связи с чем необходимо оперативное вмешательство в экстренном порядке.  
  
Неотложная урология: Руководство для врачей/Л.Е. Белый – Медицинское информационное агентство 2011г, Москва. Стр. 308, рис. 7,12

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Сочетанная травма: Закрытая травма живота. Закрытая травма почки слева

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок | 64 - 82 | 66 |
| Мочевина | 2,5 - 6,4 | 9,5 |
| Креатинин | 53 - 115 | 100 |
| Билирубин общий | 3,0 - 17,0 | 51,2 |
| Билирубин прямой | 0,0 - 3,0 | 18,4 |
| АЛТ | 15,0 - 61,0 | 18 |
| АСТ | 15,0 - 37,0 | 16 |
| Щелочная фосфатаза | 50,0 - 136,0 | 69,5 |
| Альфа-Амилаза | 25-125 | 42 |
| Глюкоза | 3,89 – 5,83 | 4,15 |
| С-реактивный белок | Не более 0,49 мг/л | 0,58 мг/л |

#### СА 19-9

СА 19-9- 2,4 ед./мл (норма до 37 ед./мл)

#### Результаты инструментального метода обследования

#### ЭКГ

Синусовая тахикардия, редкие экстрасистолы

## Вопрос 5: После ликвидации последствий травмы живота выполнена ревизия забрюшинного пространства. Выявлено размозжение почки с признаками отрыва почечной ножки слева. Наиболее верным видом оперативного вмешательства в данном случае является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тампонада и ушивание раны почки

**2:** резекция поврежденного полюса почки с нефростомией

**3:** тотальная левосторонняя нефрэктомия

**4:** органосохраняющая операция с ушиванием поврежденной почки

#### Правильные ответ(ы):

тотальная левосторонняя нефрэктомия

**Ответ:**тотальная левосторонняя нефрэктомия

**Обоснование:**При повреждениях почки показаниями к нефрэктомии является повреждение почки IV-V степени.  
  
Неотложная урология: Руководство для врачей/Л.Е. Белый – Медицинское информационное агентство 2011г, Москва. Стр. 310

## Вопрос 6: Показанием к органосохраняющим операциям при повреждениях почек является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тромбоз почечной артерии

**2:** отрыв почечных сосудов

**3:** ограниченный разрыв участков почек (полюсов, сегментов)

**4:** размозжение почки

#### Правильные ответ(ы):

ограниченный разрыв участков почек (полюсов, сегментов)

**Ответ:**ограниченный разрыв участков почек (полюсов, сегментов)

**Обоснование:**Органосохраняющие операции проводят при условии ограниченных разрывов участков почек (полюсов, сегментов), при травме единственной и единственной функционирующей почки.  
  
Неотложная урология: Руководство для врачей/Л.Е. Белый – Медицинское информационное агентство 2011г, Москва. Стр. 310

## Вопрос 7: Основанием для выбора лапаротомного доступа к почке в данном случае было

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** наличие травмы органов брюшной полости

**2:** необходимость ревизии почечных сосудов

**3:** подозрение на разрыв аорты

**4:** изолированная травма почки

#### Правильные ответ(ы):

наличие травмы органов брюшной полости

**Ответ:**наличие травмы органов брюшной полости

**Обоснование:**Данный доступ наиболее удобен и отличается близости к патологическому участку и широкой операционной поля.  
  
Неотложная урология: Руководство для врачей/Л.Е. Белый – Медицинское информационное агентство 2011г, Москва. Стр. 309

## Вопрос 8: Заключительным этапом нефрэктомии при травме почки является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тактика этапного хирургического лечения, open abdomen

**2:** активное дренирование

**3:** дренирование забрюшинного пространства

**4:** ушивание наглухо в обязательном порядке, с целью профилактики инфицирования

#### Правильные ответ(ы):

дренирование забрюшинного пространства

**Ответ:**дренирование забрюшинного пространства

**Обоснование:**Оперативное пособие при повреждениях почки должно закончится обязательным дренированием забрюшинного пространства.  
  
Неотложная урология: Руководство для врачей/Л.Е. Белый – Медицинское информационное агентство 2011г, Москва. Стр. 312

## Вопрос 9: В данном клиническом случае по классификации травмы AAST (Американская ассоциация хирургической травмы) можно установить \_\_\_\_ степень

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 4

**2:** 5

**3:** 3

**4:** 10

#### Правильные ответ(ы):

5

**Ответ:**5

**Обоснование:**Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 9

## Вопрос 10: Отрыву почки/ почечной ножки соответствует \_\_\_\_\_ степень повреждения по шкале AAST

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 4а

**2:** 5

**3:** 2b

**4:** 3

#### Правильные ответ(ы):

5

**Ответ:**5

**Обоснование:**1 степень: Ушиб или стабильная подкапсульная гематома; травма без разрыва  
  
2 степень: Стабильная околопочечная гематома; кортикальный разрыв глубиной <1 см без экстравазации мочи  
  
3 степень: кортикальный разрыв глубиной >1 см без экстравазации мочи  
  
4 степень: Разрыв через кортикомедуллярное соединение в собирательную систему или Сосудистое: повреждение сегментарной артерии или вены, с образовавшейся гематомой или частичное повреждение сосудов или тромбоз сосудов  
  
5 степень: Разрыв: отрыв почки или Сосудистые: отрыв почечной ножки  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 9

## Вопрос 11: Раннее осложнение травмы почки развивается в срок \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ после травмы

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** не более 10 дней

**2:** в любое время

**3:** до двух часов

**4:** 1 месяц

#### Правильные ответ(ы):

1 месяц

**Ответ:**1 месяц

**Обоснование:**Ранние осложнения развиваются втечение 1 месяца после травмы.  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 9

## Вопрос 12: При формировании перинефрального абсцесса предпочтительным методом является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** повторная операция: дренирование при «открытом» доступе

**2:** резекция почки с последующим дренированием забрюшинного пространства

**3:** чрескожное дренирование

**4:** нефрэктомия

#### Правильные ответ(ы):

чрескожное дренирование

**Ответ:**чрескожное дренирование

**Обоснование:**Чрескожное лечение осложнений позволяет снизить риск нефрэктомии посравнению сповторной операцией, поскольку инфицированные ткани значительно усложняют реконструкцию.  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 9

# Ситуационная задача 14

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 49 лет на 6-й день болезни.

#### Жалобы

на повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель.

#### Анамнез заболевания

Заболел остро с появления озноба, общего недомогания, головной боли, температура повысилась до 37,9ºС.

Одновременно появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа.

Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, ибупруфен), амброксол, пил много жидкости (чай с лимоном, имбирем). В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7ºС, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул.

#### Анамнез жизни

Охранник в торговом центре. Работает посменно.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), сахарный диабет II типа (принимает метформин); хронический бронхит (диагностирован несколько лет назад, дату не помнит).

Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире, разведен, детей нет.

Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжал. Контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) пользуется непостоянно.

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078030)

Температура тела – 38,7ºС.

Пациент нормостенического телосложения. Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет. На коже фаланг визуализируются несимметричные пятна, похожие на результат обморожения, умеренно болезненные, зудящие.

Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами.

Лимфатические узлы не увеличены.

В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 28 в мин.

АД – 105/70 мм рт.ст, ЧСС – 92 уд. в мин.

Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократный, полуоформленный. Мочеиспускание не нарушено.

В сознании, адекватен, ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

## Вопрос 1: Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** реакция латекс-агглютинации на S-ген SARS‑CoV‑2

**2:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**3:** бактериологический посев крови на стерильность

**4:** иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов вируса в кале

**5:** иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

#### Правильные ответ(ы):

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки  
иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Обоснование:**4.2.3. Лабораторная диагностика этиологическая:  
Прямые методы этиологической диагностики  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

**Ответ:**иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**Обоснование:**Выявление иммуноглобулинов классов А, M, G (IgА, IgM и IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептор-связывающему домену поверхностного гликопротеина S).  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** компьютерная томография (КТ) легких

**2:** магнитно-резонансная томография (МРТ) легких

**3:** фибробронхоскопия легких

**4:** спирография

**5:** пульсоксиметрия

#### Правильные ответ(ы):

компьютерная томография (КТ) легких  
пульсоксиметрия

**Ответ:**пульсоксиметрия

**Обоснование:**Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

**Ответ:**компьютерная томография (КТ) легких

**Обоснование:**КТ имеет высокую чувствительность в выявлении изменений в легких, характерных для COVID-19.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 3: Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Парвовирусная инфекция, типичная форма, инфекционная эритема

**2:** Иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтерит. Сопутствующий: обострение хронического бронхита

**3:** Аденовирусная инфекция, типичное течение, осложненная двусторонней пневмонией

**4:** Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Обоснование:**Учитывая острое начало заболевания с интоксикационного синдрома (озноб, лихорадка, головная боль); присоединение катарального синдрома (сухой кашель, першение в ротоглотке, заложенность носа); появление на 6-й день признаков дыхательной недостаточности (чувство «заложенности» в груди, одышка), наличие кожных высыпаний по типу «псевдо обморожений»; данные объективного осмотра (изменения в ротоглотке, наличие сухих и влажных хрипов с обеих сторон, ЧДД – 28 в мин.), данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала и антител Ig M к SARS-CoV-2), данных инструментального обследования (снижение SрO2, наличие поражение легких в виде матового стекла КТ-1), а также данных эпидемиологического анамнеза (работа без СИЗ в месте массового скопления людей, где возможно инфицирование новой коронавирусной инфекцией), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная». Наличие двусторонних сухих и влажных хрипов, выраженной одышки на 6-й день болезни на фоне усиления интоксикационного синдрома, нельзя исключить присоединение вирусной пневмонии.  
Временные методические рекомендации  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19), версия 7 (03.06.2020)  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)  
  
3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
  
(2)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |

#### Реакция латекс агглютинации на S-ген SARS‑CoV‑2

Реакция отрицательная

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Фибробронхоскопия легких

Слизистая бронхов с обеих сторон отечна, диффузно гиперемирована, сосудистый рисунок на всем протяжении смазан. В просвете бронхиального дерева, равномерно справа и слева, содержится небольшое количество прозрачного слизистого секрета.

Заключение: двусторонний диффузный катаральный эндобронхит 2 ст. интенсивного воспаления.

#### Спирография

Заключение: снижение вентиляционной способности легких в следствии вентиляционных нарушений рестриктивного типа.

## Вопрос 4: Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ‑1 составляет \_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** < 25

**2:** > 75

**3:** 50‑75

**4:** 25‑50

#### Правильные ответ(ы):

< 25

**Ответ:**< 25

**Обоснование:**«Эмпирическая» визуальная шкала  
  
Основана на визуальной оценке примерного объема уплотненной легочной ткани в обоих легких:  
  
Отсутствие характерных проявлений (КТ‑0)  
  
Минимальный объем/распространенность < 25% объема легких (КТ‑1)  
  
Средний объем/распространенность 25‑50% объема легких (КТ‑2)  
  
Значительный объем/распространённость 50‑75% объема легких (КТ‑3)  
  
Субтотальный объем/распространённость > 75% объема легких (КТ‑4)  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)  
  
Приложение 1.4. Оценка выраженности изменений в легких при КТ.

## Вопрос 5: О развитии острой дыхательной недостаточности свидетельствует уровень SрO2 менее \_\_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** 93

**2:** 90

**3:** 95

**4:** 98

#### Правильные ответ(ы):

90

**Ответ:**90

**Обоснование:**Пациентам с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) (SрO2 менее 90%) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением PaO2, PaCO2, pH, бикарбонатов, лактата.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 6: К характерным изменениям КТ органов грудной клетки при новой коронавирусной инфекции COVID-19 относится

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** лобарный инфильтрат

**2:** торакальная лимфаденопатия

**3:** симптом «матового стекла»

**4:** симптом «дерево в почках»

#### Правильные ответ(ы):

симптом «матового стекла»

**Ответ:**симптом «матового стекла»

**Обоснование:**4. Диагностика коронавирусной инфекции. 4.1. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID‑19.  
  
15 Рекомендации по формированию описаний и оценке изменений в легких и органах грудной полости при имеющейся/подозреваемой COVID 19 пневмонии представлены в Приложении 1 А. Рекомендации по описанию данных рентгенографии и компьютерной томографии.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** анемия

**2:** лимфоцитоз

**3:** тромбоцитоз

**4:** лимфопения

#### Правильные ответ(ы):

лимфопения

**Ответ:**лимфопения

**Обоснование:**У большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| Anti-B19 IgM | Не обнаружено |
| Anti-B19 IgG | Не обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgA | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgG | Не обнаружено |

#### Пульсоксиметрия

SрO2 – 95%

#### Компьютерная томография (КТ) легких

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078031)

Корональный тонкосрезовый КТ-скан без введения контрастного препарата

Заключение: наличие области уплотнения по типу «матового стекла» округлой формы в обеих верхних долях (стрелки). КТ-картина двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии, КТ-1.

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

## Вопрос 8: Тактика в отношении данного пациента, учитывая наличие у него сахарного диабета, включает

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** лечение в ОРИТ

**2:** обязательную госпитализацию

**3:** амбулаторное лечение

**4:** консультацию врача-реаниматолога

#### Правильные ответ(ы):

обязательную госпитализацию

**Ответ:**обязательную госпитализацию

**Обоснование:**8.Подлежат госпитализации в структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID‑19 вне зависимости от тяжести заболевания:  
  
а) пациенты, относящиеся к группе риска (возраст старше 65 лет, наличие сопутствующих заболеваний и состояний: артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, онкологических заболеваний, гиперкоагуляции, ДВС‑синдрома, острого коронарного синдрома, сахарного диабета, цирроза печени, длительный прием стероидов и биологической терапии по поводу воспалительных заболеваний кишечника, ревматоидного артрита, пациенты, получающие сеансы гемодиализа или перитонеальный диализ, наличие иммунодефицитных состояний, в том числе у пациентов с ВИЧ‑инфекцией без антиретровирусной терапии и пациентов, получающих химиотерапию);  
  
б) пациенты, проживающие в общежитии, многонаселенной квартире, с лицами старше 65 лет, с лицами, страдающими хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно‑сосудистой и эндокринной систем.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)  
  
9.4.Порядок госпитализации в медицинские организации пациентов в зависимости от степени тяжести заболевания.

## Вопрос 9: Этиотропное лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 предусматривает назначение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рибавирина

**2:** фавипиравира

**3:** осельтамивира

**4:** занамивира

#### Правильные ответ(ы):

фавипиравира

**Ответ:**фавипиравира

**Обоснование:**В настоящее время следует выделить несколько препаратов, которые могут быть использованы при лечении COVID-19: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)  
  
5.1.Этиотропное лечение

## Вопрос 10: Данному больному в сочетании с этиотропной терапией рекомендовано назначение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** антибактериальных препаратов

**2:** ингибиторов рецепторов ИЛ‑6

**3:** ингибиторов фибринолиза

**4:** гемостатиков

#### Правильные ответ(ы):

антибактериальных препаратов

**Ответ:**антибактериальных препаратов

**Обоснование:**5.7.Особые группы пациентов. Пациенты с сахарным диабетом  
  
Особенности лечения коронавирусной инфекции у пациентов с СД:  
  
1. Пациенты с СД находятся в группе высокого риска присоединения бактериальной инфекции.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: В случае полной реконвалесценции пациента с сахарным диабетом, возобновление приема метформина возможно через

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 2 недели

**2:** 1-2 месяца

**3:** 3-5 суток

**4:** 7 дней

#### Правильные ответ(ы):

2 недели

**Ответ:**2 недели

**Обоснование:**При выписке пациентов из стационара:  
  
– предусмотреть обеспечение пациентов препаратами инсулина на время самоизоляции;  
  
– возможно возобновить прием метформина, арГПП‑1, иНГЛТ2 через 2 недели в случае полной реконвалесценции пациента.  
  
– продолжение антикоагулянтов до полного выздоровления  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
5.7. Особые группы пациентов. Больные сахарным диабетом  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых из групп риска возможно применение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** аминодигидрофталазиндиона натрия

**2:** рекомбинантного ИФН-α

**3:** оксолиновой мази

**4:** ламивудина/ритонавира

#### Правильные ответ(ы):

рекомбинантного ИФН-α

**Ответ:**рекомбинантного ИФН-α

**Обоснование:**7.3. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА COVID-19 У ВЗРОСЛЫХ  
Для медикаментозной профилактики COVID-19 возможно назначение интраназальных форм ИФН-α (у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного ИФН-α2b) и/или умифеновира (Приложение 9).  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 15

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

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

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается его ассиметрия и увеличение в объеме, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется очаговое образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 15 см, без признаков инвазии в переднюю брюшную стенку

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра у больного можно заподозрить

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** гепатоцеллюлярный рак

**2:** простые кисты печени

**3:** адренокортикальный рак справа

**4:** гемангиому правой доли печени

#### Правильные ответ(ы):

гемангиому правой доли печени

**Ответ:**гемангиому правой доли печени

**Обоснование:**На основании особенностей появления симптомов и динамики развития заболевания, можно заподозрить доброкачественную опухоль печени, так как медленное развитие симптомов заболевания и по данным УЗИ — нет указания на кистозный характер образования  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3\* \*

## Вопрос 2: При физикальном обследовании симптом \_\_\_\_\_\_ позволил заподозрить доброкачественную опухоль печени

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Мюсси-Георгиевского

**2:** отсутствия инвазии в переднюю брюшную стенку

**3:** увеличения живота в объеме

**4:** болезненности при пальпации в правом подреберье

#### Правильные ответ(ы):

отсутствия инвазии в переднюю брюшную стенку

**Ответ:**отсутствия инвазии в переднюю брюшную стенку

**Обоснование:**Как правило доброкачественные образования печени не спаяны и не прорастают переднюю брюшную стенку  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 3: Лабораторными методами, необходимыми для постановки диагноза, являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ мочи

**2:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**3:** раковый эмбриональный антиген

**4:** PSA (простат-специфический антиген)

**5:** общий анализ крови

**6:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи  
биохимический анализ крови + С-реактивный белок  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи необходим для исключения патологии мочевыводящей системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При гемангиоме печени в общем анализе крови отмечается анемия  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ крови необходим для оценки синтетической функции печени, исключения печеночной недостаточности  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 4: Наиболее информативным методам диагностики в данном случае является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** УЗИ брюшной полости

**2:** рентгенография органов грудной клетки

**3:** эзофагогастродуоденоскопия

**4:** обзорная рентгенография брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости

**Ответ:**УЗИ брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, потому что позволяет оценить поражение печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 5: Дополнительным обследованием, необходимым для постановки диагноза является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** консультация инфекциониста

**2:** консультация ангиохирурга

**3:** колонофиброскопия

**4:** КТ органов брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

КТ органов брюшной полости

**Ответ:**КТ органов брюшной полости

**Обоснование:**Компьютерная томография является ведущим методом диагностики опухолей печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 6: На основании результатов обследования больного может быть сформулирован диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Гемангиома правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**2:** Абсцесс правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**3:** Крупно узловой цирроз печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**4:** Гепатоцеллюлярный рак правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

#### Правильные ответ(ы):

Гемангиома правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**Ответ:**Гемангиома правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**Обоснование:**Учитывая информацию, полученную во время опроса (длительность заболевания), физикального осмотра, данных УЗ-исследования органов брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 7: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении: пункции образования под контролем УЗИ

**2:** хирургическом лечении: - резекции печени, холецистэктомии

**3:** хирургическом лечении: лапаротомии, холецистэктомии, интраоперационной пункции образования

**4:** динамическом наблюдении, контроле лабораторных анализов через 6 часов

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: - резекции печени, холецистэктомии

**Ответ:**хирургическом лечении: - резекции печени, холецистэктомии

**Обоснование:**Лечебная тактика заключается в удалении клинической значимой гемангиомы и холецистэктомии в связи с наличием конкрементов в желчном пузыре  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследованиям

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0жен. | 89 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 30 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 7,5 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 3,5 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 225,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 25,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 15 |

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | Соломенно-желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин |  |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 10 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 1,5 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 25,5 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 18,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 115 |
| Альфа-Амилаза, ед/л |  |  |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 4,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 0,3 мл/л |

PSA 3 нг/мл(норма до 4 нг/мл)

Раковый эмбриональный антиген - 1 нг/мл (норма до 3 нг/мл)

#### Результаты обследования

#### УЗИ брюшной полости

Печень в размерах увеличена за счет округлого опухолевого образования правой доли печени диаметром до 15 см, при доплерографическом исследовании отмечается выраженный коллатеральный кровоток по периферии опухоли, передне-задний размер правой доли – 210 мм, левой доли – 55 мм, контуры чёткие ровные, структура паренхимы печени диффузно уплотнена. Данных за другие очаговые образования печени не выявлено

Желчный пузырь визуализируется размерами 70 х 20,5 мм, в просвете определяется конкременты диаметром до 1 см, стенки уплотнены, не утолщены. Внутрипечёночные желчные протоки не расширены. Гепатикохоледох визуализируется в воротах печени, диаметр его составляет 8 мм, просвет свободен, стенки уплотнены

Поджелудочная железа обычного строения, дольчатой структуры: головка – 35,6 мм, тело – 25,6 мм, хвост — 23,4 мм, контуры чёткие, ровные, структура гиперэхогенна. ГПП не расширен.

Увеличенные регионарные лимфатические узлы не выявлены.

Заключение: опухолевое образование правой доли печени.

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/026/001026205)

Очаговых и инфильтративных теней не обнаружено

#### Результаты обследования

#### КТ органов брюшной полости

Заключение: Опухолевое образование правой доли печени, в артериальную фазу накапливающее контрастный препарат по типу «языков пламени», в венозную фазу — изоденсное по отношению окружающей ткани. КТ-картина не позволяет исключить гемангиому правой доли печени

#### Диагноз

#### Гемангиома правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

## Вопрос 8: Необходимо использовать хирургический доступ в виде \_\_\_\_\_\_\_\_ лапаротомии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** верхнесрединной

**2:** J-образной

**3:** нижнесрединной

**4:** правосторонней параректальной

#### Правильные ответ(ы):

J-образной

**Ответ:**J-образной

**Обоснование:**Доступ к правой доле печени проводится при помощи J- образного лапаротомного доступа  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3  
  
Хирургия печени: практическое руководство/ Б.И.Альперович – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 90-97 ISBN 978-5-9704-2573-2

## Вопрос 9: На основании клинической картины у пациента \_\_\_\_\_\_\_\_ стадия гемангиомы печени

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** 1

**2:** 3

**3:** 2

**4:** 4

#### Правильные ответ(ы):

3

**Ответ:**3

**Обоснование:**Поражение 3 и более сегментов печени в пределах 1-й доли Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 10: Основным показанием к операции при гемангиоме печени является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** личное желание пациента

**2:** размер опухоли более 5 см

**3:** выявление гемангиомы любого размера

**4:** наличие клинических проявлений заболевания

#### Правильные ответ(ы):

наличие клинических проявлений заболевания

**Ответ:**наличие клинических проявлений заболевания

**Обоснование:**Наличие клинических проявлений заболевания — боли в правом подребербе, тошнота, эпизодическая рвота является основным показанием к проведению оперативного лечения при гемангиоме печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 11: Гемангиома печени встречается у \_\_\_\_\_ % населения

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 10

**2:** 25

**3:** 15

**4:** 1

#### Правильные ответ(ы):

1

**Ответ:**1

**Обоснование:**Гемангиома печени встречается у 1% населения  
  
Хирургия печени: практическое руководство/ Б.И.Альперович – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 249-283 ISBN 978-5-9704-2573-2

## Вопрос 12: Частота разрыва при гемангиомах печени составляет \_\_\_ %

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 20

**2:** 15

**3:** 5

**4:** 75

#### Правильные ответ(ы):

5

**Ответ:**5

**Обоснование:**Частота разрыва составляет 5% при больших и гигантских гемангиомах  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3  
  
Хирургия печени: практическое руководство/ Б.И.Альперович – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 249-283 ISBN 978-5-9704-2573-2

# Ситуационная задача 16

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

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

#### Объективный статус

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

При пальпации живот болезненный, напряжен в верхних отделах.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз «острый»

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** холецистит

**2:** аппендицит

**3:** мезентериальный тромбоз

**4:** панкреатит

#### Правильные ответ(ы):

панкреатит

**Ответ:**панкреатит

**Обоснование:**По анамнезу: возникновение после грубого нарушения в диете, жалобы на интенсивные опоясывающие боли в животе.  
  
При физикальном исследовании интенсивная болезненность в животе при пальпации. Рвота, не приносящая облегчения.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с.307

## Вопрос 2: Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

**2:** общий анализ мочи с исследованием уровня амилазы

**3:** ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

**4:** общий анализ крови

**5:** биохимический анализ крови

**6:** реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи с исследованием уровня амилазы  
общий анализ крови  
биохимический анализ крови

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Для деструктивных форм острого панкреатита характерны лейкоцитоз, гемоконцентрация  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 307-308

**Ответ:**биохимический анализ крови

**Обоснование:**Феномен гиперферментемии традиционно используют в дифференциальной диагностике с другими неотложными заболеваниями органов брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 308

**Ответ:**общий анализ мочи с исследованием уровня амилазы

**Обоснование:**Для диагностики используется определение уровня суммарной амилолитической активности протеолитических ферментов в моче.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 308

## Вопрос 3: Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** диагностическая лапароскопия

**2:** ангиография чревного ствола

**3:** компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

**4:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**5:** диагностическая лапаротомия

**6:** лапароскопическая биопсия печени

#### Правильные ответ(ы):

диагностическая лапароскопия  
компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием  
ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Ответ:**диагностическая лапароскопия

**Обоснование:**Лапароскопия показана только для дифференциальной диагностики с другими заболеваниями органов брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 312

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 130,0 - 150,0 | 125 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 55,0 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 15,3 |
| Эритроциты, абс. | 4,20 - 5,70 | 5,6 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 225,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 25,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,5 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 15 |

#### Общий анализ мочи с исследованием уровня амилазы

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | темно-желтая |
| Прозрачность (норма – полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин | – |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма - не более 2 в п./зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс.) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс.) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс.) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс.) | отсутствуют |
| Суммарная амилолитическая активность по Вольгемуту (в норме – 16-64 ед.) | 256 |

#### ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

Отрицательный

**Ответ:**ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Обоснование:**Для диагностики панкреонекроза и его разнообразных форм используют комплекс инструментальных методов, включающий УЗИ  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 308

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 130,0 - 150,0 | 125 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 55,0 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 15,3 |
| Эритроциты, абс. | 4,20 - 5,70 | 5,6 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 225,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 25,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,5 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 15 |

#### Общий анализ мочи с исследованием уровня амилазы

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | темно-желтая |
| Прозрачность (норма – полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин | – |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма - не более 2 в п./зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс.) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс.) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс.) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс.) | отсутствуют |
| Суммарная амилолитическая активность по Вольгемуту (в норме – 16-64 ед.) | 256 |

#### ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

Отрицательный

**Ответ:**компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

**Обоснование:**Для диагностики панкреонекроза и его разнообразных форм используют комплекс инструментальных методов, включающий КТ (МТР) органов брюшной полости с внутривенным контрастированием.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 308

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 130,0 - 150,0 | 125 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 55,0 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 15,3 |
| Эритроциты, абс. | 4,20 - 5,70 | 5,6 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 225,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 25,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,5 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 15 |

#### Общий анализ мочи с исследованием уровня амилазы

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | темно-желтая |
| Прозрачность (норма – полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин | – |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма - не более 2 в п./зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс.) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс.) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс.) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс.) | отсутствуют |
| Суммарная амилолитическая активность по Вольгемуту (в норме – 16-64 ед.) | 256 |

#### ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

Отрицательный

## Вопрос 4: На основании проведенных методов обследования можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый холецистит

**2:** Тяжелый острый панкреатит. Тотальный панкреонекроз. Ферментативный перитонит

**3:** Перфоративная язва желудка

**4:** Острый мезентериальный тромбоз

#### Правильные ответ(ы):

Тяжелый острый панкреатит. Тотальный панкреонекроз. Ферментативный перитонит

**Ответ:**Тяжелый острый панкреатит. Тотальный панкреонекроз. Ферментативный перитонит

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании следующих результатов инструментальных исследований. При УЗИ органов брюшной полости выявлено увеличение и размазанность контуров железы. При КТ органов брюшной полости – диффузное увеличение, плащевидное скопление жидкости по контуру и сдавленность контуров поджелудочной железы. Лапароскопическая картина соответствует деструктивному панкреатиту, т.к. были выявлены пятна стеатонекрозов и геморрагический выпот в сальниковой сумке и брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 305-307

## Вопрос 5: Для лечения внутрибрюшной гипертензии (компартмент-синдрома) используется

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** эндоскопическая папиллотомия

**2:** сифонная клизма

**3:** установка назогастрального зонда

**4:** лапаростомия

#### Правильные ответ(ы):

установка назогастрального зонда

**Ответ:**установка назогастрального зонда

**Обоснование:**Внутрибрюшная гипертензия имеет место у 60-80% пациентов с острым панкреатитом. Лечение внутрибрюшной гипертензии заключается в разрешении нареза ЖКТ для уменьшения давления в брюшной полости. Мероприятия по лечению внутрибрюшной гипертензии - это установка назогастрального зонда, назначение прокинетиков, ректальное введение газоотводной трубки.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия : Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 311.

#### Доступны новые данные:

#### Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 40,0 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 22,5 |
| АЛТ, ед./л | 15,0 - 61,0 | 76,5 |
| АСТ, ед./л | 15,0 - 37,0 | 47,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед./л | 50,0 - 136,0 | 100,0 |
| Альфа-Амилаза, ед./л | 28–100 | 500,0 |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 7,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 120,5 мг/л |

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Увеличение размеров поджелудочной железы, нечеткость контуров, выпот в сальниковой сумке, пневматоз кишечника, свободная жидкость в брюшной полости, билиарная гипертензия, холецисто-холангиолитиаз

#### Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

Диффузное увеличение поджелудочной железы. Паренхима железы при болюсном введении контрастного препарата сохраняет равномерное окрашивание. Прилежащая к железе забрюшинная клетчатка неизмененная. Сетчатое уплотнение соединительнотканного каркаса жировой ткани. Плащевидное скопление жидкости по контуру железы, по типу «прибрежной полосы мелководья». Пpотоковая система поджелудочной железы сдавлена или на всем протяжении. Часть протока расширена. Жидкостные скопления соответствуют анатомическим границам забрюшинного пространства, в непосредственной близости от поджелудочной железы (в частности, переднее параренальное пространство, сумка малого сальника). В брюшной полости жидкость плащевидными, мигрирующими скоплениями различной толщины и конфигурации.

#### Диагностическая лапароскопия

Под эндотрахеальным наркозом выше пупка на 5 см введен троакар. Инсуфляция СО2 в автоматическом режиме 8 мм. рт. ст. при ревизии органов брюшной полости выявлены очаги стеатонекроза на малом и большом сальнике, гепатодуоденальной связке и на париетальной брюшине. В брюшной полости значительное количество геморрагического выпота и обширное (по флангам толстой кишки и малого таза) пропитывание забрюшинного пространства. Выполнено дренирование сальниковой сумки и флангов живота. Ас. повязка.

Просвет артерий сужен, контуры нечеткие и стерты, изображение сосудов в виде пунктирной линии, отмечены обрывы и стенозы. Гиперваскулярный тип картины, нечеткостью, стертостью, размытостью контуров внутри панкреатических сосудов, ранним наступлением венозной фазы, интенсивным контрастированием поджелудочной железы в паренхиматозную фазу, усилением гемоциркуляции в окружающих сосудах и органах. Окружающие поджелудочную железу сосуды оттеснены, удлинены, выпрямлены и деформированы.

#### Диагноз

#### Тяжелый острый панкреатит. Тотальный панкреонекроз. Ферментативный перитонит

## Вопрос 6: Для проведения системной детоксикации при панкреонекрозе рекомендовано проведение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** экстракорпоральной спленоперфузии

**2:** гипербарической оксигенации

**3:** плазмафереза

**4:** внутривенного лазерного облучения крови

#### Правильные ответ(ы):

плазмафереза

**Ответ:**плазмафереза

**Обоснование:**При панкреонекрозе в целях системной детоксикации целесообразно использование экстракорпоральных методов: ультрафильтрации, плазмафереза.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 312

## Вопрос 7: Поздним осложнением панкреонекроза является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** гипертоническая болезнь

**2:** инсулинома поджелудочной железы

**3:** сахарный диабет

**4:** разрыв аорты

#### Правильные ответ(ы):

сахарный диабет

**Ответ:**сахарный диабет

**Обоснование:**После перенесённого панкреонекроза формируется в 25-30% случаев сахарный диабет.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 305

## Вопрос 8: В индустриальных странах количество тяжелых форм острого панкреатита имеет тенденции к

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** стабилизации

**2:** снижению

**3:** ликвидации

**4:** росту

#### Правильные ответ(ы):

росту

**Ответ:**росту

**Обоснование:**Объективный прогноз эпидемиологии деструктивных форм острого панкреатита в развитых странах предполагает постепенное увеличение числа таких больных в течение ближайших 5 лет.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 304

## Вопрос 9: Показанием к открытым дренирующим операциям при панкреонекрозе служит

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** тромбоз селезеночной вены

**2:** распространенный инфицированный панкреонекроз

**3:** отечная форма

**4:** псевдокиста поджелудочной железы

#### Правильные ответ(ы):

распространенный инфицированный панкреонекроз

**Ответ:**распространенный инфицированный панкреонекроз

**Обоснование:**Некрсеквестрэктомия должна выполняться в случае неэффективности пер кутанного дренирования (отрицательная динамика в состоянии больного, несмотря на ранее проведенное дренирование инфицированных зон, наличие крупных секвестров или зон инфицированного некроза, не доступных для дренирования).  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 313

## Вопрос 10: Очаги стеатонекроза на брюшине являются

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** симптомом «катастрофы в брюшной полости»

**2:** достоверным признаком панкреонекроза

**3:** недостоверным признаком панкреонекроза

**4:** патогномоничным признаком прободения язвы желудка

#### Правильные ответ(ы):

достоверным признаком панкреонекроза

**Ответ:**достоверным признаком панкреонекроза

**Обоснование:**К признакам острою панкреатита на лапароскопии относят выявление отека корпя брыжейки поперечной ободочной кишки; серозного или серозно-геморрагического выпота с высокой активностью амилазы (в 2-3 раза превышающей активность амилазы крови); очагов стеатонекроза.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 312

## Вопрос 11: У больных панкреонекрозом эндоскопическая папиллосфинктеротомия показана только в случае

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** при абсцедировании поджелудочной железы

**2:** при псевдокисте поджелудочной железы

**3:** при обструкции общего желчного протока

**4:** во всех случаях острого панкреатита

#### Правильные ответ(ы):

при обструкции общего желчного протока

**Ответ:**при обструкции общего желчного протока

**Обоснование:**Лечебная эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография и папиллосфинктеротомия применяются при подтвержденном билиарном генезе острого панкреатита. В экстренном порядке ее выполняют при наличии холангита, обструкции общего желчного протока ущемленным конкрементом в большом сосочке двенадцатиперстной кишки.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 312

## Вопрос 12: Для разрыва аневризмы брюшной аорты, в отличие от панкреонекроза характерно

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** исчезновение пульсации брюшной аорты

**2:** перитонеальные симптомы

**3:** объемное пульсирующее образование в брюшной полости

**4:** постепенное начало

#### Правильные ответ(ы):

объемное пульсирующее образование в брюшной полости

**Ответ:**объемное пульсирующее образование в брюшной полости

**Обоснование:**Разрыв аневризмы брюшного отдела аорты в отличие от острого панкреатита характеризуется острым началом, сопровождающимся симптомами внутрибрюшного или забрюшинного кровотечения и геморрагического шока, потерей сознания, головокружением, стойкой гипотонией, острой анемией. В брюшной полости пальпируют объёмное пульсирующее образование, над которым слышен систолический шум. Такие же шумы выслушивают на бедренных артериях.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — с. 307-308

# Ситуационная задача 17

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 41 год обратился в поликлинику (травмпункт поликлиники) самостоятельно

#### Жалобы

Боли, жжение в области ран правой кисти, онемение пальцев

#### Анамнез заболевания

12 часов назад вечером в течение 1 часа занимался ремонтом легкового автомобиля зимой на улице без перчатки на правой кисти при температуре окружающего воздуха -100С. Отметил похолодание и онемение пальцев правой кисти. За медицинской помощью не обращался. Растер кисть снегом, а, придя домой, согрел кисть в теплой воде, принял 100 мл водки и лег спать. Утром следующего дня появились пузыри на пальцах, усилились боли. Самостоятельно пришел в травмпункт. Лекарственных препаратов не принимал.

#### Анамнез жизни

хронических заболеваний нет

курит 10 сигарет в сутки, алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

работает автослесарем

от столбняка привит в 17 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046236)

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 176 см. Температура тела 36,80С. Кожные покровы вне ран бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумы не выслушиваются. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86/мин, АД 130/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей, мочеиспускание свободное, не учащено.

Местный статус: Большие, сливные пузыри с серозно-геморрагическим содержимым, эпидермис с пальцев легко снимается, при этом обнажается ярко-красная раневая поверхность, чувствительность в дистальных фалангах пальцев отсутствует.

## Вопрос 1: Для постановки диагноза используется анамнез заболевания и

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** микробиологическое исследование ран

**2:** рентгеновское исследование костей

**3:** клиническая картина

**4:** ультразвуковая допплерография сосудов

#### Правильные ответ(ы):

клиническая картина

**Ответ:**клиническая картина

**Обоснование:**Основанием для постановки диагноза являются данные анамнеза и осмотра пострадавшего.  
  
Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи при локальных отморожениях. Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи», 2014  
  
Диагностика.

## Вопрос 2: У пациента отморожение в периоде

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** отдаленных последствий

**2:** дореактивном

**3:** раннем реактивном

**4:** позднем реактивном

#### Правильные ответ(ы):

раннем реактивном

**Ответ:**раннем реактивном

**Обоснование:**Ранний реактивный - с момента согревания тканей, восстановления  
  
кровообращения до конца первых суток.  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Классификация, стр.4.  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Diagnostika-i-lechenie-otmorozhenij-2017.pdf

## Вопрос 3: Учитывая клиническую картину, предположительным диагнозом является: Отморожение пальцев правой кисти

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** I-II-III-IV степени. Ранний реактивный период

**2:** III-IV степени. Ранний реактивный период

**3:** II-III степени. Ранний реактивный период

**4:** I-II-III-IV степени. Поздний реактивный период

#### Правильные ответ(ы):

I-II-III-IV степени. Ранний реактивный период

**Ответ:**I-II-III-IV степени. Ранний реактивный период

**Обоснование:**Определение глубины поражения:  
  
I степень — незначительная обратимая гипотермия тканей либо бледность кожных покровов, сменяющаяся гиперемией, сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены.  
  
II степень — образование пузырей с прозрачной серозной жидкостью, бледность кожных покровов, цианоз, сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены.  
  
III степень — пузыри с геморрагическим содержимым, поражённая кожа тёмно-багрового цвета, холодная на ощупь, сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют, быстро нарастающий отёк мягких тканей.  
  
IV степень — возможны два варианта местных проявлений: с образованием геморрагических пузырей или без них, цвет пораженных участков кожи варьирует от серо-голубого до темно-фиолетового, выраженный отек, сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют.  
  
… клинические проявления быстро нарастают. Однако их правильная интерпретация требует большого опыта. Частота диагностических ошибок в течение первой недели после травмы может составлять от 30 до 80%.  
  
Диагностика и лечение отморожений(клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Классификация, стр. 3-4.  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Diagnostika-i-lechenie-otmorozhenij-2017.pdf

## Вопрос 4: На этапе доврачебной помощи сразу после травмы пациенту было необходимо

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обезболивание НПВС, прием алкоголя

**2:** согревание в теплой воде, обезболивание НПВС

**3:** наложение теплоизолирующий повязки, госпитализация

**4:** растирание пораженных участков снегом, обезболивание

#### Правильные ответ(ы):

наложение теплоизолирующий повязки, госпитализация

**Ответ:**наложение теплоизолирующий повязки, госпитализация

**Обоснование:**На догоспитальном этапе лечение пострадавших с локальными отморожениями ограничивается наложением теплоизолирующей (дореактивный период) или сухой асептической повязки (реактивный период). Применение лекарственных препаратов для местного лечения нецелесообразно в связи с необходимостью уточнения диагноза в стационаре.  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Первичная медико-санитарная помощь; скорая, в том числе  
  
специализированная медицинская помощь, стр. 6.  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Diagnostika-i-lechenie-otmorozhenij-2017.pdf

## Вопрос 5: Пациента необходимо направить на

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** лечение в дневной стационар

**2:** амбулаторное лечение

**3:** госпитализацию в стационар в экстренном порядке

**4:** госпитализацию в стационар в плановом порядке

#### Правильные ответ(ы):

госпитализацию в стационар в экстренном порядке

**Ответ:**госпитализацию в стационар в экстренном порядке

**Обоснование:**Всем пациентам с отморожениями (в том числе прогнозируемыми) III- IV степени конечностей в первые 24 часа после получения холодовой травмы рекомендуется начать проведение комплекса интенсивной терапии.  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Специализированная, в том числе высокотехнологичная  
  
медицинская помощь, стр. 6.  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Diagnostika-i-lechenie-otmorozhenij-2017.pdf

## Вопрос 6: Сразу после госпитализации в стационар в обязательном порядке проводится

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** обезболивание, введение антикоагулянтов и экстренная профилактика столбняка

**2:** профилактика стрессовых язв ЖКТ, обезболивание, экстренная профилактика столбняка

**3:** согревание обмороженных участков, экстренная профилактика столбняка

**4:** введение антибиотиков, обезболивание

#### Правильные ответ(ы):

обезболивание, введение антикоагулянтов и экстренная профилактика столбняка

**Ответ:**обезболивание, введение антикоагулянтов и экстренная профилактика столбняка

**Обоснование:**При наличии болевого синдрома, независимо от степени (глубины)  
  
отморожений - Обезболивание согласно классической схемы фармакотерапии боли ВОЗ (1986).  
  
Пациенты в дореактивном и раннем реактивном периодах при  
  
прогнозировании отморожений III-IV степени конечностей - Прямые антикоагулянты внутривенно или подкожно (через 4 часа после  
  
катетеризации перидурального пространства) в профилактической  
  
дозе.  
  
Диагностика и лечение отморожений(клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017, Интенсивная терапия, стр. 6-7.  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Diagnostika-i-lechenie-otmorozhenij-2017.pdf  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка».

## Вопрос 7: Пациенту показана противостолбнячная иммунизация по схеме\* \*

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** АС 1,0

**2:** АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**3:** АС 0,5

**4:** ПСЧИ 250 МЕ по Безредке

#### Правильные ответ(ы):

АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**Ответ:**АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет, показана полная схема активно-пассивной иммунизации.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка».

## Вопрос 8: При поступлении пациента проведен туалет ран с удалением пузырей и десквамированного эпидермиса. Пациенту необходимо обработка пораженных сегментов раствором антисептика и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** повязка с пеной Пантенол

**2:** сухая ватно-марлевая повязка

**3:** открытый метод ведения ран

**4:** лечебная гидроколлоидная повязка

#### Правильные ответ(ы):

сухая ватно-марлевая повязка

**Ответ:**сухая ватно-марлевая повязка

**Обоснование:**Ранний реактивный период. Обработка пораженных сегментов растворами антисептиков. Сухие ватно-марлевые повязки.  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Консервативное и хирургическое лечение, стр. 8.  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Diagnostika-i-lechenie-otmorozhenij-2017.pdf

#### Доступны новые данные:

#### Местный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046238)

## Вопрос 9: В данном случае эффективным будет удаление отслоившегося эпидермиса и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** некротомия на кисти и повязка с йод-повидоном

**2:** повязки с раствором повидон-йода

**3:** ампутация пальцев и повяз с раствором антисептиков

**4:** открытый метод ведения ран с обработкой раствором повидон-йода

#### Правильные ответ(ы):

повязки с раствором повидон-йода

**Ответ:**повязки с раствором повидон-йода

**Обоснование:**В поздний реактивный период при наличие воспаления без четкой демаркации – удаление отслоившегося эпидермиса.  
  
Повязки (раневые покрытия) на пораженные участки:  
  
с раствором антисептиков.  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017. Консервативное и хирургическое лечение, стр. 8.  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Diagnostika-i-lechenie-otmorozhenij-2017.pdf

## Вопрос 10: Пациенту показано

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выполнение дермабразии на пальцах

**2:** наложение повязки с раствором повидон-йода

**3:** выполнение некротомии на кисти на уровне ногтевых и средних фаланг

**4:** выполнение ампутации пальцев на уровне ногтевых и средних фаланг

#### Правильные ответ(ы):

выполнение ампутации пальцев на уровне ногтевых и средних фаланг

**Ответ:**выполнение ампутации пальцев на уровне ногтевых и средних фаланг

**Обоснование:**Ампутации сегментов конечностей при отморожении IV  
  
степени следует осуществлять при достижении четкой  
  
демаркации и купировании воспалительных явлений:  
  
а) при отморожениях IV степени на уровне ногтевых и  
  
средних фаланг пальцев кистей возможны обычные ампутации  
  
или «гильотинные» ампутации с пластикой островковыми  
  
треугольными лоскутами;  
  
б) при отморожениях IV степени на уровне основных  
  
фаланг пальцев кистей и пясти целесообразны экономные  
  
ампутации с пластикой лоскутами на временной питающей  
  
ножке с плеча противоположной руки, брюшной стенки, из  
  
паховой области;  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Консервативное и хирургическое лечение, стр. 9.  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Diagnostika-i-lechenie-otmorozhenij-2017.pdf

## Вопрос 11: При выписке из стационара пациент направляется

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** на санаторно-курортное лечение

**2:** в специализированное отделение микрохирургии кисти

**3:** домой (дальнейшее лечение не требуется)

**4:** в поликлинику по месту жительства

#### Правильные ответ(ы):

в поликлинику по месту жительства

**Ответ:**в поликлинику по месту жительства

**Обоснование:**Показано проведение реабилитационных мероприятий и медико-социальная экспертиза.  
  
Прохождение МСЭ проводится по месту жительства в порядке, установленном Приказом Минтруда России от 11.10.2012 № 310н  
  
«Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».  
  
п.16 Медицинская организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.  
  
Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 21.06.2018) "О порядке и условиях признания лица инвалидом"  
  
III. Порядок направления гражданинана медико-социальную экспертизу. Приложение

## Вопрос 12: Действия врача по экспертизе нетрудоспособности при выписке пациента из стационара заключаются в выдаче

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** «открытого» листка нетрудоспособности

**2:** справки об установлении инвалидности

**3:** выписного эпикриза с рекомендацией пройти МСЭ

**4:** направления на МСЭ (Формы N 088/у)

#### Правильные ответ(ы):

«открытого» листка нетрудоспособности

**Ответ:**«открытого» листка нетрудоспособности

**Обоснование:**При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается в день выписки из стационара за весь период стационарного лечения. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 календарных дней (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 24.01.2012 N 31н).  
  
Приказ Минздравсоцразвития России от  
  
29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков  
  
нетрудоспособности" II. Порядок выдачи листка нетрудоспособностипри заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах, в том числе полученных вследствие несчастного случаяна производстве, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин).

#### Доступны новые данные:

#### Дополнительные сведения

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046241)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046237)

Через 7 дней после травмы

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,10С. Кожные покровы влажные, теплые, бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92/мин, АД 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей, мочеиспускание свободное.

Местный статус:

#### Дополнительные сведения

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046240)

Через 14 дней после травмы.

Местный статус:

#### Дополнительные сведения

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046239)

Пациенту выполнена ампутация пальцев.

Через 3 дня после операции.

Местный статус:

# Ситуационная задача 18

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Врач-терапевт участковый прибыл к пациентке 28 лет на 5-й день болезни.

#### Жалобы

На повышение температуры тела, слабость, общее недомогание, сухой кашель, заложенность носа, першение в ротоглотке.

#### Анамнез заболевания

Заболела остро с появления озноба, общего недомогания, головной боли, температура повысилась до 37,6ºС.

Одновременно появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа.

Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие (ибупрофен), пила много жидкости (чай с имбирем, лимоном). В течение последующих дней самочувствие оставалось прежним: температура тела колебалась в пределах 37,4-37,9ºС, кашель сохранялся, дважды был послабленный стул.

#### Анамнез жизни

Работает маникюршей. Работает посменно в частном салоне и выезжает к клиентам на дом.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; аппендэктомия (5 лет назад).

Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире с мужем, детей нет. Муж здоров, жалоб не предъявляет.

Эпиданамнез: за пределы страны не выезжала. Контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) пользуется непостоянно.

#### Объективный статус

Температура тела – 37,6ºС.

Кожные покровы чистые, умеренной влажности, сыпи нет.

Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет, зернистость задней стенки глотки.

Лимфатические узлы не увеличены.

В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

АД – 110/70 мм рт.ст, ЧСС – 82 уд. в мин.

Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный.

В сознании, адекватна. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

## Вопрос 1: Лабораторным методом обследования данной пациентки для выявления этиологического фактора является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**2:** бактериологический посев крови на стерильность

**3:** реакция иммунофлюоресценции мазков крови

**4:** иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов вируса в кале

#### Правильные ответ(ы):

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Обоснование:**Прямые методы этиологической диагностики  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК. Инструкция по проведению диагностики COVID-19 с применением МАНК представлена в Приложении 3-1.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1. Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Коронавирусная инфекция, легкое течение

**2:** Аденовирусная инфекция, средней степени тяжести

**3:** Респираторно-синцитиальная инфекция, легкое течение

**4:** Коронавирусная инфекция, средней степени тяжести

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, легкое течение

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, легкое течение

**Обоснование:**Учитывая острое начало заболевания с интоксикационного синдрома (озноб, лихорадка, головная боль); присоединение катарального синдрома (сухой кашель, першение в ротоглотке, заложенность носа) и диспепсических расстройств; данные объективного осмотра (изменения в ротоглотке), данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала), а также данных эпидемиологического анамнеза (контакт с людьми, возможно инфицированных новой коронавирусной инфекцией), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная». Учитывая повышения температуры тела ≤ 38,0℃, кашель, слабость, боли в горле и отсутствия критериев среднетяжелого течения, можно думать о легком течении заболевания  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Стандартное определение случая заболевания COVID-19  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)  
  
3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
  
(2)

## Вопрос 3: Для оценки выраженности гипоксемии больной следует провести

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** пневмотахометрию

**2:** пульсоксиметрию

**3:** пикфлоуметрию

**4:** cпирографию

#### Правильные ответ(ы):

пульсоксиметрию

**Ответ:**пульсоксиметрию

**Обоснование:**Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.1.3 Инструментальная диагностика  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 4: Для легкого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерна сатурация кислорода (SpO2) \_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** > 95

**2:** ≤ 93

**3:** < 95

**4:** < 90

#### Правильные ответ(ы):

> 95

**Ответ:**> 95

**Обоснование:**Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
Легкое течение  
  
Т тела < 38 °C, кашель, слабость, боли в горле  
  
Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения  
  
Среднетяжелое течение  
  
Т тела > 38 °C  
  
ЧДД > 22/мин  
  
Одышка при физических нагрузках  
  
Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
SpO2 < 95%  
  
СРБ сыворотки крови >10 мг/л  
  
Тяжелое течение  
  
ЧДД > 30/мин  
  
SpO2 ≤ 93%  
  
PaO2 /FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.  
  
Снижение уровня сознания, ажитация  
  
Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л  
  
qSOFA > 2 балла  
  
Крайне тяжелое течение  
  
Стойкая фебрильная лихорадка  
  
ОРДС  
  
ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляции легких)  
  
Септический шок  
  
Полиорганная недостаточность  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени или картина ОРДС.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 5: Для новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерна экзантема в виде

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** лентикулярных папул по типу псориатических бляшек

**2:** болезненных зудящих везикул с групповым расположением по ходу нервных стволов

**3:** безболезненной язвы с серозно-геморрагическим отделяемым и вторичными везикулами по периферии

**4:** уртикарных высыпаний по типу крапивницы

#### Правильные ответ(ы):

уртикарных высыпаний по типу крапивницы

**Ответ:**уртикарных высыпаний по типу крапивницы

**Обоснование:**6 группа – Крапивница. В зависимости от своего происхождения заболевание может иметь двоякий характер. С одной стороны, уртикарные высыпания могут быть предвестником начала COVID-19 или возникают вместе с ее первыми симптомами. С другой стороны, крапивница нередко развивается вследствие лекарственной непереносимости и в таком случае является клинической формой токсидермии. Акральное расположение волдырей на фоне COVID-19 также можно отнести к специфическим особенностям уртикарного поражения кожи при этом вирусном заболевании.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Кожные сыпи при COVID-19  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторного метода обследования

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, легкое течение

## Вопрос 6: Характерным изменением в периферической крови при коронавирусной инфекции является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** эозинофилия

**2:** анемия

**3:** нейтропения

**4:** лимфопения

#### Правильные ответ(ы):

лимфопения

**Ответ:**лимфопения

**Обоснование:**У большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.3 Прогностические лабораторные маркеры  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: Повторный забор биоматериала для ПЦР на коронавирусную инфекцию у этой пациентки необходимо провести на \_\_\_\_\_\_\_\_ день

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** 5 и 15

**2:** 3 и 11

**3:** 7 и 14

**4:** 4 и 10

#### Правильные ответ(ы):

3 и 11

**Ответ:**3 и 11

**Обоснование:**9.5. Основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) Алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями представлен в Приложении 11  
  
При получении положительного результата лабораторных исследований биологического материала пациента на наличие COVID-19 (далее – результат теста на COVID-19) уполномоченное лицо медицинской организации:  
  
Уведомляет пациента о положительном результате теста на COVID-19;  
  
Оповещает о положительном результате теста на COVID-19 руководителя медицинской организации;  
  
Вносит в журнал учета пациентов с COVID-19 плановые даты для повторного забора биологического материала (мазки из носо- и ротоглотки) - 3, 11 день;  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
9.5 ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ (В ТОМ ЧИСЛЕ НА ДОМУ)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)  
  
При получении положительного результата теста на COVID-19 - тактика ведения пациента определяется в соответствии с Приложением N 8 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. N 198н (в ред. от 23.03.2021 N 232н)  
  
Приложение N 8  
к приказу Министерства здравоохранения  
Российской Федерации  
от 19 марта 2020 года N 198н  
(Дополнительно включено  
с 30 марта 2020 года  
приказом Минздрава России  
от 27 марта 2020 года N 246н)  
Основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19  
(с изменениями на 4 декабря 2020 года)

## Вопрос 8: При легкой форме коронавирусной инфекции целесообразно назначить схему

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рибавирин + левофлоксацин

**2:** ИФН‑β1b + лопинавир/ритонавир

**3:** ИФН-α + умифеновир

**4:** фавипиравир + олокизумаб

#### Правильные ответ(ы):

ИФН-α + умифеновир

**Ответ:**ИФН-α + умифеновир

**Обоснование:**5.1.Этиотропное лечение  
  
Рекомендованные схемы лечения в зависимости от тяжести заболевания приведены в Приложении 8.  
  
Схема 2: ИФН‑α + умифеновир  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Приложение 8.1. Рекомендованные схемы лечения в амбулаторных условиях  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 9: Пациентка может считаться выздоровевшей от коронавирусной инфекции при отсутствии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** остаточных признаков изменений в легких по данным КТ или рентгенографии

**2:** клинических проявлений и наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

**3:** клинических проявлений и наличии 3-х отрицательных результатов исследования на коронавирус методом ПЦР

**4:** клинических проявлений болезни

#### Правильные ответ(ы):

клинических проявлений и наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

**Ответ:**клинических проявлений и наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

**Обоснование:**Пациент считается выздоровевшим исходя из наличия следующих критериев:  
  
а) SpO2 > 96%;  
  
б) T < 37,2°C;  
  
в) однократный отрицательный результат лабораторного исследования методом полимеразной цепной реакции на наличие возбудителя COVID-19.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
5.10 ПОРЯДОК ВЫПИСКИ (ПЕРЕВОДА) ПАЦИЕНТОВ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 10: При подготовке к вакцинации против COVID-19 исследование биоматериала из носо- и ротоглотки методом ПЦР на наличие коронавируса SARS-CoV-2 проводится только при наличии контакта с больными с инфекционными заболеваниями в течение последних \_\_\_\_ дней

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 7

**2:** 3

**3:** 21

**4:** 14

#### Правильные ответ(ы):

14

**Ответ:**14

**Обоснование:**Исследование биоматериала из носо- и ротоглотки методом ПЦР (или экспресс-тестом) на наличие коронавируса SARS-CoV-2 проводится только при наличии контакта с больными с инфекционными заболеваниями в течение последних 14 дней, а также при наличии какого-либо симптома заболевания в течение последних 14 дней.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: Для медикаментозной профилактики COVID-19 у мужа пациентки возможно применение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** аминодигидрофталазиндиона натрия

**2:** ламивудина/ритонавира

**3:** левофлоксацина

**4:** умифеновир

#### Правильные ответ(ы):

умифеновир

**Ответ:**умифеновир

**Обоснование:**Для медикаментозной профилактики COVID-19 возможно назначение интраназальных форм ИФН-α (у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного ИФН-α2b) и/или умифеновира (Приложение 9).  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
7.3. Медикаментозная профилактика COVID-19 у взрослых  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: Иммуноглобулины класса М при коронавирусной инфекции начинают формироваться с \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от начала заражения

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 3-й недели

**2:** 10-х суток

**3:** 3-го дня

**4:** 7-х суток

#### Правильные ответ(ы):

7-х суток

**Ответ:**7-х суток

**Обоснование:**Выявление антител к SARS-CoV-2 имеет вспомогательное значение для диагностики текущей инфекции и основное для оценки иммунного ответа на текущую или перенесенную инфекцию. Выявление антител к SARS-CoV-2 проводится с использованием иммунохимических методов (Приложение 3-2). Решение о тестировании на антитела к SARS-CoV-2 принимается лечащим врачом индивидуально, исходя из клинической целесообразности. Антитела класса А (IgA) начинают формироваться и доступны для детекции примерно со 2 дня от начала заболевания, достигают пика через 2 недели и сохраняются длительное время. Антитела класса М (IgM) начинают выявляться примерно на 7-е сутки от начала заражения, достигают пика через неделю и могут сохраняться в течение 2-х месяцев и более. Примерно с 3-й недели или ранее определяются антитела класса G (IgG) к SARS-CoV-2. Особенностью гуморального ответа на инфекцию является небольшой временной промежуток между появлением антител IgM и IgG, а иногда и одновременное их формирование.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1 Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 19

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Курит больше 10 лет, 1 пачку в день.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается плотный инфильтрат и болезненность при пальпации в эпигастральной области.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** хронический холецистит

**2:** язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки

**3:** хронический панкреатит в стадии обострения

**4:** острый аппендицит

#### Правильные ответ(ы):

хронический панкреатит в стадии обострения

**Ответ:**хронический панкреатит в стадии обострения

**Обоснование:**На основании специфических жалоб – боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, появляющиеся после погрешности в диете и физической нагрузки, диарея, что характерно для хронического панкреатита.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 205-206

## Вопрос 2: При физикальном обследовании позволяет заподозрить хронический панкреатит в стадии обострения

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области

**2:** опухолевидное образование в проекции сигмовидной кишки

**3:** наличие положительного симптома Воскресенского

**4:** наличие диастаза прямых мышц живота

#### Правильные ответ(ы):

пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области

**Ответ:**пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области

**Обоснование:**При возникновении постнекротичекой кисты в результате перенесенных приступов острого панкреатита может пальпироваться опухолевидное образование в проекции поджелудочной железы  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII. С. 216

## Вопрос 3: Для уточнения диагноза вы назначите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** УЗИ брюшной полости

**2:** непрямую ультразвуковую эластографию печени

**3:** обзорную рентгенографию брюшной полости

**4:** колоноскопию

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости

**Ответ:**УЗИ брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ с использованием современных ультразвуковых аппаратов с цветным картированием и возможностью получения трехмерного изображения занимает лидирующее положение в скрининговой диагностике острого панкреатита. Чувствительность и специфичность этого метода достигает 95%.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 209

## Вопрос 4: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Хронический калькулезный панкреатит в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы

**2:** Дивертикулярная болезнь ободочной кишки

**3:** ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**4:** Синдром раздраженного кишечника

#### Правильные ответ(ы):

Хронический калькулезный панкреатит в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы

**Ответ:**Хронический калькулезный панкреатит в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы

**Обоснование:**Учитывая данные анамнеза, УЗ-исследования пациента поставлен диагноз хронического калькулезного панкреатита в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 209

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении; пункционном дренировании по УЗ-контролем

**2:** дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

**3:** консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

**4:** динамическом наблюдении; контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев

#### Правильные ответ(ы):

дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

**Ответ:**дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

**Обоснование:**Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием является золотым стандартом диагностики острого панкреатита и его осложнений.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 210

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### УЗИ брюшной полости

Заключение: увеличение размеров поджелудочной железы, неровность ее контуров, по передней поверхности железы определяется кистозное образование размерами 50х40мм, в стенках кисты патологического кровотока нет. В проекции головки поджелудочной железы – УЗ-признаки конкремента, ГПП расширен на всем протяжении до 5 мм

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069133)

На обзорной рентгенограмме брюшной полости патологии не выявлено.

#### Диагноз

#### Хронический калькулезный панкреатит в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы

## Вопрос 6: Для уточнения диагноза вам необходимы

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** раковый эмбриональный антиген

**2:** углеводный антиген СА 19-9

**3:** общий анализ крови; биохимическое исследование крови

**4:** определение скрытой крови в кале

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови; биохимическое исследование крови

**Ответ:**общий анализ крови; биохимическое исследование крови

**Обоснование:**При обострении хронического панкреатита в общем анализе крови может быть выявлен лейкоцитоз, в биохимическом анализе сыворотки крови – гиперамилаземия.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 208.

## Вопрос 7: Пациенту необходима консервативная терапия, которая заключается в применение препаратов (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** антибиотиков

**2:** группы ингибиторов протонной помпы

**3:** пробиотиков

**4:** НПВС

**5:** синтетических аналогов соматостатина

**6:** низкомолекулярного гепарина

#### Правильные ответ(ы):

группы ингибиторов протонной помпы  
синтетических аналогов соматостатина

**Ответ:**группы ингибиторов протонной помпы

**Обоснование:**На фоне острого панкератита крайне высок риск образования острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки, поэтому необходима своевременная профилактика.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 217

**Ответ:**синтетических аналогов соматостатина

**Обоснование:**Подавление секреции поджелудочной железы является основном инструментом консервативной терапии острого панкреатита  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 217

## Вопрос 8: Период наблюдения при купировании обострения хронического панкреатита у больного с постнекротической кистой, после которого показано выполнение повторной КТ с определением дальнейшей тактики составляет

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 3 месяца

**2:** 6 месяцев

**3:** 1 год

**4:** 1 неделя

#### Правильные ответ(ы):

3 месяца

**Ответ:**3 месяца

**Обоснование:**Для определения хирургической тактики относительно таких осложнений острого панкреатита как постнекротическая киста, приемлемым считается период в 3 месяца, далее необходимо выполнение повторной МСКТ  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 218

#### Доступны новые данные:

#### Углеводный антиген СА 19-9

Углеводный антиген СА 19-9 0,5 ед/мл(норма до 37 ед/мл)

## Вопрос 9: К малоинвазивным методикам дренирования постнекротических кист поджелудочной железы относят (выберите два) (выберите 2)

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** формирование лапаростомы

**2:** бурсостомия

**3:** цистогастростомия

**4:** цистоеюностомия

**5:** чрескожное дренирование под УЗ-контролем

**6:** эндоскопическое дренирование под УЗ-контролем

#### Правильные ответ(ы):

чрескожное дренирование под УЗ-контролем  
эндоскопическое дренирование под УЗ-контролем

**Ответ:**чрескожное дренирование под УЗ-контролем

**Обоснование:**Чрескожное наружное дренирование кист поджелудочной железы является ключевым инструментом в хирургическом лечение инфицированных постнекротических кист и инфицированного панкреонекроза.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 217

**Ответ:**эндоскопическое дренирование под УЗ-контролем

**Обоснование:**При неинфицированных кистах небольшого размера возможно эндоскопическое дренирование,  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 217

## Вопрос 10: При неэффективности малоинвазивных методик дренирования показано

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** проведене панкреатэктомии

**2:** формирование панкреатоцистоэнтероанастомоза на Ру-петле

**3:** динамическое наблюдение

**4:** проведение панкреатодуоденальной резекции

#### Правильные ответ(ы):

формирование панкреатоцистоэнтероанастомоза на Ру-петле

**Ответ:**формирование панкреатоцистоэнтероанастомоза на Ру-петле

**Обоснование:**При неэффективности малоивазивных методик показано выполнение радикальной операции.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 220

## Вопрос 11: Основным методом скрининга экзокринной недостаточности у больных с хроническим панкреатитом является определение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** панкреатической амилазы крови

**2:** панкреатической эластазы кала

**3:** уровня трансаминаз крови

**4:** амилазы мочи

#### Правильные ответ(ы):

панкреатической эластазы кала

**Ответ:**панкреатической эластазы кала

**Обоснование:**Данная методика позволяет достоверно подтвердить наличие экзокринной недостаточности и скорректировать дозу заместительной ферментной терапии.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 219

## Вопрос 12: Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** злоупотребление сладким

**2:** злоупотребление соленым

**3:** злоупотребление алкоголем

**4:** переедание

#### Правильные ответ(ы):

злоупотребление алкоголем

**Ответ:**злоупотребление алкоголем

**Обоснование:**Злоупотребление алкоголем способствует формированию конкрементов в поджелудочной железе.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 219

# Ситуационная задача 20

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

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

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно заподозрить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** разрыв аневризмы брюшной аорты

**2:** острый панкреатит

**3:** острый аппендицит. Распространенный перитонит

**4:** разрыв паразитарной кисты печени

#### Правильные ответ(ы):

острый аппендицит. Распространенный перитонит

**Ответ:**острый аппендицит. Распространенный перитонит

**Обоснование:**На основании данных анамнеза можно заподозрить аппендицит с развитием перитонита. При пальпации живота было определено его доскообразное напряжение и выраженный с. Щеткина-Блюмберга.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 159

## Вопрос 2: Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ крови

**2:** ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

**3:** скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

**4:** реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

**5:** общий анализ мочи

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови  
общий анализ мочи

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи у назначается с целью выявления признаков водно-электролитного дисбаланса и др.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 161

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Среди лабораторных показателей во всех рекомендациях в качестве диагностического критерия постоянно указывают на лейкоцитоз свыше 14-15х10-9.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 161

## Вопрос 3: Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ангиография чревного ствола

**2:** фиброгастродуоденоскопия

**3:** лапароскопическая биопсия печени

**4:** обзорная рентгенография брюшной полости

**5:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**6:** компьютерная томография органов брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

обзорная рентгенография брюшной полости  
ультразвуковое исследование органов брюшной полости  
компьютерная томография органов брюшной полости

**Ответ:**обзорная рентгенография брюшной полости

**Обоснование:**Диагностика перитонита требует применения инструментальных методов, из которых на первом этапе традиционно выполняется обзорная рентгенография брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С.161

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

#### ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

Отрицательный

**Ответ:**компьютерная томография органов брюшной полости

**Обоснование:**Одним из наиболее эффективных и в то же время дорогостоящих методов инструментальной диагностики перитонита является КТ брюшной полости, которая позволяет уточнить источник этого осложнения, выявить маловыраженные признаки «абдоминальной катастрофы», особенно в случае тяжелого состояния пациентов и отсутствия возможности длительного диагностического поиска.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 161-162

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

#### ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

Отрицательный

**Ответ:**ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Обоснование:**Наиболее бюджетными и соответственно широко распространенными методами являются УЗИ органов брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 161

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

#### ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

Отрицательный

## Вопрос 4: На основании проведенных инструментальных методов обследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый деструктивный холецистит. Вторичный распространенный гнойный перитонит

**2:** Язвенная болезнь желудка, осложненная прикрытой перфорацией

**3:** Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Вторичный распространенный гнойный перитонит

**4:** Острый мезентериальный тромбоз

#### Правильные ответ(ы):

Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Вторичный распространенный гнойный перитонит

**Ответ:**Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Вторичный распространенный гнойный перитонит

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 202-203

## Вопрос 5: В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** срочная лапаротомия

**2:** экстренная лапаротомия

**3:** перевод в федеральный хирургический центр

**4:** консервативная терапия

#### Правильные ответ(ы):

экстренная лапаротомия

**Ответ:**экстренная лапаротомия

**Обоснование:**Оперативное вмешательство при перитоните носит экстренный характер и часто проводится по жизненным показаниям.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 162

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 120 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 35,0 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 19,2 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 4,6 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 225,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 25,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,5 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 15 |

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | Темно-желтая |
| Прозрачность (норма – полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин | – |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 5-6 в поле зрения |
| Эритроциты (норма - не более 2 в п./зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс.) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс.) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс.) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс.) | отсутствуют |

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Обзорная рентгенография брюшной полости

Картина тонкокишечной паралитической непроходимости

#### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Определяется свободная жидкость в брюшной полости

#### Компьютерная томография органов брюшной полости

На серии томограмм определяется скопление жидкости с низким коэффициентом ослабления и периферическим контрастным ободком.

Патологии не выявлено

Выявлена патологическая извитость брыжеечных сосудов, задержка венозной фазы контрастирования

#### Диагноз

#### Острый гангренозный перфоративный аппендицит. Вторичный распространенный гнойный перитонит

## Вопрос 6: Оптимальным доступом будет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лапаротомия

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** верхнесрединная

**2:** надлобковая

**3:** нижнесрединная

**4:** широкая серединная

#### Правильные ответ(ы):

широкая серединная

**Ответ:**широкая серединная

**Обоснование:**Широкая серединная лапаротомия рекомендована при кишечной непроходимости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 205

## Вопрос 7: Дальнейшей оперативной тактикой является выполнение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** илео-илеоанастомоза

**2:** назогастроеюнальной интубации

**3:** тампонады с подведением дренажей к месту перфорации кишки

**4:** подвесной энтеростомии

#### Правильные ответ(ы):

назогастроеюнальной интубации

**Ответ:**назогастроеюнальной интубации

**Обоснование:**Тем не менее при выраженной дилатации тонкого кишечника на фоне разлитого перитонита и компартмент-синдроме назоинтестинальная интубация абсолютно показана.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 166

## Вопрос 8: Наложение швов только на кожу послеоперационной раны рекомендуется

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** когда сшивание апоневроза невозможно ввиду риска развития абдоминального компартмент-синдрома

**2:** при аппендикулярной этиологии перитонита

**3:** при полной паралитической кишечной непроходимости

**4:** во всех случаях распространенного фибринозно-гнойного перитонита

#### Правильные ответ(ы):

когда сшивание апоневроза невозможно ввиду риска развития абдоминального компартмент-синдрома

**Ответ:**когда сшивание апоневроза невозможно ввиду риска развития абдоминального компартмент-синдрома

**Обоснование:**В тех случаях, когда сшивание апоневроза невозможно ввиду риска развития абдоминального компартмент-синдрома («замороженный» живот), допускается наложение швов только на кожу послеоперационной раны с последующим длительным постоянным бандажированием.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 169

## Вопрос 9: Заканчивать операцию рекомендуется санацией (промыванием) брюшной полости раствором

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** диоксидина в физиологическом растворе

**2:** бактериофагов

**3:** антибиотиков в физиологическом растворе

**4:** порошков антибиотиков

#### Правильные ответ(ы):

диоксидина в физиологическом растворе

**Ответ:**диоксидина в физиологическом растворе

**Обоснование:**Наиболее применимыми для санации считают физиологический раствор и некоторые антисептики, которые могут быть использованы внутрибрюшинно (Диоксидин, гипохлорит натрия, реже - хлоргексидин в соответствующей концентрации).  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 165

#### Доступны новые данные:

#### Дополнительная информация

Под ЭТН выполнена широкая срединная лапаротомия. При ревизии: в брюшной полости более 1 л. фибринозно-гнойного выпота. Выявлен деструктивный аппендицит с разлитым перитонитом. Купол слепой кишки значительно инфильтрирован. С техническими трудностями обработана культя червеобразного отростка.

## Вопрос 10: Абсолютными противопоказаниями к наложению пневмоперитонеума и началу операции с лапароскопии при разлитом перитоните является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** септический шок

**2:** подозрение на распад

**3:** сомнения в диагнозе

**4:** пожилой возраст пациента

#### Правильные ответ(ы):

септический шок

**Ответ:**септический шок

**Обоснование:**Абсолютными противопоказаниями к наложению пневмоперитонеума и началу операции с лапароскопии в настоящее время считают: септический шок; выраженную интраабдоминальную гипертензию и компартмент-синдром (II—IV степени повышения внутрибрюшного давления (ВБД)); крайнюю тяжесть состояния пациента (высокий анестезиологический риск операции, ASA V).  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство  
  
для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 164

## Вопрос 11: Релапаротомия «по требованию» подразумевает проведение повторной операции только

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** в случае развития осложнения, требующего операции

**2:** при дивертикулезе толстой кишки

**3:** при опухолевой непроходимости

**4:** при обтурационной непроходимости

#### Правильные ответ(ы):

в случае развития осложнения, требующего операции

**Ответ:**в случае развития осложнения, требующего операции

**Обоснование:**Релапаротомия «по требованию» подразумевает хирургическую тактику, когда первичная операция при перитоните заканчивается дренированием брюшной полости и послойным ушиванием послеоперационной раны. Повторное вмешательство производится только в случае развития осложнения, требующего операции. Следуя данной концепции, хирург, выполняющий первичную операцию при перитоните, констатирует отсутствие необходимости повторных запланированных санаций брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 166

## Вопрос 12: Релапаротомия «по программе» (программированные этапные санации брюшной полости) используется, когда

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** нет показаний к установке тампонов

**2:** ввиду тяжести перитонита во время первичной операции устанавливают необходимость повторной санации брюшной полости в течении 48-72 ч

**3:** в брюшной полости определяется более 500 мл жидкости

**4:** невозможно установить дренажи

#### Правильные ответ(ы):

ввиду тяжести перитонита во время первичной операции устанавливают необходимость повторной санации брюшной полости в течении 48-72 ч

**Ответ:**ввиду тяжести перитонита во время первичной операции устанавливают необходимость повторной санации брюшной полости в течении 48-72 ч

**Обоснование:**Релапаротомия «по программе» (программированные этапные санации брюшной полости) используется тогда, когда ввиду тяжести перитонита во время первичной операции устанавливают необходимость повторной санации брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 166, 168

# Ситуационная задача 21

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациент И. 45-ти лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы. Вечер, время года - весна.

#### Жалобы

На выраженную общую слабость, головокружение, тошноту.

#### Анамнез заболевания

В течение нескольких дней беспокоили боли в верхних отделах живота. Принимал Омепразол и Но-Шпа, за медицинской помощью не обращался. Сегодня утром отметил общую слабость, была однократная рвота черными массами. С течением времени общая слабость нарастала, боли в животе прошли, присоединилась тошнота. Вечером после акта дефекации пациент потерял сознание. В унитазе было отмечено обильное количество дегтеобразного зловонного кала. Родственниками была вызвана скорая помощь.

#### Анамнез жизни

Хронические заболевания, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.  
Аллергии на препараты отрицает.  
Перенесенные заболевания: ОРВИ. Детские инфекции. Последние 3 года в весенне-осенний период пациента беспокоили боли в верхних отделах живота, в связи с чем пациент самостоятельно принимал анальгетики, спазмолитики, Омепразол. К врачам по этому поводу не обращался.  
Операции: аппендэктомия в детстве.  
Вредные привычки: курит до 20 сигарет в день, употребление алкоголя отрицает.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. В сознании, контактен, адекватен. Рост 182 см, масса тела 72 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Язык подсушен, обложен белым налетом. Температура тела 36,4°С. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы активные. Мочеиспускание без особенностей.

## Вопрос 1: При физикальном обследовании у данного пациента в обязательном порядке должно быть выполнено

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** определение границ печени по Курлову

**2:** исследование устойчивости в позе Ромберга

**3:** пальцевое ректальное исследование

**4:** визуальное обследование гортаноглотки

#### Правильные ответ(ы):

пальцевое ректальное исследование

**Ответ:**пальцевое ректальное исследование

**Обоснование:**Всем больным с кровотечением из верхних отделов ЖКТ выполняют … пальцевое исследование прямой кишки.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64.

## Вопрос 2: На основании данных анамнеза и физикального обследование у пациента можно заподозрить

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый панкреатит, панкреонекроз

**2:** Острую странгуляционную кишечную непроходимость

**3:** Мезентериальный артериальный тромбоз

**4:** Желудочно-кишечное кровотечение

#### Правильные ответ(ы):

Желудочно-кишечное кровотечение

**Ответ:**Желудочно-кишечное кровотечение

**Обоснование:**Обычно для установления факта кровотечения в ЖКТ нет необходимости в проведении каких-либо инструментальных методов, достаточно внимательного клинического обследования, обязательного ректального исследования, в ряде случаев может быть полезно зондирование желудка и его промывание.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 62.

## Вопрос 3: Для определения тяжести состояния больного на уровне приемного отделения из лабораторных анализов в первую очередь необходимо оценить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** коагулограмму

**2:** биохимическое исследование крови

**3:** общий анализ мочи

**4:** общий анализ крови

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Алгоритм действий хирурга при подозрении на кровотечение.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64-65.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Пальцевое ректальное исследование

Сфинктер тоничен, геморроидальные узлы не определяются. На высоте пальца патологии не определяется. На перчатке дегтеобразный кал черного цвета.

Границы печени в пределах нормы, нижний край по уровню реберной дуги

#### Диагноз

#### Желудочно-кишечное кровотечение

## Вопрос 4: Для установления характера патологии пациенту в экстренном порядке необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопию

**2:** обзорную рентгенографию органов брюшной полости

**3:** компьютерную томографию органов брюшной полости

**4:** эзофагогастродуоденоскопию

#### Правильные ответ(ы):

эзофагогастродуоденоскопию

**Ответ:**эзофагогастродуоденоскопию

**Обоснование:**…всем пациентам с кровотечением из верхних отделов ЖКТ показана экстренная эзофагогастродуоденоскопия…  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

## Вопрос 5: Учитывая эндоскопическую картину, кровотечение следует классифицировать как Forrest

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Ia

**2:** IIb

**3:** IIa

**4:** Ib

#### Правильные ответ(ы):

Ib

**Ответ:**Ib

**Обоснование:**Тип FI — активное кровотечение: lb — продолжающееся каппилярное подтекание крови (oozing bleeding).  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

## Вопрос 6: Для остановки кровотечения пациенту необходимо произвести

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическое вмешательство

**2:** трансфузию свежезамороженной плазмы

**3:** эндоскопический гемостаз

**4:** установку зонда Миллера-Эббота

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопический гемостаз

**Ответ:**эндоскопический гемостаз

**Обоснование:**При продолжающемся кровотечении из язвы (FIa, FIb) необходим эндоскопический гемостаз.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

## Вопрос 7: Приоритетным методом эндоскопического гемостаза в данной ситуации является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** аргоноплазменная коагуляция + гемоспрей

**2:** инъекционный метод + диатермокоагуляция

**3:** использование клеевых композиций

**4:** монокомпанентная биполярная диатермокоагуляция

#### Правильные ответ(ы):

инъекционный метод + диатермокоагуляция

**Ответ:**инъекционный метод + диатермокоагуляция

**Обоснование:**Методом выбора является комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекционный метод +диатермокоагуляппя (либо аргоноплазменная коагуляция) или клипирование + клеевые композиции.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

#### Доступны новые данные:

#### Коагулограмма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Норма | Результат |
| АЧТВ | 24-34 | 36.8 |
| Протромбиновое время | 13-18 | 14.6 |
| МНО | 0,85-1,15 | 1.05 |
| Фибриноген | 1,8-4,0 | 4,2 |
| Фибринолитическая активность | 5-12 минут | 14 |
| Антитромбин III | 80-120% | 70% |

#### Обзорная рентгенография органов брюшной полости

Свободного газа и уровней жидкости в кишечнике не выявлено. Желудок заполнен с уровнем жидкости.

## Вопрос 8: Достигнут окончательный гемостаз, однако есть подозрения на его неустойчивость. Дальнейшая тактика лечения пациента заключается в проведении

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** экстренного отрытого хирургического вмешательства

**2:** рентгенэндоваскулярной окклюзии левой желудочной артерии

**3:** консервативной терапии, динамического наблюдения

**4:** диагностической лапароскопии, ревизии стенок желудка

#### Правильные ответ(ы):

консервативной терапии, динамического наблюдения

**Ответ:**консервативной терапии, динамического наблюдения

**Обоснование:**Принципы лечения кровотечений из верхних отделов ЖКТ.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 65-67.

## Вопрос 9: Повторное эндоскопическое исследование пациенту

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** показано через 7 дней

**2:** показано через 1 месяц

**3:** не показано

**4:** показано через 4-6 часов

#### Правильные ответ(ы):

показано через 4-6 часов

**Ответ:**показано через 4-6 часов

**Обоснование:**Повторное эндоскопическое исследование рекомендуют при неполном первичном осмотре, неустойчивом гемостазе.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

## Вопрос 10: Для профилактики рецидива кровотечения пациенту показано назначение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** синтетических аналогов соматостатина

**2:** блокаторов Н2-рецепторов

**3:** ингибиторов протонной помпы

**4:** вазопрессоров

#### Правильные ответ(ы):

ингибиторов протонной помпы

**Ответ:**ингибиторов протонной помпы

**Обоснование:**Для снижения числа рецидивов и летальности пациентам с высоким риском рецидива кровотечения, которым был успешно проведен эндоскопический гемостаз, следует назначить (внутривенное болюсное, а вслед за ним непрерывное внутривенное введение) ингибиторы протонной помпы (омепразол, ланзопразол, пантопразол, гаптопразол, эзомепразол, нексиум) в максимальных дозах.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

## Вопрос 11: В плановом порядке пациенту необходимо произвести исследование на

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** уровень углеводного антигена СА 19-9 крови

**2:** на наличие Нр-инфекции

**3:** скрытую кровь в кале

**4:** наличие ракового эмбрионального антигена

#### Правильные ответ(ы):

на наличие Нр-инфекции

**Ответ:**на наличие Нр-инфекции

**Обоснование:**Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие Нр-инфекции.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

## Вопрос 12: Состояние больного стабилизировано, признаков рецидива кровотечения не было. По данным контрольных обследований язва желудка зарубцевалась. Пациенту следует назначить

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** комплексное онкологическое обследование

**2:** консервативную терапию, диспансерное наблюдение

**3:** комиссию для установления степени стойкой нетрудоспособности

**4:** обследование для подготовки к плановой операции

#### Правильные ответ(ы):

консервативную терапию, диспансерное наблюдение

**Ответ:**консервативную терапию, диспансерное наблюдение

**Обоснование:**После стабилизации состояния пациенту язвенными гастродуоденальными кровотечениями показано дальнейшее наблюдение и консервативная терапия  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 68.

# Ситуационная задача 22

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

На дискомфорт, боли в анальной области после дефекации.

#### Анамнез заболевания

Со слов пациента вышеуказанные жалобы беспокоят в течение нескольких лет, применял ректальные суппозитории с метилурацилом со слабовыраженным эффектом. Настоящее ухудшение в течение 6 месяцев, когда отметил нарастание интенсивности жалоб.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

Состояние больного: удовлетворительные. Уровень сознания: ясное. Сон не нарушен. Температура: 36,6°С. Телосложение: нормостеническое, правильное. Питание нормальное. Положение больного: активное.

Кожные покровы и видимые слизистые: чистые цвет – обычный. Периферические лимфоузлы: не увеличены. Подкожно-жировой слой развит умеренно. Молочные железы: симметричны, не деформированы. Структура желез симметричная. Органы дыхания Форма грудной клетки: нормостеническая. Тип дыхания: смешанный. Дыхание через нос: свободное. ЧДД: 16 в мин. Обе половины участвуют в акте дыхания: равномерно. Пальпация грудной клетки: безболезненна. Голосовое дрожание: не изменено. Перкуторный звук над легочными полями: легочный. Аускультация легких - дыхание: проводится во все отделы, везикулярное Хрипы справа: нет, слева: нет. Крепитация нет.

Органы кровообращения Область сердца: не изменена. Верхушечный толчок: определяется в V межреберье по левой средне-ключичной линии Тоны сердца: приглушены. Ритм: правильный. Пульс: 76 АД: на левом плече: 132/ 82 мм рт. ст. Пульсация периферических сосудов: хорошая.

Органы пищеварения Аппетит: хороший Осмотр полости рта: Язык: влажный, не обложен Зубы: санированы. Глотание: свободное. Живот: правильной конфигурации, безболезненный, не вздут, симметричен, мягкий Кишечный шум: выслушивается. Шум плеска: нет. Притупление в отлогих частях живота: нет. Органы мочевыведения. Поясничная область: не изменена. Наружные половые органы: развиты нормально. Мочеиспускание: свободное. Поколачивание по поясничной области: безболезненно с обеих сторон.

Местный статус: Кожные покровы перианальной области, внутренней поверхности ягодиц, крестцово-копчиковой области обычной окраски. Анус плоский, сомкнутый. Анальный рефлекс не изменен. В проекции 6 часов по условному циферблату имеется линейный дефект слизистой, до 1.5 см в длину, щелевидной формы, края плотные, ровные, дно выстлано грануляционной тканью, в дистальном крае имеется сторожевой бугорок. Пальпация болезненна. Сфинктер в гипертонусе. На перчатке следы кала обычной окраски.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** острый цистит

**2:** острый сигмоидит

**3:** хронический геморрой

**4:** хроническую анальную трещину

#### Правильные ответ(ы):

хроническую анальную трещину

**Ответ:**хроническую анальную трещину

**Обоснование:**На основании специфических жалоб – боли и дискомфорт в области анального отверстия после дефекации, данных осмотра — пальпаторно определяется дефект слизистой прямой кишки.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

## Вопрос 2: При физикальном обследовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ позволил заподозрить анальную трещину

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** дефект слизистой прямой кишки

**2:** наружный геморроидальный узел

**3:** гипертоничный сфинктер

**4:** «анальный плевок»

#### Правильные ответ(ы):

дефект слизистой прямой кишки

**Ответ:**дефект слизистой прямой кишки

**Обоснование:**При выполнение ректального осмотра, во время пальцевого исследования пальпируется продольный дефект слизистой, что указывает на наличие анальной трещины  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII. Стр. 685

## Вопрос 3: Для подтверждения диагноза пациентке вы назначите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** УЗИ органов брюшной полости

**2:** обзорную рентгенографию малого таза

**3:** ректороматоскопию

**4:** непрямую ультразвуковую эластографию печени

#### Правильные ответ(ы):

ректороматоскопию

**Ответ:**ректороматоскопию

**Обоснование:**Ректороманоскопия это инструментальный метод исследования прямой кишки и дистальных отделов сигмовидной кишки. Позволяет оценить состояние слизистой прямой кишки, выявить наличие патологического процесса.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

## Вопрос 4: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Выпадение прямой кишки

**2:** Хроническая анальная трещина

**3:** Синдром раздраженного кишечника

**4:** Хронический геморрой

#### Правильные ответ(ы):

Хроническая анальная трещина

**Ответ:**Хроническая анальная трещина

**Обоснование:**Учитывая данные анамнеза, ректороманоскопии пациенту поставлен диагноз — хроническая анальная трещина  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении; резекция прямой кишки

**2:** хирургическом лечение; экстирпация прямой кишки

**3:** динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год

**4:** хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке

**Ответ:**хирургическом лечении; иссечение анальной трещины в плановом порядке

**Обоснование:**Хирургическое лечение заключается в иссечение анальной трещины. Этот метод лечения патогенетически обоснован.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Ректороматоскопия

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

#### Диагноз

#### Хроническая анальная трещина

## Вопрос 6: В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** анализ крови на раковый эмбриональный антиген

**2:** исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**3:** общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**4:** определение скрытой крови в кале

**5:** анализ крови на углеводный антиген СА 19-9

#### Правильные ответ(ы):

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

**Ответ:**исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

**Ответ:**общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

## Вопрос 7: В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить такие инструментальные методы диагностики как

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** МРХПГ

**2:** флюорография грудной клетки

**3:** суточный мониторинг ЭКГ

**4:** Рh-метрия желудка

#### Правильные ответ(ы):

флюорография грудной клетки

**Ответ:**флюорография грудной клетки

**Обоснование:**Флюорография входит в перечень обязательных предоперационных исследований с целью исключения туберкулеза легких.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII Стр. 685

## Вопрос 8: В рамках предоперационной подготовки обязательным является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выполнение ирригоскопии

**2:** взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой прямой кишки

**3:** катетеризация мочевого пузыря

**4:** чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха

#### Правильные ответ(ы):

взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой прямой кишки

**Ответ:**взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой прямой кишки

**Обоснование:**В случае выявление наличия злокачественного процесса тактика хирургического лечения будет изменена в сторону расширения объема.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

## Вопрос 9: Кровоснабжение прямой кишки осуществляется

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 5 артериями: одной непарной - a.rectales superior (конечная ветвь нижней брыжеечной артерии) и двумя парными: a.rectales media (из a.iliaca interna) и а.rectalis inferior (из a. Pudenda interna)

**2:** верхней брыжеечной артерией, чревным стволом, гастродуоденальной артерией, средней ободочной артерией

**3:** правой и левой прямокишечными артериями

**4:** наружной подвздошной артерией

#### Правильные ответ(ы):

5 артериями: одной непарной - a.rectales superior (конечная ветвь нижней брыжеечной артерии) и двумя парными: a.rectales media (из a.iliaca interna) и а.rectalis inferior (из a. Pudenda interna)

**Ответ:**5 артериями: одной непарной - a.rectales superior (конечная ветвь нижней брыжеечной артерии) и двумя парными: a.rectales media (из a.iliaca interna) и а.rectalis inferior (из a. Pudenda interna)

**Обоснование:**5 артериями: одной непарной - a.rectales superior (конечная ветвь нижней брыжеечной артерии) и двумя парными: a.rectales media (из a.iliaca interna) и а.rectalis inferior (из a. Pudenda interna).  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

## Вопрос 10: Наиболее частой причиной возникновения геморроя является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** курение

**2:** цирроз печени

**3:** дуоденогастральный рефлюкс

**4:** врожденная слабость венозных стенок

#### Правильные ответ(ы):

врожденная слабость венозных стенок

**Ответ:**врожденная слабость венозных стенок

**Обоснование:**Врожденная слабость венозных стенок является основной причиной развития геммороя  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

## Вопрос 11: Операция по поводу геморроя заключается в

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** перевязке геморроидальных узлов

**2:** пластике ануса

**3:** удалении кавернозных тел прямой кишки

**4:** резекции стенки прямой кишки

#### Правильные ответ(ы):

удалении кавернозных тел прямой кишки

**Ответ:**удалении кавернозных тел прямой кишки

**Обоснование:**Операция по поводу геморроя состоит в удалении кавернозных тел прямой кишки.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

#### Доступны новые данные:

#### Общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Общий анализ мочи | Значение |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1021 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,01 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### Определение скрытой крови в кале

Скрытой крови в кале не обнаружено

#### Результаты инструментального метода обследования

#### МРХПГ

Патологии не выявлено

## Вопрос 12: Наиболее частым осложнением анальной трещины является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** цистит

**2:** геморрой

**3:** образование свища прямой кишки

**4:** разрыв прямой кишки

#### Правильные ответ(ы):

образование свища прямой кишки

**Ответ:**образование свища прямой кишки

**Обоснование:**В случае попадании кишечной флоры через дефект в слизистой в параректальную клетчатку может образовываться свищ прямой кишки.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 685

# Ситуационная задача 23

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациент И. 65 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы.

#### Жалобы

На выраженную общую слабость, головокружение, тошноту, вздутие живота.

#### Анамнез заболевания

В течение нескольких дней беспокоили боли в верхних отделах живота. Самостоятельно принимал «желудочные препараты», к врачам не обращался. Сегодня утром отметил общую слабость, головокружение, тошноту. Пациента вырвало черным желудочным содержимым. С течением времени общая слабость нарастала, боли в животе прошли. Вечером повторилась обильная рвота черными массами, после чего пациент потерял сознание. Родственники вызвали бригаду скорой медицинской помощи. В карете скорой помощи пациент пришел в сознание.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.  
Аллергии на препараты отрицает, поливалентная весенняя аллергия в период цветения.  
Перенесенные заболевания: гепатит А в детстве. Артериальная гипертензия. Сахарный диабет 2 типа – принимает таблетированные препараты. Последние 2 года в весенне-осенний период беспокоили боли в верхних отделах живота, в связи с чем пациент самостоятельно принимал спазмолитики, Омепразол. По этому поводу не обследовался.  
Операции: тонзилэктомия в детстве. Остеосинтез левой плечевой кости 5 лет назад.  
Вредные привычки: отрицает.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести, ближе к тяжелому. В сознании, контактен, адекватен. Рост 176 см, масса тела 92 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Язык подсушен, обложен белым налетом. Температура тела 36,5°С. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 95 в мин, АД 100/70 мм рт. ст. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы активные. Мочеиспускание без особенностей. Ректально: Сфинктер тоничен. Определяются спавшиеся наружные геморроидальные узлы. На высоте пальца патологии не определяется. На перчатке черный дегтеобразный кал.

## Вопрос 1: На основании имеющихся данных у пациента можно заподозрить

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Желудочно-кишечное кровотечение

**2:** Острую странгуляционную кишечную непроходимость

**3:** Острый панкреатит, панкреонекроз

**4:** Мезентериальный артериальный тромбоз

#### Правильные ответ(ы):

Желудочно-кишечное кровотечение

**Ответ:**Желудочно-кишечное кровотечение

**Обоснование:**Обычно для установления факта кровотечения в ЖКТ нет необходимости в проведении каких-либо инструментальных методов, достаточно внимательного клинического обследования, обязательного ректального исследования, в ряде случаев может быть полезно зондирование желудка и его промывание.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 62.

## Вопрос 2: Для оценки тяжести состояния больного в первую очередь необходимо получить данные

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** коагулограммы

**2:** общего анализа мочи

**3:** общего анализа крови

**4:** биохимического исследования крови

#### Правильные ответ(ы):

общего анализа крови

**Ответ:**общего анализа крови

**Обоснование:**Алгоритм действий хирурга при подозрении на кровотечение.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64-65.

## Вопрос 3: Для установления характера патологии пациенту в экстренном порядке необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обзорную рентгенографию органов брюшной полости

**2:** эзофагогастродуоденоскопию

**3:** компьютерную ангиографию брюшной полости

**4:** колоноскопию

#### Правильные ответ(ы):

эзофагогастродуоденоскопию

**Ответ:**эзофагогастродуоденоскопию

**Обоснование:**…всем пациентам с кровотечением из верхних отделов ЖКТ показана экстренная эзофагогастродуоденоскопия…  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

## Вопрос 4: Учитывая эндоскопическую картину, кровотечение следует классифицировать как Forrest

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Ia

**2:** Ib

**3:** IIa

**4:** IIb

#### Правильные ответ(ы):

Ib

**Ответ:**Ib

**Обоснование:**Тип FI — активное кровотечение: lb — продолжающееся капилярное подтекание крови (oozing bleeding).  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Желудочно-кишечное кровотечение

#### Результаты обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 80 мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | неполная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1023 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### Результаты обследования

#### Колоноскопия

В просвете толстой кишки большое количество черного «дегтеобразного» кала. Детальный осмотр не возможен.

## Вопрос 5: Для остановки кровотечения пациенту необходимо произвести

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** установку зонда Миллера-Эббота

**2:** хирургическое вмешательство

**3:** трансфузию свежезамороженной плазмы

**4:** эндоскопический гемостаз

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопический гемостаз

**Ответ:**эндоскопический гемостаз

**Обоснование:**При продолжающемся кровотечении из язвы (FIa, FIb) необходим эндоскопический гемостаз.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

## Вопрос 6: В данной ситуации наиболее эффективным методом эндоскопического гемостаза является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** аргоноплазменная коагуляция + гемоспрей

**2:** лигирование

**3:** клипирование + клеевые композиции

**4:** монокомпанентная биполярная диатермокоагуляция

#### Правильные ответ(ы):

клипирование + клеевые композиции

**Ответ:**клипирование + клеевые композиции

**Обоснование:**Методом выбора является комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекционный метод +диатермокоагуляппя (либо аргоноплазменная коагуляция) или клипирование + клеевые композиции.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

## Вопрос 7: Гемостаз достигнут. Установлен назогастральный зонд. Дальнейшая тактика лечения пациента заключается в проведении

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рентгенэндоваскулярной окклюзии левой желудочной артерии

**2:** диагностической лапароскопии, ревизии стенок желудка

**3:** консервативной терапии, динамического наблюдения в условиях ОРИТ

**4:** экстренного отрытого хирургического вмешательства

#### Правильные ответ(ы):

консервативной терапии, динамического наблюдения в условиях ОРИТ

**Ответ:**консервативной терапии, динамического наблюдения в условиях ОРИТ

**Обоснование:**Принципы лечения кровотечений из верхних отделов ЖКТ.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 65-67.

## Вопрос 8: Учитывая тяжесть состояния больного дальнейшее его лечение должно быть продолжено в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом отделении

**2:** операционной блоке

**3:** отделение реанимации

**4:** приемном отделении

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом отделении

**Ответ:**хирургическом отделении

**Обоснование:**Алгоритм действий хирурга при подозрении на кровотечение.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64-65.

## Вопрос 9: С целью профилактики рецидива желудочного кровотечения больному целесообразно назначить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** вазопрессоры

**2:** ингибиторы протонной помпы

**3:** блокаторы Н2-рецепторов

**4:** синтетические аналоги соматостатина

#### Правильные ответ(ы):

ингибиторы протонной помпы

**Ответ:**ингибиторы протонной помпы

**Обоснование:**Для снижения числа рецидивов и летальности пациентам с высоким риском рецидива кровотечения, которым был успешно проведен эндоскопический гемостаз, следует назначить (внутривенное болюсное, а вслед за ним непрерывное внутривенное введение) ингибиторы протонной помпы (омепразол, ланзопразол, пантопразол, гаптопразол, эзомепразол, нексиум) в максимальных дозах.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

## Вопрос 10: Через 2 часа после начала интенсивной терапии у пациента отмечено поступление свежей крови по назогастральному зонду. В экстренном порядке нужно выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рентгенэндоваскулярную окклюзию левой желудочной артерии

**2:** диагностическую лапароскопию, ревизию стенок желудка

**3:** повторное эндоскопическое исследование

**4:** экстренное отрытое хирургическое вмешательство

#### Правильные ответ(ы):

повторное эндоскопическое исследование

**Ответ:**повторное эндоскопическое исследование

**Обоснование:**Повторное эндоскопическое исследование рекомендуют при неполном первичном осмотре, неустойчивом гемостазе (высокий риск рецидива кровотечения), в ряде случаев — при рецидиве геморрагии.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

## Вопрос 11: При повторной ЭГДС: в просвете желудка свежая кровь. Ранее установленная клипса слетела. Из дна язвенного дефекта активное кровотечение. Попытки повторного эндоскопического гемостаза не увенчались успехом. Следует выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** диагностическую лапароскопию, ревизию стенок желудка

**2:** рентгенэндоваскулярную окклюзию верхней брыжжеечной артерии

**3:** установку зонда Миллера-Эббота

**4:** экстренное хирургическое вмешательство

#### Правильные ответ(ы):

экстренное хирургическое вмешательство

**Ответ:**экстренное хирургическое вмешательство

**Обоснование:**Экстренная операция показана пациентам с продолжающимся кровотечением при неэффективности (или невозможности) эндоскопического гемостаза либо при рецидиве кровотечения.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 68.

## Вопрос 12: Оптимальным объемом хирургического вмешательства в данной ситуации является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** гастрэктомия

**2:** гастротомия, прошивание кровоточащей язвы

**3:** резекция желудка

**4:** деваскуляризация желудка

#### Правильные ответ(ы):

резекция желудка

**Ответ:**резекция желудка

**Обоснование:**При кровоточащей язве желудка целесообразно выполнять резекцию желудка.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 68.

# Ситуационная задача 24

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 65 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения

#### Жалобы

На наличие выпячивания на передней брюшной стенки

#### Анамнез заболевания

Со слов пациентки 5 лет назад выполнена холецистэктомия через лапаротомный доступ, через полгода после операции по ходу рубца в эпигастральной области отметила появление выпячивания, которое стало увеличиваться в размерах. В течение последнего года беспокоят периодические боли в области выпячивания.

#### Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты –ацетилсалициловая кислота – отек Квинке

Операции: аппендэктомия

Принимает: Престариум 5 мг х 1 раз в день

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 186 см, масса тела 115 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Подкожная жировая клетчатка выражена. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: на передней брюшной стенки имеется верхне-срединный послеоперационный рубец. По ходу рубца выпячивание размерами 22х18см, вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный. Грыжевые ворота 16 см. Кожа над образованием истончена.

## Вопрос 1: На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Новообразование передней брюшной стенки

**2:** Диастаз прямых мышц живота

**3:** Липома передней брюшной стенки

**4:** Послеоперационная вентральная грыжа

#### Правильные ответ(ы):

Послеоперационная вентральная грыжа

**Ответ:**Послеоперационная вентральная грыжа

**Обоснование:**Диагноз устанавливается при физикальном обследовании пациента. При обследовании живота в области послеоперационного рубца в результате расхождения апоневроза определяется выпячивание, хорошо заметное при натуживании, в положении стоя или при поднимании верхней части туловища.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.48

## Вопрос 2: Послеоперационная вентральная грыжа у данного пациента будет классифицирована по

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** R.Stoppa

**2:** EHS (Европейское Общество Герниологов)

**3:** О.П.Крымову

**4:** J.P.Chevrel

#### Правильные ответ(ы):

EHS (Европейское Общество Герниологов)

**Ответ:**EHS (Европейское Общество Герниологов)

**Обоснование:**Классификация предложенная Европейским Обществом Герниологов (EHS), является результатом точного определения критериев и их всестороннего обсуждения.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.

## Вопрос 3: Инструментальным методом диагностики, позволяющим с наибольшей вероятностью подтвердить окончательный диагноз и определить объем операции является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** КТ передней брюшной стенки

**2:** УЗИ органов брюшной полости

**3:** МРТ передней брюшной стенки

**4:** лапароскопия брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

КТ передней брюшной стенки

**Ответ:**КТ передней брюшной стенки

**Обоснование:**КТ является методом выбора для послеоперационной дифференциальной диагностики рецидива, серомы и выбухания или остаточных грыж. Ультразвуковое исследование может оказывать помощь в диагностике сером, однако оно не выявляет необходимые анатомические ориентиры, в отличие от КТ, чтобы достоверно исключить рецидив.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.47

## Вопрос 4: Сформулируйте окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Фиброма передней брюшной стенки. Состояние после многократных операций на брюшной полости

**2:** Метастаз из невыясненного источника

**3:** Послеоперационная вентральная грыжа. Состояние после лапаротомии, холецистэктомии от 2015 г.

**4:** Липома передней брюшной стенки

#### Правильные ответ(ы):

Послеоперационная вентральная грыжа. Состояние после лапаротомии, холецистэктомии от 2015 г.

**Ответ:**Послеоперационная вентральная грыжа. Состояние после лапаротомии, холецистэктомии от 2015 г.

**Обоснование:**Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, при физикальном обследовании пациента. При обследовании живота в области послеоперационного рубца в результате расхождения апоневроза определяется выпячивание, хорошо заметное при натуживании, в положении стоя или при поднимании верхней части туловища.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.48

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении: грыжесечение

**2:** ношении бандажа

**3:** ограничении физических нагрузок, диете

**4:** динамическом наблюдении

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: грыжесечение

**Ответ:**хирургическом лечении: грыжесечение

**Обоснование:**Устранить грыжу и предотвратить осложнения можно только хирургическим путем. Именно поэтому само по себе наличие наружной брюшной грыжи служит показанием к оперативному лечению…  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Послеоперационная вентральная грыжа. Состояние после лапаротомии, холецистэктомии от 2015 г.

## Вопрос 6: Пациентке показано оперативное лечение в объеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** грыжесечения, пластики по Мейо

**2:** грыжесечения, пластики по Сапежко

**3:** лапароскопической герниопластики

**4:** грыжесечения, пластики с использованием сетчатого эндопротеза

#### Правильные ответ(ы):

грыжесечения, пластики с использованием сетчатого эндопротеза

**Ответ:**грыжесечения, пластики с использованием сетчатого эндопротеза

**Обоснование:**Лапароскопические методы герниопластики при вентральных и послеоперационных грыжах могут быть использованы для пластики дефектов диаметром не более 10 см.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.54

## Вопрос 7: При выполнении методики Onlay у данной пациентки эндопротез будет фиксироваться

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** интраперитонеально к передней брюшной стенке

**2:** к заднему влагалищу прямых мышц живота

**3:** поверх фасциального дефекта

**4:** к краям фасциального дефекта в виде мостика

#### Правильные ответ(ы):

поверх фасциального дефекта

**Ответ:**поверх фасциального дефекта

**Обоснование:**Методика «Onlay» состоит в том, что эндопротез фиксируют поверх фасциального дефекта.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.54

## Вопрос 8: При этом площадь перекрытия грыжевых ворот эндопротезом по методике Onlay составит \_\_\_\_\_\_ см во всех направлениях

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 3-5

**2:** 6-8

**3:** 10-12

**4:** 1-2

#### Правильные ответ(ы):

3-5

**Ответ:**3-5

**Обоснование:**Методика «Onlay». При этой методике после грыжесечения и ликвидации дефекта брюшной стенки эндопротез располагается предфасциально с фиксацией к брюшной стенке. При этом площадь размещения эндопротеза должна быть больше дефекта брюшной стенки. Эндопротез подшивается к подлежащему апоневрозу непрерывным швом таким образом, чтобы исключить сморщивание и смещение эндопротеза. По данным литературы, в большинстве случаев при этой методике эндопротез выкраивают на 3-5см шире ушитых грыжевых ворот.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.54

## Вопрос 9: Обезболивание во время операции будет

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** эпидуральное

**2:** местное

**3:** общее - эндотрахеальный наркоз

**4:** спинальное

#### Правильные ответ(ы):

общее - эндотрахеальный наркоз

**Ответ:**общее - эндотрахеальный наркоз

**Обоснование:**При грыжах большого размера - эндотрахеальный наркоз.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.757

## Вопрос 10: Пациентке показано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дренирование раневой полости

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** активное

**2:** пункционное

**3:** периодическое

**4:** пассивное

#### Правильные ответ(ы):

активное

**Ответ:**активное

**Обоснование:**При применении синтетических эксплантатов, особенно при их расположении над апоневрозом, течение послеоперационного периода имеет свои особенности. Эти отличия – следствие широкой мобилизации кожных лоскутов и подкожной клетчатки…. Возникающие при этом нарушения оттока венозной крови и лимфы из подкожной клетчатки приводят к скоплению в ране большого количества серозного отделяемого и замедлению её заживления. С целью профилактики образования сером необходимо дренирование раневой полости дренажами, расположенными между подкожной жировой клетчаткой и эксплантатом.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.769

## Вопрос 11: Пункция серомы на 5 сутки после операции у данной пациентки

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** показана в зависимости от расположения эндопротеза

**2:** показана в зависимости от типа эндопротеза

**3:** показана

**4:** не показана

#### Правильные ответ(ы):

не показана

**Ответ:**не показана

**Обоснование:**Серома не является ее осложнением, а лишь следствием. Серома бывает максимально выражена примерно к 7-му дню и почти у всех пациентов разрешается к 90-му дню после операции. Сверх этого срока серома считается хронической (3-4% случаев).  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.86

## Вопрос 12: Пациентке рекомендовано ношение бандажа в течение \_\_\_\_\_\_ месяцев

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 12

**2:** 1-2

**3:** 6

**4:** 24

#### Правильные ответ(ы):

1-2

**Ответ:**1-2

**Обоснование:**Ношение эластичного бандажа после выполнения пластики передней брюшной стенки показано в течение 1-2 мес. Использование бандажа в большие сроки нецелесообразно из-за ослабления мышц передней брюшной стенки и показано только при выполнении пациентом физической нагрузки.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.769

# Ситуационная задача 25

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 29 лет обратилась в ожоговый центр.

#### Жалобы

Боли в области ожоговой раны, головная боль, слабость, озноб, лихорадка с повышением температуры тела до 38,50C.

#### Анамнез заболевания

Травма в быту – контактный ожог о трубу мотоцикла. Обратилась самотеком в ЦРБ, где в приемном отделении проведена ПХО раны и наложена влажно-высыхающая повязка. Далее в течение 3 недели лечилась амбулаторно, проводились перевязки в поликлинике по месту жительства. На фоне лечения в области раны отмечено формирование струпа, который был этапно по мерее его отторжения удален с образованием под ним гранулирующей раны. Местно отмечались небольшие боли в ране, общее состояние при этом было удовлетворительным. Однако внезапно отмечено ухудшение состояния с появлением указанных выше жалоб, повышения температуры тела до 38,50C, вокруг ожоговой раны на фоне усиления гиперемии отмечено появление пузырей. В связи с чем самотеком обратилась в ожоговый центр.

#### Анамнез жизни

хронические заболевания – отрицает

не кури, алкоголем не злоупотребляет

аллергических реакций нет

профессиональных вредностей не имеет, работает продавщицей

от столбняка привита в 16 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069213)

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, больная контактна, адекватна, ориентируется в месте, времени и собственной личности. Кожный покров вне раны обычной окраски, чистый. Видимые слизистые чистые, обычной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Очаговой неврологической симптоматики нет. Температура 38С. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД до 18/мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 100 уд в мин. АД 115/65 мм рт. ст. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски. Мочеиспускание не нарушено, дизурии нет, диурез адекватен водной нагрузке.

Местный статус: Ожоговая рана в области внутренней поверхности правой голени в виде вялогранулирующей раны со скудным серозно-гнойным отделяемым, выраженное перифокальное воспаление, четко очерченный очаг гиперемии вокруг ожоговой раны с яркой напряженной болезненной поверхностью, на которой имеются пузыри с серозно-геморрагическим содержимым. Отмечено увеличение и умеренная болезненность паховых лимфоузлов справа.

## Вопрос 1: Для определения площади ожогового поражения у пациентки можно использовать

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** скицу Вилявина

**2:** "правило девяток»

**3:** «правило ладони»

**4:** планиметрию

#### Правильные ответ(ы):

«правило ладони»

**Ответ:**«правило ладони»

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони» - площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадьладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23  
  
На рисунке видно, что площадь поражения приблизительно соответствует 1% поверхности тела

## Вопрос 2: По глубине поражение данный ожог у пациентки является \_\_\_ степени

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** I

**2:** IIIБ-IV

**3:** III

**4:** II

#### Правильные ответ(ы):

III

**Ответ:**III

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения:  
  
III степень — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений…По мере очищения ран от некротических тканей раны заполняются грануляционной тканью.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2 Физикальное обследование, стр 23  
  
На рисунке видно, что ожог является III степени

## Вопрос 3: Появление данной клинической картины на фоне контактного ожога III степени может говорить о развитии осложнения в виде

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** острого тромбофлебит поверхностных вен голени

**2:** флегмоны голени

**3:** острого тромбофлебита глубоких вен голени

**4:** рожи

#### Правильные ответ(ы):

рожи

**Ответ:**рожи

**Обоснование:**Инфекционное заболевание, характеризующееся воспалительным поражением кожи. Диагноз, как правило, не вызывает затруднений ввиду характерных местных проявлений – четко очерченный очаг гиперемии с яркой напряженной болезненной поверхностью, на которой часто образуются пузырьки и буллы. Нередко отмечается региональный лимфаденит и общие симптомы интоксикации. Чаще инфекционный процесс поражает нижние конечности, лицо, половые органы, туловище и слизистые рта и носа.  
  
Российские национальные рекомендации. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. 2-ое переработанное и дополненное издание. Москва 2015.  
  
Рожа, стр. 41-42

## Вопрос 4: У пациентки диагностирована \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ форма рожи

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Буллезно-геморрагическая

**2:** Эритематозная

**3:** Буллезно-эритематозная

**4:** Некротическая

#### Правильные ответ(ы):

Буллезно-эритематозная

**Ответ:**Буллезно-эритематозная

**Обоснование:**На фоне рожистой эритемы могут появляться сливные поверхностные пузыри с серозным экссудатом (буллезно-эритематозная форма рожи)  
  
Гнойная хирургия: Атлас / С.В. Горюнов, Д.В. Ромашов, И.А. Бутивщенко; Под ред. к. м. н. И.С. Абрамова. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. — 558 с, Глава 10 Хирургическое лечение осложнений рожи, стр. 391

## Вопрос 5: Возбудителем рожи является Streptococcus

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** bovis

**2:** pneumoniae

**3:** pyogenes

**4:** faecalis

#### Правильные ответ(ы):

pyogenes

**Ответ:**pyogenes

**Обоснование:**По современным представлениям, возбудителем рожи является S.pyogenes (пиогенный стрептококк) относящийся к бета-гемолитическим стрептококкам группы А.  
  
Рациональная антимикробная фармакотерапия: рук. Для практических врачей/В.П. Яковлев. С.В. Яковлев и др. – М.Литтерра, 2003. -1008 с. Раздел II Клинические рекомендации. Рожа, стр. 368.  
  
Возбудителем рожи является бета-гемолитический стрептококк группы A.  
  
Гнойная хирургия: Атлас / С. В. Горюнов, Д. В. Ромашов, И. А. Бутивщенко; Под ред. к. м. н. И.С. Абрамова. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2004. — 558 с, Глава 10 Хирургическое лечение осложнений рожи, стр. 391.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Буллезно-эритематозная форма

## Вопрос 6: Пациентку необходимо госпитализировать в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ожоговое

**2:** дерматологическое

**3:** травматологическое

**4:** инфекционное

#### Правильные ответ(ы):

ожоговое

**Ответ:**ожоговое

**Обоснование:**Показаниями для оказания специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи по профилю «хирургия (комбустиология)» в ожоговом отделении/центре медицинской организации являются:  
  
термические и химические ожоги кожных покровов … при наличии осложнений или сопутствующей патологии, препятствующей оказанию медицинской помощи в амбулаторных условиях.  
  
термические и химические ожоги кожных покровов III степени (МКБ) любой площади и локализации  
  
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия (комбустиология)». П.14  
  
Лечение рожи должно проводиться в условиях специализированного отделения инфекционной больницы. Однако в действительности большая часть больных рожей проходит через многопрофильные стационары. При этом неосложненные формы рожи лечат в инфекционных отделениях, а осложненные – в отделениях гнойной хирургии.  
  
Российские национальные рекомендации. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. 2-ое переработанное и дополненное издание. Москва 2015. Рожа, стр. 41-42  
  
У пациентки имеется ожог, поэтому лечение проводится в ожоговом отделении.

## Вопрос 7: При первичном обращении в ЦРБ больной была показана противостолбнячная иммунизация по схеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** АС 0,5

**2:** АС 1,0

**3:** АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**4:** ПСЧИ 250 МЕ

#### Правильные ответ(ы):

АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**Ответ:**АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет, показана полная схема активно-пассивной иммунизации.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка».

## Вопрос 8: В ожоговом отделении пациентке в день поступления проводится местное лечение - туалет ожоговых ран и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** открытый метод ведения ран с обработкой пеной Олазоль

**2:** повязка с мазью Вишневского

**3:** повязка с фурацилиновой мазью

**4:** влажно-высыхающая повязка с раствором повидон-йода

#### Правильные ответ(ы):

влажно-высыхающая повязка с раствором повидон-йода

**Ответ:**влажно-высыхающая повязка с раствором повидон-йода

**Обоснование:**«Большинству пациентов с рожистыми заболеваниями показано лечение в стационарных условиях…  
  
Местно:  
Поливидон-йод  
Поливинилпирролидонйод»  
  
Рациональная антимикробная фармакотерапия: рук. Для практических врачей/В.П.Яковлев. С.В.Яковлев и др.– М.Литтерра, 2003. -1008 с. Раздел II Клинические рекомендации. Рожа, стр. 369-370.

## Вопрос 9: Пациентке сразу после поступления показано комплексное лечение, основным из которого является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** антибактериальная терапия

**2:** аутодермопластика раны

**3:** хирургическая обработка раны

**4:** иммуностимулирующая терапия

#### Правильные ответ(ы):

антибактериальная терапия

**Ответ:**антибактериальная терапия

**Обоснование:**Общее лечение направлено на борьбу с инфекцией, интоксикацией и аллергическими реакциями. Хирургическое лечение показано при осложнениях рожи.  
  
Российские национальные рекомендации. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. 2-ое переработанное и дополненное издание. Москва 2015. Рожа, стр. 41-42

## Вопрос 10: Пациентке в данной ситуации показано назначение препарата \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ внутрь

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** фуразолидона

**2:** ципрофлоксацина

**3:** амоксициллин/клавуаната

**4:** бисептола

#### Правильные ответ(ы):

амоксициллин/клавуаната

**Ответ:**амоксициллин/клавуаната

**Обоснование:**«РФТ (рациональная фармакотерапия) - 3 р/сут 14 суток и более:  
  
Амоксициллин/клавуаната … внутрь по 625 мг».  
  
Рациональная антимикробная фармакотерапия: рук. Для практических врачей/В.П.Яковлев. С.В.Яковлев и др. – М.Литтерра, 2003. -1008 с. Раздел II Клинические рекомендации. Рожа, стр. 369-370

## Вопрос 11: Пациентке показано

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** проведение выписки для продолжения лечения в амбулаторных условиях

**2:** применение биоэквилавлентов кожи человека

**3:** применение повязок с мазями на ПЭГ основе

**4:** проведение хирургической обработки и аутодермопластики раны

#### Правильные ответ(ы):

проведение хирургической обработки и аутодермопластики раны

**Ответ:**проведение хирургической обработки и аутодермопластики раны

**Обоснование:**Основным принципом лечения глубоких ожогов III степени является хирургическое восстановление целостности кожного покрова в зонах глубокого поражения. Наличие глубокого ожога является показанием к хирургическому лечению независимо от сроков получения ожоговой травмы, площади поражения, других клинических и организационных факторов.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.2 Хирургическое лечение, стр. 59

## Вопрос 12: При рецидивирующей роже нижних конечностей у пострадавших после лечения глубоких ожогов нижних конечностей наиболее частым осложнением бывает

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** тромбофлебит

**2:** фасциит

**3:** лимфедема

**4:** остеомиелит

#### Правильные ответ(ы):

лимфедема

**Ответ:**лимфедема

**Обоснование:**Рецидивирующее течение заболевания обусловлено формированием очага хронической стрептококковой инфекции, что приводит впоследствии к развитию фиброза и лимфедеме.  
  
Российские национальные рекомендации. Хирургические инфекции кожи и мягких тканей. 2-ое переработанное и дополненное издание. Москва 2015. Рожа, стр. 41-42

#### Доступны новые данные:

#### Через 7 дней лечения. Местный статус:

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069214)

# Ситуационная задача 26

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 48 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения

#### Жалобы

На наличие безболезненного образования в эпигастральной области

#### Анамнез заболевания

1 год назад после работы на стройке отметил появление образования в эпигастральной области, которое стало увеличиваться в размерах, появились боли и чувство сдавления в эпигастрии

#### Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты – пенициллин – отек Квинке

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 188 см, масса тела 112 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: в эпигастральной области, по белой линии живота имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 5х3 см, частично вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный.

## Вопрос 1: На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Грыжа белой линии живота

**2:** Липома

**3:** Новообразование передней брюшной стенки

**4:** Диастаз прямых мышц живота

#### Правильные ответ(ы):

Грыжа белой линии живота

**Ответ:**Грыжа белой линии живота

**Обоснование:**При пальпации неосложненная грыжа безболезненна, имеет мягкоэластическую консистенцию и обычно свободно вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении пациента.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726

## Вопрос 2: У пациента неущемленная форма грыжи, так как

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** грыжа вправляется в брюшную полость

**2:** грыжа болезненна при пальпации

**3:** грыжа подвижна при пальпации

**4:** наблюдается положительный симптом «кашлевого толчка»

#### Правильные ответ(ы):

наблюдается положительный симптом «кашлевого толчка»

**Ответ:**наблюдается положительный симптом «кашлевого толчка»

**Обоснование:**Классическим признаком любых форм грыж, за исключением ущемленных, служит положительный симптом кашлевого толчка. При покашливании пациента пальцы врача ощущают толчки органа, выходящего в грыжевой мешок.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.725

## Вопрос 3: Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** КТ брюшной полости

**2:** УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

**3:** пальпация органов брюшной полости

**4:** МРТ передней брюшной стенки

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

**Ответ:**УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

**Обоснование:**УЗИ высокоинформативный метод инструментального обследования пациента с различными видами грыж.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.725

## Вопрос 4: Сформулируйте окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Неосложненная грыжа белой линии живота

**2:** Фиброма передней брюшной стенки

**3:** Липома передней брюшной стенки

**4:** Метастаз из невыясненного источника

#### Правильные ответ(ы):

Неосложненная грыжа белой линии живота

**Ответ:**Неосложненная грыжа белой линии живота

**Обоснование:**При пальпации неосложненная грыжа безболезненна, имеет мягкоэластическую консистенцию и обычно свободно вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении пациента.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ограничении физических нагрузок, диете

**2:** ношении бандажа

**3:** хирургическом лечении: грыжесечение

**4:** динамическом наблюдении

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: грыжесечение

**Ответ:**хирургическом лечении: грыжесечение

**Обоснование:**Устранить грыжу и предотвратить осложнения можно только хирургическим путем. Именно поэтому само по себе наличие наружной брюшной грыжи служит показанием к оперативному лечению…  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Грыжа белой линии живота

## Вопрос 6: Пациенту в плановом порядке планируется выполнение оперативного лечения грыжесечения с пластикой передней брюшной стенки по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Мейо

**2:** Лексеру

**3:** Менге

**4:** Напалкову

#### Правильные ответ(ы):

Мейо

**Ответ:**Мейо

**Обоснование:**При небольших грыжевых воротах для их закрытия у взрослых обычно используют методы с удвоением апоневроза. Из них отметим прежде всего способ братьев Мейо (1901), а так же способ К.С.Сапежко (1900). При значительных размерах грыжевых ворот используют синтетические сетчатые протезы. Другие способы пластики ввиду их ненадежности или чрезмерной сложности в клинической практике не применяют.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.757

## Вопрос 7: При выполнении методики Onlay у данного пациента эндопротез будет фиксироваться

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** к краям фасциального дефекта в виде мостика

**2:** к заднему влагалищу прямых мышц живота

**3:** итраперитонеально к передней брюшной стенке

**4:** поверх фасциального дефекта

#### Правильные ответ(ы):

поверх фасциального дефекта

**Ответ:**поверх фасциального дефекта

**Обоснование:**Методика «Onlay» состоит в том, что эндопротез фиксируют поверх фасциального дефекта.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.54

## Вопрос 8: Содержимым грыжевого мешка у данного пациента может быть

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** слепая кишка

**2:** петля тонкой кишки

**3:** печень

**4:** большой сальник

#### Правильные ответ(ы):

большой сальник

**Ответ:**большой сальник

**Обоснование:**Грыжевым содержимым чаще всего становится большой сальник, значительно реже поперечная ободочная кишка.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.757

## Вопрос 9: Метастазом сестры Марии Джозеф называют метастаз в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** подмышечные лимфоузлы

**2:** яичники

**3:** пупок по ходу круглой связки печени

**4:** левую надключичную область

#### Правильные ответ(ы):

пупок по ходу круглой связки печени

**Ответ:**пупок по ходу круглой связки печени

**Обоснование:**Необходимо тщательно обследовать левую надключичную область (метастаз Вирхова в левые надключичиные лимфатические узлы) и область пупка (метастаз сестры Марии Джозеф в пупок по ходу круглой связки печени).  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.587.

## Вопрос 10: Пациенту показано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дренирование раневой полости

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** пассивное

**2:** механическое

**3:** активное

**4:** пункционное

#### Правильные ответ(ы):

активное

**Ответ:**активное

**Обоснование:**При применении синтетических эксплантатов, особенно при их расположении над апоневрозом, течение послоперационного периода имеет свои особенности. Эти отличия – следствие широкой мобилизации кожных лоскутов и подкожной клетчатки…. Возникающие при этом нарушения оттока венозной крови и лимфы из подкожной клетчатки приводят к скоплению в ране большого количества серозного отделяемого и замедлению её заживления. С целью профилактики образования сером необходимо дренирование раневой полости дренажами, расположенными между подкожной жировой клетчаткой и эксплантатом.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.769

## Вопрос 11: В зависимости от пола эпигастральной грыжей

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

**2:** мужчины болеют чаще, чем женщины

**3:** женщины болеют чаще, чем мужчины

**4:** женщины вообще не болеют

#### Правильные ответ(ы):

мужчины болеют чаще, чем женщины

**Ответ:**мужчины болеют чаще, чем женщины

**Обоснование:**Эпигастральные грыжи встречаются, как правило, у мужчин в возрасте 25-45 лет, занятых тяжелым физическим трудом.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.759

## Вопрос 12: Пациенту рекомендовано ношение бандажа в течение \_\_\_\_\_\_\_ месяцев

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 1-2

**2:** 6

**3:** 24

**4:** 12

#### Правильные ответ(ы):

1-2

**Ответ:**1-2

**Обоснование:**Ношение эластичного бандажа после выполнения пластики передней брюшной стенки показано в течение 1-2 мес. Использование бандажа в большие сроки нецелесообразно из-за ослабления мышц передней брюшной стенки и показано только при выполнении пациентом физической нагрузки.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.769

# Ситуационная задача 27

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

Жалобы на боли в области ранения.

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

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

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 62 кг. Кожные покровы физиологической окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 21 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в 1 мин, АД 120/75 мм рт. ст.

При пальпации живот малоболезненный. В околопупочной области в направлении левого подреберья спавшаяся рана размером 3 см. на 1 см.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** тупая травма живота

**2:** ранение органов забрюшинного пространства

**3:** непроникающее ранение живота

**4:** колото-резанное ранение живота

#### Правильные ответ(ы):

колото-резанное ранение живота

**Ответ:**колото-резанное ранение живота

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании анамнестических данных – пациент дал подробное описание обстоятельств получения травмы.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 320-321

## Вопрос 2: Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

**2:** общий анализ мочи

**3:** реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

**4:** скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

**5:** общий анализ крови

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи у пострадавших с травмой живота назначается с целью исключения травмы органов мочевыделительной системы.  
  
Савельев В.С., Клиническая хирургия. В 3 т. Том 2. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 832 с. С.207-209

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Назначается с целью исключения внутреннего кровотечения в брюшную полость или забрюшинное пространство.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 323

## Вопрос 3: Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** лапароскопическая биопсия печени

**2:** диагностическая лапароскопия

**3:** диагностическая лапаротомия

**4:** ангиография чревного ствола

**5:** первичная хирургическая обработка раны брюшной стенки

**6:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

диагностическая лапароскопия  
первичная хирургическая обработка раны брюшной стенки  
ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Ответ:**диагностическая лапароскопия

**Обоснование:**Видеолапароскопия позволяет провести полноценную ревизию органов брюшной полости, определить показания для «лечебной» лапаротомии, а в ряде случаев устранить выявленную патологию.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 320.

**Ответ:**ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Обоснование:**Скрининговым методом при подозрении на ранение внутрибрюшных органов при травме живота служит УЗИ.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 320.

**Ответ:**первичная хирургическая обработка раны брюшной стенки

**Обоснование:**Первичная хирургическая обработка раны брюшной стенки является одновременно диагностическим и лечебным мероприятием. Необходимо проследить раневой канал на всю его глубину и определить проникающий или непроникающий в брюшную полость характер ранения.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 323

## Вопрос 4: На основании проведенных методов обследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Проникающее колото-резанное ранение живота. Ранение почки

**2:** Язвенная болезнь желудка, осложненная перфорацией

**3:** Проникающее колото-резанное ранение живота. Ранение тощей кишки

**4:** Проникающее колото-резанное ранение живота без повреждения внутренних органов

#### Правильные ответ(ы):

Проникающее колото-резанное ранение живота без повреждения внутренних органов

**Ответ:**Проникающее колото-резанное ранение живота без повреждения внутренних органов

**Обоснование:**При инструментальных исследованиях признаков ранения внутренних органов живота не выявлено.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 320.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

0,00 (норма до 0,85)

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Диагностическая лапароскопия

Под эндотрахеальным наркозом над пупком с помощью иглы Вериша наложен пневмоперитонеум. Над пупком введен 10мм троакар, через который введен лапароскоп. Ревизия брюшной полости. При лапароскопии печени, желудка, кишечника, органов малого таза патологии не выявлено. Швы на кожу. Асептические повязки.

#### Диагностическая лапаротомия

После обработки брюшная стенка вскрыта верхнесрединным разрезом. В брюшной полости незначительное количество прозрачного экссудата. Ревизия брюшной полости. При лапароскопии печени, желудка, кишечника, органов малого таза патологии не выявлено. Желчный пузырь обычной формы. Счет салфеток. Послойный шов операционной раны.

#### Лапароскопическая биопсия печени

В препаратах серийные срезы двух столбиков ткани печени (залиты в один парафиновый блок, не маркированы), размером 0,5 и 1,2 см, окрашенные гематоксилином-эозином пикросириусом.

Дольковое строение прослеживается не везде. Фиброзная строма представлена очагами неправильной и линейной формы, четко отграниченными от паренхимы; центральные вены расположены хаотично, стенки их умеренно склерозированы, с развитием перивенулярного склероза. В фиброзной строме компактно расположены толстые пучки грубоволокнистой соединительной ткани, единичные макрофаги и лимфоциты; хаотично расположены желчные протоки разного калибра, выстланные кубическим эпителием; единичные сосуды неопределенного типа с утолщенными стенками и сосуды венозного типа. На периферии некоторых септ слабая очаговая гиперплазия мелких желчных протоков. Гепатоциты обычного вида, формируют балки, местами расположены в несколько рядов.

## Вопрос 5: Оптимальной врачебной тактикой у рассматриваемого пациента является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** первичная хирургическая обработка раны

**2:** лапаротомия

**3:** лапаротомия; ревизия органов брюшной полости

**4:** лапаротомия; дренирование брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

первичная хирургическая обработка раны

**Ответ:**первичная хирургическая обработка раны

**Обоснование:**Первичная хирургическая обработка раны брюшной стенки является одновременно диагностическим и лечебным мероприятием. Необходимо проследить раневой канал на всю его глубину и определить проникающий или непроникающий в брюшную полость характер ранения.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 323

## Вопрос 6: В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** стационарное лечение в течении 14 дней

**2:** экстренная лапаротомия

**3:** направление в медицинскую организацию 3 уровня

**4:** наблюдение у хирурга по месту жительства

#### Правильные ответ(ы):

наблюдение у хирурга по месту жительства

**Ответ:**наблюдение у хирурга по месту жительства

**Обоснование:**Оперативное лечение рекомендовано только при наличии повреждений внутренних органов, которые были исключены.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 320.

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ крови

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

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | соломенно-желтая |
| Прозрачность (норма – полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин | – |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма - не более 2 в п./зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс.) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс.) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс.) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс.) | отсутствуют |

#### Первичная хирургическая обработка раны брюшной стенки

При первичной хирургической обработке раны выявлен её проникающий характер. Выполнен шов раны.

#### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Размеры печени в норме, контуры ровные, капсула дифференцируется, эхоструктура паренхимы однородная, эхогенность паренхимы в норме. Очаговых образований нет.

Желчный пузырь грушевидной формы, внутрипросветных образований нет. Общий желчный проток в норме, расширен, внутрипеченочные желчные протоки не расширены, дополнительных образований нет.

Поджелудочная железа – размеры в норме, контуры ровные и четкие, эхоструктура однородная, эхогенность в норме норма, вирсунгов проток не расширен, образований нет. Селезенка не увеличена, структура однородная, селезеночная вена не расширена.Свободной жидкости в брюшной полости нет.

#### Диагноз

#### Проникающее колото-резанное ранение живота без повреждения внутренних органов

#### Результаты обследования

#### Первичная хирургическая обработка раны

При первичной хирургической обработке раны выполнена антисептическая обработка краев. Иссечены нежизнеспособные и загрязненные ткани. При ревизии обнаружен проникающий характер раны. Выделения крови, воздуха из брюшной полости нет. Послойный шов раны. Ас. повязка.

Вскрыта брюшная полость. При ревизии повреждения внутренних органов не обнаружено.

## Вопрос 7: Показанием к экстренной лапаротомии при ранении печени является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** разлитой желчный перитонит

**2:** разрыв аорты

**3:** признаки сердечной недостаточности

**4:** клиника внутрибрюшного кровотечения

#### Правильные ответ(ы):

клиника внутрибрюшного кровотечения

**Ответ:**клиника внутрибрюшного кровотечения

**Обоснование:**Лечебная тактика при повреждениях, протекающих с массивным кровотечением, которое не удается остановить перечисленными выше методами, и, самое главное, сопровождающихся нестабильной гемодинамикой, заключается в использовании принципа damage control surgery. При травмах печени суть его заключается во временной остановке кровотечения за счет интраабдоминальной тампонады разрыва печени и о кол о печеночного пространства.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 344.

## Вопрос 8: При проникающем колото-резанном ранении живота с изолированным повреждением сигмовидной кишки размером 1 см рекомендуется

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** выведение двуствольного противоестественного ануса

**2:** выведение проксимальной колостомы

**3:** выполнение погружного двухрядного шва поврежденного участка

**4:** резекция поврежденного участка

#### Правильные ответ(ы):

выполнение погружного двухрядного шва поврежденного участка

**Ответ:**выполнение погружного двухрядного шва поврежденного участка

**Обоснование:**При небольших ранах толстой кишки, края которых кровоточат (что указывает на хорошее кровоснабжение стенки), и при отсутствии признаков перитонита возможно ушивание раны без выведения проксимальной колостомы.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 341.

## Вопрос 9: Показанием к ревизии задней стенки желудка при его проникающем ранении служит

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** отрыв двенадцатиперстной кишки

**2:** желудочное кровотечение

**3:** факт проникающего ранения передней стенки желудка

**4:** огнестрельная травма живота

#### Правильные ответ(ы):

факт проникающего ранения передней стенки желудка

**Ответ:**факт проникающего ранения передней стенки желудка

**Обоснование:**Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 326.

## Вопрос 10: При внутрибрюшинном повреждении двенадцатиперстной кишки операцией выбора является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** ушивание двухрядным швом с установкой назогастроинтестинального зонда

**2:** панкеатодуоденальная резекция

**3:** обязательное наложение гастроэнтероанастомоза с выключенной по Брауна петлей кишки

**4:** наложение дуоденоэнтероанастомоза

#### Правильные ответ(ы):

ушивание двухрядным швом с установкой назогастроинтестинального зонда

**Ответ:**ушивание двухрядным швом с установкой назогастроинтестинального зонда

**Обоснование:**При внутрибрюшинном повреждении двенадцатиперстной кишки рану ушивают двухрядным швом с обязательным оставлением назодуоденоинтестинального зонда для постоянной аспирации содержимого и профилактики дуоденостаза.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 326.

## Вопрос 11: Наложение холецистостомы при ранении печени необходимо при

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** краевом разрыве печени

**2:** ранении селезенки

**3:** повреждении связочного аппарата печени

**4:** большом по площади повреждении печеночной паренхимы, наличии желчи в ране

#### Правильные ответ(ы):

большом по площади повреждении печеночной паренхимы, наличии желчи в ране

**Ответ:**большом по площади повреждении печеночной паренхимы, наличии желчи в ране

**Обоснование:**Показаниями к холецистостомии или холедохостомии являются большие по площади повреждения печеночной паренхимы, наличие желчи в ране и центральные ранения печени.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 341.

## Вопрос 12: При невозможности сохранения селезенки рекомендуется спленэктомия

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** классическая спленэктомия

**2:** с резекцией желудка

**3:** с аутотрансплантацией ткани селезенки

**4:** с перевязкой левой желудочной артерии

#### Правильные ответ(ы):

с аутотрансплантацией ткани селезенки

**Ответ:**с аутотрансплантацией ткани селезенки

**Обоснование:**В тех ситуациях, когда хирург вынужден выполнить спленэктомию, необходимо провести аутотрансплантацию ткани или фрагментов селезенки, тем более если пациент молодого возраста.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 346.

# Ситуационная задача 28

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациентка К., 23 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

#### Жалобы

На умеренную боль в правой подвздошной области на протяжении последних двух дней, повышение температуры до 37,6°С.

#### Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение последних двух дней, когда отметила сильный приступ боли в эпигастральной области, подъем температуры до 37,6С. К врачу решила не обращаться, выпила НПВС. Боль на этом фоне несколько стихла, к вечеру боль усилилась и сместилась в правую подвздошную область. В связи с тем, что боль окончательно не проходит и продолжающейся субфебрильной температурой вызвала СМП.

#### Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний нет.

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 164 см, масса тела 58 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 120/85 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подвздошной области.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра Вы можете заподозрить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** спаечную кишечная непроходимость

**2:** гангренозный холецистит

**3:** острый аппендицит

**4:** перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки

#### Правильные ответ(ы):

острый аппендицит

**Ответ:**острый аппендицит

**Обоснование:**На основании появления симптомов и динамики их развития, в первую очередь можно заподозрить острый аппендицит.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 105-106

## Вопрос 2: Основываясь на данных анамнеза у данного пациент можно выявить симптом

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Кохера

**2:** Кивуля

**3:** Валя

**4:** Бартомье-Михельсона

#### Правильные ответ(ы):

Кохера

**Ответ:**Кохера

**Обоснование:**Симптом Кохера – смещение боли из эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 106

## Вопрос 3: Для постановки диагноза необходимы данные таких лабораторных исследований как (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** СА 19-9

**2:** РЭА

**3:** общий анализ мочи

**4:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном.

**5:** общий анализ крови

**6:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи  
общий анализ крови  
биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**ОАМ необходим для дифференциальной диагностики, в частности для исключения патологии мочевыделительной системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 109

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Симптом Кивуля

Симптом Кивуля отрицательный

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При остром аппендицитите в общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 147

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Симптом Кивуля

Симптом Кивуля отрицательный

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ необходим для дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями брюшной полости, в т.ч. острым холециститом, холедохолитиазом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 108-109

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Симптом Кивуля

Симптом Кивуля отрицательный

## Вопрос 4: В первую очередь вы назначите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгенографию органов брюшной полости

**2:** эзофагогастродуоденоскопию

**3:** УЗИ брюшной полости + малого таза

**4:** колоноскопию

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости + малого таза

**Ответ:**УЗИ брюшной полости + малого таза

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, поскольку помимо исключения патологических изменений правой почки и правого мочеточника, желчного пузыря и желчных протоков, поджелудочной железы, матки и ее придатков позволяет обнаружить в брюшной полости свободную жидкость, а иногда и увеличенный червеобразный отросток.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 149-150

## Вопрос 5: На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Аппендикулярный инфильтрат

**2:** Острый панкреатит

**3:** Острый флегманозный аппендицит

**4:** Разрыв кисты правого яичника

#### Правильные ответ(ы):

Острый флегманозный аппендицит

**Ответ:**Острый флегманозный аппендицит

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза, данных общего и биохимеческого анализов крови, УЗИ брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 114

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| количество | 200 мл |
| цвет | Светло-желтый |
| прозрачность | полная |
| реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1024 |
| белок | 0,02 г/л |
| уробилин | отсутствует |
| лейкоциты | 0-1 в поле зрения |
| эритроциты | 0-1 в поле зрения |
| цилиндры | отсутсвуют |
| эпителий | отсутствует |
| бактерии | отсутствуют |
| слизь | немного |
| соли | отсутствуют |

#### СА 19-9

СА 19-9 1,7 ед/мл (норма до 37 ед/мл)

#### Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном.

Отрицательная

#### УЗИ брюшной полости + малого таза

Заключение: аппендикс диаметром 75 мм, равномерное утолщение стенки отростка до 5 мм, умеренное количество жидкости в малом тазу

## Вопрос 6: Вашей дальнейшей лечебной тактикой является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** правосторонняя гемиколэктомия

**2:** оперативное вмешательство; лапароскопическая аппендэктомия

**3:** консервативное лечение

**4:** лапаротомия; резекция илеоцекального угла

#### Правильные ответ(ы):

оперативное вмешательство; лапароскопическая аппендэктомия

**Ответ:**оперативное вмешательство; лапароскопическая аппендэктомия

**Обоснование:**Из лечебных мероприятий при остром флегмонозном аппендиците показано выполнение оперативного вмешательства в объеме: лапароскопическая аппендэктомия  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 132

## Вопрос 7: На фоне выполненной операции на протяжении двух дней у пациентки отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правой подвздошной области, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Вашей дальнейшей тактикой является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** продолжение консервативной терапии в условиях стационара

**2:** повторная лапароскопия

**3:** правосторонняя гемиколэктомия

**4:** выписка пациентки под наблюдение хирурга по месту жительства

#### Правильные ответ(ы):

выписка пациентки под наблюдение хирурга по месту жительства

**Ответ:**выписка пациентки под наблюдение хирурга по месту жительства

**Обоснование:**Если отмечена положительная динамика после проведенного комплексного лечения, пациентам показана выписка под наблюдение врачей по месту жительства.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 132

#### Доступны новые данные:

#### Симптом Кохера

Симптом Кохера положительный

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 130,0 - 160,0 | 153 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 41 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 12,3 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 4,43 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 189,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 18,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 6,8 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 62,5 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 1,6 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 41 |

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок | 64 - 82 | 79,1 |
| Мочевина | 2,5 - 6,4 | 4,2 |
| Креатинин | 53 - 115 | 96 |
| Билирубин общий | 3,0 - 17,0 | 17,2 |
| Билирубин прямой | 0,0 - 3,0 | 2,9 |
| АЛТ | 15,0 - 61,0 | 38,4 |
| АСТ | 15,0 - 37,0 | 27,9 |
| Щелочная фосфатаза | 50,0 - 136,0 | 131,2 |
| Альфа-Амилаза | 25-125 | 70 |
| Глюкоза | 3,89 – 5,83 | 4,7 |
| С-реактивный белок | Не более 0,49 мг/л | 9 мг/л |

#### Диагноз

#### Острый флегманозный аппендицит

## Вопрос 8: Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** аппендикулярный инфильтрат

**2:** разлитой перитонит

**3:** инфаркт миокарда

**4:** геморрагический диатез

#### Правильные ответ(ы):

аппендикулярный инфильтрат

**Ответ:**аппендикулярный инфильтрат

**Обоснование:**Если у больного выявлен аппендикулярный инфильтрат, показана комплексная плановая консервативная терапия  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. ириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 128

## Вопрос 9: Под термином «аппендикулярный инфильтрат» подразумевают

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** тромбофлебит воротной вены и ее придатков

**2:** конгломерат спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка

**3:** полостное образование округлой формы с однородным содержимым и пиогенной плотной капсулой

**4:** расположенный ретроцекально червеобразный отросток

#### Правильные ответ(ы):

конгломерат спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка

**Ответ:**конгломерат спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка

**Обоснование:**Термином «аппендикулярный инфильтрат» обозначают конгломерат спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 129

## Вопрос 10: Положительный симптом Ситковского заключается в

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** усилении боли при натуживании

**2:** усилении боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку

**3:** возникновении боли в правой подвздошной области при лёгком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке

**4:** усилении болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку

#### Правильные ответ(ы):

усилении боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку

**Ответ:**усилении боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку

**Обоснование:**Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 107-108

## Вопрос 11: К осложнениям острого аппендицита относится

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** пиелонефрит

**2:** кишечное кровотечение

**3:** аппендикулярный инфильтрат

**4:** сальпингит

#### Правильные ответ(ы):

аппендикулярный инфильтрат

**Ответ:**аппендикулярный инфильтрат

**Обоснование:**К осложнениям острого аппендицита относятся: аппендикулярный инфильтрат, перфорация, гнойный перитонит, абсцессы брюшной полости, забрюшинная флегмона, пилефлебит.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 103-104

## Вопрос 12: Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается с/со

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** обтурации желчных протоков

**2:** илеоцекального угла

**3:** слизистой червеобразного отростка

**4:** мышечного слой червеобразного отростка

#### Правильные ответ(ы):

слизистой червеобразного отростка

**Ответ:**слизистой червеобразного отростка

**Обоснование:**Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается со слизистой червеобразного отростка  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 104

# Ситуационная задача 29

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 27 лет, поступил в реанимационное отделение ожогового центра.

#### Жалобы

Не предъявляет (мед.седация).

#### Анамнез заболевания

Травма в быту – при пожаре получил ожог пламенем, термоингаляционную травму. В экстренном порядке бригадой СМП доставлен в районную ЦРБ, где в условиях реанимационного отделения проводилась противошоковая терапия. В связи с нарастающей дыхательной недостаточностью интубирован, проводится ИВЛ. Консультирован со специалистами из ожогового центра. В экстренном порядке выполнена декомпрессионная некротомия ожоговых ран в области левого предплечья. После стабилизации состояния через 3 дня после травмы переведён в специализированное ожоговое отделение.

#### Анамнез жизни

хронический гастрит

курит, алкоголь употребляет регулярно

аллергических реакций нет

работает на мясном производстве

от столбняка привит в 17 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069210)

Состояние крайне тяжелое. Медикаментозная седация. Лихорадка до 38С. Вне седации двигательное возбуждение. Зрачки OD=OS широкие, на свет не реагируют. Температура 36,2°С. Кожные покровы бледные, вне ожогов чистые. Отеки в области головы, туловища, конечностей. Проводилась ИВЛ. В легких дыхание жесткое, ослабленное в задне-нижних отделах, хрипы рассеянные сухие и влажные. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 110 в мин. А/Д - 115/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот мягкий, доступен пальпации. Диурез по катетеру, темп адекватен инфузионной терапии.

Локальный статус: Ожоги области головы, обеих верхних конечностей циркулярно, задне-боковых поверхностей туловища в виде деэпителизированных поверхностей бледно-розового и сероватого цвета с участками ожогового струпа коричневого цвета, перифокальное воспаление. Ожоги на площади 50% поверхности тела.

## Вопрос 1: Для определения площади ожога используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** "правило ладони»

**2:** планиметрия

**3:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**4:** "правило девяток"

#### Правильные ответ(ы):

"правило девяток"

**Ответ:**"правило девяток"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади обширных ожогов у взрослых рекомендуется использовать правило «девяток».  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2. Физикальное обследование, стр. 23  
  
На рисунке видно, что площадь поражения соответствует 50% поверхности тела

## Вопрос 2: Состояние больного соответствует периоду

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** реконвалесценции

**2:** острой ожоговой токсемии

**3:** ожогового шока

**4:** септикотоксемии

#### Правильные ответ(ы):

острой ожоговой токсемии

**Ответ:**острой ожоговой токсемии

**Обоснование:**Острая ожоговая токсемия - клинический синдром, связанный с действием циркулирующих в крови токсических веществ различного происхождения. Продолжительность - 3-10 суток. Комментарий: Основным фактором клинических проявлений является интоксикация, связанная с отравлением организма ядовитыми продуктами распада, поступающими в кровь из обожженных мертвых тканей, и продуктами жизнедеятельности, быстро развивающейся на ожоговой ране инфекции.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.2 Этиология, стр. 19

## Вопрос 3: Одним из критериев перехода ожоговой болезни в период острой ожоговой токсемии является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** повышение уровня гемоглобина

**2:** повышение уровня лимфоцитов

**3:** нормализация уровня креатинина

**4:** повышение температуры тела

#### Правильные ответ(ы):

повышение температуры тела

**Ответ:**повышение температуры тела

**Обоснование:**Для периода острой ожоговой токсемии также характерны – слабость, бессонница, отсутствие аппетита, диспептические явления, фебрильная лихорадка, могут быть психоэмоциональные нарушения, в том числе психомоторное возбуждение или делирий.  
  
Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.1. Жалобы и анамнез, стр. 22

## Вопрос 4: По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог \_\_\_\_\_\_\_ степени (по МКБ-10)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** II-III

**2:** IIIАБ

**3:** IIIБ-IV

**4:** II

#### Правильные ответ(ы):

II-III

**Ответ:**II-III

**Обоснование:**— Клинические признаки глубины ожогового поражения:  
  
— II cтепень — толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены. При ожогах агентами с высокой температурой может образоваться тонкий светло-желтый или коричневый струп, через который не просвечивают сосуды.  
  
— III cтепень — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений. Отмечается геморрагическое содержимое оставшихся ожоговых пузырей, дно раны тусклое, белесоватого цвета, с мраморным оттенком, иногда с мелкоточечными кровоизлияниями. Сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют, при выполнении волосковой пробы волоски легко удаляются.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.6 Классификация, стр. 24  
  
У данного пациента 20% п.т. – ожоги II степени, а 30% п.т. – III степени

## Вопрос 5: По данным анамнеза данный ожог по этиологии относится к

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** термическому

**2:** бытовому

**3:** термохимическому

**4:** лучевому

#### Правильные ответ(ы):

термическому

**Ответ:**термическому

**Обоснование:**Термические ожоги связаны с воздействием высоких температур. Возникают наиболее часто. … ожоги пламенем. Их вызывают открытый огонь (горючие материалы, одежда, костры, пожары), взрывы воспламеняющихся жидкостей и зажигательных смесей, Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.2 Этиология, стр. 7-8

## Вопрос 6: Обязательными методами инструментальной диагностики у данного больного являются

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагогастродуоденоскопия и УЗИ брюшной полости

**2:** фибробронхоскопия и КТ легких

**3:** УЗДС артерий нижних конечностей и обзорный снимок брюшной полости

**4:** эзофагогастродуоденоскопия и фибробронхоскопия

#### Правильные ответ(ы):

эзофагогастродуоденоскопия и фибробронхоскопия

**Ответ:**эзофагогастродуоденоскопия и фибробронхоскопия

**Обоснование:**Рекомендуется провести диагностику ингаляционной травмы (Приложение Г7), при выявлении клинических признаков поражения дыхательных путей фибробронхоскопия является обязательным методом диагностики ингаляционной травмы и должна выполняться в экстренном порядке в первые часы после поступления пациента в стационар.  
  
Рекомендуется ЭГДС при ожогах на общей площади более 30% п.т. и глубоких ожогах более 20% п.т.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
4.Инструментальная диагностика стр. 27, стр. 96 (Приложение Г2)

## Вопрос 7: Прогноз тяжести ожоговой травмы, согласно правилу «сотни», у данного больного составляет

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** 87; сомнительный

**2:** 77; относительно благоприятный

**3:** 107; неблагоприятный

**4:** 57; благоприятный

#### Правильные ответ(ы):

77; относительно благоприятный

**Ответ:**77; относительно благоприятный

**Обоснование:**Правило «сотни» или правило Baux (индекс Бо) - прогноз тяжести ожоговой травмы, согласно которому, если сумма возраста (в годах) и общей площади ожога (в процентах) равна или превышает 101 – прогноз неблагопритятный, от 81 до 100 – сомнительный, от 61 до 80 – относительно благоприятный, до 60 - благоприяятный.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
(Приложение Г9, стр. 101).

## Вопрос 8: На догоспитальном этапе бригадой СМП была необходима перевязка ожоговых ран с использованием

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** повязок с мазью левомеколь

**2:** повязок с раствором повидон-йода

**3:** стерильных или чистых простыней

**4:** пены Пантенол

#### Правильные ответ(ы):

стерильных или чистых простыней

**Ответ:**стерильных или чистых простыней

**Обоснование:**При обширных ожогах стерильные или чистые простыни (предпочтительно хлопчатобумажные одноразовые простыни) используют в качестве контурной (силуэтной) повязки.  
  
Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г15. Местное консервативное лечение пострадавших от ожогов на догоспитальном этапе, стр. 50

## Вопрос 9: Методом хирургического лечения ожогов сразу после поступления пациента в стационар является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическая некротомия

**2:** туалет ран

**3:** первичная хирургическая обработка

**4:** этапная хирургическая обработка

#### Правильные ответ(ы):

первичная хирургическая обработка

**Ответ:**первичная хирургическая обработка

**Обоснование:**Первичную хирургическую обработку ожоговой раны (ПХО) – первая по счету обработка ожоговой раны. ПХО выполняется в кратчайшие от поступления в стационар сроки, при необходимости – на фоне противошоковой терапии.  
  
Туалет ожоговой раны к методам хирургического лечения не относится.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
4.Приложение Г21, стр. 109

## Вопрос 10: После выполнения первичной хирургической обработки ран показано местное лечение глубоких ожогов III степени с применением

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**2:** биологических повязок

**3:** синтетических повязок с силиконовым слоем

**4:** аллопластических заменителей кожи

#### Правильные ответ(ы):

влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Ответ:**влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Обоснование:**При глубоких ожогах III степени в 1 стадию раневого процесса обосновано применение сухого способа лечения для «консервации» струпа (Приложение Г19).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г19, с.108

## Вопрос 11: В 3 стадию раневого процесса с целью уменьшения травматизации новообразованного эпидермиса на участках с пограничными ожогами II степени целесообразно применить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 40% мазь салициловой кислоты

**2:** марлевые повязки с раствором хлоргексидин

**3:** пену Пантенол

**4:** атравматичные сетчатые повязки

#### Правильные ответ(ы):

атравматичные сетчатые повязки

**Ответ:**атравматичные сетчатые повязки

**Обоснование:**При появлении эпителизации, т.е. при переходе в 3 стадию раневого процесса, рационально продолжение лечения сухим способом для укрепления новообразованного эпидермиса (например, с применением атравматичных повязок).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами, стр. 54

## Вопрос 12: Медицинская реабилитация данного пациента должна начинаться

##### Тип вопроса: Реабилитация/Абилитация

**1:** после выписки из стационара

**2:** после перевода из отделения реанимации

**3:** после выполнения первой реконструктивной операции

**4:** с началом лечения

#### Правильные ответ(ы):

с началом лечения

**Ответ:**с началом лечения

**Обоснование:**Рекомендуются следующие принципы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов: - Раннее начало (сразу после травмы с началом лечения).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 4  
  
Стр. 64

# Ситуационная задача 30

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

На увеличение в объеме правой половины мошонки.

#### Анамнез заболевания

Со слов пациента заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации.

Локальный статус: Правая половина мошонки увеличена в размерах до 12 х 8 х 6 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** острый аппендицит

**2:** невправимую пахово-мошоночную грыжу

**3:** рак сигмовидной кишки

**4:** хронический геморрой

#### Правильные ответ(ы):

невправимую пахово-мошоночную грыжу

**Ответ:**невправимую пахово-мошоночную грыжу

**Обоснование:**На основании специфических жалоб – увеличении правой половины мошонки  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 2: При физикальном обследовании \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ позволило заподозрить пахово-мошоночную грыжу

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** наличие образования в мошонке и отсутствие четких границ наружного пахового кольца справа

**2:** отсутствие перитониальных симптомов

**3:** наружный геморроидальный узел

**4:** гипертоничный анальный сфинктер

#### Правильные ответ(ы):

наличие образования в мошонке и отсутствие четких границ наружного пахового кольца справа

**Ответ:**наличие образования в мошонке и отсутствие четких границ наружного пахового кольца справа

**Обоснование:**Наличие образования в мошонке и отсутствие четких границ наружного пахового кольца справа позволяет установить диагноз паховой грыжи.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII.Стр. 77

## Вопрос 3: Для подтверждения диагноза пациенту вы назначите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обзорную рентгенографию малого таза

**2:** УЗИ брюшной полости и области выпячивания

**3:** УЗИ мочевыводящей системы

**4:** непрямую ультразвуковую эластографию печени

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости и области выпячивания

**Ответ:**УЗИ брюшной полости и области выпячивания

**Обоснование:**Ультразвуковая диагностика позволяет определить дефект пахового канала и определить содержимое грыжевого мешка.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 78

## Вопрос 4: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Хронический геморрой

**2:** Выпадение прямой кишки

**3:** Невправимая правосторонняя косая пахово-мошоночная грыжа

**4:** Варикоцеле

#### Правильные ответ(ы):

Невправимая правосторонняя косая пахово-мошоночная грыжа

**Ответ:**Невправимая правосторонняя косая пахово-мошоночная грыжа

**Обоснование:**Учитывая данные анамнеза, УЗИ пациенту поставлен диагноз — Невправимая пахово-мошоночная грыжа  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр.79

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** плановом хирургическом лечении в объеме герниопластики паховой грыжи по Лихтенштейну

**2:** хирургическом лечении: герниопексии

**3:** хирургическом лечении: ампутации яичка

**4:** динамическом наблюдении, контрольный осмотр через 1 год

#### Правильные ответ(ы):

плановом хирургическом лечении в объеме герниопластики паховой грыжи по Лихтенштейну

**Ответ:**плановом хирургическом лечении в объеме герниопластики паховой грыжи по Лихтенштейну

**Обоснование:**Хирургическое лечение заключается в пластики пахового канала сетчатым протезом. Этот метод лечения патогенетически обоснован.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр.?

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### УЗИ брюшной полости и области выпячивания

Заключение: УЗ-признаки паховой грыжи

Органической патологии не выявлено

#### Диагноз

#### Невправимая правосторонняя косая пахово-мошоночная грыжа

## Вопрос 6: В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** анализ крови на раковый эмбриональный антиген

**2:** общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**3:** определение скрытой крови в кале

**4:** исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**5:** анализ крови на углеводный антиген СА 19-9

#### Правильные ответ(ы):

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

**Ответ:**исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

**Ответ:**общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр.?

## Вопрос 7: В рамках предоперационной подготовки больному необходимо выполнить такие инструментальные методы диагностики как

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** МРХПГ

**2:** флюорография грудной клетки

**3:** суточный мониторинг ЭКГ

**4:** Рh-метрия желудка

#### Правильные ответ(ы):

флюорография грудной клетки

**Ответ:**флюорография грудной клетки

**Обоснование:**Флюорография входит в перечень обязательных предоперационных исследований с целью исключения туберкулеза легких.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр.?

## Вопрос 8: Одним из наиболее частых интраоперационных осложнений является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** травма семенного канатика

**2:** некроз мошонки

**3:** перфорация яичка

**4:** повреждение большой подкожной вены

#### Правильные ответ(ы):

травма семенного канатика

**Ответ:**травма семенного канатика

**Обоснование:**При вскрытие грыжевого мешка при осложненных паховых грыжах частым осложнением является ятрогенная травма семенного канатика.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 77

#### Доступны новые данные:

#### Общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Общий анализ мочи | Значение |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1021 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,01 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### Определение скрытой крови в кале

Скрытой крови в кале не обнаружено

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Рh-метрия желудка

Уровень Ph желудочного сока натощак – 1.5 ед.

## Вопрос 9: Передней стенкой пахового канала является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** волокно внутренней косой мышцы живота

**2:** поперечная фасция

**3:** паховая связка

**4:** апоневроз наружной косой мышцы живота

#### Правильные ответ(ы):

апоневроз наружной косой мышцы живота

**Ответ:**апоневроз наружной косой мышцы живота

**Обоснование:**Стенки образованы: передняя — апоневрозом наружной косой мышцы живота, задняя — поперечной фасцией, верхняя — волокнами внутренней косой и поперечной мышцами живота, нижняя — жёлоб паховой связки (нижний загнутый край апоневроза наружной косой мышцы живота).  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 83

## Вопрос 10: Паховую грыжу необходимо дифференцировать с такими заболеваниями как

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** сигмоидит; дивертикул сигмовидеой кишки; аппедикулчрный инфильтрат

**2:** рак прямой кишки; выпадение прямой кишки; уретрит

**3:** водянка; опухоль; воспаление яичка; киста семенного канатика

**4:** аневризма бедренной артерии; сосудистая мальформация внутренней подвздошной артерии

#### Правильные ответ(ы):

водянка; опухоль; воспаление яичка; киста семенного канатика

**Ответ:**водянка; опухоль; воспаление яичка; киста семенного канатика

**Обоснование:**Водянка, опухоль, воспаление яичка, киста семенного канатика – данные заболевания имеют схожую клиническую картину  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 11: В мошонку может спускаться \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ грыжа

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** пупочная

**2:** бедренная

**3:** прямая паховая

**4:** косая паховая

#### Правильные ответ(ы):

косая паховая

**Ответ:**косая паховая

**Обоснование:**Косая паховая грыжа как правило спускается в мошонку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 78

## Вопрос 12: При косой паховой грыже грыжевой мешок проходит через

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** межскладочное пространство

**2:** глубокое паховое кольцо

**3:** наружное паховое кольцо

**4:** феморальную щель

#### Правильные ответ(ы):

глубокое паховое кольцо

**Ответ:**глубокое паховое кольцо

**Обоснование:**При косой паховой грыже грыжевой мешок проходит через глубокое паховое кольцо  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр.89

# Ситуационная задача 31

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Аппендэктомия более 40 лет назад.

Гипертоническая болезнь 2 ст., 3 ст., риск ССО 4.

#### Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 174 см, масса тела 76 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 94 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот вздут, болезненный при пальпации по всей поверхности. При сукуссии можно услышать «шум плеска». При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно заподозрить такой диагноз как

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** прободная язва желудка

**2:** острый аппендицит

**3:** острый панкреатит

**4:** кишечная непроходимость неуточненная

#### Правильные ответ(ы):

кишечная непроходимость неуточненная

**Ответ:**кишечная непроходимость неуточненная

**Обоснование:**Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости – боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула и газов.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 234

## Вопрос 2: Для постановки диагноза необходимо выполнить такие инструментальные методы исследования как

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопия

**2:** гастроскопия

**3:** рентгеноскопия желудка

**4:** МРТ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

колоноскопия

**Ответ:**колоноскопия

**Обоснование:**Колоноскопия играет важную роль в своевременной диагностике и лечении опухолевой толстокишечной непроходимости.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 239

## Вопрос 3: Симптомами, говорящими в пользу острой кишечной непроходимости, являются

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** боль за грудиной

**2:** рвота по типу «кофейной гущи»

**3:** задержка стула и газов

**4:** начало приступа боли в эпигастральной области с миграцией его в правую подвздошую область

#### Правильные ответ(ы):

задержка стула и газов

**Ответ:**задержка стула и газов

**Обоснование:**Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости – боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула и газов.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 149-150

## Вопрос 4: В качестве подготовки к колоноскопии используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** прием слабительного средства

**2:** проведение очистительных клизм

**3:** ирригоскопия

**4:** исследование пассажа взвеси сульфата бария

#### Правильные ответ(ы):

проведение очистительных клизм

**Ответ:**проведение очистительных клизм

**Обоснование:**После использования с лечебной целью клизм, дистальный (отводящей) участок кишки очищают от остатков каловых масс, что позволяет предпринять полноценное эндоскопическое исследование.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 239

## Вопрос 5: На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Ущемление пупочной грыжи, странгуляционная кишечная непроходимость

**2:** Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, острая кишечная непроходимость

**3:** Острый панкреатит, динамическая кишечная непроходимость

**4:** Разлитой гнойный перитонит, динамическая кишечная непроходимость

#### Правильные ответ(ы):

Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, острая кишечная непроходимость

**Ответ:**Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, острая кишечная непроходимость

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза, клинического осмотра, инструментальных методов исследования.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 241

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Гастроскопия

Поверхностный гастрит

#### Результаты обследования

#### Задержка стула и газов

Из анамнеза известно, что стул и отделение газов отсутствует в течение 4 суток.

#### Результаты обследования

## Вопрос 6: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении

**2:** динамическом наблюдении

**3:** консервативной терапии

**4:** эндоскопическом удалении опухоли сигмовидной кишки

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении

**Ответ:**хирургическом лечении

**Обоснование:**Устранение механического препятствия, обусловившего кишечную непроходимость, необходимо рассматривать в качестве основной цели оперативного вмешательства.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 243-245

## Вопрос 7: При отсутствии противопоказаний наиболее эффективным и безопасным для пациента методом лечения на первом этапе является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** консервативная терапия: проведение очистительных клизм

**2:** динамическое наблюдение

**3:** эндоскопическое лечение: удаление опухоли сигмовидной кишки

**4:** эндоскопическое лечение: стентирование сигмовидной кишки

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопическое лечение: стентирование сигмовидной кишки

**Ответ:**эндоскопическое лечение: стентирование сигмовидной кишки

**Обоснование:**Устранение механического препятствия, обусловившего кишечную непроходимость, необходимо рассматривать в качестве основной цели оперативного вмешательства.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 243-245

#### Доступны новые данные:

#### Колоноскопия

При колоноскопии выявлена опухоль сигмовидной кишки, размерами 3,5х4 см, вызывающая сужение просвета кишки до 1 см.

#### Проведение очистительных клизм

При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

#### Диагноз

#### Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, острая кишечная непроходимость

## Вопрос 8: При отсутствии возможности эндоскопического лечения и отсутствии признаков нерезектабельности в условиях кишечной непроходимости операцией выбора является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** резекция сигмпрямой кишки

**2:** операция Гартмана

**3:** выведение сигмостомы

**4:** выведение трансверзостомы

#### Правильные ответ(ы):

операция Гартмана

**Ответ:**операция Гартмана

**Обоснование:**Хирургическое пособие в идеале не только ликвидирует кишечную непроходимость, но и устраняет заболевание, вызвавшее ее. Операция Гартмана – одна из самых распространенных операций, применяемых при лечении рака и других патологий толстой кишки, протекающих с осложнениями (кишечная непроходимость, прободение, кровотечение, перитонит).  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 243-245

## Вопрос 9: К стадиям острой кишечной непроходимости относится

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** стадия электролитных нарушений

**2:** толстокишечная

**3:** тонкокишечная

**4:** начальная

#### Правильные ответ(ы):

начальная

**Ответ:**начальная

**Обоснование:**Принято различать три стадии острой кишечной непроходимости: начальная, промежуточная, поздняя.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 235

## Вопрос 10: К классификации по уровню кишечной непроходимости относится

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** динамическая

**2:** смешанная

**3:** инвагинационная

**4:** высокая (тонкокишечная)

#### Правильные ответ(ы):

высокая (тонкокишечная)

**Ответ:**высокая (тонкокишечная)

**Обоснование:**По уровню препятствия механическая непроходимость подразделяется на высокую (тонкокишечная), низкую (толстокишечную)  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 230

## Вопрос 11: Ранним симптомом механической кишечной непроходимости является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** диарея

**2:** рвота

**3:** симптом Валя

**4:** симптом Склярова

#### Правильные ответ(ы):

симптом Валя

**Ответ:**симптом Валя

**Обоснование:**Локальное вздутие живота при пальпируемой в этой зоне раздутой петле кишки, над которой определяется высокий тимпанит (симптом Валя) -, ранний симптом механической кишечной непроходимости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 236

## Вопрос 12: Характерными для острой кишечной непроходимости признаки при обзорной рентгенографии брюшной полости являются

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** скопление жидкости в правой поддиафрагмальной области

**2:** скопление жидкости в малом тазу

**3:** симптом серпа

**4:** чаши Клойбера

#### Правильные ответ(ы):

чаши Клойбера

**Ответ:**чаши Клойбера

**Обоснование:**Приведенные ниже признаки характерны для острой кишечной непроходимости при обзорной рентгенографии брюшной полости: кишечные арки, чаши Клойбера, симптом перистости.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 239

# Ситуационная задача 32

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 47 лет доставлена в ожоговый центр на 7 сутки после травмы.

#### Жалобы

Сбор анамнеза невозможен, больная на ИВЛ в мед седации.

#### Анамнез заболевания

Со слов мужа, травма в быту при использовании средства для розжига - получила ожоги пламенем 50% п.т., термоингаляционную травму. Находилась на лечении в реанимационном отделении Областной больницы, где проводилась комплексная противошоковая терапия. На 2-е сутки в связи с циркулярными ожогами в области верхних конечностей больной была выполнена хирургическая некротомия. В связи с нарастающей дыхательной недостаточностью перед транспортировкой больная была переведена на ИВЛ. На 7-е сутки после травмы, реанимационной бригадой больная была доставлена в ожоговый центр для дальнейшего лечения. В условиях отделения реанимации ожогового центра проложено комплексное интенсивное лечение.

#### Анамнез жизни

Инфекционных заболеваний в анамнезе нет.

Травм, операций в анамнезе нет.

Аллергических реакций нет.

Курит в течении 15 лет, умеренно употребляет алкоголь.

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069234)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069238)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069237)

Общий осмотр: Состояние крайне тяжелое. Мед. седация. Кожный покров бледного цвета. Температура на момент осмотра 36,9°С. Склеры инъецированы. Веки отечны. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно.

Органы дыхания: ИВЛ. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная. Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания симметричное. Дыхание аппаратное, проводится над всеми отделами легких. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены.

Органы кровообращения: Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. АД 155/65 мм рт.ст. ЧСС 140 в минуту.

Органы пищеварения: Язык обложен белым налетом. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Мочеполовая система: Область почек визуально не изменена, мочеиспускание по мочевому катетеру, моча желтого цвета. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Местно: ожоговые раны располагаются в области волосистой части головы, лица, шеи, туловища, верхних конечностей на большей площади в виде влажного ожогового струпа серого цвета без участков отторжения, а также в виде деэпителизированных поверхностей бледно-розового цвета с участками десквамированного эпителия и налетов фибрина. В области тыльной поверхностей обеих кистей определяются некротомические разрезы длинной 5 см, в области внутренних поверхностей обоих предплечий определяются некротомические разрезы длинной 8 см, в области наружной поверхности обоих плеч определяются некротомические разрезы длинной 10 см, дном некротомических ран являются прилежащие мышцы. Общая площадь ожогового поражения 50% п.т.

## Вопрос 1: Для постановки основного диагноза используется анамнез заболевания и

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгеновское исследование костей

**2:** микробиологическое исследование ран

**3:** доплеровское исследование сосудов конечностей

**4:** клиническая картина

#### Правильные ответ(ы):

клиническая картина

**Ответ:**клиническая картина

**Обоснование:**Основанием для постановки диагноза являются данные анамнеза и осмотра пострадавшего. Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2. Физикальное обследование, стр. 23-24

## Вопрос 2: Для определения площади ожога в данном случае используется

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** «правило девяток»

**2:** планиметрия

**3:** "правило ладони"

**4:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

#### Правильные ответ(ы):

«правило девяток»

**Ответ:**«правило девяток»

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади обширных ожогов у взрослых рекомендуется использоваться правило «девяток», а при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади, «правило ладони». Согласно «правилу девяток» вся площадь поверхности тела взрослого человека делится на зоны, каждая из которых составляет 9% поверхности тела;  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2. Физикальное обследование. Стр. 23

## Вопрос 3: Учитывая анамнез заболевания, клиническую картину, наличие ожога лица, больной требуется дообследование в объеме

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** микробиологического исследования крови

**2:** доплеровского исследования сосудов конечностей

**3:** фибробронхоскопии

**4:** эзофагогастродуоденоскопии

#### Правильные ответ(ы):

фибробронхоскопии

**Ответ:**фибробронхоскопии

**Обоснование:**Рекомендуется провести диагностику ингаляционной травмы (Приложение Г7), при выявлении клинических признаков поражения дыхательных путей фибробронхоскопия является обязательным методом диагностики ингаляционной травмы и должна выполняться в экстренном порядке в первые часы после поступления пациента в стационар.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.4.Инструментальная диагностика, стр. 27

## Вопрос 4: По данным фибробронхоскопии от момента поступления: гиперемия и отек слизистой, большое количество копоти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копоти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копоти. Больной выставлен диагноз ингаляционная травма \_\_\_\_\_ степени

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** III

**2:** II

**3:** I

**4:** IV

#### Правильные ответ(ы):

II

**Ответ:**II

**Обоснование:**Рекомендуется определить степени тяжести поражения трахеобронхиального дерева при ингаляционной травме по эндоскопическим критериям: средняя степень (II) – гиперемия и отек слизистой, большое количество копоти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копоти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копоти.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.4.Инструментальная диагностика, стр. 28

## Вопрос 5: Целью проведенной в областной больнице некротомии было

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** предупреждение септических осложнений

**2:** уменьшение микробной контаминации ран

**3:** осуществление декомпрессии, восстановление кровоснабжения дистальных отделов конечности

**4:** уменьшение площади ожогового поражения

#### Правильные ответ(ы):

осуществление декомпрессии, восстановление кровоснабжения дистальных отделов конечности

**Ответ:**осуществление декомпрессии, восстановление кровоснабжения дистальных отделов конечности

**Обоснование:**Некротомия– рассечение ожогового струпа и глубжележащих тканей (фасцио- и миотомия) до визуально жизнеспособных при глубоких циркулярных ожогах конечностей и шеи, при других глубоких поражениях, когда высок риск сдавления и ишемии формирующимися некротизированными тканями, а также при циркулярных ожогах грудной клетки, ограничивающих ее экскурсию. Цель – декомпрессия, восстановление кровоснабжения тканей, дыхательной экскурсии грудной клетки, диагностика глубины поражения. Некротомия выполняется по экстренным показаниям.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf%201.2  
  
Приложение Г21. Методы хирургического лечения пострадавших с ожогами, стр. 110.

## Вопрос 6: При поступлении больной была выполнена рентгенография органов грудной клетки. Верным диагнозом является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Тромбоэмболия субсегментарных ветвей легочной артерии

**2:** Пневмосклероз легких на фоне ХОБЛ

**3:** Двусторонняя полисегментарная пневмония

**4:** Острый респираторный дистресс-синдром взрослых

#### Правильные ответ(ы):

Двусторонняя полисегментарная пневмония

**Ответ:**Двусторонняя полисегментарная пневмония

**Обоснование:**Бронхопневмония (очаговая пневмония) начинается с поражения мелких бронхов – бронхита, затем появляется инфильтрация в альвеолах. Инфильтрация в этом случае неоднородная – это очаги, более крупные фокусные тени с нечёткими контурами, которые могут сливаться в инфильтраты. Инфильтрированные участки легкого чередуются с сохранившими воздушность, инфильтрация определяется на фоне усиленного легочного рисунка (рисунок 2.6). Такой тип инфильтрации характерен для пневмоний вызванных Staphylococcus aureus и грамотрицательными микроорганизмами, а также для госпитальных пневмоний. Поражается обычно один или несколько сегментов легкого, возможно двустороннее поражение.  
  
Начальным проявлением пневмонии может быть локальное усиление сосудистого легочного рисунка с последующим появлением т. н. перибронхиальной, периваскулярной инфильтрации. Периваскулярная инфильтрация проявляется нечеткостью контуров и расширением сосудистых теней, перибронхиальная – появлением светлых полосок бронхов на фоне инфильтрированной перибронхиальной легочной ткани. Такая картина обычно возникает в области хвоста корня, в нижних отделах легочных полей (рисунок 2.7). Перибронховаскулярную инфильтрацию при пневмонии иногда приходится дифференцировать с явлениями застойной сердечной недостаточности, когда происходит отек интерстициальной перибронхиальной, периваскулярной ткани и вокруг сосудов, бронхов формируются т. н. «муфты». В этом случае определенное значение имеют клинико-лабораторные данные и выявление других признаков сердечной недостаточности – венозного застоя в МКК, увеличения размеров сердечной тени (раздел 12). При пневмонии инфильтративные изменения располагаются ближе к периферическим отделам легкого (наддиафрагмально, субплеврально), при застойной сердечной недостаточности изменения располагаются ближе к корню.  
  
Рентгенография в диагностике заболеваний органов грудной клетки Мельников В.В. 2017г.  
  
Раздел 2. Пневмонии. стр. 12-22

## Вопрос 7: Учитывая данные анамнеза, тяжесть травмы - пациента можно отнести к \_\_\_\_\_\_ типу больных, ассоциированных с полирезистентной внутрибольничной микрофлорой

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** IV

**2:** II

**3:** I

**4:** IIIb

#### Правильные ответ(ы):

IIIb

**Ответ:**IIIb

**Обоснование:**Приложение 2. Стратификация госпитализированных пациентов с инфекцией с учетом риска полирезистентных возбудителей и инвазивного кандидоза  
  
Тип IIIb  
  
1) Длительность нахождения в стационаре > 7 дней (в ОРИТ > 3 дней) или инфекция, возникшая после оперативных вмешательств.  
  
2) Предшествующая антибактериальная терапия.  
  
3) Факторы риска MRSA, карбапенем-устойчивых энтеробактерий, P.aeruginosa/ Acinetobacter.  
  
Российские национальные клинические рекомендации  
  
Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России. Москва 2017.  
  
Приложение №2 Стратификация госпитализированных пациентов по риску наличия резистентных возбудителей и инвазивного кандидоза с целью определения тактики эмпирической АМТ, стр. 114

## Вопрос 8: При поступлении больной была выполнена эзофагогастродуоденоскопия: в пилорическом отделе желудка определяется язвенный дефект 1х1 см с наличием тромбированного сосуда, прикрытого рыхлым сгустком, большое количество содержимого типа «кофейной гущи». С учетом полученных данных можно установить степень активности кровотечения Forrest

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Ic

**2:** III

**3:** IIa

**4:** IIc

#### Правильные ответ(ы):

IIa

**Ответ:**IIa

**Обоснование:**Универсальной и общепризнанной среди хирургов, эндоскопистов и  
  
гастроэнтерологов на данный момент считается международная классификация активности язвенного кровотечения по J.A. Forrest (1974)  
  
Forrest I. Продолжающееся кровотечение:  
  
a) массивное (струйное артериальное кровотечение из крупного сосуда);  
  
b) умеренное (излившаяся кровь из венозного или малого артериального сосуда быстро заливает источник после ее смывания и стекает по стенке кишки широкой струей; струйное артериальное кровотечение из мелкого сосуда, струйный характер которого периодически прекращается);  
  
c) слабое (капиллярное). Слабое подтекание крови из источника, который может быть прикрыт сгустком.  
  
Forrest II. Состоявшееся кровотечение:  
  
a) наличие в источнике кровотечения тромбированного сосуда, прикрытого рыхлым сгустком, с большим количеством измененной крови со сгустками или содержимого типа "кофейной гущи";  
  
b) видимый сосуд с тромбом коричневого или серого цвета, при этом сосуд может выступать над уровнем дна, умеренное количество содержимого типа "кофейной гущи";  
  
c) наличие мелких точечных тромбированных капилляров коричневого цвета, не выступающих над уровнем дна, следы содержимого типа "кофейной гущи на стенках органа.  
  
Forrest III. Отсутствие видимых в момент осмотра признаков бывшего кровотечения.  
  
Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 13 февраля 2017 г. N 83 "Об утверждении Инструкции по диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы"Приложение. Инструкция по диагностике и лечению острых хирургических заболеваний органов брюшной полости. Приложение 8. Классификация язвенных кровотечений по Forrest (1974)

#### Доступны новые данные:

#### Рентгенография органов грудной клетки

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069235)

#### Диагноз

#### Двусторонняя полисегментарная пневмония

## Вопрос 9: Необходимый объем манипуляций при данном типе активности кровотечения должен включать

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** установку зонда Блэкмора

**2:** консервативное лечение (промывание желудка ледяной водой, введение гемостатиков)

**3:** лапаротомию и ушивание язвы

**4:** удаление сгустка с помощью орошения с эндоскопическим гемостазом

#### Правильные ответ(ы):

удаление сгустка с помощью орошения с эндоскопическим гемостазом

**Ответ:**удаление сгустка с помощью орошения с эндоскопическим гемостазом

**Обоснование:**При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз;  
  
— При кровотечении FII-A, FII-B рекомендуется эндоскопическая профилактика рецидива кровотечения;  
  
— При наличии сгустка в дне язвы рекомендуется полностью его удалить с помощью орошения с последующей обработкой язвы;  
  
— Инъекционный метод в качестве монотерапии неэффективен. Методом выбора является комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо АПК или клипирование).  
  
Сборник методических материалов «Школы хирургии РОХ» Язвенные гастродуоденальные кровотечения (клинические рекомендации) – приняты на Общероссийской согласительной конференции по принятию национальных клинических рекомендаций, 6 июня 2014 года, г. Воронеж.  
  
Раздел II. Диагностическая и лечебная эндоскопия, стр. 5.

## Вопрос 10: После эндоскопического гемостаза желудочно-кишечного кровотечения больной показано проведение лечения внутривенно

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** блокаторами Н2-гистаминовых рецепторов

**2:** соматостатином

**3:** антацидами

**4:** ингибиторами протонной помпы

#### Правильные ответ(ы):

ингибиторами протонной помпы

**Ответ:**ингибиторами протонной помпы

**Обоснование:**— В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение H2блокаторов не рекомендовано;  
  
— В лечении пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями применение соматостатина и его синтетических аналогов не рекомендовано;  
  
— Внутривенное болюсное введение ингибиторов протонной помпы с последующей непрерывной инфузией после эндоскопического гемостаза в течение 72 часов снижает количество рецидивов кровотечений и летальность и могут быть рекомендованы всем больным с высоким риском рецидива геморрагии; -  
  
— С 3 суток рекомендуется перевод на пероральные формы ингибиторов протонной помпы;  
  
— Всех пациентов с язвенными гастродуоденальными кровотечениями необходимо обследовать на наличие Hp-инфекции и при положительном результате обследования проводить эрадикационную терапию в стационаре.  
  
Сборник методических материалов «школы хирургии РОХ» Язвенные гастродуоденальные кровотечения (клинические рекомендации) – приняты на Общероссийской согласительной конференции по принятию национальных клинических рекомендаций, 6 июня 2014 года, г. Воронеж.  
  
Раздел IV. Медикаментозный гемостаз

## Вопрос 11: При выписке из стационара для продолжения реабилитации в амбулаторных условиях больной рекомендуется проведение комплексной противорубцовой терапии в объеме: ЛФК, компрессионной терапии и

##### Тип вопроса: Реабилитация, диспансерное наблюдение

**1:** силиконсодержащих гелей

**2:** реконструктивно-пластической операции

**3:** ультрафиолетового облучения

**4:** лазерной дермабразии

#### Правильные ответ(ы):

силиконсодержащих гелей

**Ответ:**силиконсодержащих гелей

**Обоснование:**Поздняя реабилитация пострадавших от ожогов проводится после заживления ожоговых ран и включает:  
  
—  профилактику и лечение послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций;  
  
—  в периоде «созревания» рубцов – комплекс консервативного лечения, направленного на предотвращение избыточного роста рубцов;  
  
— Рекомендуется применение силиконсодержащих пластин или гелей не менее 2 мес. (Уровень убедительности рекомендаций B).  
  
— Рекомендуется применение компрессионной терапии (ношение компрессионной одежды) в течение 6-12 мес. (Уровень убедительности рекомендаций B).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf%204  
  
Реабилитация, стр. 63-68.

## Вопрос 12: Комплексная консервативная терапия последствий ожоговой травмы в виде послеожоговых рубцов у пациентки продолжается до

##### Тип вопроса: Реабилитация, диспансерное наблюдение

**1:** 3 месяцев

**2:** 6 месяцев

**3:** 1 года

**4:** 3 лет

#### Правильные ответ(ы):

1 года

**Ответ:**1 года

**Обоснование:**Консервативная профилактика и лечение послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций:  
  
1.Рекомендуется лечебная физкультура в течение не менее 1 года.  
  
2.Рекомендуется увлажняющие и смягчающие средства для зажившей кожи.  
  
3.Рекомендуется защита от ультрафиолетового облучения (инсоляции и др.) в течение не менее 1 года после заживления ожоговых ран с помощью защитной одежды, солнцезащитных средств, а также образа жизни и поведения  
  
6.Рекомендуется применение компрессионной терапии (ношение компрессионной одежды) в течение 6-12 мес.  
  
… Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
4.Реабилитация Приложение Г24. Стр. 116

#### Доступны новые данные:

#### Дополнительная информация

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069236)

На фоне лечения состояние пациентки стабилизировано. Выполнены этапные аутодермопластики глубоких ожоговых ран с хорошим результатом.

Раневой процесс купирован полностью. Имеется ограничение движений в левом и правом лучезапястном, всех пястно-фаланговых и межфаланговых суставах обеих кистей (сжать кулак полностью не может). Формируются приводящие контрактуры верхних конечностей, шеи.

# Ситуационная задача 33

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациент 32 года, обратился самостоятельно в приемное отделение стационара.

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Со слов друзей:

ОРВИ

Туберкулёз, ВИЧ, гепатиты В, С, сифилис – отрицает.

Аллергия на препараты: отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

**2:** Мочекаменная болезнь

**3:** Травма уретры

**4:** Травма мочеточника

#### Правильные ответ(ы):

Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

**Ответ:**Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

**Обоснование:**На основании макрогематурии, жалоб боли в низу живота и болезненные позывы к мочеиспусканию, перитонеальных симптомов.  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 22-34

## Вопрос 2: Наиболее информативным инструментальным методом диагностики, подтверждающим диагноз, является (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** цистоскопия

**2:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**3:** КТ-цистография

**4:** экскреторная урография

**5:** ультразвуковое исследование

#### Правильные ответ(ы):

ультразвуковое исследование органов брюшной полости  
КТ-цистография

**Ответ:**КТ-цистография

**Обоснование:**КТ-цистография имеет высокую чувствительность (90-95%) и специфичность (100%). КТ также помогает идентифицировать другие травматические повреждения.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 480

**Ответ:**ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ. Обнаружение свободной жидкости в брюшной полости или паравезикальном пространстве позволяет заподозрить внутрибрюшинную или внебрюшинную перфорацию.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 480

## Вопрос 3: Лабораторным методом обследования, необходимым для постановки диагноза является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** БАК посев мочи

**2:** общий анализ крови

**3:** общий анализ мочи

**4:** биохимический анализ крови: креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Основным признаком повреждения мочевого пузыря является макрогематурия. Неятрогенные повреждения мочевого пузыря сильно коррелируют ссочетанием перелома костей таза имакрогематурии, итакая комбинация является абсолютным показанием для инструментальной диагностики. Однако примерно у5-15% пациентов сразрывом мочевого пузыря определяется только микрогематурия.  
  
Рекомендации ЕАУ по травме в урологии. N.D. Kitrey (председатель), N. Djakovic, M. Gonsalves, F.E. Kuehhas, N.Lumen, E. Serafetinidis, D.M. Sharma, D.J. SummertonНаучное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев, 2016, с. 25

## Вопрос 4: Возможным осложнением в раннем периоде является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** уросепсис

**2:** ДВС-синдром

**3:** мочевой перитонит

**4:** флегмона, абсцесс

#### Правильные ответ(ы):

мочевой перитонит

**Ответ:**мочевой перитонит

**Обоснование:**При внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря возникает уроасцит. У 28,3 % пациентов развивается мочевой перитонит.  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 191,223

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

В брюшной полости определяется до 2-х литров свободной жидкости. Признаков повреждения органов брюшной полости не выявлено. Подозрение на разрыв мочевого пузыря

#### КТ-цистография

Экстравазация контрастного вещества из мочевого пузыря внутрибрюшинно.

#### Результаты лабораторного метода обследования

#### Биохимический анализ крови: креатинин, мочевина, АЛТ, АСТ

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/068/001068251)

## Вопрос 5: План лечения больного

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** консервативная терапия

**2:** динамическое наблюдение

**3:** оперативный: Лапаротомия. Ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия, дренирование брюшной полости

**4:** лечение у амбулаторного хирурга

#### Правильные ответ(ы):

оперативный: Лапаротомия. Ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия, дренирование брюшной полости

**Ответ:**оперативный: Лапаротомия. Ушивание разрыва мочевого пузыря, эпицистостомия, дренирование брюшной полости

**Обоснование:**При внутрибрюшинных разрывах всегда требуется ушивание, поскольку экстравазация мочи вбрюшную полость может приводить кперитониту, сепсису исмерти). Кроме того, необходимо осматривать органы брюшной полости напредмет повреждений, а при выявлении уриномы ее следует дренировать. При отсутствии повреждений других органов можно выполнить ушивание разрыва лапароскопическим доступом.  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев. Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 27

## Вопрос 6: Возможным мероприятием по первичной профилактике является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** увеличение употребления жидкости

**2:** регулярный осмотр урологом

**3:** профилактика общего травматизма. Перед выходом из помещения необходимо опорожнять мочевой пузырь

**4:** адекватное лечение

#### Правильные ответ(ы):

профилактика общего травматизма. Перед выходом из помещения необходимо опорожнять мочевой пузырь

**Ответ:**профилактика общего травматизма. Перед выходом из помещения необходимо опорожнять мочевой пузырь

**Обоснование:**Фактором риска внутрибрюшинного повреждения является наполненный мочевой пузырь  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев. Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 24

## Вопрос 7: Консервативное лечение может быть методом выбора при

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** внебрюшинном разрыве мочевого пузыря

**2:** сочетанной травме

**3:** комбинированной травме

**4:** внутрибрюшинном разрыве мочевого пузыря

#### Правильные ответ(ы):

внебрюшинном разрыве мочевого пузыря

**Ответ:**внебрюшинном разрыве мочевого пузыря

**Обоснование:**Наиболее достоверным признаком разрыва мочевого пузыря является симптом «кровавой анурии».  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 27

## Вопрос 8: Причиной внутрибрюшинного разрыва мочевого пузыря при тупой травме живота является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** воспаленный мочевой пузырь

**2:** наполненный мочевой пузырь

**3:** атрофия стенки мочевого пузыря

**4:** пустой мочевой пузырь

#### Правильные ответ(ы):

наполненный мочевой пузырь

**Ответ:**наполненный мочевой пузырь

**Обоснование:**Внутрибрюшинные разрывы вызваны внезапным повышением внутрипузырного давления, вторично к удару в область таза или нижние отделы живота. Основание мочевого пузыря представляет собой самую слабую его часть, и разрыв обычно происходит в этом месте. Фактором риска внутрибрюшинного повреждения является наполненный мочевой пузырь. Редким исключением в конфликтных регионах и ряде городских условий служат проникающие ранения, преимущественно огнестрельного характера  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 24

## Вопрос 9: Количество вводимой в мочевой пузырь рентгеноконтрастной жидкости при цистографии по поводу травмы мочевого пузыря должно быть не меньше \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ мл

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 10-20

**2:** 30-50

**3:** 50-100

**4:** 200-300

#### Правильные ответ(ы):

200-300

**Ответ:**200-300

**Обоснование:**Цистография проводится путем ретроградного наполнения мочевого пузыря разбавленным контрастным веществом объемом неменее 350 мл.  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 26

## Вопрос 10: Методом консервативного ведения травмы мочевого пузыря является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тампонада травмы мочевого пузыря

**2:** дренирование мочевого пузыря

**3:** цистоскопия

**4:** установка мочеточниковых катетеров

#### Правильные ответ(ы):

дренирование мочевого пузыря

**Ответ:**дренирование мочевого пузыря

**Обоснование:**Консервативное ведение включают клиническое наблюдение, постоянное дренирование мочевого пузыря и антибактериальную профилактику. Оно является стандартным методом лечения неосложненных внебрюшинных разрывов мочевого пузыря вследствие тупой травмы, после ТУР мочевого пузыря или других операций, при которых повреждение не диагностировано вовремя вмешательства.  
  
Рекомендации ЕАУ по травме в урологии. N.D. Kitrey (председатель), N. Djakovic, M. Gonsalves, F.E. Kuehhas, N.Lumen, E. Serafetinidis, D.M. Sharma, D.J. Summerton Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев, 2016, с. 27

## Вопрос 11: Классификация повреждений мочевого пузыря строится в первую очередь по отношению к

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** брюшине

**2:** сосудам, питающим почку

**3:** забрюшинному пространству

**4:** костям таза

#### Правильные ответ(ы):

брюшине

**Ответ:**брюшине

**Обоснование:**AAST предложила классификацию повреждений мочевого пузыря, в зависимости от степени и локализации травмы. С практической точки зрения, важное значение имеет локализация повреждения, поскольку от нее зависит тактика лечения Внутрибрюшинное; Внебрюшинное; Сочетание внутри - и внебрюшинного разрыва.  
  
Рекомендации ЕАУ по травме в урологии. N.D. Kitrey (председатель), N. Djakovic, M. Gonsalves, F.E. Kuehhas, N.Lumen, E. Serafetinidis, D.M. Sharma, D.J. Summerton Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев, 2016, с. 24

## Вопрос 12: Классификация повреждений мочевого пузыря в зависимости от этиологии строится на

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** сельскохозяйственная травма

**2:** бытовая травма

**3:** производственная травма

**4:** ятрогенные и неятрогенные повреждения

#### Правильные ответ(ы):

ятрогенные и неятрогенные повреждения

**Ответ:**ятрогенные и неятрогенные повреждения

**Обоснование:**AAST предложила классификацию повреждений мочевого пузыря, в зависимости от механизма.  
  
Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев: Европейская ассоциация урологов. 2016, стр. 24

# Ситуационная задача 34

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Хронические заболевания отрицает.

#### Объективный статус

Температура тела 35,7°С, пульс 120 уд/мин. АД 120/85 мм рт.ст., ЧДД 14/мин. Общее состояние: удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски, чистый. Отеков нет. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Область почек не изменена, симптом поколачивания по поясничной области безболезненный. Из уретры выделяется свежая алая кровь, мочеиспускание затруднено. Над лоном пальпаторно определяется увеличенный мочевой пузырь. Имеется промежностная гематома.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Разрыв уретры. Полный открытый разрыв луковичного отдела уретры

**2:** Мочекаменная болезнь. Обструкция уретры камнем

**3:** Разрыв мочевого пузыря с образованием толстокишечно-пузырного свища

**4:** Разрыв уретры. Полный закрытый разрыв луковичного или перепончатого отдела уретры

#### Правильные ответ(ы):

Разрыв уретры. Полный закрытый разрыв луковичного или перепончатого отдела уретры

**Ответ:**Разрыв уретры. Полный закрытый разрыв луковичного или перепончатого отдела уретры

**Обоснование:**У пациента представлена типичная триада симптомов: уретроррагия, острая задержка мочи, урогематома промежности.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев. Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 31)

## Вопрос 2: Наиболее подходящим вариантом механизма образования патологического процесса является разрыв

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и седалищным костям

**2:** уретры за счет камней

**3:** из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и лонным сочленением

**4:** из-за сдавления мочевого пузыря

#### Правильные ответ(ы):

из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и лонным сочленением

**Ответ:**из-за сдавления уретры между травмирующим агентом (твердый предмет) и лонным сочленением

**Обоснование:**Повреждения уретры чаще всего связаны спереломом костей таза (около 72%) после ДТП. Впоследнее время растет частота ятрогенных повреждений вследствие лучевой терапии или операций наПЖ, ноона может быть ниже, чем считалось ранее (3-25%).  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев. Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 31)

## Вопрос 3: Основным методом в диагностике данного вида повреждения является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** цистоскопия

**2:** антеградная уретрография

**3:** УЗИ мочевого пузыря

**4:** ретроградная уретрография

#### Правильные ответ(ы):

ретроградная уретрография

**Ответ:**ретроградная уретрография

**Обоснование:**Восходящая (ретроградная) уретрография является стандартным методом диагностики повреждений уретры умужчин востром периоде.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев. Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 32)

## Вопрос 4: Лечебная тактика при повреждениях данного органа заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** немедленной установке уретрального катетера, далее динамическое наблюдение

**2:** радикальной операции: первичная открытая пластика уретры; паллиативной операции: эпицистостомия + антеградное проведение уретрального катетера, дренирование промежностной гематомы

**3:** радикальной операции: эпицистостомия + антеградное проведение уретрального катетера, дренирование промежностной гематомы; паллиативной операции: первичный шов уретры (производится в том случае, если с момента травмы прошло не более 12 часов)

**4:** немедленном переливании эритроцитарной массы и свежезамороженной плазмы

#### Правильные ответ(ы):

радикальной операции: первичная открытая пластика уретры; паллиативной операции: эпицистостомия + антеградное проведение уретрального катетера, дренирование промежностной гематомы

**Ответ:**радикальной операции: первичная открытая пластика уретры; паллиативной операции: эпицистостомия + антеградное проведение уретрального катетера, дренирование промежностной гематомы

**Обоснование:**Лечебная тактика при повреждениях данного органа заключается в Радикальной операции: первичная открытая пластика уретры; паллиативная операция: эпицистостомия + антеградное проведение уретрального катетера, дренирование промежностной гематомы.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев. Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 32)

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Разрыв уретры. Полный закрытый разрыв луковичного или перепончатого отдела уретры

#### Результаты обследования

#### УЗИ мочевого пузыря

Мочевой пузырь увеличен в размерах, жидкостное скопление в малом тазу

## Вопрос 5: Хирургическим методом лечения в данной ситуации (общее состояние пациента удовлетворительное, стабильное) является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** внутренняя оптическая уретротомия

**2:** немедленное удаление камней мочевого пузыря

**3:** открытая уретропластика

**4:** эндоскопическое иссечение рубцовых тканей между краями уретры

#### Правильные ответ(ы):

открытая уретропластика

**Ответ:**открытая уретропластика

**Обоснование:**Срочная уретропластика проводится непозднее, чем через 14 дней после травмы, доначала процесса фиброза. Если уретропластика эффективна, она позволяет избежать длительной установки цистостомы. Операцию можно проводить только при стабильном состоянии больного.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 34)

## Вопрос 6: Первичной профилактикой разрывов уретры является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** верно подобранная диета в послеоперационном периоде

**2:** прохождение своевременного и адекватного лечения под контролем медицинских специалистов

**3:** профилактика дорожно-транспортного травматизма

**4:** ограничение физических нагрузок

#### Правильные ответ(ы):

профилактика дорожно-транспортного травматизма

**Ответ:**профилактика дорожно-транспортного травматизма

**Обоснование:**Повреждение передней уретры, преимущественно, связано с тупой травмой, и чаще всего поражается бульбозный отдел. При этих повреждениях, которые чаще всего развиваются вследствие травмы «всадника» или удара в промежность, луковица придавливается к лобковому симфизу, что приводит к разрыву уретры в этом месте.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 31)

## Вопрос 7: К ранним осложнениям травмы мочеиспускательного канала относятся

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** мочевая инфильтрация, цистит, уретрит, пиелонефрит, эректильная дисфункция

**2:** пиелонефрит, флегмона тазовой клетчатки, уросепсис, остеомиелит костей таза, облитерация уретры, варикоцеле

**3:** мочевая инфильтрация, цистит, уретрит, пиелонефрит, флегмона тазовой клетчатки, уросепсис, стриктура и облитерация уретры

**4:** мочевая инфильтрация, цистит, уретрит, пиелонефрит, флегмона тазовой клетчатки, уросепсис, остеомиелит костей таза

#### Правильные ответ(ы):

мочевая инфильтрация, цистит, уретрит, пиелонефрит, флегмона тазовой клетчатки, уросепсис, остеомиелит костей таза

**Ответ:**мочевая инфильтрация, цистит, уретрит, пиелонефрит, флегмона тазовой клетчатки, уросепсис, остеомиелит костей таза

**Обоснование:**К ранним осложнениям травмы мочеиспускательного канала относятся мочевая инфильтрация, цистит, уретрит, пиелонефрит, флегмона тазовой клетчатки, уросепсис, остеомиелит костей таза.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 35-37)

## Вопрос 8: Мочевая инфильтрация в области таза с последующим образованием флегмоны тазовой клетчатки чаще всего развивается

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** через 2-4 месяца после травмы

**2:** в первые сутки после травмы

**3:** через 2-3 недели после травмы

**4:** только при повторных травмах

#### Правильные ответ(ы):

через 2-3 недели после травмы

**Ответ:**через 2-3 недели после травмы

**Обоснование:**Мочевая инфильтрация в области таза с последующим образованием флегмоны тазовой клетчатки чаще всего развивается через 2-3 недели после травмы.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г., стр. 32)

## Вопрос 9: При данном виде травмы противопоказано выполнение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургического лечения

**2:** эпицистостомии

**3:** ретроградной уретрографии

**4:** катетеризации мочевого пузыря

#### Правильные ответ(ы):

катетеризации мочевого пузыря

**Ответ:**катетеризации мочевого пузыря

**Обоснование:**При повреждениях передней уретры на несколько суток устанавливается катетер Фоли. Исключение составляет полный разрыв уретры с незаполнением мочевого пузыря при ретроградной уретрографии. В этом случае устанавливают надлобковый катетер, и хирургические лечение откладывается.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 33)

## Вопрос 10: При полном разрыве уретры показано проведение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** катетеризации мочевого пузыря

**2:** хирургического метода лечения

**3:** медикаментозного лечения

**4:** уретроцистоскопии

#### Правильные ответ(ы):

хирургического метода лечения

**Ответ:**хирургического метода лечения

**Обоснование:**При полном разрыве уретры показаны экстренные/ срочные операции.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 34-35)

## Вопрос 11: По отношению к другим органам данные повреждения уретры классифицируются как

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** изолированные, сочетанные

**2:** ушиб, стабильная гематома, разрыв, отрыв

**3:** проникающие, непроникающие

**4:** разрывы висячего, луковичного, мембранозного, простатического отделов.

#### Правильные ответ(ы):

изолированные, сочетанные

**Ответ:**изолированные, сочетанные

**Обоснование:**Проникающие ранения таза, промежности или ягодиц (преимущественно, огнестрельного характера) могут приводить к повреждению задней уретры. Они очень часто сопровождаются другими повреждениями (80-90%), как правило, органов брюшной полости. Хотя сами по себе повреждения уретры не представляют угрозу жизни, сопутствующие переломы костей таза и травмы грудной клетки, органов брюшной полости и позвоночника могут быть летальными.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 31-32)

## Вопрос 12: Поздними осложнениями данного повреждения уретры являются

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** стриктуры

**2:** уретерогидронефроз

**3:** флегмона тазовой клетчатки

**4:** мочевая инфильтрация

#### Правильные ответ(ы):

стриктуры

**Ответ:**стриктуры

**Обоснование:**Поздние осложнения повреждений задней уретры включают стриктуры, недержание мочи иэректильную дисфункцию, иони могут оказывать крайне неблагоприятное влияние накачество жизни.  
  
(Урология: Клинические рекомендации по травме в урологии. Научное редактирование: О.Б. Лоран, М.А. Газимиев.: Европейская ассоциация урологов 2016г. Стр. 32)

# Ситуационная задача 35

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 45 лет доставлен в приемное отделение больницы из поликлиники.

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

хронических заболеваний нет

курит до 20 сигарет в сутки, алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

работает охранником

от столбняка привит в 17 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022219)

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 170 см. Температура тела 36,90С. Кожные покровы вне ран бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумы не выслушиваются. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 86/мин, АД 140/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей, мочеиспускание свободное, не учащено.

Местный статус: Пальцы стоп холодные на ощупь. Пульсация на артериях стоп четкая и симметричная.

## Вопрос 1: Для постановки диагноза используются анамнез заболевания и

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгеновское исследование костей нижних конечностей

**2:** клиническая картина

**3:** микробиологическое исследование ран

**4:** ультразвуковое дуплексное сканирование

#### Правильные ответ(ы):

клиническая картина

**Ответ:**клиническая картина

**Обоснование:**Основанием для постановки диагноза являются данные анамнеза и осмотра пострадавшего.  
  
Клинические рекомендации (протоколы) по оказанию скорой медицинской помощи при локальных отморожениях .Общероссийская общественная организация «Российское общество скорой медицинской помощи», 2014.  
  
Диагностика.

## Вопрос 2: У пациента отморожение в периоде

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** отдаленных последствий

**2:** раннем реактивном

**3:** позднем реактивном

**4:** дореактивном

#### Правильные ответ(ы):

позднем реактивном

**Ответ:**позднем реактивном

**Обоснование:**При местном поражения холодом различают периоды:  
  
поздний реактивный (с начала вторых до 5 – 15 суток);  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Классификация, стр.4.

## Вопрос 3: Учитывая анамнез и клиническую картину, предположительным диагнозом является: Отморожение стоп \_\_\_\_\_ степени, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ период

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** II степени. Дореактивный период

**2:** III-IV степени. Период отдаленных последствий

**3:** I-II степени. Ранний реактивный период

**4:** III-IV степени. Поздний реактивный период

#### Правильные ответ(ы):

III-IV степени. Поздний реактивный период

**Ответ:**III-IV степени. Поздний реактивный период

**Обоснование:**Определение глубины поражения:  
  
III степень — пузыри с геморрагическим содержимым, поражённая кожа тёмно-багрового цвета, холодная на ощупь, сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют, быстро нарастающий отёк мягких тканей.  
  
IV степень — …цвет пораженных участков кожи варьирует от серо-голубого до темно-фиолетового, выраженный отек, сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют.  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Классификация, стр. 3-4.  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Diagnostika-i-lechenie-otmorozhenij-2017.pdf

## Вопрос 4: На этапе доврачебной помощи сразу после травмы пациенту было необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** местное обезболивание и выпить алкоголь

**2:** согревание в теплой воде, обезболивание ненаркотическими анальгетиками

**3:** растирание пораженных участков снегом, обезболивание наркотическими анальгетиками и госпитализировать

**4:** наложение теплоизолирующий повязки и госпитализировать

#### Правильные ответ(ы):

наложение теплоизолирующий повязки и госпитализировать

**Ответ:**наложение теплоизолирующий повязки и госпитализировать

**Обоснование:**Пострадавшим с отморожениями в дореактивном периоде … на пострадавшие сегменты рекомендуются теплоизолирующие многослойные ватно-марлевые повязки  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Первичная медико-санитарная помощь; скорая, в том числе  
  
специализированная медицинская помощь, стр. 6.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Отморожение стоп III-IV степени. Поздний реактивный период

## Вопрос 5: Пациента необходимо направить на

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** госпитализацию в стационар в экстренном порядке

**2:** госпитализацию в стационар в плановом порядке

**3:** амбулаторное лечение

**4:** лечение в дневном стационаре

#### Правильные ответ(ы):

госпитализацию в стационар в экстренном порядке

**Ответ:**госпитализацию в стационар в экстренном порядке

**Обоснование:**У пациента имеются признаки формирования сухой и влажной гангрены дистальных отделов стоп. Требуется хирургическое лечение.  
  
Не позднее 5-6 суток при поражении IV степени всей кисти  
  
или стопы, выполняется некротомия…Не позднее 7-10 суток при поражении IV степени от пясти(плюсны) и проксимальнее выполняется некрэктомия… требуется анестезия  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Специализированная, в том числе высокотехнологичная  
  
медицинская помощь, стр. 6.

## Вопрос 6: Сразу после госпитализации в стационар в обязательном порядке проводится

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** физиотерапия – электрофорез на пораженные участки

**2:** профилактика стрессовых язв ЖКТ

**3:** введение антибиотиков, антикоагулянтов

**4:** обезболивание и экстренная профилактика столбняка

#### Правильные ответ(ы):

обезболивание и экстренная профилактика столбняка

**Ответ:**обезболивание и экстренная профилактика столбняка

**Обоснование:**При наличии болевого синдрома, независимо от степени (глубины)  
  
отморожений – Обезболивание согласно классической схемы фармакотерапии боли ВОЗ (1986).  
  
Диагностика и лечение отморожений(клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017, Интенсивная терапия, стр. 6-7.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка».

## Вопрос 7: Показана противостолбнячная иммунизация по схеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**2:** АС 0,5

**3:** АС 2,0

**4:** ПСЧИ 250 МЕ

#### Правильные ответ(ы):

АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Ответ:**АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет, показана полная схема активно-пассивной иммунизации.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка».

## Вопрос 8: Обязательным компонентом общей терапии в этом периоде являются

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** дезагреганты

**2:** спазмолитики

**3:** прямые антикоагулянты

**4:** антибиотики

#### Правильные ответ(ы):

антибиотики

**Ответ:**антибиотики

**Обоснование:**Антибактериальная терапия (1B) Пациенты с влажной гангреной  
  
крупного сегмента конечности (проксимальнее пястно- и/или  
  
плюснефаланговых суставов)…  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Консервативное и хирургическое лечение, стр. 8.

## Вопрос 9: Правильная тактика местного лечения пораженных участков включает использование

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** открытого метода ведения ран с ежедневной обработкой раствором повидон-йода

**2:** влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**3:** сухих ватно-марлевых повязок

**4:** атравматичных раневых покрытий

#### Правильные ответ(ы):

влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Ответ:**влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Обоснование:**В поздний реактивный период при наличии воспаления без четкой демаркации – удаление отслоившегося эпидермиса.  
  
Повязки (раневые покрытия) на пораженные участки:  
  
с раствором антисептиков.  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017. Консервативное и хирургическое лечение, стр. 8.

## Вопрос 10: Пациенту показано выполнение операции

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** некрэктомии и аутодермопластики

**2:** ампутации стоп по Шарпу

**3:** ампутации пальцев стоп на уровне проксимальных фаланг

**4:** некротомии на тыле стоп

#### Правильные ответ(ы):

ампутации стоп по Шарпу

**Ответ:**ампутации стоп по Шарпу

**Обоснование:**У пациента «сухая» гангрена дистальных отделов стоп с четкой демаркационной линией.  
  
Ампутации сегментов конечностей при отморожении IV  
  
степени следует осуществлять при достижении четкой  
  
демаркации и купировании воспалительных явлений  
  
Диагностика и лечение отморожений (клинические рекомендации) Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов», 2017.  
  
Консервативное и хирургическое лечение, стр. 9.

#### Доступны новые данные:

#### Через 7 дней лечения

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022221)

Местный статус:

#### Пациенту выполнена ампутация стоп по Шарпу

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022220)

Послеоперационный период протекал без осложнений. Заживление ран первичным натяжением.

При выписке: Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,30С. Кожные покровы вне ран бледно-розовые. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумы не выслушиваются. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 130/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей, мочеиспускание свободное, не учащено.

Пациент ходит по палате с дополнительной опорой на «ходунки»/

## Вопрос 11: При выписке из стационара пациент направляется в (на)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** поликлинику по месту жительства

**2:** домой (дальнейшее лечение не требуется)

**3:** санаторно-курортное лечение

**4:** специализированное реабилитационное отделение

#### Правильные ответ(ы):

поликлинику по месту жительства

**Ответ:**поликлинику по месту жительства

**Обоснование:**Показано проведение реабилитационных мероприятий и медико-социальная экспертиза.  
  
Прохождение МСЭ проводится по месту жительства в порядке, установленном Приказом Минтруда России от 11.10.2012 № 310н  
  
«Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».  
  
п.16 Медицинская организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.  
  
Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 21.06.2018) "О порядке и условиях признания лица инвалидом"  
  
III. Порядок направления гражданина на медико-социальную экспертизу. Приложение

## Вопрос 12: Действия врача по экспертизе нетрудоспособности при выписке пациента из стационара заключаются в выдаче

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выписного эпикриза с рекомендацией пройти МСЭ

**2:** справки об установлении инвалидности

**3:** «открытого» листка нетрудоспособности

**4:** направления на МСЭ (Формы N 088/у)

#### Правильные ответ(ы):

«открытого» листка нетрудоспособности

**Ответ:**«открытого» листка нетрудоспособности

**Обоснование:**При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается в день выписки из стационара за весь период стационарного лечения. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 календарных дней (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 24.01.2012 N 31н).  
  
Приказ Минздравсоцразвития России от  
  
29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков  
  
нетрудоспособности" II. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах, в том числе полученных вследствие несчастного случая на производстве, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин).

# Ситуационная задача 36

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

Со слов пациента травма получена на производстве 2 дня назад - во время работы в \_э\_лектрощитке (работает электромонтером ) при контакте с источником тока 380 В получил травму в области кистей, была кратковременная потеря сознания. Быстро пришел в сознание. Вызвана бригада «03». Прибывшая бригада СМП экстренно доставила пациента в ближайшую ЦРБ, где была оказана помощь – госпитализация, обезболивание (трамал 2 мл 100 мг в/в), на раны наложены марлевые повязки с раствором иодопирона, проводилась внутривенная инфузия физ.раствора 2000 мл. Снята ЭКГ, на которой нарушений сердечного ритма не было отмечено. Сегодня переведен в специализированное отделение после консультации комбустиологом.

#### Анамнез жизни

хронических заболеваний нет

не курит, алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

работает электромонтером

от столбняка привит в 17 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022189)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022191)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022194)

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Правая верхняя конечность | Правая верхняя конечность |
|  |  |
| Левая кисть |  |

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

Местный статус:

## Вопрос 1: Для определения площади ожога используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** "правило ладони"

**2:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**3:** планиметрия

**4:** "правило девяток»

#### Правильные ответ(ы):

"правило ладони"

**Ответ:**"правило ладони"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони»- площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадьладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
2.2.Физикальное обследование стр 23.  
  
На рисунке видно, что площадь поражения приблизительно соответствует 3,5% поверхности тела

## Вопрос 2: По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог \_\_\_\_ степени (по МКБ -10) (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** IIIАБ

**2:** III

**3:** IIIБ-IV

**4:** II

**5:** IIIБ

#### Правильные ответ(ы):

III  
II

**Ответ:**II

**Обоснование:**Ожоги на ладонной поверхности II степени.  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения II cтепени \* \*— толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23-24

**Ответ:**III

**Обоснование:**Ожоги в области тыла кистей и на предплечье III cтепени.  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения III cтепени — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений … обугливание кожи сразрывами ее…  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
2.2.Физикальное обследование, стр 23-24

## Вопрос 3: Учитывая данные анамнеза, у пациента была общая электротравма \_\_\_\_ степени

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** II

**2:** IV

**3:** I

**4:** III

#### Правильные ответ(ы):

II

**Ответ:**II

**Обоснование:**II степень – судорожное сокращение мышц с потерей сознания, но сохранившимся дыханием и функцией сердца;  
  
\*Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». \*Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
1.2 Этиология, стр. 8.  
  
У пациента отмечалась кратковременная потеря сознания.

## Вопрос 4: Электротравма у пациента в зависимости от напряжения электрического тока относится к

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** низковольтной

**2:** высоковольтной

**3:** дуговой

**4:** сверхвысоковольтной

#### Правильные ответ(ы):

низковольтной

**Ответ:**низковольтной

**Обоснование:**У пациента травма в результате действия тока 380 В.  
  
Классификация электротравмы в зависимости от напряжения тока  
  
Низковольтная (напряжение до 1000 В);  
  
Высоковольтная (1000-10000 В)  
  
Сверхвысоковольтная (десятки и сотни киловольт)  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
1.2 Этиология, стр. 8.

## Вопрос 5: Для уточнения диагноза и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** анализ крови на КЩС

**2:** исследование уровня билирубина и печеночных трансаминаз

**3:** УЗДГ артерий верхних конечностей

**4:** исследование уровня мочевины и креатинина

#### Правильные ответ(ы):

УЗДГ артерий верхних конечностей

**Ответ:**УЗДГ артерий верхних конечностей

**Обоснование:**У пациента глубокий циркулярный ожог правой кисти и предплечья. Жизнеспособность дистальных отделов конечности определяется состоянием питающих сосудов. У данного пациента артериальный кровоток сохранен, экстренная ампутация не показана. -\*Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» \*  
  
Приложение Г2. Алгоритм обследования пострадавших с ожогами, с.96

## Вопрос 6: На основании анамнеза и клинической картины может быть сформулирован диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Сочетанная травма. Общая электротравма I степени. Контактный сверхвысоковольтный электроожог кистей и правого предплечья II-III cтепени 3,5% поверхности тела

**2:** Комбинированная травма. Общая электротравма II степени. Контактный высоковольтный электроожог кистей и правого предплечья I cтепени 3% поверхности тела

**3:** Контактный высоковольтный электроожог кистей и правого предплечья IV cтепени 5% поверхности тела (III cтепени 3% поверхности тела). Ожоговый шок

**4:** Общая электротравма II степени. Контактный электроожог кистей и правого предплечья II-III cтепени 3,5% поверхности тела (III cтепени 3% поверхности тела)

#### Правильные ответ(ы):

Общая электротравма II степени. Контактный электроожог кистей и правого предплечья II-III cтепени 3,5% поверхности тела (III cтепени 3% поверхности тела)

**Ответ:**Общая электротравма II степени. Контактный электроожог кистей и правого предплечья II-III cтепени 3,5% поверхности тела (III cтепени 3% поверхности тела)

**Обоснование:**Формулировка и рубрификация клинического диагноза  
  
Рекомендуется следующая формулировка и рубрификация клинического диагноза у пациента с ожогом:  
  
Основное заболевание: этиологический фактор, локализацию ожога, глубину и общую площадь поражения (п.т.) в процентах поверхности тела (площадь глубокого ожога (при наличии)), указание на наличие ингаляционного поражения и\или ожогов глаз при сочетанной травме, а также других возможных повреждений при комбинированной травме. Далее указывается период ожоговой болезни (при ее наличии).  
  
\*Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. \*\*Ожоги дыхательных путей». \*Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
1.6 Классификация, стр. 20  
  
2.5. Иная диагностика, стр. 31

## Вопрос 7: В неотложном порядке пациенту показано оперативное лечение в объеме \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургической обработки ран в области кистей и предплечий

**2:** некротомии, фасцио- и миотомии ран в области правой кисти и предплечья

**3:** ампутации правой кисти

**4:** хирургического очищения ран в области кистей и предплечий

#### Правильные ответ(ы):

некротомии, фасцио- и миотомии ран в области правой кисти и предплечья

**Ответ:**некротомии, фасцио- и миотомии ран в области правой кисти и предплечья

**Обоснование:**Некротомия – рассечение ожогового струпа и глубжележащих тканей (фасцио- и миотомия) до визуально жизнеспособных при глубоких циркулярных ожогах конечностей …, когда высок риск сдавления и ишемии формирующимися некротизированными тканями. Некротомия выполняется по экстренным показаниям. При поражениях глубже фасции мышц проводят фасцио- и миотомию.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов».~ ~Приложение Г21, с.110  
  
У пациента циркулярное глубокое поражение нижней трети предплечья, отек кисти – высокий риск ишемии тканей.

## Вопрос 8: Для скорейшего очищения ран от некрозов и подготовки к пластическому закрытию в ближайшие 1-2 дня необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** химическую некрэктомию

**2:** хирургическую некрэктомию

**3:** вакуум-терапию ожоговых ран

**4:** ампутацию на уровне средней трети предплечья с формированием культи

#### Правильные ответ(ы):

хирургическую некрэктомию

**Ответ:**хирургическую некрэктомию

**Обоснование:**Наличие глубокого ожога является показанием к хирургическому лечению независимо от сроков получения ожоговой травмы, площади поражения, других клинических и организационных факторов.  
  
Рекомендуются в качестве оптимальных сроки раннего хирургического лечения ограниченных по площади глубоких ожогов – 1-2 сутки от поступления больного.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Приложение Г21, с.110

#### Доступны новые данные:

#### Результаты

#### УЗДГ артерий верхних конечностей

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022195)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | результат |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5-8,3 | 6,3 |
| Креатинин, мкмоль/л | 44-97 мкмоль/л – у женщин, 62-124 мкмоль/л – у мужчин | 55,0 |

#### Диагноз

#### Общая электротравма II степени. Контактный электроожог кистей и правого предплечья II-III cтепени 3,5% поверхности тела (III cтепени 3% поверхности тела)

#### Выполнено хирургическое лечение

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022193)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022192)

Выполнено хирургическое лечение – первичная хирургическая комбинированная некрэктомия, фасциально-мышечная, мио-тендонекрэктомия

## Вопрос 9: Методом выбора для закрытия раневой поверхности в данной ситуации является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** расщепленный аутодермотрансплантант

**2:** перемещенный лоскут с осевым кровоснабжением

**3:** влажно-высыхающая повязка

**4:** синтетическая атравматичная раневая повязка

#### Правильные ответ(ы):

синтетическая атравматичная раневая повязка

**Ответ:**синтетическая атравматичная раневая повязка

**Обоснование:**…При неуверенности оперирующего хирурга в радикальности некрэктомии (иссечения) – кожная пластика выполняется отсрочено  
  
Рекомендуется в качестве временных покрытий после хирургической некрэктомии … использовать биологические или синтетические повязки  
  
-Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Хирургическое лечение, стр.61  
  
Пациенту выполнена первичная хирургическая некрэктомия. Жизнеспособность тканей, пораженных электротоком, сомнительна. Пластическое закрытие не показано. Следует ожидать отграничения некрозов и выполнения раны грануляционной тканью.

## Вопрос 10: На данном этапе хирургического лечения главным методом реабилитации пациента является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** активные движения (ЛФК, ранняя активизация)

**2:** полная иммобилизация пострадавшей конечности

**3:** своевременное и адекватное местное и общее лечение

**4:** психологическая реабилитация

#### Правильные ответ(ы):

своевременное и адекватное местное и общее лечение

**Ответ:**своевременное и адекватное местное и общее лечение

**Обоснование:**Ранняя реабилитация пострадавших от ожогов проводится в период существования ожоговых ран и включает:  
  
-своевременное и адекватное местное и общее лечение…;  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Реабилитация стр 64

## Вопрос 11: При выписке пациента следует направить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** на медико-социальную экспертизу для установления инвалидности

**2:** в специализированный санаторий для пациентов с последствиями ожогов

**3:** на амбулаторное наблюдение к хирургу поликлиники по месту жительства с открытым листком нетрудоспособности

**4:** на консультацию к специалисту по микрохирургии кисти

#### Правильные ответ(ы):

на амбулаторное наблюдение к хирургу поликлиники по месту жительства с открытым листком нетрудоспособности

**Ответ:**на амбулаторное наблюдение к хирургу поликлиники по месту жительства с открытым листком нетрудоспособности

**Обоснование:**Пациент временно нетрудоспособен в связи с последствиями глубокого ожога на правой (рабочей) кисти, что ограничивает его способность к выполнению трудовых манипуляций (работает электромонтером).  
  
Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н (ред. от 28.11.2017) "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.07.2011 N 21286) II. Порядок выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах,  
  
в том числе полученных вследствие несчастного случая на производстве, отравлениях (некоторых других последствиях воздействия внешних причин)

## Вопрос 12: Комплексная консервативная терапия рубцовых последствий при данном виде травмы продолжается

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** до 2 лет

**2:** до 1 года

**3:** до 1 месяца

**4:** до 6 месяцев

#### Правильные ответ(ы):

до 1 года

**Ответ:**до 1 года

**Обоснование:**Консервативная профилактика и лечение послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций…рекомендуется … в течение не менее 1 года.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Реабилитация Приложение Г24

#### Доступны новые данные:

#### Выполнена аутодермопластика

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022196)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022190)

Выполнена аутодермопластика с хорошим результатом.

Через 2 месяца лечения: Раневой процесс купирован полностью. Имеется ограничение движений в правом лучезапястном, всех пястно-фаланговых и межфаланговых суставах правой кисти (сжать кулак не может). Формируются послеожоговые рубцы.

# Ситуационная задача 37

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациентка 30 лет доставлена бригадой скорой медицинской помощи из дома.

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

Двое суток назад упала с лестницы в состоянии алкогольного опьянения.

Считает себя больной в течение трех недель, когда была избита неизвестным в состоянии алкогольного опьянения. За медицинской помощью не обращалась.

#### Анамнез жизни

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

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острый панкреатит

**2:** перитонит

**3:** разрыв аневризмы брюшной аорты

**4:** разрыв паразитарной кисты печени

#### Правильные ответ(ы):

перитонит

**Ответ:**перитонит

**Обоснование:**На основании данных анамнеза можно заподозрить травму органов живота с развитием перитонита. При пальпации живота было определено его доскообразное напряжение и выраженный с. Щеткина-Блюмберга.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 159

## Вопрос 2: Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

**2:** скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

**3:** общий анализ крови

**4:** общий анализ мочи

**5:** реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови  
общий анализ мочи

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи у назначается с целью выявления признаков водно-электролитного дисбаланса и др.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 161

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Среди лабораторных показателей во всех рекомендациях в качестве диагностического критерия постоянно указывают на лейкоцитоз свыше 14-15х10-9.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 161

## Вопрос 3: Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**2:** ангиография чревного ствола

**3:** компьютерная томография органов брюшной полости

**4:** фиброгастродуоденоскопия

**5:** обзорная рентгенография живота

**6:** лапароскопическая биопсия печени

#### Правильные ответ(ы):

ультразвуковое исследование органов брюшной полости  
компьютерная томография органов брюшной полости  
обзорная рентгенография живота

**Ответ:**обзорная рентгенография живота

**Обоснование:**Диагностика перитонита требует применения инструментальных методов, из которых на первом этапе традиционно выполняется обзорная рентгенография живота.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С.161

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 120 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 35,0 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 19,2 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 4,6 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 225,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 25,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,5 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 15 |

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

**Ответ:**компьютерная томография органов брюшной полости

**Обоснование:**Одним из наиболее эффективных и в то же время дорогостоящих методов инструментальной диагностики перитонита является КТ брюшной полости, которая позволяет уточнить источник этого осложнения, выявить маловыраженные признаки «абдоминальной катастрофы», особенно в случае тяжелого состояния пациентов и отсутствия возможности длительного диагностического поиска.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 161-162

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 120 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 35,0 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 19,2 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 4,6 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 225,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 25,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,5 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 15 |

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

**Ответ:**ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Обоснование:**Наиболее бюджетными и соответственно широко распространенными методами являются УЗИ органов брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 161

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 120 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 35,0 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 19,2 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 4,6 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 225,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 25,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,5 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 15 |

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

## Вопрос 4: На основании проведенных инструментальных методов обследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Вторичный распространенный перитонит

**2:** Прикрытая перфоративная язва желудка

**3:** Острый деструктивный холецистит

**4:** Острый мезентериальный тромбоз

#### Правильные ответ(ы):

Вторичный распространенный перитонит

**Ответ:**Вторичный распространенный перитонит

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза,  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 202-203

## Вопрос 5: В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** экстренная лапаротомия

**2:** консервативная терапия

**3:** срочная лапаротомия

**4:** перевод в федеральный хирургический центр

#### Правильные ответ(ы):

экстренная лапаротомия

**Ответ:**экстренная лапаротомия

**Обоснование:**Оперативное вмешательство при перитоните носит экстренный характер и часто проводится по жизненным показаниям.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 162

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | Темно-желтая |
| Прозрачность (норма – полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин | – |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 5-6 в поле зрения |
| Эритроциты (норма - не более 2 в п./зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс.) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс.) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс.) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс.) | отсутствуют |

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Обзорная рентгенография живота

Картина тонкокишечной паралитической непроходимости

#### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Определяется свободная жидкость в брюшной полости

#### Компьютерная томография органов брюшной полости

На серии томограмм определяется скопление жидкости с низким коэффициентом ослабления и периферическим контрастным ободком.

Выявлена патологическая извитость брыжеечных сосудов, задержка венозной фазы контрастирования

#### Диагноз

#### Вторичный распространенный перитонит

## Вопрос 6: Оптимальным доступом будет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лапаротомия

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** надлобковая

**2:** верхнесрединная

**3:** широкая серединная

**4:** нижнесрединная

#### Правильные ответ(ы):

широкая серединная

**Ответ:**широкая серединная

**Обоснование:**Широкая серединная лапаротомия рекомендована при кишечной непроходимости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 205

## Вопрос 7: Под ЭТН выполнена широкая срединная лапаротомия. При ревизии брюшной полости в ней около 1 л. фибринозно-гнойного экссудата. Петли тонкой кишки раздуты до 4 см., сероза гиперемирована, перистальтика вялая. Участок подвздошной кишки длиной 40 см темного цвета, с геморрагическими пятнами, не перистальтирует. В корне брыжейки тонкой кишки определяется гнойник, вскрывшийся в брюшную полость. Дальнейшей оперативной тактикой является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выполнение илео-илеоанастомоза

**2:** выполнение подвесной энтеростомии

**3:** тампонада с подведением дренажей к месту перфорации кишки

**4:** резекция тонкой кишки в пределах здоровых тканей

#### Правильные ответ(ы):

резекция тонкой кишки в пределах здоровых тканей

**Ответ:**резекция тонкой кишки в пределах здоровых тканей

**Обоснование:**Согласно стратегии source control в случае крайне тяжелого состояния и гемодинамической нестабильности пациента первым этапом выполняют устранение источника перитонита (например, обструктивную резекцию тонкой или толстой кишки) и санацию брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 205

## Вопрос 8: После удаления нежизнеспособной кишки рекомендуется

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** первичный илео-илеоанастомоз

**2:** наложение трансверзостомы

**3:** наложение колостомы

**4:** наложение илеостомы

#### Правильные ответ(ы):

первичный илео-илеоанастомоз

**Ответ:**первичный илео-илеоанастомоз

**Обоснование:**При наличии нескольких рядом расположенных ран кишки, при отрыве брыжейки на протяжении более 5 см и при сомнении в жизнеспособности кишки после перевязки поврежденных сосудов показана резекция кишки с наложением анастомоза.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 328

## Вопрос 9: Заканчивать операцию рекомендуется санацией (промыванием) брюшной полости раствором

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** бактериофагов

**2:** антибиотиков в физиологическом растворе

**3:** диоксидина в физиологическом растворе

**4:** порошков антибиотиков

#### Правильные ответ(ы):

диоксидина в физиологическом растворе

**Ответ:**диоксидина в физиологическом растворе

**Обоснование:**Наиболее применимыми для санации считают физиологический раствор и некоторые антисептики, которые могут быть использованы внутрибрюшинно (диоксидин, гипохлорит натрия, реже - хлоргексидин в соответствующей концентрации).  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 165

## Вопрос 10: Абсолютными противопоказаниями к наложению пневмоперитонеума и началу операции с лапароскопии при разлитом перитоните является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** подозрение на распад

**2:** сомнение в диагнозе

**3:** пожилой возраст пациента

**4:** септический шок

#### Правильные ответ(ы):

септический шок

**Ответ:**септический шок

**Обоснование:**Абсолютными противопоказаниями к наложению пневмоперитонеума и началу операции с лапароскопии в настоящее время считают: септический шок; выраженную интраабдоминальную гипертензию и компартмент-синдром (II—IV степени повышения внутрибрюшного давления (ВБД)); крайнюю тяжесть состояния пациента (высокий анестезиологический риск операции, ASA V).  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 164

## Вопрос 11: Релапаротомия «по требованию» подразумевает проведение повторной операции только

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** в случае развития осложнения, требующего операции

**2:** при обтурационной непроходимости

**3:** при опухолевой непроходимости

**4:** при дивертикулезе толстой кишки

#### Правильные ответ(ы):

в случае развития осложнения, требующего операции

**Ответ:**в случае развития осложнения, требующего операции

**Обоснование:**Релапаротомия «по требованию» подразумевает хирургическую тактику, когда первичная операция при перитоните заканчивается дренированием брюшной полости и послойным ушиванием послеоперационной раны. Повторное вмешательство производится только в случае развития осложнения, требующего операции. Следуя данной концепции, хирург, выполняющий первичную операцию при перитоните, констатирует отсутствие необходимости повторных запланированных санаций брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 166

## Вопрос 12: Релапаротомия «по программе» (программированные этапные санации брюшной полости) используется, когда

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** ввиду тяжести перитонита во время первичной операции устанавливают необходимость повторной санации брюшной полости

**2:** в брюшной полости определяется более 500 мл жидкости

**3:** невозможно установить дренажи

**4:** нет показаний к установке тампонов

#### Правильные ответ(ы):

ввиду тяжести перитонита во время первичной операции устанавливают необходимость повторной санации брюшной полости

**Ответ:**ввиду тяжести перитонита во время первичной операции устанавливают необходимость повторной санации брюшной полости

**Обоснование:**Релапаротомия «по программе» (программированные этапные санации брюшной полости) используется тогда, когда ввиду тяжести перитонита во время первичной операции устанавливают необходимость повторной санации брюшной полости.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 166

# Ситуационная задача 38

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы отмечает последние 30 лет. Впервые эпизоды дисфагии стали беспокоить в юношеском возрасте, начало заболевания связывает с нервным перенапряжением, сильным стрессом. Прием внутрь химически агрессивных жидкостей отрицает. В последующем, стала отмечать «поперхивание» при глотании, эпизоды дискомфорта и боли в эпигастральной области, необходимость выпивать большое количество воды после приема пищи для облегчения пассажа пищи по пищеводу. Дисфагия носит интермиттирующую форму, периодически отмечала ее парадоксальный характер: твердая пища проходит хорошо, жидкая хуже. Обратилась к гастроэнтерологу, принимала нитраты, блокаторы кальциевых каналов без эффекта, специфическое лечение не получала.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операции: аппендэктомия в детском возрасте.

Гинекологический анамнез: 2 беременности, 2 родов

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: На основании жалоб и физикального осмотра может быть сформулирован диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Ахалазия кардии

**2:** Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

**3:** Параэзофагеальная субтотальная желудочная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

**4:** Протяженная рубцовая стриктура пищевода

#### Правильные ответ(ы):

Ахалазия кардии

**Ответ:**Ахалазия кардии

**Обоснование:**На основании специфических жалоб и данных анамнеза.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 2: Основным синдромом, который позволил заподозрить данный диагноз, является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** демпинг-синдром

**2:** дисфагия

**3:** синдром обстипации

**4:** синдром энтеральной недостаточности

#### Правильные ответ(ы):

дисфагия

**Ответ:**дисфагия

**Обоснование:**Основным синдромом при наличии у пациента ахалазии кардии является дисфагия.  
  
Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 3: Для подтверждения данного диагноза больной необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обзорную рентгенографию органов грудной клетки

**2:** рентгеноскопию пищевода и желудка

**3:** эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода

**4:** эзофагогастродуоденоскопию

#### Правильные ответ(ы):

рентгеноскопию пищевода и желудка

**Ответ:**рентгеноскопию пищевода и желудка

**Обоснование:**Рентген-контрастное исследование позволяет определить характер патологических изменений пищевода и определить стадию заболевания  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 4: Для определения стадии заболевания пациенту необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода

**2:** позитронно-эмиссионную томографию пищевода и желудка

**3:** эзофагоманометрию

**4:** ангиографию артерий пищевода и желудка

#### Правильные ответ(ы):

эзофагоманометрию

**Ответ:**эзофагоманометрию

**Обоснование:**Эзофагоманометрия выявляет различные формы нарушений моторики пищевода, расстройств ответа кардии на глотание, позволяет оценить градиент пищеводно-желудочного давления, помимо рентген-контрастного исследования, позволяет стадировать заболевание и оценивать эффект проводимого лечения.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 5: На основании данных анамнеза, инструментальных обследований может быть сформулирован окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** атрезия пищевода

**2:** ахалазия кардии III стадии

**3:** эпифренальный дивертикул пищевода

**4:** субтотальная желудочная грыжа пищеводного отверстия

#### Правильные ответ(ы):

ахалазия кардии III стадии

**Ответ:**ахалазия кардии III стадии

**Обоснование:**При III стадии ахалазии кардии рентгенологически отмечается значительное расширение пищевода до 6-8 см, задержка в нем жидкости и пищи, отсутствие пропульсивной моторики пищевода.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Ахалазия кардии

#### Результаты обследования

#### Эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода

Пищевод расширен, стенка его утолщена, в просвете его определяется большое количество застойных пищевых масс, слоистая структура стенки не нарушена, патологических изменений слизистой нет

#### Результаты обследования

#### Ангиографию артерий пищевода и желудка

Патологических изменений не обнаружено, анастомозирующая дуга по большой кривизне желудка между правой и левой желудочно-сальниковыми артериями без особенностей

## Вопрос 6: Данной пациентке показана операция

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** гастрошунтирование

**2:** кардиомиотомия по Геллеру

**3:** гастропликация по Н.Н. Каншину

**4:** селективная проксимальная ваготомия

#### Правильные ответ(ы):

кардиомиотомия по Геллеру

**Ответ:**кардиомиотомия по Геллеру

**Обоснование:**Учитывая стадию заболевания, отсутствие пропульсивной моторики пищевода, выполнение баллонной пневмокардиодилатации ожидаемо не приведет к стойкой ремиссии заболевания, выполнение субтотальной резекции пищевода, пластики пищевода в настоящий момент нецелесообразно ввиду пока еще сохраненной функции пищевода.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 7: При рекомендуемом объеме оперативного вмешательства для предотвращения развития выраженного тяжелого рефлюкс-эзофагита, операция должна быть дополнена

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** неполной фундопликацией по Дору

**2:** мобилизацией двенадцатиперстной кишки по Кохеру

**3:** впередиободочной петлевой гастроэнтеростомией

**4:** стволовой ваготомией

#### Правильные ответ(ы):

неполной фундопликацией по Дору

**Ответ:**неполной фундопликацией по Дору

**Обоснование:**Для предотвращения тяжелого гастроэзофагеального рефлюкса, эрозивных изменений пищевода, появления пептических стриктур нижней трети пищевода.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 8: Больная от предложенного оперативного вмешательства отказалась и покинула стационар, оформив письменный отказ. В дальнейшем нигде не наблюдалась, лечение не получала. Через 6 месяцев вновь обратилась в стационар с жалобами на невозможность проглатывания жидкой пищи, затруднение при проглатывании пищи, "практически перестала есть". При осмотре отмечается снижение массы тела, гипотрофия, ИМТ 15. ЧСС- 78 в мин А\Д 120\70 мм рт ст. После дообследования пациентке сформулирован диагноз: Ахалазия кардии IV стадии. В настоящее время операцией выбора является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** гастропликация по Н.Н. Каншину

**2:** экстирпация пищевода

**3:** фундопликация по Ниссену

**4:** гастрошунтирование

#### Правильные ответ(ы):

экстирпация пищевода

**Ответ:**экстирпация пищевода

**Обоснование:**Необходимость радикальной операции ввиду наличия необратимых изменений стенки пищевода, риска аспирационных осложнений, нарастания дисфагии, прогрессирования заболевания с формированием мегаэзофагуса, компримирования легких, алиментарного истощения.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 9: Больной выполнена экстирпация пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой. 3-и сутки послеоперационного периода. Больная предъявляет жалобы на чувство неудобства при глотании, тяжести при дыхании. Отмечается подъем Т тела до 37,4°С, ЧСС 86 в мин А\Д 120\70 мм рт ст. ЧД 20 в мин. Дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот не вздут, симметричный, при пальпации умеренно болезненный в зоне послеоперационных швов, перистальтика выслушивается. Для оценки состоятельности пищеводного анастомоза целесообразно выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

**2:** позитронно-эмиссионную томографию

**3:** магниторезонансную томографию брюшной полости

**4:** УЗИ органов брюшной полости и средостения с пероральным контрастированием

#### Правильные ответ(ы):

рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

**Ответ:**рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

**Обоснование:**Оценка наличия патологического затека вне просвета пищеводного анастомоза, требующего дополнительных методов лечения до облитерации имеющегося свища.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 10: К вариантам лечения ахалазии кардии относятся

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** резекция шейного отдела пищевода

**2:** бужирование пищевода

**3:** пероральная эндоскопическая миотомия

**4:** фундопликация по Ниссену

#### Правильные ответ(ы):

пероральная эндоскопическая миотомия

**Ответ:**пероральная эндоскопическая миотомия

**Обоснование:**Указанные методы обоснованы и целесообразны в лечении ахалазии кардии, имеют хорошие результаты, либо в виде продолжительной ремиссии болезни, либо в виде излечения после радикальной операции.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 11: Проведение курса баллонной пневмокардиодилатации в 0.5-1% случаев сопряжено с развитием осложнения в виде

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** перфорации пищевода

**2:** мезентериального тромбоза

**3:** стеноза выходного отдела желудка

**4:** формирования фитобезоаров

#### Правильные ответ(ы):

перфорации пищевода

**Ответ:**перфорации пищевода

**Обоснование:**Форсирование при проведении кардиодилатации с избыточным нагнетанием и длительной экспозицией «раздутой» манжеты кардиодилататора в зоне пищеводно-желудочного перехода сопряжено с риском перфорации.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

## Вопрос 12: Необходимый перечень инструментальных исследований в рамках предоперационной подготовки при планировании радикальной операции по поводу ахалазии кардии включает

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ирригографию, обзорную рентгеноскопию пищевода и желудка, МРТ брюшной полости грудной клетки

**2:** цистографию, ультразвуковое исследование брюшной полости, рентгенографию грудной клетки

**3:** контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ЭГДС

**4:** капсульную эндоскопию, обзорную рентгенографию пищевода и желудка, УЗИ брюшной полости, колоноскопию

#### Правильные ответ(ы):

контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ЭГДС

**Ответ:**контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ЭГДС

**Обоснование:**Контрастная рентгеноскопия пищевода и желудка, компьютерная томография органов грудной клетки и брюшной полости, эзофагогастроскопия входит в перечень необходимых предоперационных обследований.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.63-80 – место в источнике

# Ситуационная задача 39

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациент Т. 40 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы. Запах алкоголя, множественные татуировки на руках.

#### Жалобы

На выраженную общую слабость, рвоту «борщом» со сгустками крови, черный стул.

#### Анамнез заболевания

В течение года отмечал слабость и боли в правом подреберье. За медицинской помощью не обращался, связывал это состояние со злоупотреблением алкоголя. Два месяца назад на даче рвота «кофейной гущей» со сгустками, черный стул. Был госпитализирован в районную больницу, где установлен диагноз синдром Меллори-Вейса, выявлен гепатит С, рекомендовано наблюдение врачом общей практики по месту жительства, но к врачам не обращался. Сегодня после ужина возникла рвота, а затем был черный стул, нарастала общая слабость. Вызвал бригаду скорой медицинской помощи.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, сифилис отрицает.  
Гепатит С.  
Аллергию на препараты отрицает.  
Перенесенные заболевания: язвенная болезнь желудка, ОРВИ, детские инфекции.  
Операции: отрицает.  
Вредные привычки: курит до 30 сигарет в день, постоянное длительное употребление крепкого алкоголя.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. В сознании, контактен, агрессивен, многословен. Рост 175 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Склеры иктеричные. Язык подсушен, обложен белым налетом. Температура тела 36,7°С. Пастозность голеней. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 22 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 120 в мин, АД 90/50 мм рт. ст. Живот не вздут, болезненный при пальпации в правом подреберье, печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см. Притупление перкуторного звука в правой и левой боковых областях. Симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы активные. Мочеиспускание без особенностей. При ректальном исследовании сфинктер тоничен, определяются геморроидальные узлы, на высоте пальца патологии не определяется, на перчатке кал черного цвета без следов свежей крови.

## Вопрос 1: На основании данных анамнеза и физикального обследование у пациента можно заподозрить

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Желудочно-кишечное кровотечение

**2:** Острую толстокишечная непроходимость

**3:** Тяжелая пищевая токсикоинфекция

**4:** Острый токсический гепатит

#### Правильные ответ(ы):

Желудочно-кишечное кровотечение

**Ответ:**Желудочно-кишечное кровотечение

**Обоснование:**Обычно для установления факта кровотечения в ЖКТ нет необходимости в проведении каких-либо инструментальных методов, достаточно внимательного клинического обследования, обязательного ректального исследования, в ряде случаев может быть полезно зондирование желудка и его промывание.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 62.

## Вопрос 2: Учитывая состояние больного дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия должны производиться

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** в операционном блоке

**2:** в консультативно-диагностическом отделении

**3:** амбулаторно

**4:** в хирургическом отделении

#### Правильные ответ(ы):

в операционном блоке

**Ответ:**в операционном блоке

**Обоснование:**Алгоритм действий хирурга при подозрении на кровотечение.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64-65.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Желудочно-кишечное кровотечение

## Вопрос 3: Для установления источника желудочно-кишечного кровотечения в экстренном порядке необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагогастродуоденоскопию

**2:** колоноскопию

**3:** магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости

**4:** диагностическую лапароскопию

#### Правильные ответ(ы):

эзофагогастродуоденоскопию

**Ответ:**эзофагогастродуоденоскопию

**Обоснование:**…всем пациентам с кровотечением из верхних отделов ЖКТ показана экстренная эзофагогастродуоденоскопия…  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

## Вопрос 4: Для определения тяжести состояния больного из лабораторных анализов необходимо выполнить (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** уровень углеводного антигена СА 19-9 крови

**2:** биохимическое исследование крови

**3:** общий анализ крови

**4:** общий анализ мочи

**5:** скрытую кровь в кале

**6:** коагулограмму

#### Правильные ответ(ы):

биохимическое исследование крови  
общий анализ крови  
коагулограмму

**Ответ:**коагулограмму

**Обоснование:**При выборе лечебной тактики у больных с ЦП необходимо оценить функциональное состояние печени. Для оценки тяжести состояния больных ЦП применяется классификация по Child-Pugh .  
  
Прогностическая шкала Child-Pugh (классификация печеночно-клеточной функции при ЦП).  
  
1  
  
2  
  
3  
  
Асцит  
  
нет  
  
небольшой  
  
большой  
  
Энцефалопатия  
  
нет  
  
1 – 2  
  
3 - 4  
  
Билирубин (ммоль/л)  
  
< 34  
  
34 – 51  
  
51  
  
Альбумин (г/л)  
  
35  
  
28 – 35  
  
< 28  
  
ПТИ (%)  
  
< 70  
  
50-70  
  
50  
  
  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Эзофагогастродуоденоскопия

Варикозное-расширение вен пищевода и кардии 3 ст (диаметр 5-6 мм, при инсуфляции не спадаются), с признаками продолжающегося кровотечения. Портальная гастропатия 2 ст. Рубцовая деформация передней стенки антрального отдела желудка.

#### Результаты обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 75 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 25 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 3,7 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 2,8 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 36,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 35 |

#### Биохимическое исследование крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 55 |
| Альбумин, г/л | 35 - 50 | 30 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 48 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 106 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 82 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 360 |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 6,0 |

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 80 мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | неполная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1023 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | 3+ |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Алгоритм действий хирурга при подозрении на кровотечение.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64-65.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Эзофагогастродуоденоскопия

Варикозное-расширение вен пищевода и кардии 3 ст (диаметр 5-6 мм, при инсуфляции не спадаются), с признаками продолжающегося кровотечения. Портальная гастропатия 2 ст. Рубцовая деформация передней стенки антрального отдела желудка.

#### Результаты обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 75 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 25 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 3,7 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 2,8 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 36,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 35 |

#### Биохимическое исследование крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 55 |
| Альбумин, г/л | 35 - 50 | 30 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 48 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 106 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 82 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 360 |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 6,0 |

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 80 мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | неполная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1023 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | 3+ |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

**Ответ:**биохимическое исследование крови

**Обоснование:**При выборе лечебной тактики у больных с ЦП необходимо оценить функциональное состояние печени. Для оценки тяжести состояния больных ЦП применяется классификация по Child-Pugh .  
  
Прогностическая шкала Child-Pugh (классификация печеночно-клеточной функции при ЦП).  
  
1  
  
2  
  
3  
  
Асцит  
  
нет  
  
небольшой  
  
большой  
  
Энцефалопатия  
  
нет  
  
1 – 2  
  
3 - 4  
  
Билирубин (ммоль/л)  
  
< 34  
  
34 – 51  
  
51  
  
Альбумин (г/л)  
  
35  
  
28 – 35  
  
< 28  
  
ПТИ (%)  
  
< 70  
  
50-70  
  
50  
  
  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Эзофагогастродуоденоскопия

Варикозное-расширение вен пищевода и кардии 3 ст (диаметр 5-6 мм, при инсуфляции не спадаются), с признаками продолжающегося кровотечения. Портальная гастропатия 2 ст. Рубцовая деформация передней стенки антрального отдела желудка.

#### Результаты обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 75 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 25 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 3,7 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 2,8 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 36,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 35 |

#### Биохимическое исследование крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 55 |
| Альбумин, г/л | 35 - 50 | 30 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 48 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 106 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 82 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 360 |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 6,0 |

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 80 мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | неполная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1023 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | 3+ |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

## Вопрос 5: Для экстренной остановки кровотечения пациенту необходимо произвести

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** трансфузию свежезамороженной плазмы

**2:** эндоскопический гемостаз

**3:** хирургическое вмешательство

**4:** установку зонда-обтуратора

#### Правильные ответ(ы):

установку зонда-обтуратора

**Ответ:**установку зонда-обтуратора

**Обоснование:**«После постановки диагноза «кровотечение из ВРВ пищевода или желудка» и извлечения эндоскопа незамедлительно вводят зонд-обтуратор Сенгстакена-Блекмора и раздуваются манжетки, чем достигается надежный гемостаз»  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.

## Вопрос 6: Для остановки кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка целесообразно использовать зонд, который по автору называется зондом

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Миллера-Эббота

**2:** Фолея-Тимана

**3:** Рымаря-Кохера

**4:** Сенгестакена-Блекмора

#### Правильные ответ(ы):

Сенгестакена-Блекмора

**Ответ:**Сенгестакена-Блекмора

**Обоснование:**«После постановки диагноза «кровотечение из ВРВ пищевода или желудка» и извлечения эндоскопа незамедлительно вводят зонд-обтуратор Сенгстакена-Блекмора и раздуваются манжетки, чем достигается надежный гемостаз»  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.

## Вопрос 7: Зонд-обтуратор проводят через

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** анальное отверстие

**2:** правую подключичную вену

**3:** носовой ход

**4:** ротовое отверстие

#### Правильные ответ(ы):

носовой ход

**Ответ:**носовой ход

**Обоснование:**«Зонд-обтуратор вводят через носовой ход, заводя желудочный баллон глубоко в желудок…»  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.

## Вопрос 8: Для оценки глубины, на которую необходимо завести зонд-обтуратор, нужно измерить расстояние от

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** мочки уха до пупка

**2:** мочки уха до эпигастрия

**3:** левого до правого соска

**4:** подъязычной кости до мечевидного отростка

#### Правильные ответ(ы):

мочки уха до эпигастрия

**Ответ:**мочки уха до эпигастрия

**Обоснование:**«…заводя желудочный баллон глубоко в желудок, предварительно замерив, расстояние от мочки уха до эпигастрия…»  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.

## Вопрос 9: Для создания необходимой компрессии в баллоны зонда-обтуратора надо ввести

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** воду

**2:** закись азота

**3:** воздух

**4:** холодный физиологический раствор

#### Правильные ответ(ы):

воздух

**Ответ:**воздух

**Обоснование:**«…при помощи градуированного шприца, присоединенного к катетеру желудочного баллона, в последний вводят воздух в количестве 150 см3 (только не воду!)…»  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.

## Вопрос 10: Зонд-обтуратор установлен. Следует произвести

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** установку газоотводной трубки

**2:** извлечение зонда-обтуратора

**3:** повторную эзофагогастродуоденоскопию

**4:** санацию желудка

#### Правильные ответ(ы):

санацию желудка

**Ответ:**санацию желудка

**Обоснование:**«После того, как зонд установлен, аспирируют желудочное содержимое, и промывают желудок холодной водой»  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.

## Вопрос 11: Дальнейшее лечение больного должно быть продолжено в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** кабинете эндоскопии

**2:** амбулаторных условиях

**3:** отделении реанимации

**4:** хирургическом отделении

#### Правильные ответ(ы):

отделении реанимации

**Ответ:**отделении реанимации

**Обоснование:**Алгоритм действий хирурга при подозрении на кровотечение.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64-65.

## Вопрос 12: Во избежание пролежней на слизистой оболочке пищевода зонд-обтуратор не следует держать в активированном состоянии более \_\_\_\_\_\_ часа (-ов)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 24

**2:** 1

**3:** 6

**4:** 72

#### Правильные ответ(ы):

6

**Ответ:**6

**Обоснование:**«Во избежание пролежней на слизистой оболочке пищевода через 4 часа пищеводный баллон распускают и, если в этот момент в желудочном содержимом примесь крови не появляется, то пищеводную манжетку оставляют спущенной. Желудочную манжетку распускают позже, спустя 1,5-2 часа»  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.  
  
Клинические рекомендации по лечению кровотечений из варикозно расширенных вен пищевода и желудка. Российское Общество Хирургов; Ассоциация Гепатопанкреатобилиарных Хирургов стран СНГ. 2014.

# Ситуационная задача 40

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациентка И. 68 лет, на лежачей каталке в сопровождении родственников доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение городской больницы.

#### Жалобы

Не предъявляет из-за тяжести состояния.

#### Анамнез заболевания

Со слов родственников в течение нескольких дней беспокоили боли в верхних отделах живота. Принимала спазмолитики, за медицинской помощью не обращался. Сегодня утром отметила общую слабость, была однократная рвота черными массами. С течение времени общая слабость нарастала, боли в животе прошли, присоединилась тошнота. Вечером после акта дефекации потеряла сознание. Родственниками была вызвана скорая помощь. Врачом скорой помощи зафиксировано обильное количество дегтеобразного зловонного кала в унитазе.

#### Анамнез жизни

Хронические заболевания, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.  
Аллергии на препараты отрицает.  
Перенесенные заболевания: ОРВИ. Детские инфекции. Артериальная гипертензия 2 ст., 2 ст. Сахарный диабет 2 типа. Гипотериоз. Хронический холецистопанкреатит.  
Операции: тубовариоэктомия по поводу внематочной болезни в возрасте 23 лет, дренирование парапроктита в возрасте 25 лет.  
Вредные привычки: отрицает.  
Гинекологический анамнез: роды – 2, аборты – 3.

#### Объективный статус

Общее состояние тяжелое. Сознание - сопор. Рост 165 см, масса тела 90 кг. Кожные покровы бледные, влажные. Язык подсушен, обложен белым налетом. Температура тела 36,8°С. Голени пастозные. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 110 в мин, АД 90/50 мм рт. ст. Живот вздут, пациентка реагирует на пальпацию в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы активные. Ректально: на высоте пальца патологии не выявлено, на перчатке следы дегтеобразного кала.

## Вопрос 1: На основании данных анамнеза и физикального обследование у пациентки можно заподозрить

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Желудочно-кишечное кровотечение

**2:** Острый панкреатит, панкреонекроз

**3:** Острую странгуляционную кишечную непроходимость

**4:** Мезентериальный артериальный тромбоз

#### Правильные ответ(ы):

Желудочно-кишечное кровотечение

**Ответ:**Желудочно-кишечное кровотечение

**Обоснование:**Обычно для установления факта кровотечения в ЖКТ нет необходимости в проведении каких-либо инструментальных методов, достаточно внимательного клинического обследования, обязательного ректального исследования, в ряде случаев может быть полезно зондирование желудка и его промывание.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 62.

## Вопрос 2: Учитывая анамнез, тяжесть состояния больной дальнейшие лечебно-диагностические мероприятия должны производиться

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** амбулаторно

**2:** в отделении реанимации

**3:** в отделении эндоскопии

**4:** в хирургическом отделении

#### Правильные ответ(ы):

в отделении реанимации

**Ответ:**в отделении реанимации

**Обоснование:**Алгоритм действий хирурга при подозрении на кровотечение.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64-65.

## Вопрос 3: Для оценки тяжести состояния больной в первую очередь необходимо получить данные

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** биохимического исследования крови

**2:** общего анализа крови

**3:** коагулограммы

**4:** общего анализа мочи

#### Правильные ответ(ы):

общего анализа крови

**Ответ:**общего анализа крови

**Обоснование:**Алгоритм действий хирурга при подозрении на кровотечение.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64-65.

## Вопрос 4: Для восполнения кровопотери и коррекции волемических расстройств пациенту в первую очередь следует назначить инфузию

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** раствора перфторана

**2:** кристаллоидных растворов

**3:** свежезамороженной плазмы

**4:** эритроцитарной массы

#### Правильные ответ(ы):

кристаллоидных растворов

**Ответ:**кристаллоидных растворов

**Обоснование:**Для снижения числа рецидивов и летальности пациентам с высоким риском рецидива кровотечения, которым был успешно проведен эндоскопический гемостаз, с целью восполнения кровопотери и коррекции волемических расстройств в первую очередь следует назначить инфузию кристаллоидных растворов.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Желудочно-кишечное кровотечение

#### Результаты обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 80 мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | неполная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1023 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

## Вопрос 5: Для подтверждения диагноза пациентке в экстренном порядке необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** обзорную рентгенографию органов брюшной полости

**2:** колоноскопию

**3:** эзофагогастродуоденоскопию

**4:** компьютерную ангиографию брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

эзофагогастродуоденоскопию

**Ответ:**эзофагогастродуоденоскопию

**Обоснование:**…всем пациентам с кровотечением из верхних отделов ЖКТ показана экстренная эзофагогастродуоденоскопия…  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

## Вопрос 6: Следуя современным рекомендация кровотечение следует классифицировать как Forrest

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** IIa

**2:** Ia

**3:** IIb

**4:** Ib

#### Правильные ответ(ы):

Ib

**Ответ:**Ib

**Обоснование:**Тип FI — активное кровотечение: lb — продолжающееся каппилярное подтекание крови (oozing bleeding).  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

## Вопрос 7: Дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** трансфузии свежезамороженной плазмы

**2:** установке зонда Миллера-Эббота

**3:** хирургическом вмешательстве

**4:** эндоскопическом гемостазе

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопическом гемостазе

**Ответ:**эндоскопическом гемостазе

**Обоснование:**При продолжающемся кровотечении из язвы (FIa, FIb) необходим эндоскопический гемостаз.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 63.

## Вопрос 8: Приоритетным методом эндоскопического гемостаза в данной ситуации является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** лигирование

**2:** инъекционный метод + диатермокоагуляция

**3:** монокомпанентная биполярная диатермокоагуляция

**4:** аргоноплазменная коагуляция + гемоспрей

#### Правильные ответ(ы):

инъекционный метод + диатермокоагуляция

**Ответ:**инъекционный метод + диатермокоагуляция

**Обоснование:**Методом выбора является комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекционный метод + диатермокоагуляппя (либо аргоноплазменная коагуляция) или клипирование + клеевые композиции.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

#### Доступны новые данные:

#### Колоноскопия

В просвете толстой кишки большое количество черного «дегтеобразного» кала. Детальный осмотр не возможен.

## Вопрос 9: Достигнут окончательный гемостаз. Пациентке следует назначить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** диагностическую лапароскопию, пликацию стенки желудка

**2:** рентгенэндоваскулярную окклюзию левой желудочной артерии

**3:** консервативную терапию, динамическое наблюдение

**4:** экстренное отрытое хирургическое вмешательство

#### Правильные ответ(ы):

консервативную терапию, динамическое наблюдение

**Ответ:**консервативную терапию, динамическое наблюдение

**Обоснование:**Принципы лечения кровотечений из верхних отделов ЖКТ.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 65-67.

## Вопрос 10: С целью профилактики рецидива желудочно-кишечного кровотечения целесообразно назначить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** вазопрессоры

**2:** блокаторы Н2-рецепторов

**3:** ингибиторы протонной помпы

**4:** синтетические аналоги соматостатина

#### Правильные ответ(ы):

ингибиторы протонной помпы

**Ответ:**ингибиторы протонной помпы

**Обоснование:**Для снижения числа рецидивов и летальности пациентам с высоким риском рецидива кровотечения, которым был успешно проведен эндоскопический гемостаз, следует назначить (внутривенное болюсное, а вслед за ним непрерывное внутривенное введение) ингибиторы протонной помпы (омепразол, ланзопразол, пантопразол, гаптопразол, эзомепразол, нексиум) в максимальных дозах.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 66.

## Вопрос 11: На основании имеющихся данных степень тяжести кровопотери у больного следует оценивать как

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** легкую

**2:** среднюю

**3:** терминальную

**4:** тяжелую

#### Правильные ответ(ы):

среднюю

**Ответ:**среднюю

**Обоснование:**II степень — средняя кровопотеря: общее состояние средней степени тяжести, пульс до 120 уд./мин, АД не ниже 80 мм рт. ст., ЦВД ниже 5 см вод. ст., умеренная олигурия, гемоглобин от 100 до 80 г/л, дефицит ОЦК от 20 до 29%; отмечают компенсированный метаболический ацидоз.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 64.

## Вопрос 12: Трансфузия эритроцитарной массы в данной ситуации

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** противопоказана

**2:** показана

**3:** не показана

**4:** должна быть согласована с родственниками больной

#### Правильные ответ(ы):

показана

**Ответ:**показана

**Обоснование:**Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина менее 90 г/л.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия под ред. И.И. Затевахина, А.И. Кириенко, А.В. Сажина. – М.: МИА, 2018. - С. 67.

# Ситуационная задача 41

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

Пациентка без сознания, жалоб не предъявляет.

#### Анамнез заболевания

Со слов бригады СМП пожар произошел примерно 1 час назад. Сотрудники пожарной службы эвакуировали женщину из горящей квартиры и вызвали СМП.

Бригада приехала на вызов через 5 минут. Оказана помощь в объеме: установка воздуховодной трубки в ротовую полость, ингаляция кислорода через маску, внутримышечно преднизолон 5 мг. Длительность транспортировки в приемное отделение больницы составила 16 минут.

#### Анамнез жизни

Установить невозможно

Сопровождающих лиц, документов нет

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022062)

Состояние тяжелое. Пациентка без сознания, слабо реагирует на болевые раздражители. Кожные покровы покрыты копотью, холодные, бледные. Рост 158 см. Масса тела 60 кг. Температура тела 36,10С. ЧДД 24 в мин. , поверхностное. ЧСС 60 в мин. АД 100\60 мм рт.ст. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, жесткое, хрипы не выслушиваются..

Живот мягкий, на пальпацию больная не реагирует. Печень, селезенка не увеличены.

Местный статус:

других ран на коже нет

## Вопрос 1: Для определения площади ожога в данной ситуации используют

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** "правило девяток"

**2:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**3:** планиметрия

**4:** "правило ладони"

#### Правильные ответ(ы):

"правило ладони"

**Ответ:**"правило ладони"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони» … (площадь ладони составляет примерно 1% поверхности тела)  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Физикальное обследование стр. 23  
  
Суммарная площадь поражения приблизительно соответствует площади 2 ладоней, т.е. площадь ожога составляет 2 % поверхности тела

## Вопрос 2: Определите глубину ожога по местным клиническим признакам (МКБ-10) (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ожог III степени

**2:** ожог IIIA степени

**3:** ожог IV степени

**4:** ожог II степени

**5:** ожог III Б степени

**6:** ожог I cтепени

#### Правильные ответ(ы):

ожог III степени  
ожог II степени

**Ответ:**ожог II степени

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения II степени—толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены1.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
2.2.Физикальное обследование стр.24

**Ответ:**ожог III степени

**Обоснование:**Деэпителизированные участки ярко-розового цвета с сохранным сосчковым слоем и дериватами кожи, чувствительность сохранена.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
2.2.Физикальное обследование, стр.24

## Вопрос 3: Наиболее информативные для подтверждения диагноза лабораторные методы обследования (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ мочи

**2:** токсико-химическое исследование крови на содержание этанола

**3:** общий анализ крови

**4:** биохимический анализ крови: печеночные пробы

**5:** исследование КЩС крови

**6:** исследование уровня мочевины и креатинина

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови  
исследование КЩС крови

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Лабораторные признаки, характерные для периода ожогового шока:  
  
— …гемоконцентрация (увеличение уровня гемоглобина и гематокрита)…  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
2.3 Лабораторная диагностика стр. 26

**Ответ:**исследование КЩС крови

**Обоснование:**Лабораторные признаки, характерные для периода ожогового шока:  
  
— метаболический ацидоз;  
  
— гиперлактатемия;  
  
— гемоконцентрация (увеличение уровня гемоглобина и гематокрита);  
  
— снижение сатурации кислорода венозной крови, увеличение артерио-венозной разницы по кислороду 1.  
  
Лабораторные признаки, характерные для ингаляционной травмы, отравления продуктами горении:  
  
— респираторный ацидоз, гипоксемия.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3. Лабораторная диагностика , с.26

## Вопрос 4: Наиболее информативные для подтверждения диагноза инструментальные методы обследования (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** фибробронхоскопия

**2:** обзорная рентгенография органов грудной клетки

**3:** ЭКГ

**4:** эзофагогастродуоденоскопия

**5:** УЗИ органов брюшной полости.

#### Правильные ответ(ы):

фибробронхоскопия  
обзорная рентгенография органов грудной клетки

**Ответ:**фибробронхоскопия

**Обоснование:**Бронхоскопия – инструментальный метод, позволяющий непосредственно верифицировать термоингаляционную травму и провести санацию трахеобронхиального дерева от продуктов горения.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Инструментальная диагностика стр.27

**Ответ:**обзорная рентгенография органов грудной клетки

**Обоснование:**Обзорная рентгенография органов грудной клетки позволяет заподозрить у пациента термоингалаяционное поражение, развитие пневмонии.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 2 .  
  
Инструментальная диагностика стр. 27

## Вопрос 5: На основании клинической картины, проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования может быть сформулирован диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Ожог пламенем лица и шеи II-III степени 2% поверхности тела. Термоингаляционное поражение. Отравление продуктами горения и угарным газом. Ожоговый шок

**2:** Ожог кипятком лица и шеи I- II степени 5% поверхности тела. Термоингаляционное поражение. Болевой шок

**3:** Ожог пламенем лица и шеи I степени 1% поверхности тела. Респираторный дистресс-синдром

**4:** Химический ожог лица IV степени 10% поверхности тела. Кардиогенный шок

#### Правильные ответ(ы):

Ожог пламенем лица и шеи II-III степени 2% поверхности тела. Термоингаляционное поражение. Отравление продуктами горения и угарным газом. Ожоговый шок

**Ответ:**Ожог пламенем лица и шеи II-III степени 2% поверхности тела. Термоингаляционное поражение. Отравление продуктами горения и угарным газом. Ожоговый шок

**Обоснование:**Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
2 . Формулировка и рубрификация клинического диагноза, стр. 31

## Вопрос 6: Пациентку необходимо госпитализировать в отделение

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** терапевтическое

**2:** хирургическое

**3:** ожоговое

**4:** реанимации

#### Правильные ответ(ы):

реанимации

**Ответ:**реанимации

**Обоснование:**Проект Порядка оказания медицинской помощи населению  
  
по профилю «комбустиология»:  
  
П.12 Пострадавшие с обширными ожогами более 20 % поверхности тела или глубокими ожогами более 10 % поверхности тела у взрослых, более 5−10 % поверхности тела у детей (в зависимости от возраста и преморбидного фона), при развитии ожогового шока, термоингаляционной травмы с развитием дыхательной недостаточности … госпитализируются в отделение анестезиологии-реанимации ожогового центра, а при его отсутствии – в другое отделение анестезиологии-реанимации в составе медицинской организации.  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/09/Poryadok-okazaniya-meditsinskoj-pomoshhi-naseleniyu-po-profilyu-kombustiologiya-proekt-ot-27.11.13-peredan-v-Minzdrav-Rossii.pdf с.3

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | результат |
| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 муж. 120,0 – 140,0 жен. | 145,0 |
| Гематокрит | 35,0 - 47,0 | 48,7 |
| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 8,5 |
| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 5,37 |
| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 308,0 |
| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 | 16,8 |
| Моноциты | 2,0 - 10,0 | 5,1 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 76,3 (п/я 10%) |
| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 | 1,2 |
| Базофилы | 0,0 - 1,0 | 0,6 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 42 |

#### Исследование КЩС крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | результат |
| рН | 7,25 - 7,45 | 6,96 |
| рСО2 mm Hg | 35-45 | 21 |
| pO2 | 40-60 | 28,3 |
| FCO Hb | 0,5 - 1,5 | 9,8 |
| сGlu | 3,9 - 5,8 | 19 |
| cLac | 0,5 - 1,6 | 11,6 |
| ctBll | 3-20 | 13 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | результат |
| Билирубин общий | 3,0 - 17,0 | 10,3 |
| АЛТ | 15,0 - 61,0 | 60,0 |
| АСТ | 15,0 - 37,0 | 19,0 |

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | результат |
| цвет | темно-желтый |
| прозрачность | полная |
| белок | 0,03‰ |
| глюкоза | нет |
| кетоновые тела | нет |
| билирубин | нет |
| уробилин | не повышен |
| цилиндры | нет |
| эритроциты | единичные в поле зрения |
| лейкоциты | единичные в препарате |
| соли | оксалаты - немного |
| бактерии | незначительное количество |
| слизь | умеренно |

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Обзорная рентгенография органов грудной клетки

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/022/001022063)

#### Фибробронхоскопия

Из протокола ФБС: "Через правый нижний носовой ход эндоскоп введен в трахею. Надгортанник подвижный, отека нет. Голосовые складки тусклые, гиперемированные подвижные, голосовая щель сужена, 0,7 мм. Трахея проходима, не сужена. Слизистая диффузно гиперемирована, с очаговыми наложениями копоти. В просвете слизистый секрет с включениями копоти. Карина острая, подвижная, расположена срединно. Бронхи проходимы до субсегментов, слизистая диффузно гиперемирована, отечна, с наложениями копоти, устья бронхов не сужены,. Секрет скудный, слизистый, с примесью копоти. Выполнена санация трахеобронхиального дерева, копоть отмыта не полностью."

ЧСС 100 в мин. Синусовый ритм. Горизонтальное положение ЭОС. Диффузные изменения миокарда.

#### Диагноз

#### Ожог пламенем лица и шеи II-III cтепени 2% поверхности тела. Термоингаляционное поражение. Отравление продуктами горения и угарным газом. Ожоговый шок

## Вопрос 7: Первоочередные лечебные мероприятия в данной ситуации

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** обезболивание, инфузионная терапия, установка мочевого катетера

**2:** обработка ожоговых ран и наложение лечебной повязки, катетеризация вены

**3:** катетеризация магистральной вены, установка мочевого катетера

**4:** интубация трахеи и ИВЛ, катетеризация магистральной вены и обезболивание

#### Правильные ответ(ы):

интубация трахеи и ИВЛ, катетеризация магистральной вены и обезболивание

**Ответ:**интубация трахеи и ИВЛ, катетеризация магистральной вены и обезболивание

**Обоснование:**Показания к интубации трахеи и ИВЛ. Абсолютными показаниями для интубации трахеи и проведения различных видов респираторной поддержки (вспомогательной, управляемой ИВЛ) тяжелообожженным с ингаляционной травмой являются:  
  
признаки дыхательной недостаточности,  
  
отсутствие сознания.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
3.1.1. Лечение ожоговой болезни. Системная терапия. Стр.35

## Вопрос 8: Основные лечебные мероприятия, необходимые данной пациентке в первые сутки лечения

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** введение муколитиков, постоянная инфузия кристаллоидных растворов, глюкокортикоидные гормоны

**2:** постоянная инфузия коллоидных растворов, обезболивание по требованию, антибактериальная терапия

**3:** обильное питьё, местное обезболивание лидокаином 10%, антикоагулянты непрямого действия

**4:** ИВЛ, ингаляционная терапия, инфузионная терапия

#### Правильные ответ(ы):

ИВЛ, ингаляционная терапия, инфузионная терапия

**Ответ:**ИВЛ, ингаляционная терапия, инфузионная терапия

**Обоснование:**Основной задачей терапии ожогового шока является восстановление и поддержание перфузии внутренних органов, что достигается путем проведения … внутривенной инфузии 1.  
  
…Рекомендуется интубации трахеи и проведения различных видов респираторной поддержки (вспомогательной, управляемой ИВЛ) у тяжелообожженных по абсолютным показаниям при признаках дыхательной недостаточности III степени и/или угнетение сознания (сопор и глубже)  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 3.1.1. Лечение ожоговой болезни. Системная терапия. С.34-36

## Вопрос 9: Ингаляционная терапия проводится препаратами

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** физиологический раствор и суспензия «Колистин»

**2:** физиологический раствор и суспензия "Гидрокортизон"

**3:** 4% раствор бикарбоната натрия и физ.раствор

**4:** муколитики и гепарин

#### Правильные ответ(ы):

муколитики и гепарин

**Ответ:**муколитики и гепарин

**Обоснование:**Ингаляции с муколитиками и антиаггрегантами показаны при термоингаляционной травме. Ингаляционная терапия способствует разжижению мокроты, регенерации слизистой, профилактике образования микротромбов в системе бронхиальных и легочных артерий.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.1.1. Лечение ожоговой болезни. Системная терапия. С.40

## Вопрос 10: Местное лечение ожоговых ран в первые сутки включает

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическую обработку и некротомию ожоговых ран

**2:** экстренную некрэктомию и одномоментную ксенопластику

**3:** экстренную некрэктомию и одномоментную аутодермопластику

**4:** туалет ожоговых ран и наложение лечебной повязки

#### Правильные ответ(ы):

туалет ожоговых ран и наложение лечебной повязки

**Ответ:**туалет ожоговых ран и наложение лечебной повязки

**Обоснование:**Рекомендуется проведение туалета ожоговых ран с наложением лечебных повязок в первые сутки после поступления пациента в стационар.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами , с. 51

## Вопрос 11: У пациентки можно предположить развитие осложнения, а именно

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** гнойного трахеобронхита

**2:** пневмонии

**3:** инфаркта миокарда

**4:** острого нарушения мозгового кровообращения

#### Правильные ответ(ы):

пневмонии

**Ответ:**пневмонии

**Обоснование:**У пациентки на фоне комплексной интенсивной терапии нарастают признаки дыхательной недостаточности и воспалительной реакции. Учитывая наличие ингаляционной травмы и проведения ИВЛ, ожидаемое осложнение – пневмония.  
  
Факторы риска развития нозокомиальной инфекции нижних дыхательных путей :  
  
бессознательное состояние;  
  
экстренная интубация;  
  
длительная (более 48 часов) ИВЛ;  
  
зондовое питание;  
  
горизонтальное положение;  
  
Нозокомиальная пневмония у взрослых российские национальные рекомендации  
  
http://www.pulmonology.ru/publications/files/nozokomialnaya\_pneumonia.pdf  
  
Факторы риска, с.15

## Вопрос 12: Для подтверждения диагноза необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** посев мокроты

**2:** КТ органов грудной клетки

**3:** рентгеноскопию органов грудной клетки

**4:** УЗИ плевральных полостей

#### Правильные ответ(ы):

КТ органов грудной клетки

**Ответ:**КТ органов грудной клетки

**Обоснование:**С целью диагностики пневмоний компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки в настоящее время показана:  
  
… больным, находящимся на ИВЛ (поскольку диагностическая информация на переднезадней рентгенограмме оказывается недостаточнойдля выявления изменений в нижних отделах лёгких).  
  
Нозокомиальная пневмония у взрослых российские национальные рекомендации  
  
Диагностика нозокомиальной пневмонии, с.21

#### Доступны новые данные:

#### Дополнительно:

Через 5 суток от поступления в стационар у пациентки при осмотре:

Жалоб не предъявляет (седация, связанная с ИВЛ). Состояние тяжелое. Температура тела 38,80С. Кожные покровы влажные, теплые, бледно-розовые. Дыхание через интубационную трубку. ИВЛ в режиме SiPAP. ЧДД 20/мин. При аускультации выслушивается жесткое дыхание, рассеянные сухие и влажные хрипы, шумов нет. При санации из интубационной трубки выделяется обильная серо-желтая мокрота.

Тоны сердца приглушены, ритмичные. На мониторе: Ритм синусовый, ЧСС 108/мин, АД систолическое 110 мм рт.ст. , АД диастолическое 60 мм рт ст, рO2 88%.

Живот мягкий, на пальпацию пациентка не реагирует. Печень, селезенка не увеличены. Стула не было 28 часов, мочеиспускание по катетеру. Моча бледно-желтая, прозрачная. Темп диуреза 120 мл в час. Лабораторные показатели:

ОАК: гемоглобин 102 г\л, гематокрит 29%, лейкоциты 18,5х109\л,

Б\х ан. крови: общий белок 50 г\л.

# Ситуационная задача 42

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Апендэктомия в 20 лет.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 164 см, масса тела 55 кг. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 100 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык подсушен. Живот вздут, мягкий, болезненный в околопупочной области. Шум плеска сомнительный. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул жидкий однократно, газы не отходили сутки. Мочеиспускание не нарушено.

## Вопрос 1: На основании осмотра и физикальных данных может быть заподозрен диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** стенозирующая опухоль желудка

**2:** кишечная непроходимость

**3:** язва двенадцатиперстной кишки со стенозом

**4:** острый панкреатит

#### Правильные ответ(ы):

кишечная непроходимость

**Ответ:**кишечная непроходимость

**Обоснование:**Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости – боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула и газов.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 3234

## Вопрос 2: Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопия

**2:** ЭГДС

**3:** УЗИ брюшной полости

**4:** обзорная рентгенография брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

обзорная рентгенография брюшной полости

**Ответ:**обзорная рентгенография брюшной полости

**Обоснование:**Рентгеновское исследование основной метод исследования при кишечной непроходимости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 237-238

## Вопрос 3: На основании результатов проведенного инструментального исследования и клинической картины можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Паралитическая кишечная непроходимость

**2:** Заворот сигмовидной кишки

**3:** Обтурационная кишечная непроходимость при раке сигмовидной кишки

**4:** Спаечная кишечная непроходимость

#### Правильные ответ(ы):

Спаечная кишечная непроходимость

**Ответ:**Спаечная кишечная непроходимость

**Обоснование:**Учитывая данные анамнез (ранее выполненная аппендэктомия) и результаты обследований (наличие признаков тонкокишечной непроходимости)  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 238-241

## Вопрос 4: Основной причиной развития спаечной кишечной непроходимости является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** длительный копростаз

**2:** деформация и сдавление спайками

**3:** заворот сигмовидной кишки

**4:** инвагинация петель кишки

#### Правильные ответ(ы):

деформация и сдавление спайками

**Ответ:**деформация и сдавление спайками

**Обоснование:**Спайки могут располагаться между кишечными петлями, фиксировать их к другим органам брюшной полости и париетальной брюшине, закрытие просвета возникает при перегибах кишечной трубки с образованием «двустволок».  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 256

## Вопрос 5: Согласно диагнозу и возможным осложнениям, данному пациенту показана тактика в объеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** спазмолитической терапии, консультации инфекциониста

**2:** установки назогастрального зонда, инфузионной спазмолитической терапии с оценкой рентгенологического пассаж водорастворимого контраста по ЖКТ

**3:** экстренной операции лапаротомии

**4:** введения обезболивающих препаратов и динамическом наблюдении

#### Правильные ответ(ы):

установки назогастрального зонда, инфузионной спазмолитической терапии с оценкой рентгенологического пассаж водорастворимого контраста по ЖКТ

**Ответ:**установки назогастрального зонда, инфузионной спазмолитической терапии с оценкой рентгенологического пассаж водорастворимого контраста по ЖКТ

**Обоснование:**Спаечную кишечную непроходимость, без странгуляции, возможно ликвидировать консервативными методами.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 255

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Обзорная рентгенография брюшной полости

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069127)

Заключение: горизонтальные уровни жидкости в тонкой кишки. Признаки тонкокишечной непроходимости.

Осмотр затруднен ввиду большого количество содержимого желудка с примесью желчи.

#### Диагноз

#### Спаечная кишечная непроходимость

## Вопрос 6: Несмотря на проводимую консервативную терапию, состояние пациентки без положительной динамики. ЧСС 120 в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Живот вздут, напряжен около пупка, резко болезненный в данной зоне. Газы не отходят, стула нет. По назогастральному зонда – застойное желудочное содержимое с примесью желчи до литра. По данным рентгенологического пассаж водорасторимого контраста – отрицательная динамика виде нарастание чашей Клойбера, контраст в начальных отделах тонкой кишки. Дальнейшая тактика предполагает

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** продолжить консервативную терапию

**2:** удалить назогастральный зонд с последующей выпиской пациента под амбулаторное наблюдение хирурга

**3:** вызвать на консультацию реаниматолога

**4:** проведение экстренной операции - рассечение спаек, назоинтестинальная интубация

#### Правильные ответ(ы):

проведение экстренной операции - рассечение спаек, назоинтестинальная интубация

**Ответ:**проведение экстренной операции - рассечение спаек, назоинтестинальная интубация

**Обоснование:**Устранение механического препятствия, обусловившего непроходимость кишечника, необходимо рассматривать в качестве основной цели оперативного вмешательства.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 244

## Вопрос 7: В данной клинической ситуации интраоперационно эвакуация содержимого дилатированного кишечника осуществляется посредством

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** дивульсии ануса и установку газоотводной трубки

**2:** формирования еюностомы

**3:** зонда Блекмора

**4:** двухпросветного зонда Миллера-Эббота

#### Правильные ответ(ы):

двухпросветного зонда Миллера-Эббота

**Ответ:**двухпросветного зонда Миллера-Эббота

**Обоснование:**Выполнить интубацию кишечника посредством трансназального введения двухпросветного зонда Миллера-Эббота, по мере продвижения которого осуществляют отсасывание кишечного содержимого.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 247

## Вопрос 8: При сохранении сомнительной жизнеспособности 15 см участка тонкой кишки после принятых мер в объеме введения 0,25% раствора новокаин и согревания кишечника салфетками с горячим изотоническим раствором натрия хлорид показано выполнение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** лапаростомии для повторной санации

**2:** резекции пораженного участка кишки в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза

**3:** погружения кишечник в брюшную полость и ушивания её наглухо

**4:** резекции пораженного участка кишки с ушиванием концов кишки наглухо и с последующей ревизией

#### Правильные ответ(ы):

резекции пораженного участка кишки в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза

**Ответ:**резекции пораженного участка кишки в пределах здоровых тканей с формированием анастомоза

**Обоснование:**Любые сомнения в жизнеспособности кишечника при непроходимости должны склонять хирурга к активным действиям, то есть к резекции кишечника.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 247

## Вопрос 9: С целью профилактики рецидива спаечной кишечной непроходимость пациентке целесообразно выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** обертывание кишечника полимерными пленками

**2:** интестинопликацию

**3:** введение в брюшную полость фибринолитических препаратов

**4:** шинирование тонкой кишки с назоинтестинальной интубацией

#### Правильные ответ(ы):

шинирование тонкой кишки с назоинтестинальной интубацией

**Ответ:**шинирование тонкой кишки с назоинтестинальной интубацией

**Обоснование:**В настоящее время вместо интестинопликации рекомендовано проведение длительной (7-9 суток) назоинтестинальной интубации в тщательной предварительной укладкой кишечных петель, что обеспечивает их фиксацию в желаемом порядке.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 256

## Вопрос 10: Симптом Обуховской больницы, баллонообразное расширение ампулы прямой кишки, определяемое при пальцевом исследовании, чаще всего является признаком

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** копростаза

**2:** тонкокишечной непроходимости

**3:** динамической кишечной непроходимости

**4:** заворота сигмовидной кишки

#### Правильные ответ(ы):

заворота сигмовидной кишки

**Ответ:**заворота сигмовидной кишки

**Обоснование:**Низкая толстокишечная непроходимость (заворот сигмовидной кишки) проявляется симптомами Цеге-Мантейфеля и Обуховской больницы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 242

## Вопрос 11: Наиболее опасной и тяжелой формой кишечной непроходимости является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** спаечная

**2:** динамическая

**3:** странгуляционная

**4:** обтурационная

#### Правильные ответ(ы):

странгуляционная

**Ответ:**странгуляционная

**Обоснование:**При осмотре необходимо исключить ущемление наружных брюшных грыж как причину странгуляционной непроходимости. Если ущемление обнаружено, необходимо выполнить экстренную операцию без сложного инструментального обследования. Заворот, узлообразование имеет странгуляционный характер и требует активных хирургических действий.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 242

## Вопрос 12: Кишечной непроходимостью, встречающейся преимущественно в детском возрасте, является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** спаечная

**2:** обтурационная безоаром

**3:** инвагинация

**4:** копростаз

#### Правильные ответ(ы):

инвагинация

**Ответ:**инвагинация

**Обоснование:**Инвагинация возможна в любом возрасте, однако преимущественно возникает у детей до 5 лет (75%).  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 252

# Ситуационная задача 43

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 68-ми лет на 6-ый день болезни.

#### Жалобы

На повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель, кожные высыпания.

#### Анамнез заболевания

Заболел с общего недомогания, слабости, мышечной и суставной боли, температура повысилась до 37,9℃. Отмечал головную боль, отсутствие аппетита.

На следующий день появились сухой кашель, небольшое першение в ротоглотке, заложенность носа.

Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол, ибупруфен), амброксол, пил много жидкости (чай с лимоном, имбирем), мазал грудь бальзамом «звездочка» и «доктор Мом». В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,9℃, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул. В день вызова врача заметил на теле сыпь.

#### Анамнез жизни

Пенсионер, не работает.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; пневмония двусторонняя (2 года назад), хронический бронхит (диагносцирован несколько лет назад, дату не помнит), артериальная гипертензия, стадию заболевания назвать не может (принимает эналаприл). Со слов пациента, в молодости болел краснухой, корью, дизентерией.

Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: вдовец, проживает в отдельной квартире вместе с дочерью и внучкой 5-ти лет, посещающей детский сад (привита по возрасту со слов матери).

Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжал. Питается дома, домашней пищей. Дочь и внучка здоровы. Посещает магазины, аптеки. Средствами индивидуальной защиты не пользуется.

Прививочный анамнез: от гриппа не прививался. Дату последней прививки сказать не может.

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078046)

Температура тела 38,9°С.

Пациент повышенного питания. На коже туловища (грудной клетки, живота, бедер) визуализируется крупная пятнисто-папулезная, не зудящая сыпь. На лице, волосистой части головы сыпи нет.

Склеры не инъецированы, слезотечения нет. Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами. Слизистая щек нормальной окраски, энантемы нет.

Лимфатические узлы не увеличены.

В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 28 в мин.

АД-135/85 мм рт. ст., ЧСС –92 уд. в мин.

Печень и селезенка не увеличены. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул однократный, полуоформленный. Мочеиспускание не нарушено.

В сознании, адекватен, ориентирован в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

## Вопрос 1: Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**2:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки на вирусные инфекции

**3:** реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

**4:** бактериологический посев крови на стерильность

**5:** реакция латекс агглютинации на S ген SARS‑CoV‑2

#### Правильные ответ(ы):

иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови  
ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки на вирусные инфекции

**Ответ:**иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**Обоснование:**Непрямые методы этиологической диагностики  
Выявление иммуноглобулинов классов А, M, G (IgА, IgM и IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептор-связывающему домену поверхностного гликопротеина S). Инструкция по проведению диагностики COVID-19 с применением иммунохимических методов представлена в Приложении 3-2.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1. Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки на вирусные инфекции

**Обоснование:**Прямые методы этиологической диагностики  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК. Инструкция по проведению диагностики COVID-19 с применением МАНК представлена в Приложении 3-1.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1. Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** фибробронхоскопия легких

**2:** спирография

**3:** пульсоксиметрия

**4:** магниторезонансная томография (МРТ) легких

**5:** компьютерная томография (КТ) легких

#### Правильные ответ(ы):

пульсоксиметрия  
компьютерная томография (КТ) легких

**Ответ:**пульсоксиметрия

**Обоснование:**Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.1.3 Инструментальная диагностика  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

**Ответ:**компьютерная томография (КТ) легких

**Обоснование:**КТ имеет высокую чувствительность в выявлении изменений в легких, характерных для COVID-19. Применение КТ целесообразно для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания, а также для дифференциальной диагностики выявленных изменений и оценки динамики процесса.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.3. ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА COVID-19  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 3: Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследования, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Инфекционный мононуклеоз, типичное течение, осложненный двусторонней пневмонией

**2:** Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**3:** Иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтерит. Сопутствующий: обострение хронического бронхита

**4:** Корь, типичная форма, период высыпаний

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Обоснование:**Учитывая начало заболевания с интоксикационного синдрома (лихорадка, головная боль, мышечные и суставные боли); присоединение катарального синдрома (сухой кашель, першение в ротоглотке, заложенность носа); появление на 6-й день признаков дыхательной недостаточности (чувство «заложенности» в груди, одышка), наличие кожных кореподобных высыпаний с отсутствием элементов на лице и этапности высыпаний; данные объективного осмотра (изменения в ротоглотке, отсутствие пятен Филатова-Коплика, наличие сухих и влажных хрипов с обеих сторон, ЧДД – 28 в мин.), данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала и антител Ig M к SARS-CoV-2, отсутствие генетического материала возбудителя кори), данных инструментального обследования (снижение SрO2, наличие поражение легких в виде матового стекла КТ-1), а также данных эпидемиологического анамнеза (контакт с возможно инфицированными лицами), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная». Наличие двусторонних сухих и влажных хрипов, выраженной одышки на 6-й день болезни на фоне усиления интоксикационного синдрома, нельзя исключить присоединение вирусной пневмонии.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки на вирусные инфекции

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Measles virus | Не обнаружено |
| РНК Rubella virus | Не обнаружено |

|  |  |
| --- | --- |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |

ПЦР-диагностика

#### Иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| Anti-B19 IgM | Не обнаружено |
| Anti-B19 IgG | Не обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgA | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgG | Не обнаружено |

|  |  |
| --- | --- |
| Anti-Measles virus IgМ | Не обнаружено |
| Anti-Measles virus IgG | Обнаружено |
| Anti-Rubella virus IgМ | Не обнаружено |
| Anti-Rubella virus IgG | Обнаружено |

ИФА сыворотки крови

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Пульсоксиметрия

SрO2 – 94%

#### Магниторезонансная томография (МРТ) легких

Заключение: наличие двусторонних уплотнений в легочной ткани

## Вопрос 4: При КТ‑1 примерный объем выявленных изменений легких (визуально) составляет \_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** 50‑75

**2:** 25‑50

**3:** < 25

**4:** 75

#### Правильные ответ(ы):

< 25

**Ответ:**< 25

**Обоснование:**Адаптированная «эмпирическая» визуальная шкала [24]  
  
Основана на визуальной оценке примерного объема уплотненной легочной ткани в легком с наибольшим поражением:  
  
Отсутствие характерных проявлений (КТ‑0);  
  
Минимальный объем/распространенность <25% объема легких (КТ-1);  
  
Средний объем/распространенность 25 – 50% объема легких (КТ-2);  
  
Значительный объем/распространенность 50 – 75% объема легких (КТ-3);  
  
Субтотальный объем/распространенность >75% объема легких (КТ-4).  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4. Оценка выраженности изменений в легких при КТ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 5: При проведении КТ ОГК к типичным рентгенологическим проявлениям вирусной пневмонии COVID-19 относят

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** симптом «дерево в почках»

**2:** симптом «матового стекла»

**3:** лобарный инфильтрат

**4:** единичные солидные узелки

#### Правильные ответ(ы):

симптом «матового стекла»

**Ответ:**симптом «матового стекла»

**Обоснование:**4. Диагностика коронавирусной инфекции. 4.1. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID‑19.  
  
15 Рекомендации по формированию описаний и оценке изменений в легких и органах грудной полости при имеющейся/подозреваемой COVID 19 пневмонии представлены в Приложении 1 А.  
  
Рекомендации по описанию данных рентгенографии и компьютерной томографии.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Приложение 1  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 6: Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерно наличие

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** ЧДД более 32/мин, SpO2 ≤ 90%, ОДН с необходимостью респираторной поддержки, изменений в легких КТ 4

**2:** лихорадки выше 38,0℃, ЧДД более 22/мин, пневмонии, SpO2 <95%, изменений в легких КТ 1-2

**3:** ЧДД более 30/мин, SpO2 ≤ 93%, снижения уровня сознания, ажитации, нестабильной гемодинамики, изменений в легких КТ 3-4

**4:** ЧДД=20/мин, температуры тела ниже 38,5℃, кашля, слабости, болей в горле

#### Правильные ответ(ы):

лихорадки выше 38,0℃, ЧДД более 22/мин, пневмонии, SpO2 <95%, изменений в легких КТ 1-2

**Ответ:**лихорадки выше 38,0℃, ЧДД более 22/мин, пневмонии, SpO2 <95%, изменений в легких КТ 1-2

**Обоснование:**Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
Легкое течение  
  
Т тела < 38 °C, кашель, слабость, боли в горле  
  
Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения  
  
Среднетяжелое течение  
  
Т тела > 38 °C  
  
ЧДД > 22/мин  
  
Одышка при физических нагрузках  
  
Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
SpO2 < 95%  
  
СРБ сыворотки крови >10 мг/л  
  
Тяжелое течение  
  
ЧДД > 30/мин  
  
SpO2 ≤ 93%  
  
PaO2 /FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.  
  
Снижение уровня сознания, ажитация  
  
Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л  
  
qSOFA > 2 балла  
  
Крайне тяжелое течение  
  
Стойкая фебрильная лихорадка  
  
ОРДС  
  
ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляции легких)  
  
Септический шок  
  
Полиорганная недостаточность  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени или картина ОРДС.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: Для коронавирусной инфекции характерным изменением в периферической крови является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** тромбоцитоз

**2:** лимфоцитоз

**3:** лимфопения

**4:** анэозинофилия

#### Правильные ответ(ы):

лимфопения

**Ответ:**лимфопения

**Обоснование:**У большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.3 Прогностические лабораторные маркеры  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Компьютерная томография (КТ) легких

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078047)

Корональный тонкосрезовый КТ-скан без введения контрастного препарата

Заключение: наличие области уплотнения по типу «матового стекла» округлой формы в обеих верхних долях (стрелки). КТ картина двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии, КТ-1.

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

## Вопрос 8: Тактика в отношении данного пациента с изменениями в легких, соответствующими КТ1, включает

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** обязательную госпитализацию

**2:** амбулаторное лечение

**3:** лечение в ОРИТ

**4:** консультацию врача-пульмонолога

#### Правильные ответ(ы):

обязательную госпитализацию

**Ответ:**обязательную госпитализацию

**Обоснование:**Подлежат госпитализации вне зависимости от тяжести заболевания:  
  
пациенты, относящиеся к группе риска (возраст старше 65 лет, наличие сопутствующих заболеваний и состояний: артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, онкологических заболеваний, гиперкоагуляции, ДВС- синдрома, острого коронарного синдрома, сахарного диабета, цирроза печени, (далее – пациенты, относящиеся к группе медицинского риска);  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
9.4. ПОРЯДОК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В МЕДИЦИНСКИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 9: Этиотропным препаратом, который может быть использован при лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рибавирин

**2:** фавипиравир

**3:** осельтамивир

**4:** занамивир

#### Правильные ответ(ы):

фавипиравир

**Ответ:**фавипиравир

**Обоснование:**В настоящее время следует выделить несколько препаратов, которые могут быть использованы при лечении COVID-19: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
5.1. ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 10: Пациенту, получающему эналаприл (препарат из группы ингибиторов АПФ) при коронавирусной инфекции показано

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** уменьшить дозу препарата в два раза

**2:** увеличить дозу препарата в два раза

**3:** продолжить прием препарата в той же дозировке

**4:** полностью прервать прием препарата

#### Правильные ответ(ы):

продолжить прием препарата в той же дозировке

**Ответ:**продолжить прием препарата в той же дозировке

**Обоснование:**В связи с тем, что АПФ2 является функциональным рецептором для SARS-CoV-2, было высказано предположение, что это может объяснять высокий риск летального исхода при COVID-19 у пациентов с артериальной гипертензией, получающих препараты из группы ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину. Эти опасения носили гипотетический характер и не получили практического подтверждения. Более того, имеются косвенные данные о возможном протективном действии этих препаратов при COVID-19. Экспертами Европейского общества кардиологов опубликовано заявление о том, что данных о неблагоприятных эффектах этих препаратов на течение COVID-19 нет, их прием настоятельно рекомендуется продолжать.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
5.7. ОСОБЫЕ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ  
Пациенты с артериальной гипертензией  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: У взрослых из групп риска для медикаментозной профилактики COVID19 возможно применение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** аминодигидрофталазиндиона натрия

**2:** имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты

**3:** рекомбинантного ИФН-α

**4:** оксолиновой мази

#### Правильные ответ(ы):

рекомбинантного ИФН-α

**Ответ:**рекомбинантного ИФН-α

**Обоснование:**7.3. Медикаментозная профилактика COVID19 у взрослых  
  
Для медикаментозной профилактики COVID-19 возможно назначение интраназальных форм ИФН-α (у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного ИФН-α2b) и/или умифеновира (Приложение 9).  
  
Приложение 9. Рекомендованные схемы медикаментозной профилактики COVID-19  
  
Здоровые лица и лица из группы риска (старше 60 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями)  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
ИЛИ  
  
Умифеновир по 200 мг 2 раза в неделю в течение 3 недель  
  
Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
+  
  
Умифеновир по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней  
  
  
  
\* При необходимости профилактические курсы повторяют  
  
\*\* Беременным назначают только рекомбинантный ИФН-α2b  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
7.3. Медикаментозная профилактика COVID-19 у взрослых  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: Применение умифеновира для медикаментозной профилактики COVID-19 лицам из группы риска назначают в течение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 2-х суток

**2:** 5-ти дней

**3:** 1,5 месяцев

**4:** 3-х недель

#### Правильные ответ(ы):

3-х недель

**Ответ:**3-х недель

**Обоснование:**7.3. Медикаментозная профилактика COVID19 у взрослых  
  
Для медикаментозной профилактики COVID-19 возможно назначение интраназальных форм ИФН-α (у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного ИФН-α2b) и/или умифеновира (Приложение 9).  
  
Приложение 9 Рекомендованные схемы медикаментозной профилактики COVID19  
  
Здоровые лица и лица из группы риска (старше 60 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями)  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
ИЛИ  
  
Умифеновир по 200 мг 2 раза в неделю в течение 3 недель  
  
Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
+  
  
Умифеновир по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней  
  
  
  
\* При необходимости профилактические курсы повторяют  
  
\*\* Беременным назначают только рекомбинантный ИФН-α2b  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
7.3. Медикаментозная профилактика COVID-19 у взрослых  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 44

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 25 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

#### Жалобы

На наличие образования выше пупка по белой линии живота, периодические боли в эпигастральной области.

#### Анамнез заболевания

После родов отметила появление вышеуказанных жалоб образования, которое стало увеличиваться в размерах, появились боли и чувство сдавления в эпигастрии при физических нагрузках.

#### Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты не отмечает.

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 64 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: в эпигастральной области, по белой линии живота выше пупка на 2 см имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 2х1 см, вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный.

## Вопрос 1: На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Послеоперационная вентральная грыжа

**2:** Липома передней брюшной стенки

**3:** Новообразование передней брюшной стенки

**4:** Грыжа белой линии живота

#### Правильные ответ(ы):

Грыжа белой линии живота

**Ответ:**Грыжа белой линии живота

**Обоснование:**При пальпации неосложненная грыжа безболезненна, имеет мягкоэластическую консистенцию и обычно свободно вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении пациента.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 726

## Вопрос 2: Отличительным признаком не ущемленной грыжи у пациентки является положительный симптом

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** поколачивания

**2:** Щеткина-Блюмберга

**3:** «кашлевого толчка»

**4:** Кохера

#### Правильные ответ(ы):

«кашлевого толчка»

**Ответ:**«кашлевого толчка»

**Обоснование:**Классическим признаком любых форм грыж, за исключением ущемленных, служит положительный симптом кашлевого толчка. При покашливании пациента пальцы врача ощущают толчки органа, выходящего в грыжевой мешок.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 725

## Вопрос 3: Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** МРТ передней брюшной стенки

**2:** КТ брюшной полости

**3:** УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

**4:** УЗИ органов брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

**Ответ:**УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

**Обоснование:**УЗИ высокоинформативный метод инструментального обследования пациента с различными видами грыж.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 725

## Вопрос 4: Сформулируйте окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Неосложненная грыжа белой линии живота

**2:** Липома передней брюшной стенки

**3:** Метастаз из невыясненного источника

**4:** Фиброма передней брюшной стенки

#### Правильные ответ(ы):

Неосложненная грыжа белой линии живота

**Ответ:**Неосложненная грыжа белой линии живота

**Обоснование:**При пальпации неосложненная грыжа безболезненна, имеет мягкоэластическую консистенцию и обычно свободно вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении пациента.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ношении бандажа

**2:** хирургическом лечении: грыжесечение

**3:** ограничении физических нагрузок, диете

**4:** динамическом наблюдении

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: грыжесечение

**Ответ:**хирургическом лечении: грыжесечение

**Обоснование:**Устранить грыжу и предотвратить осложнения можно только хирургическим путем. Именно поэтому само по себе наличие наружной брюшной грыжи служит показанием к оперативному лечению…  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 726

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Неосложненная грыжа белой линии живота

## Вопрос 6: Пациентке в плановом порядке планируется выполнение оперативного лечения грыжесечения с пластикой передней брюшной стенки по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Лексеру

**2:** Напалкову

**3:** Менге

**4:** Сапежко

#### Правильные ответ(ы):

Сапежко

**Ответ:**Сапежко

**Обоснование:**При небольших грыжевых воротах для их закрытия у взрослых обычно используют методы с удвоением апоневроза. Из них отметим прежде всего способ братьев Мейо (1901), а так же способ К.С. Сапежко (1900). При значительных размерах грыжевых ворот используют синтетические сетчатые протезы. Другие способы пластики ввиду их ненадежности или чрезмерной сложности в клинической практике не применяют.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 757

## Вопрос 7: В случае выполнения методики Onlay у данной пациентки эндопротез будет фиксироваться

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** к краям фасциального дефекта в виде мостика

**2:** к заднему влагалищу прямых мышц живота

**3:** поверх фасциального дефекта

**4:** интраперитонеально к передней брюшной стенке

#### Правильные ответ(ы):

поверх фасциального дефекта

**Ответ:**поверх фасциального дефекта

**Обоснование:**Методика «Onlay» состоит в том, что эндопротез фиксируют поверх фасциального дефекта.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С.54

## Вопрос 8: Содержимым грыжевого мешка у данной пациентке будет

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** петля тонкой кишки

**2:** слепая кишка

**3:** большой сальник

**4:** печень

#### Правильные ответ(ы):

большой сальник

**Ответ:**большой сальник

**Обоснование:**Грыжевым содержимым чаще всего становится большой сальник, значительно реже поперечная ободочная кишка.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 757

## Вопрос 9: Особенно тщательно нужно обращать внимание на пупочную область на предмет метастаза

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Шницлера

**2:** сестры Марии Джозеф

**3:** Вирхова

**4:** Ауэрбаха

#### Правильные ответ(ы):

сестры Марии Джозеф

**Ответ:**сестры Марии Джозеф

**Обоснование:**Необходимо тщательно обследовать левую надключичную область (метастаз Вирхова в левые надключичные лимфатические узлы) и область пупка (метастаз сестры Марии Джозеф в пупок по ходу круглой связки печени).  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 587.

## Вопрос 10: Пациенке показано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дренирование раневой полости

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** активное

**2:** пункционное

**3:** пассивное

**4:** механическое

#### Правильные ответ(ы):

активное

**Ответ:**активное

**Обоснование:**При применении синтетических эксплантатов, особенно при их расположении над апоневрозом, течение послеоперационного периода имеет свои особенности. Эти отличия – следствие широкой мобилизации кожных лоскутов и подкожной клетчатки…. Возникающие при этом нарушения оттока венозной крови и лимфы из подкожной клетчатки приводят к скоплению в ране большого количества серозного отделяемого и замедлению её заживления. С целью профилактики образования сером необходимо дренирование раневой полости дренажами, расположенными между подкожной жировой клетчаткой и эксплантатом.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 769

## Вопрос 11: В зависимости от пола эпигастральной грыжей

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** женщины вообще не болеют

**2:** женщины болеют чаще, чем мужчины

**3:** мужчины болеют чаще, чем женщины

**4:** женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

#### Правильные ответ(ы):

мужчины болеют чаще, чем женщины

**Ответ:**мужчины болеют чаще, чем женщины

**Обоснование:**Эпигастральные грыжи встречаются, как правило, у мужчин в возрасте 25-45 лет, занятых тяжелым физическим трудом.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 759

## Вопрос 12: Пациентке рекомендовано ношение бандажа в течение \_\_\_\_\_\_\_\_\_ месяцев

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 12

**2:** 24

**3:** 6

**4:** 1-2

#### Правильные ответ(ы):

1-2

**Ответ:**1-2

**Обоснование:**Ношение эластичного бандажа после выполнения пластики передней брюшной стенки показано в течение 1-2 мес. Использование бандажа в большие сроки нецелесообразно из-за ослабления мышц передней брюшной стенки и показано только при выполнении пациентом физической нагрузки.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 769

# Ситуационная задача 45

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 28 лет доставлен автомашиной СМП в приемное отделение ожогового центра

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

хронические заболевания – отрицает

курит до 20 сигарет в день,

алкоголь употребляет нерегулярно; может выпить до 1 литра водки

аллергических реакций нет

официально не работает

проживает в квартире один

от столбняка привит в 17 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/047/001047016)

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

Местный статус:

## Вопрос 1: Для определения площади ожога используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** планиметрия

**2:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**3:** "правило девяток"

**4:** "правило ладони"

#### Правильные ответ(ы):

"правило ладони"

**Ответ:**"правило ладони"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони»- площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадьладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» 2.2.Физикальное обследование  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)  
  
На рисунке видно, что площадь поражения приблизительно соответствует 10% поверхности тела

## Вопрос 2: По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог \_\_\_\_\_\_\_\_ степени (по МКБ -10)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** IIIАБ

**2:** IIIБ-IV

**3:** III

**4:** II

#### Правильные ответ(ы):

III

**Ответ:**III

**Обоснование:**У пациента определяется толстый серо-желтый струп в центре раны с разрывами струпа в подмышечной области; по периферии – полоса более тонкого «мозаичного» струпа Ожоги в области левой боковой поверхности туловища, на левом плече, в подмышечной области III cтепени.  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения III cтепени — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений … обугливание кожи сразрывами ее…  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
2.2.Физикальное обследование, стр 23-24  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 3: Среди лабораторных исследований в эти сроки после травмы наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ мочи

**2:** клинический анализ крови

**3:** анализ крови на КЩС

**4:** биохимический анализ крови

#### Правильные ответ(ы):

клинический анализ крови

**Ответ:**клинический анализ крови

**Обоснование:**Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL  
Приложение Г2. Алгоритм обследования пострадавших с ожогами, с.96  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 4: На основании анамнеза, клинической картины и лабораторных данных пациенту может быть установлен диагноз: Ожог пламенем левой боковой поверхности туловища и левой верхней конечности

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Ожогового шока

**2:** Острой ожоговой токсемии

**3:** Реконваленценции

**4:** Септикотоксемии

#### Правильные ответ(ы):

Острой ожоговой токсемии

**Ответ:**Острой ожоговой токсемии

**Обоснование:**У пациента отмечается лейкоцитоз, лимфоцитопения, обусловленные развитием ожоговой болезни в стадии острой ожоговой токсемии.  
  
Острая ожоговая токсемия - клинический синдром, связанный с действием циркулирующих в крови токсических веществ различного происхождения. Продолжительность - 3-10 суток.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» 1.6 Классификация  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 5: В неотложном порядке пациенту показано общее лечение - дезинтоксикационная терапия и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** гемотрансфузия

**2:** антибактериальная терапия

**3:** коррекция электролитных нарушений

**4:** парентеральное питание

#### Правильные ответ(ы):

антибактериальная терапия

**Ответ:**антибактериальная терапия

**Обоснование:**У пациента имеются клинико-лабораторные признаки токсемии при отсутствии на текущий момент анемии и белково-электролитных расстройств. Также имеются признаки поражения печени, вероятно, обусловленные алкогольной интоксикацией.  
  
Основные принципы лечения обожженных в периоды токсемии и септикотоксемии:  
  
Рекомендуется профилактика и компенсация белково-энергетических потерь.  
  
Рекомендуется профилактика и лечение анемии.  
  
Рекомендуется дезинтоксикационная терапия.  
  
Рекомендуется нормализация водно-электролитного баланса.  
  
Рекомендуется антибактериальная терапия.  
  
Рекомендуется иммунотерапия.  
  
Рекомендуется органопротекция и симптоматическая терапия.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
3.1.1. Лечение ожоговой болезни. Системная терапия. С.33  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 6: В неотложном порядке пациенту показана \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ хирургическая обработка ожоговых ран

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ранняя

**2:** вторичная

**3:** этапная

**4:** первичная

#### Правильные ответ(ы):

первичная

**Ответ:**первичная

**Обоснование:**Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Приложение Г21, с.110  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)  
  
У пациента глубокое поражение в виде сухого и влажного струпа имеются остатки эпидермиса и влажные некротические ткани, подлежащие удалению.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Клинический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | результат |
| Гемоглобин | 130,0 - 160,0 муж. 120,0 – 140,0 жен. | 155,0 |
| Гематокрит | 35,0 - 47,0 | 45,7 |
| Лейкоциты | 4,00 - 9,00 | 12,5 |
| Эритроциты | 4,00 - 5,70 | 5,07 |
| Тромбоциты | 150,0 - 320,0 | 325,0 |
| Лимфоциты | 17,0 - 48,0 | 13,8 |
| Моноциты | 2,0 - 10,0 | 5,1 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 79,3 |
| Эозинофилы | 0,0 - 6,0 | 1,2 |
| Базофилы | 0,0 - 1,0 | 0,6 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 62 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | результат |
| Общий белок, г\л | 63-87 | 61 |
| Альбумин,г\л | 35-45 | 36 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 8,49-20,58 | 21,3 |
| АЛТ, Ед/л | до 38 | 38,0 |
| АСТ, Ед/л | до 42 | 19,0 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5-8,3 | 6,3 |
| Креатинин, мкмоль/л | 44-97 – у женщин, 62-124 – у мужчин | 55,0 |
| Калий, ммоль/л | 3,35-5,35 | 3,89 |
| Натрий, ммоль/л | 130-155 | 145 |

#### Диагноз

#### Острой ожоговой токсемии

## Вопрос 7: После выполнения первичной хирургической обработки ран показано местное лечение с применением

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** аллопластических заменителей кожи

**2:** влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**3:** синтетических повязок с силиконовым слоем

**4:** биологических повязок

#### Правильные ответ(ы):

влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Ответ:**влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Обоснование:**при глубоких ожогах III степени в 1 стадию раневого процесса обосновано применение сухого способа лечения для «консервации» струпа (Приложение Г19).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
 Приложение Г19, с.108  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 8: Для скорейшего удаления некротических тканей и подготовки к пластическому закрытию в ближайшие 1-2 дня необходимо выполнить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ран

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическую некрэктомию

**2:** химическую некротомию

**3:** хирургическую некротомию

**4:** химический некролиз

#### Правильные ответ(ы):

хирургическую некрэктомию

**Ответ:**хирургическую некрэктомию

**Обоснование:**Наличие глубокого ожога является показанием к хирургическому лечению независимо от сроков получения ожоговой травмы, площади поражения, других клинических и организационных факторов.  
  
Рекомендуются в качестве оптимальных сроки раннего хирургического лечения ограниченных по площади глубоких ожогов – 1-2 сутки от поступления больного.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» Приложение Г21, с.110  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 9: Для закрытия раневой поверхности в данной ситуации предпочтительным является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** аллопластический заменитель кожи

**2:** аутодермотрансплантат на микрососудистых анастомозах

**3:** перемещенный лоскут с осевым кровоснабжением

**4:** расщепленный аутодермотрансплантант

#### Правильные ответ(ы):

расщепленный аутодермотрансплантант

**Ответ:**расщепленный аутодермотрансплантант

**Обоснование:**Рекомендуется в качестве основного метода раннего хирургического лечения глубоких ожогов хирургическая некрэктомия с одновременным пластическим закрытием послеоперационного дефекта.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» Хирургическое лечение, стр.61  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 10: Лечение донорских ран рекомендуется проводить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** синтетическими губчатыми повязками

**2:** однократно наложенными влажно-высыхающими марлевыми повязками с растворами антисептиков

**3:** аллопластическими заменителями кожи

**4:** биологическими покрытиями

#### Правильные ответ(ы):

однократно наложенными влажно-высыхающими марлевыми повязками с растворами антисептиков

**Ответ:**однократно наложенными влажно-высыхающими марлевыми повязками с растворами антисептиков

**Обоснование:**Рекомендуется проводить лечение ран донорских участков после забора расщепленных аутодермотрансплантатов, особенно обширные, под однократно наложенными влажно-высыхающими марлевыми повязками с растворами антисептиков, используя дополнительные физические методы их высушивания …  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» Местное консервативное лечение, стр. 56  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 11: У данного пациента возможно раннее осложнение ожоговой болезни в виде

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** ожогового сепсиса

**2:** острой печеночной недостаточности

**3:** эрозий и язв желудочно-кишечного тракта

**4:** острой почечной недостаточности

#### Правильные ответ(ы):

эрозий и язв желудочно-кишечного тракта

**Ответ:**эрозий и язв желудочно-кишечного тракта

**Обоснование:**Парез и эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта при тяжелой ожоговой травме развивается вследствие гипоперфузии, ишемии и повреждения слизистой оболочки, как правило, при отсроченном начале или неадекватной противошоковой терапии.  
  
Профилактика осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта:  
  
Рекомендуется раннее начало энтерального питания и антисекреторная терапия ингибиторами протонной помпы (ИПП)  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» Лечение ожоговой болезни. Системная терапия, стр. 42  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Дополнительные сведения

На 4-е сутки после травмы выполнено хирургическое лечение – первичная хирургическая некрэктомия окамляющим разрезом, подкожно-жировая и фасциальная. Признаков воспалительной реакции в ране нет, сомнительно-жизнеспособных участков нет

#### Дополнительные сведения

Одномоментно с некрэтомией выполнена дерматомная аутодермопластика 10% поверхности тела. Донорские зоны – передние поверхности обоих бедер

## Вопрос 12: У данного пациента вероятно развитие отдаленного осложнения ожоговой травмы в виде

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** отводящей контрактуры левого плечевого сустава

**2:** ожогового раневого истощения

**3:** хронической печеночно-почечной недостаточности

**4:** приводящей контрактуры левого плечевого сустава

#### Правильные ответ(ы):

приводящей контрактуры левого плечевого сустава

**Ответ:**приводящей контрактуры левого плечевого сустава

**Обоснование:**У пациента тотальное глубокое поражение левой подмышечной области, рубцовый процесс в зоне аутодермопластики неизбежен.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» Приложение Г26, стр. 118  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

# Ситуационная задача 46

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний нет.

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 154 см, масса тела 48 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** гангренозный холецистит

**2:** синдром Маллори-Вайсса

**3:** острый аппендицит

**4:** болезнь Крона

#### Правильные ответ(ы):

острый аппендицит

**Ответ:**острый аппендицит

**Обоснование:**На основании появления симптомов и динамики их развития, в первую очередь можно заподозрить острый аппендицит.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 105-106

## Вопрос 2: Основываясь на данных анамнеза у данного пациента можно выявить симптом

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Валя

**2:** Кохера

**3:** Кера

**4:** Ортера

#### Правильные ответ(ы):

Кохера

**Ответ:**Кохера

**Обоснование:**Симптом Кохера – смещение боли из эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 106

## Вопрос 3: Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** определение РЭА

**2:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**3:** общий анализ мочи

**4:** общий анализ крови

**5:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

**6:** определение СА 19-9

#### Правильные ответ(ы):

биохимический анализ крови + С-реактивный белок  
общий анализ мочи  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**ОАМ необходим для дифференциальной диагностики, в частности для исключения патологии мочевыделительной системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 109

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Симптом Кохера

Симптом Кохера положительный

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При остром холецистите в общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 147

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Симптом Кохера

Симптом Кохера положительный

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ необходим для дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями брюшной полости, в т.ч. острым холециститом, холедохолитиазом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 108-109

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Симптом Кохера

Симптом Кохера положительный

## Вопрос 4: Первоочередным методом инструментальной диагностики является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгенография органов брюшной полости

**2:** УЗИ брюшной полости + малого таза

**3:** колоноскопия

**4:** эзофагогастродуоденоскопия

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости + малого таза

**Ответ:**УЗИ брюшной полости + малого таза

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, поскольку помимо исключения патологических изменений правой почки и правого мочеточника, желчного пузыря и желчных протоков, поджелудочной железы, матки и ее придатков позволяет обнаружить в брюшной полости свободную жидкость, а иногда и увеличенный червеобразный отросток.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 149-150

## Вопрос 5: На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Болезнь крона

**2:** Рак сигмовидной кишки

**3:** Острый аппендицит

**4:** Острый панкреатит

#### Правильные ответ(ы):

Острый аппендицит

**Ответ:**Острый аппендицит

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза, данных общего и биохимеческого анализов крови, УЗИ брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 114

## Вопрос 6: Вашей дальнейшей лечебной тактикой является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** оперативное вмешательство: лапаросокопическая аппендэктомия

**2:** левосторонняя гемиколэктомия

**3:** резекция сигмовидной кишки

**4:** правосторонняя гемиколэктомия

#### Правильные ответ(ы):

оперативное вмешательство: лапаросокопическая аппендэктомия

**Ответ:**оперативное вмешательство: лапаросокопическая аппендэктомия

**Обоснование:**Из лечебных мероприятий при остром флегманозном аппендиците показано выполнение оперативного вмешательства в объеме: лапароскопическая аппендэктомия  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 132

## Вопрос 7: Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** неоднократное вмешательство на брюшной полости

**2:** плотный аппендикулярный инфильтрат

**3:** геморрагический диатез

**4:** гипертоническая болезнь

#### Правильные ответ(ы):

плотный аппендикулярный инфильтрат

**Ответ:**плотный аппендикулярный инфильтрат

**Обоснование:**Противопоказанием для выполнения экстренной аппендэктомии является плотный аппендикулярный инфильтрат.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 136

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 130,0 - 160,0 | 143 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 42 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 13,3 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 4,75 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 211,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 19,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 7,8 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 64,5 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 1,6 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,9 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 54 |

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| количество | 200 мл |
| цвет | Светло-желтый |
| прозрачность | полная |
| реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| белок | 0,02 г/л |
| уробилин | отсутствует |
| лейкоциты | 1-3 в поле зрения |
| эритроциты | 0-1 в поле зрения |
| цилиндры | отсутсвуют |
| эпителий | отсутствует |
| бактерии | отсутствуют |
| слизь | немного |
| соли | отсутствуют |

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок | 64 - 82 | 79,1 |
| Мочевина | 2,5 - 6,4 | 4,7 |
| Креатинин | 53 - 115 | 55 |
| Билирубин общий | 3,0 - 17,0 | 10,2 |
| Билирубин прямой | 0,0 - 3,0 | 2,9 |
| АЛТ | 15,0 - 61,0 | 16,4 |
| АСТ | 15,0 - 37,0 | 27,9 |
| Щелочная фосфатаза | 50,0 - 136,0 | 128,2 |
| Альфа-Амилаза | 25-125 | 55 |
| Глюкоза | 3,89 – 5,83 | 4,9 |
| С-реактивный белок | Не более 0,49 мг/л | 12 мг/л |

РЭА не опр. (норма до 3 нг/мл)

#### Результаты инструментального метода обследования

#### УЗИ брюшной полости + малого таза

Заключение: острый флегмонозный аппендицит

#### Диагноз

#### Острый аппендицит

## Вопрос 8: При разлитом гнойном перитоните аппендикулярного происхождения в первую очередь показано выполнение

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** инфузионной терапии

**2:** аппендэктомии

**3:** анальгетической терапии

**4:** антибактериальной терапии

#### Правильные ответ(ы):

аппендэктомии

**Ответ:**аппендэктомии

**Обоснование:**При гнойном перитоните применяется аппендэктомия, санация брюшной полости и ее дренирование.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 131

## Вопрос 9: Типичным осложнением острого аппендицита является формирование

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** парааппендикулярного абсцесса

**2:** цистита

**3:** пилефлебита

**4:** дивертикулита

#### Правильные ответ(ы):

парааппендикулярного абсцесса

**Ответ:**парааппендикулярного абсцесса

**Обоснование:**Типичным осложнением острого аппендицита является формирование парааппендикулярного абсцесса  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 128

## Вопрос 10: Положительный симптом Ситковского заключается в

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** возникновении боли в правой подвздошной области при лёгком постукивании кончиками пальцев по передней брюшной стенке

**2:** усилении боли при натуживании

**3:** усилении болезненности при пальпации правой подвздошной области в положении больного на левом боку

**4:** усилении боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку

#### Правильные ответ(ы):

усилении боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку

**Ответ:**усилении боли в правой подвздошной области при положении больного на левом боку

**Обоснование:**Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 107-108

## Вопрос 11: В дифференциальной диагностике острого аппендицита с нарушенной внематочной беременностью может быть использована

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** иригография

**2:** бимануальная пальпация придатков матки

**3:** цистоскопия

**4:** пункция заднего свода влагалища

#### Правильные ответ(ы):

пункция заднего свода влагалища

**Ответ:**пункция заднего свода влагалища

**Обоснование:**Пункция заднего свода влагалища наиболее информативный метод, позволяющий провести дифференциальную диагностику острого аппендицита с внематочной беременностью.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 128

## Вопрос 12: Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается с/со

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** слизистой тонкой кишки

**2:** мышечного слой червеобразного отростка

**3:** обтурации желчных протоков

**4:** слизистой червеобразного отростка

#### Правильные ответ(ы):

слизистой червеобразного отростка

**Ответ:**слизистой червеобразного отростка

**Обоснование:**Развитие патологического процесса при остром аппендиците начинается со слизистой червеобразного отростка  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 104

# Ситуационная задача 47

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Больная У., 63 лет, самотеком обратилась в приемное отделение ГКБ.

#### Жалобы

На умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

#### Анамнез заболевания

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 176 см, масса тела 86 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 130/85 мм рт. ст.

Локальный статус: Язык влажный,чистый. Живот вздут, болезненный при пальпации. При сукуссии можно услышать «шум плеска». При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно заподозрить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острый панкреатит

**2:** острый аппендицит

**3:** прободная язва желудка

**4:** кишечная непроходимость неуточненная

#### Правильные ответ(ы):

кишечная непроходимость неуточненная

**Ответ:**кишечная непроходимость неуточненная

**Обоснование:**Ведущие симптомы острой кишечной непроходимости – боли в животе, его вздутие, рвота, задержка стула и газов.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 234

## Вопрос 2: Для постановки диагноза необходимо выполнить такие инструментальные методы исследования как (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгеноскопия желудка

**2:** ретроградная пиелография

**3:** гастроскопия

**4:** колоноскопия

**5:** обзорная рентгенография брюшной полости

**6:** МРТ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

колоноскопия  
обзорная рентгенография брюшной полости

**Ответ:**колоноскопия

**Обоснование:**Колоноскопия играет важную роль в своевременной диагностике и лечении опухолевой толстокишечной непроходимости.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 239

**Ответ:**обзорная рентгенография брюшной полости

**Обоснование:**Рентгенологическое исследование – основной специальный метод диагностики острой кишечной непроходимости. Как правила, сначала выполняют обзорную рентгенографию брюшной полости.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 237

## Вопрос 3: Дифференциальная диагностика острой кишечной непроходимости включает

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** острый цистит

**2:** почечную колику

**3:** желчную колику

**4:** разлитой перитонит

#### Правильные ответ(ы):

разлитой перитонит

**Ответ:**разлитой перитонит

**Обоснование:**Все острые хирургические заболевния органов брюшной полости, обуславливающие возможность развития перитонита, протекают с симптомами паралитической кишечной непроходимости.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 149-150

## Вопрос 4: В качестве подготовки к колоноскопии используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** проведение очистительных клизм

**2:** ирригоскопия

**3:** исследование пассажа взвеси сульфата бария

**4:** прием слабительного средства

#### Правильные ответ(ы):

проведение очистительных клизм

**Ответ:**проведение очистительных клизм

**Обоснование:**После использования с лечебной целью клизм, дистальный (отводящей) участок кишки очищают от остатков каловых масс, что позволяет приедпринять полноценное эндоскопическое исследование.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 239

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Гастроскопия

Очаговый гастрит

#### Ретроградная пиелография

Патологии чашечно-лоханочной системы не выявлено

#### Результаты обследования

#### Разлитой перитонит

Данных за разлитой перитонит не получено.

## Вопрос 5: На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Ущемление пупочной грыжи, странгуляционная кишечная непроходимость

**2:** Разлитой гнойный перитонит, динамическая кишечная непроходимость

**3:** Рак сигмовидной кишки cT3N0M0, острая опухолевая обтурационная толстокишечная непроходимость

**4:** Острый панкреатит, динамическая кишечная непроходимость

#### Правильные ответ(ы):

Рак сигмовидной кишки cT3N0M0, острая опухолевая обтурационная толстокишечная непроходимость

**Ответ:**Рак сигмовидной кишки cT3N0M0, острая опухолевая обтурационная толстокишечная непроходимость

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза, клинического осмотра, инструментальных методов исследования.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 241

## Вопрос 6: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении

**2:** консервативной терапии

**3:** динамическом наблюдении

**4:** эндоскопическом удалении опухоли сигмовидной кишки

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении

**Ответ:**хирургическом лечении

**Обоснование:**Устранение механического препятствия, обусловившего кишечную непроходимость, необходимо рассматривать в качестве основной цели оперативного вмешательства.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 243-245

## Вопрос 7: При отсутствии противопоказаний наиболее эффективным и безопасным для пациента методом лечения на первом этапе является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** консервативная терапия: проведение очистительных клизм

**2:** эндоскопическое лечение: стентирование сигмовидной кишки

**3:** динамическое наблюдение

**4:** эндоскопическое лечение: удаление опухоли сигмовидной кишки

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопическое лечение: стентирование сигмовидной кишки

**Ответ:**эндоскопическое лечение: стентирование сигмовидной кишки

**Обоснование:**Устранение механического препятствия, обусловившего кишечную непроходимость, необходимо рассматривать в качестве основной цели оперативного вмешательства.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 243-245

## Вопрос 8: При отсутствии возможности эндоскопического лечения и отсутствии признаков нерезектабельности в условиях кишечной непроходимости операцией выбора является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** операция Гартмана

**2:** выведение сигмостомы

**3:** резекция прямой кишки

**4:** выведение трансверзостомы

#### Правильные ответ(ы):

операция Гартмана

**Ответ:**операция Гартмана

**Обоснование:**Хирургическое пособие в идеале не только ликвидирует кишечную непроходимость, но и устраняет заболевание, вызвавшее ее. Операция Гартмана – одна из самых распространенных операций, применяемых при лечении рака и других патологий толстой кишки, протекающих с осложнениями (кишечная непроходимость, прободение, кровотечение, перитонит).  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 243-245

#### Доступны новые данные:

#### Обзорная рентгенография брюшной полости

Выявлены чаши Клойбера (как тонкокишечные, так и толстокишечные уровни)

#### Колоноскопия

При колоноскопии выявлена опухоль сигмовидной кишки, размерами 3,5х4 см, вызывающая сужение просвета кишки до 1 см.

#### Проведение очистительных клизм

При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

#### Диагноз

#### Рак сигмовидной кишки cT3N0M0, острая опухолевая обтурационная толстокишечная непроходимость

## Вопрос 9: К видам динамической кишечной непроходимости относится

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** обтурационная

**2:** спастическая

**3:** высокая

**4:** странгулиционая

#### Правильные ответ(ы):

спастическая

**Ответ:**спастическая

**Обоснование:**Динамическая (функциональная) непроходимость: спастическая, паралитеческая.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 230

## Вопрос 10: К классификации по уровню кишечной непроходимости относится

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** спастическая

**2:** инвагинационная

**3:** низкая (толстокишечная)

**4:** смешанная

#### Правильные ответ(ы):

низкая (толстокишечная)

**Ответ:**низкая (толстокишечная)

**Обоснование:**По уровню препятствия механическая непроходимость подразделяется на высокую (тонкокишечная), низкую (толстокишечную)  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 230

## Вопрос 11: Ранним симптомом механической кишечной непроходимости является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** симптом Склярова

**2:** диарея

**3:** симптом Валя

**4:** рвота

#### Правильные ответ(ы):

симптом Валя

**Ответ:**симптом Валя

**Обоснование:**Локальное вздутие живота при пальпируемой в этой зоне раздутой петле кишки, над которой определяется высокий тимпанит (симптом Валя) -, ранний симптом механической кишечной непроходимости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 236

## Вопрос 12: Обтурационную кишечную непроходимость вследствие опухолевого процесса обычно наблюдают у пациентов старше \_\_\_\_ лет

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 25

**2:** 50

**3:** 40

**4:** 30

#### Правильные ответ(ы):

50

**Ответ:**50

**Обоснование:**Обтурационную кишечную непроходимость вследствие опухолевого процесса обычно наблюдают у пациентов старше 50 лет  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 229

# Ситуационная задача 48

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

Считает себя больным около суток, когда утром заметил дискомфорт в эпигастрии, отсутствие аппетита. К обеду боль сместилась в правую подвздошную область с иррадиацией в поясницу, появилась тошнота и однократный жидкий стул.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

МКБ.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 170 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 94 в 1 мин, АД 120/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык подсушен. Живот не вздут, локально напряжен и болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы отрицательные. Стул жидкий однократно. Симптом поколачивания по поясничной области положительный. Мочеиспускание учащенное.

## Вопрос 1: На основании осмотра и физикальных данных может быть заподозрен диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** прободная язва желудка или двенадцатипертсной кишки

**2:** почечная колика

**3:** острый панкреатит

**4:** острый аппендицит

#### Правильные ответ(ы):

острый аппендицит

**Ответ:**острый аппендицит

**Обоснование:**Боли возникают в эпигастральной области или имеют неоправленную локализацию, далее перемещаются в правую подвздошную область. Чаще бывает тошнота.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 106

## Вопрос 2: Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** УЗИ предстательной железы

**2:** обзорный снимок брюшной полости

**3:** УЗИ брюшной полости и почек

**4:** колоноскопия

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости и почек

**Ответ:**УЗИ брюшной полости и почек

**Обоснование:**Ультразвуковое сканирование наиболее значимое, позволяет исключить патологические изменение почек, мочеточника, желчного пузыря и позволяет обнаружить свободную жидкость, а иногда и увеличенный червеобразный отросток.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 114

## Вопрос 3: На основании результатов проведенного инструментального исследования и клинической картины можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Аппендикулярный инфильтрат

**2:** Острый деструктивный аппендицит

**3:** Аппендикулярный абсцесс

**4:** Перитонит

#### Правильные ответ(ы):

Острый деструктивный аппендицит

**Ответ:**Острый деструктивный аппендицит

**Обоснование:**Учитывая данные анамнеза (боли в правой подвздошной области) и обследовнаия (УЗИ брюшной полости с наличием выпота)  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 112-113

## Вопрос 4: Учитывая клиническую картину, наиболее вероятным расположением червеобразного отростка является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** тазовое

**2:** ретроцеальное/ретроперитонеальное

**3:** в аппендикулярном инфильтрате

**4:** медиальное

#### Правильные ответ(ы):

ретроцеальное/ретроперитонеальное

**Ответ:**ретроцеальное/ретроперитонеальное

**Обоснование:**Жидкий стул, иррадиация болей в поясницу, дизурические расстройствами и положительный симптом поколочивания по поясничной области – признаки ретроцекального/ретроперитонеального расположения червеобразного отростка.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 110-111

## Вопрос 5: Согласно диагнозу и возможным осложнениям, данному пациенту показана

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** установка назогастрального зонда, парентеральная терапия и антибиотикотерапия

**2:** спазмолитическая терапия и динамическое наблюдение

**3:** аппендэктомия

**4:** антибиотикотерапия и динамическое наблюдение

#### Правильные ответ(ы):

аппендэктомия

**Ответ:**аппендэктомия

**Обоснование:**Согласно диагнозу и возможным осложнениям, данному пациенту показана аппендэктомия.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 255

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментального метода обследования

#### УЗИ брюшной полости и почек

Заключение: небольшое количество выпота в правой подвздошной ямке и малом тазу. Данных за расширение ЧЛС нет. Нефроптоз слева.

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069121)

Заключение: патологических изменений не выявлено.

#### Диагноз

#### Острый деструктивный аппендицит

## Вопрос 6: Учитывая данные за деструктивный ретроцекальный/ретроперитонеальный аппендицит, отсутствие лапароскопической стойки, целесообразно выбрать доступ к червеобразному отростку

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** в виде нижне-срединной лапаротомии

**2:** в виде срединной лапаротомии

**3:** по Волковичу-Дьяконову (Мак-Бернея)

**4:** надлобковый

#### Правильные ответ(ы):

по Волковичу-Дьяконову (Мак-Бернея)

**Ответ:**по Волковичу-Дьяконову (Мак-Бернея)

**Обоснование:**Типичную аппендэктомию производят с помощью косого переменного разреза в правой подздошной области по Волковича-Дьяконова или Мак-Бернея.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 118

## Вопрос 7: При невозможности выведения всего червеобразного отростка в брюшную полость целесообразно выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** срединную лапаротомию

**2:** ретроградную аппендэктомию

**3:** установку дренажа и ушивание раны

**4:** тампонирование раны

#### Правильные ответ(ы):

ретроградную аппендэктомию

**Ответ:**ретроградную аппендэктомию

**Обоснование:**Ретроградную аппендэктомию выполняют при невозможности выведения всего червеобразного отростка за пределы брюшной полости.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 122

## Вопрос 8: При выполнении открытым способом типичной аппендэктомии необходимо обязательно выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** перевязку культи отростка рассасывающейся нитей; наложение кисетного шва и Z-образного шва

**2:** только перевязка культи рассасывающейся нитью

**3:** перевязку культи отростка нерассасывающейся нитей; наложение кисетного шва и Z-образного шва

**4:** перевязку культи отростка нерассасывающейся нитей; наложение самопогружающих швов

#### Правильные ответ(ы):

перевязку культи отростка рассасывающейся нитей; наложение кисетного шва и Z-образного шва

**Ответ:**перевязку культи отростка рассасывающейся нитей; наложение кисетного шва и Z-образного шва

**Обоснование:**При аппедэктомии следует выполнить Перевязку культи отростка рассасывающейся нитей, наложение кисетного шва и Z-образного шва. При выполнении аппендэктомии необходимо помнить: нельзя перевязывать основание отростка нерассасывающей нитью, нельзя применять самопогружающие швы, из-за риска инфицирования.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 121-122

## Вопрос 9: После выполненной аппендэктомии на 5-е сутки у пациента у пациента признаки гнойной интоксиации (температура 38,5°С с ознобом, тахикардия до 100 ударов в минуту, ЧДД до 20 в минуту). По данным рентгенографии брюшной полости и грудной клетки – незначительный гидроторакс в правой плевральной полости, жидкостное скопление с включением газа под правым куполом диафрагмы. Исходя из клинической картины у больного нельзя исключить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** поддиафрагмальный абсцесс

**2:** острый холецистит

**3:** правостороннюю нижнедолевую пневмонию

**4:** абсцесс печени

#### Правильные ответ(ы):

поддиафрагмальный абсцесс

**Ответ:**поддиафрагмальный абсцесс

**Обоснование:**Клиническая картина поддиафрагмального абсцесса имеет стертую местную клинику, но картину гнойной интоксикации. По данным рентгенографии: правостронии выпот, и наличие полости с газом и жидкостью.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 132

## Вопрос 10: При верификации поддиафрагмального абсцесса после раннее выполненной аппендэктомии, хирургическая тактика предполагает

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** чрескожную пункцию абсцесса под УЗИ

**2:** экстренную лапаротомию

**3:** чрескожное дренирование абсцесса под УЗИ

**4:** динамическое наблюдение

#### Правильные ответ(ы):

чрескожное дренирование абсцесса под УЗИ

**Ответ:**чрескожное дренирование абсцесса под УЗИ

**Обоснование:**В настоящее время при наличии соответствующих условий предпочтительнее пункционное чрескожное вскрытие и дренирование абсцесса под контролем УЗИ или КТ.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 133

## Вопрос 11: На 5-е сутки после начала болей в правой подвздошной области с признаками субфебрильной температуры и при пальпации объемного образования в правой подвздошной области следует заподозрить

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** аппендикулярный абсцесс

**2:** опухоль слепой кишки

**3:** аппендикулярный инфильтрат

**4:** острый аппендицит

#### Правильные ответ(ы):

аппендикулярный инфильтрат

**Ответ:**аппендикулярный инфильтрат

**Обоснование:**При аппендикулярном инфильтрате ранее предшествуют симптомы острого аппендицита, однако далее боли стихают с сохранением субфебрильной температурой.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 129-130

## Вопрос 12: При выявленном аппендикулярном инфильтрате без признаков абсцедирования показана

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** экстренная лапаротомия и ревизия аппендикулярного инфильтрата

**2:** экстренная аппендэктомия

**3:** антибиотикотерапия и динамическое наблюдение в стационаре

**4:** выписка под амбулаторное наблюдение хирурга по месту жительства

#### Правильные ответ(ы):

антибиотикотерапия и динамическое наблюдение в стационаре

**Ответ:**антибиотикотерапия и динамическое наблюдение в стационаре

**Обоснование:**При аппендикулярном инфильтрате операция противопоказана, постельный режим, антибиотики, динамическое наблюдение (контроль температуры, УЗИ, уровня лейкоцитов).  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 130

# Ситуационная задача 49

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

ОРВИ

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Мать и оба брата больной, страдают мочекаменную болезнь.

#### Объективный статус

При поступлении состояние больной удовлетворительное. Температура тела субфебрильная, Кожный покров и видимые слизистые обычной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 84 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст.Живот не вздут, пальпируемых объемных образований нет, участвует в акте дыхания.

Почки не пальпируется. При поколачивании поясничной области определяется резкая болезненность. Наружные половые органы без особенностей. Гинекологическое и ректальное обследование: без патологии.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика

**2:** толстокишечная непроходимость

**3:** острый аппендицит

**4:** внематочная беременность

#### Правильные ответ(ы):

мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика

**Ответ:**мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика

**Обоснование:**На основании анамнеза, появления симптомов и динамики их развития, наличия болевого синдрома, характера, болезненности в левой поясничной области иррадиирущего характера.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 76.

## Вопрос 2: Необходимыми для постановки клинического диагноза и установления вероятных причин камнеобразования лабораторными методами исследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** определение уровня кальцитонина

**2:** общий анализ мочи

**3:** общий анализ крови

**4:** определение уровня паратгормона

**5:** глюкоза крови

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи, посев мочи — уровень рН мочи, наличие воспалительных изменений, а также определение бактериального агента.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 82

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Клинический анализ и биохимический анализ крови позволяет судить о признаках воспаления (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ), почечной недостаточности, степени электролитных расстройств.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 82

## Вопрос 3: Наиболее информативным инструментальным методом исследования является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** УЗИ почек

**2:** хромоцистоскопия

**3:** экскреторная урография

**4:** цистоскопия

#### Правильные ответ(ы):

экскреторная урография

**Ответ:**экскреторная урография

**Обоснование:**Экскреторная урография позволяет не только выявить камни, но и установить их форму, величину, локализацию, структуру, а также получить представления об изменениях в почках и мочевых путях.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 79.

## Вопрос 4: «Золотым» стандартом диагностики при острой боли в области поясницы является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** компьютерная томография

**2:** магнитно-резонансная томография малого таза

**3:** пиелография

**4:** ангиография почечных артерий

#### Правильные ответ(ы):

компьютерная томография

**Ответ:**компьютерная томография

**Обоснование:**КТ на сегодняшний день считают «золотым диагностическим стандартом» в диагностике мочекаменной болезни (точность 92-100 %).  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 81.

## Вопрос 5: На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Мочекаменная болезнь. Камни мочевого пузыря. Хронический калькулезный цистит. Обострение

**2:** Камни почек с разрывом мочеточника

**3:** Рак почки. Обструкция мочевых путей опухолевыми образованиями

**4:** Мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика

#### Правильные ответ(ы):

Мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика

**Ответ:**Мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика

**Обоснование:**На основании полученных данных анамнеза физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно говорить о почечной колике слева.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 81.

## Вопрос 6: Коллоидная теория камнеобразования заключается в том, что

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** защитные коллоиды переходят из лиофильного состояния в лиофобное, создавая благоприятные условия для патологической кристаллизации

**2:** присоединяется инфекция и десквамация эпителия, закладывающие ядро формирующегося камня

**3:** нарушается баланс ингибиторов и промоторов, поддерживающих метастабильность мочи

**4:** развивается недостаточность протеолиза мочи, что в условиях измененного рН приводит к камнеобразованию

#### Правильные ответ(ы):

защитные коллоиды переходят из лиофильного состояния в лиофобное, создавая благоприятные условия для патологической кристаллизации

**Ответ:**защитные коллоиды переходят из лиофильного состояния в лиофобное, создавая благоприятные условия для патологической кристаллизации

**Обоснование:**Коллоидная теория — когда защитные коллоиды переходят из лиофильного состояния в лиофобное, создавая благоприятные условия для патологической кристаллизации.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 78.

## Вопрос 7: Пациент принимает метформин. Уровень креатинина крови выше 172 мкмоль/л является противопоказанием для проведения

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** магнитно-резонансной томографии

**2:** цистоскопии

**3:** компьютерной томографии

**4:** экскреторной урографии

#### Правильные ответ(ы):

экскреторной урографии

**Ответ:**экскреторной урографии

**Обоснование:**Экскреторную урографию не рекомендуется выполнять пациентам:  
  
с аллергической реакцией на контрастное вещество;  
  
с содержанием креатинина в крови более 130 мкмоль/л [11]; принимающим метформин;  
  
с миеломатозом.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 81.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Значение |
| Количество, мл | 100 |
| Цвет | Соломенно-желтая |
| Прозрачность | Полная |
| Плотность | 1,020 |
| РН | 5,0 |
| Белок | 0,066 |
| Глюкоза | Отс. |
| Билирубин | Отс. |
| Уробилиноген | Следы |
| Кетоновые тела | Отс. |
| Эритроциты | 30-50 в поля зрения |
| Лейкоциты | 10 в поля зрения |
| Соли ураты | +++ |

#### Общий анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели анализа | Показатель |
| Эритроциты (× 1012/л) | 4,6 |
| Средний объем эритроцитов / мкм3 | 82 |
| Гемоглобин (г/л) | 122 |
| Гематокрит (в % соотношении) | 35-44 |
| СОЭ (мм/ч) | 40 |
| Тромбоциты | 340 |
| Лейкоциты (× 109/л) | 22 |

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Экскреторная урография

В нижней трети левого мочеточника визуализирован дефект наполнения размерами 2х7 мм

Почки не увеличены, ЧЛС слева умеренно расширена

#### Результаты обследования

#### Компьютерная томография

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069003)

Визуализированы неизмененные мочевой пузырь и другие органы малого таза

#### Диагноз

#### Мочекаменная болезнь. Левосторонняя почечная колика

## Вопрос 8: Обструкция левого мочеточника располагается на уровне

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** середины мочеточника

**2:** нижней трети мочеточника

**3:** тазового сегмента

**4:** лоханочно-мочеточникового сегмента

#### Правильные ответ(ы):

нижней трети мочеточника

**Ответ:**нижней трети мочеточника

**Обоснование:**Локализация обструкции в нижней трети мочеточника подтверждается результатами экскреторной урографии.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 73

## Вопрос 9: Методом первичной помощи на этапе стационара является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** купирование болевой симптоматики с использованием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС)

**2:** переливание эритроцитарной массы, свежезамороженной плазмы

**3:** дренирование почки

**4:** удаление камней

#### Правильные ответ(ы):

купирование болевой симптоматики с использованием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС)

**Ответ:**купирование болевой симптоматики с использованием нестероидных противовоспалительных средств (НПВС)

**Обоснование:**Первый этап лечения при почечной колике — купирование боли. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) эффективны у пациентов с почечной коликой и оказывают лучший анальгезирующий эффект по сравнению с опиатами.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 85

## Вопрос 10: По классификации Европейской ассоциации урологов (EAU), вероятность спонтанного отхождения камней размером 4–6 мм составляет \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** около 80

**2:** 40-60

**3:** 25-40

**4:** менее 20

#### Правильные ответ(ы):

около 80

**Ответ:**около 80

**Обоснование:**По классификации Европейской ассоциации урологов (EAU), вероятность спонтанного отхождения камней размером 4–6 мм составляет 80%:  
  
камни верхней трети — 35%;  
  
камни средней трети — 49%;  
  
камни нижней трети — 78%  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 85

## Вопрос 11: Окончательное лечение, направленное на удаление камней, в данной ситуации следует начинать

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** после инфузионной терапии

**2:** после анализа иммунограммы

**3:** при неэффективности антибиотикотерапии

**4:** после антибиотикотерапии

#### Правильные ответ(ы):

после антибиотикотерапии

**Ответ:**после антибиотикотерапии

**Обоснование:**Окончательное лечение, направленное на удаление камней, следует начинать только после полноценного курса противомикробной терапии и купирования пиелонефрита (не раньше, чем через 10–14 дней после нормализации показателей крови). В редких, тяжелых случаях, при крупном камне верхней трети мочеточника и доказанном гнойно-деструктивном пиелонефрите (карбункул, абсцесс почки) может потребоваться выполнение экстренной открытой операции.  
  
Урология: Российские клинические рекомендации: под ред. Ю.Г. Аляева, П.В. Глыбочко, Д.Ю. Пушкаря, Москва, «ГЭОТАР-Медиа» 2016г. Стр. 85

## Вопрос 12: Дифференциальную диагностику следует проводить с

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** острым аппендицитом

**2:** язвенной болезнью желудка, осложненной перфорацией желудка

**3:** заворотом сигмовидной кишки

**4:** опухолью мочевого пузыря

#### Правильные ответ(ы):

заворотом сигмовидной кишки

**Ответ:**заворотом сигмовидной кишки

**Обоснование:**Почечную колику часто приходится дифференцировать с острыми хирургическими заболеваниями органов брюшной полости. При этом помимо учета клинической симптоматики следует опираться на лабораторные тесты и данные УЗИ. В современных условиях диагностическим стандартом признана КТ, которая позволяет выявить нарушение уродинамики и причины обструкции верхних мочевых путей.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 481

# Ситуационная задача 50

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 49 лет обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения

#### Жалобы

На наличие образования в правой паховой области

#### Анамнез заболевания

Больным себя считает около 2 месяцев, когда появилось образование в правой паховой области.

#### Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты – Сульфаниламиды – отек Квинке

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 182см, масса тела 83 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: в правой паховой области, имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 6х4 см, в горизонтальном положении вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

## Вопрос 1: На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Воспаленный лимфатический узел

**2:** Правосторонняя паховая грыжа

**3:** Липома

**4:** Водянка оболочек яичка

#### Правильные ответ(ы):

Правосторонняя паховая грыжа

**Ответ:**Правосторонняя паховая грыжа

**Обоснование:**Обследование больных начинается с осмотра паховой области, пальпации паховой области с пальцевым исследованием наружного пахового кольца, перкуссии грыжевого выпячивания.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.8.

## Вопрос 2: У пациента не ущемленная паховая грыжа, так как содержимое грыжи (выберите 2)

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** опускается в мошонку

**2:** подвижное при пальпации

**3:** безболезненное при пальпации

**4:** симптом «кашлевого толчка» положительный

**5:** вправляется в брюшную полость

#### Правильные ответ(ы):

симптом «кашлевого толчка» положительный  
вправляется в брюшную полость

**Ответ:**вправляется в брюшную полость

**Обоснование:**Выявляется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, которое в горизонтальном положении больного или при надавливании вправляется в брюшную полость.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.11.

**Ответ:**симптом «кашлевого толчка» положительный

**Обоснование:**Выявляется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, которое в горизонтальном положении больного или при надавливании вправляется в брюшную полость, а при кашле и натуживании вновь появляется.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.11.

## Вопрос 3: Отличительным признаком не ущемленной паховой грыжи у пациента является положительный симптом

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** «Кашлевого толчка»

**2:** поколачивания

**3:** Кохера

**4:** Щеткина-Блюмберга

#### Правильные ответ(ы):

«Кашлевого толчка»

**Ответ:**«Кашлевого толчка»

**Обоснование:**Симптом «кашлевого толчка» положительный.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.8.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Правосторонняя паховая грыжа

## Вопрос 4: Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** УЗИ органов брюшной полости

**2:** МРТ передней брюшной стенки

**3:** КТ брюшной полости

**4:** УЗИ мягких тканей паховой области

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ мягких тканей паховой области

**Ответ:**УЗИ мягких тканей паховой области

**Обоснование:**УЗИ высокоинформативный метод инструментального обследования пациента с различными видами грыж.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.725

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении: грыжесечение

**2:** ношении бандажа

**3:** динамическом наблюдении

**4:** ограничение физических нагрузок, диете

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: грыжесечение

**Ответ:**хирургическом лечении: грыжесечение

**Обоснование:**Устранить грыжу и предотвратить осложнения можно только хирургическим путем. Именно поэтому само по себе наличие наружной брюшной грыжи служит показанием к оперативному лечению…  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726

## Вопрос 6: Пациенту показано оперативное лечение в объеме грыжесечения, пластики пахового канала по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Бассини

**2:** Жерару-Спасокукоцкому

**3:** Постемпскому

**4:** Лихтенштейну

#### Правильные ответ(ы):

Лихтенштейну

**Ответ:**Лихтенштейну

**Обоснование:**Основные виды хирургических вмешательств при паховых грыжах основаны на использовании сетчатых протезов. К ним, первую очередь, относятся операция Lichtenstein.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.16

## Вопрос 7: У пациента возникла паховая грыжа из-за

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** поднятия тяжестей

**2:** слабости задней стенки стенки пахового канала

**3:** кашля

**4:** слабости передней стенки пахового канала

#### Правильные ответ(ы):

слабости задней стенки стенки пахового канала

**Ответ:**слабости задней стенки стенки пахового канала

**Обоснование:**На основании анализа огромного клинического материала общепризнано, что основной причиной формирования паховых грыж служит слабость задней стенки пахового канала. При всех видах паховых грыж поперечная фасция, образующая заднюю стенку пахового канала, растягивается, подвергается атрофии, разволокняется, снижая прочность пахового промежутка.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.733

## Вопрос 8: Паховая грыжа будет классифицирована по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** L.Nyhus и R.Condon

**2:** О.П.Крымову

**3:** Zollinger

**4:** R.Stoppa

#### Правильные ответ(ы):

L.Nyhus и R.Condon

**Ответ:**L.Nyhus и R.Condon

**Обоснование:**Определяющее значение поперечной фасции в патогенензе паховых грыж нашло свое отражение в наиболее популярной во всех странах мира классификации, представленной L.Nyhus и R.Condon в 1993 г.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.733

## Вопрос 9: В зависимости от пола паховой грыжей

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** женщины болеют чаще, чем мужчины

**2:** женщины вообще не болеют

**3:** женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

**4:** мужчины болеют чаще, чем женщины

#### Правильные ответ(ы):

мужчины болеют чаще, чем женщины

**Ответ:**мужчины болеют чаще, чем женщины

**Обоснование:**Паховые грыжи в 82,6% наблюдаются у лиц мужского пола. Это объясняется особенностями строения пахового канала у мужчин: глубокое паховое кольцо больше, паховый промежуток выше и т.д.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.8.

## Вопрос 10: Операция у пациента будет выполнена под

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** эпидуральной анестезией

**2:** местным обезболиванием

**3:** общей анестезией

**4:** авертиновой анестезией

#### Правильные ответ(ы):

местным обезболиванием

**Ответ:**местным обезболиванием

**Обоснование:**В России наиболее часто используется местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому. Ограничения к использованию инфильтрационной анестезии возникают у тревожных пациентов, при морбидном ожирении и ущемлении грыжи. Инфильтрационная анестезия во время операции приводит к снижению болевого синдрома в послеоперационном периоде.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.8.

## Вопрос 11: Антибиотикопрофилактика у данного пациента

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** не показана

**2:** проводится в течение 3 дней

**3:** назначается на 7 дней

**4:** показана за 20 минут до разреза

#### Правильные ответ(ы):

не показана

**Ответ:**не показана

**Обоснование:**Антибиотикопрофилактика не снижает частоту развития раневых инфекций при открытой пластике сеткой у пациентов с первичными грыжами. В условиях современной клиники показаний для обязательного применения антибиотикопрофилактики при проведении плановой открытой пластики паховой грыжи нет.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.19

## Вопрос 12: Одним из ранних послеперационных осложнений в данном случае может быть

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** краевой некроз кожи

**2:** невралгия паховых нервов

**3:** гематома

**4:** нагноение послеоперационной раны

#### Правильные ответ(ы):

гематома

**Ответ:**гематома

**Обоснование:**Частота осложнений после открытых операций по поводу паховой грыжи по данным обзоров варьирует от 15% до 28%. Самыми распространенными ранними осложнениями являются гематомы и серомы (8-22%), задержка мочеиспускания и ранняя боль.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.20

# Ситуационная задача 51

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 59 лет, обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения

#### Жалобы

На наличие выпячивания на передней брюшной стенки

#### Анамнез заболевания

Со слов пациентки 10 лет назад выполнена экстренная операция по поводу перфорации язвы 12 перстной кишки, через полгода после операции по ходу рубца в эпигастральной области отметил появление выпячивания, которое стало увеличиваться в размерах. 4 года назад в плановом порядке выполнено грыжесечение с аутопластикой, рецидив через полгода. В течение последнего года беспокоят периодические боли в области выпячивания.

#### Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты –ацетилсалициловая кистлота – отек Квинке

Сахарный диабет 2 тип, средней тяжести, субкомпенсация.

Операции: аппендэктомия в детстве, экстренная операция по поводу перфорации язвы 12 перстной кишки 10 лет назад

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 174 см, масса тела 110 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Подкожная жировая клетчатка выражена. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: на передней брюшной стенки имеется срединный послеоперационный рубец. По ходу рубца выпячивание размерами 20х14см, вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный. Грыжевые ворота 12 см. Кожа над образованием не изменена.

## Вопрос 1: На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Послеоперационная рецидивная вентральная грыжа

**2:** Новообразование передней брюшной стенки

**3:** Диастаз прямых мышц живота

**4:** Липома передней брюшной стенки

#### Правильные ответ(ы):

Послеоперационная рецидивная вентральная грыжа

**Ответ:**Послеоперационная рецидивная вентральная грыжа

**Обоснование:**Диагноз устанавливается при физикальном обследовании пациента. При обследовании живота в области послеоперационного рубца в результате расхождения апоневроза определяется выпячивание, хорошо заметное при натуживании, в положении стоя или при поднимании верхнейчасти туловища.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.48

## Вопрос 2: Послеоперационная вентральная грыжа у данного пациента будет классифицирована по

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** R.Stoppa

**2:** EHS (Европейское Общество Герниологов)

**3:** J.P. Buchler

**4:** О.П. Крымову

#### Правильные ответ(ы):

EHS (Европейское Общество Герниологов)

**Ответ:**EHS (Европейское Общество Герниологов)

**Обоснование:**Классификация предложенная Европейским Обществом Герниологов (EHS), является результатом точного определения критериев и их всестороннего обсуждения.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.

## Вопрос 3: Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** КТ передней брюшной стенки

**2:** Лапароскопия брюшной полости

**3:** УЗИ органов брюшной полости

**4:** МРТ передней брюшной стенки

#### Правильные ответ(ы):

КТ передней брюшной стенки

**Ответ:**КТ передней брюшной стенки

**Обоснование:**КТ является методом выбора для послеоперационной дифференциальной диагностики рецидива, серомы и выбухания или остаточных грыж. Ультразвуковое исследование может оказывать помощь в диагностике сером, однако оно не выявляет необходимые анатомические ориентиры, в отличие от КТ, чтобы достоверно исключить рецидив.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.47

## Вопрос 4: Сформулируйте окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Метастаз из невыясненного источника

**2:** Липома передней брюшной стенки

**3:** Послеоперационная вентральная грыжа. Состояние после лапаротомии, ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки от 2010 г.

**4:** Фиброма передней брюшной стенки. Состояние после многократных операций на брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

Послеоперационная вентральная грыжа. Состояние после лапаротомии, ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки от 2010 г.

**Ответ:**Послеоперационная вентральная грыжа. Состояние после лапаротомии, ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки от 2010 г.

**Обоснование:**Диагноз устанавливается на основании данных анамнеза, при физикальном обследовании пациента. При обследовании живота в области послеоперационного рубца в результате расхождения апоневроза определяется выпячивание, хорошо заметное при натуживании, в положении стоя или при поднимании верхней части туловища.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.48

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ограничении физических нагрузок, диете

**2:** ношении бандажа

**3:** динамическом наблюдении

**4:** хирургическом лечении: грыжесечение

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: грыжесечение

**Ответ:**хирургическом лечении: грыжесечение

**Обоснование:**Устранить грыжу и предотвратить осложнения можно только хирургическим путем. Именно поэтому само по себе наличие наружной брюшной грыжи служит показанием к оперативному лечению…  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726

## Вопрос 6: Пациенту показано оперативное лечение в объеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** грыжесечения, пластики с использованием сетчатого эндопротеза

**2:** грыжесечения, пластики по Сапежко

**3:** грыжесечения, пластики по Мейо

**4:** лапароскопической герниопластики

#### Правильные ответ(ы):

грыжесечения, пластики с использованием сетчатого эндопротеза

**Ответ:**грыжесечения, пластики с использованием сетчатого эндопротеза

**Обоснование:**Лечение послеоперационных грыж только хирургическое. На сегодняшний день для пластики брюшной стенки у больных послеоперационными грыжами используются современные методы с использованием эндопротезов.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.55

## Вопрос 7: При выполнении методики Sublay у данного пациента эндопротез будет фиксироваться

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** к аппоневрозу прямых мышц живота

**2:** интраперетониально

**3:** к краям фасциального дефекта в виде мостика

**4:** к задней стенке влагалища прямых мышц живота

#### Правильные ответ(ы):

к задней стенке влагалища прямых мышц живота

**Ответ:**к задней стенке влагалища прямых мышц живота

**Обоснование:**При методике «Sublay» эндопротез размещают за мышцами и фиксируется к задней стенки влагалищ прямых мышц живота.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.54

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Послеоперационная вентральная грыжа. Состояние после лапаротомии, ушивания перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки от 2010 г

## Вопрос 8: В случае выполнения пластики по методики Onlay у данного пациента, площадь перекрытия грыжевых ворот эндопротезом составит \_\_\_\_\_\_\_ см во всех направлениях

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 6-8

**2:** 3-5

**3:** 10-12

**4:** 1-2

#### Правильные ответ(ы):

3-5

**Ответ:**3-5

**Обоснование:**Методика «Onlay». При этой методике после грыжесечения и ликвидации дефекта брюшной стенки эндопротез располагается предфасциально с фиксацией к брюшной стенке. При этом площадь размещения эндопротеза должна быть больше дефекта брюшной стенки. Эндопротез подшивается к подлежащему апоневрозу непрерывным швом таким образом, чтобы исключить сморщивание и смещение эндопротеза. По данным литературы, в большинстве случаев при этой методике эндопротез выкраивают на 3-5см шире ушитых грыжевых ворот.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.54

## Вопрос 9: Операция у данного пациента планируется под анестезией

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** эпидуральной

**2:** мпинальной

**3:** местной

**4:** общей

#### Правильные ответ(ы):

общей

**Ответ:**общей

**Обоснование:**При грыжах большого размера - эндотрахеальный наркоз.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.757

## Вопрос 10: Пациенту показано \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ дренирование раневой полости

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** пункционное

**2:** активное

**3:** механическое

**4:** пассивное

#### Правильные ответ(ы):

активное

**Ответ:**активное

**Обоснование:**При применении синтетических эксплантатов, особенно при их расположении над апоневрозом, течение послоперационного периода имеет свои особенности. Эти отличия – следствие широкой мобилизации кожных лоскутов и подкожной клетчатки…. Возникающие при этом нарушения оттока венозной крови и лимфы из подкожной клетчатки приводят к скоплению в ране большого количества серозного отделяемого и замедлению её заживления. С целью профилактики образования сером необходимо дренирование раневой полости дренажами, расположенными между подкожной жировой клетчаткой и эксплантатом.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.769

## Вопрос 11: Пункция серомы на 5 сутки после операции у данного пациента

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** показана в зависимости от расположения эндопротеза

**2:** показана

**3:** показана в зависимости от типа эндопротеза

**4:** не показана

#### Правильные ответ(ы):

не показана

**Ответ:**не показана

**Обоснование:**Серома не является ее осложнением, а лишь следствием. Серома бывает максимально выражена примерно к 7-му дню и почти у всех пациентов разрешается к 90-му дню после операции. Сверх этого срока серома считается хронической (3-4% случаев).  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.86

## Вопрос 12: Пациенту рекомендовано ношение бандажа в течение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 1-2

**2:** 24

**3:** 12

**4:** 6

#### Правильные ответ(ы):

1-2

**Ответ:**1-2

**Обоснование:**Ношение эластичного бандажа после выполнения пластики передней брюшной стенки показано в течение 1-2 мес. Использование бандажа в большие сроки нецелесообразно из-за ослабления мышц передней брюшной стенки и показано только при выполнении пациентом физической нагрузки.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.769

# Ситуационная задача 52

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Больной Д., 59 лет находился на обследовании и лечении в кардиологическом отделении с диагнозом: НРС: персистирующая форма фибрилляции предсердий, нормосистолия, пароксизм неизвестной давности (СНА2DS2-VASc 5 баллов, HAS-BLED 3 балл), Артериальная гипертензия 3 ст., степень 1, риск ССО 04. НК 2., где в ходе стационарного обследования выполнена ЭГДС биопсии: подслизистое образование свода желудка.

#### Жалобы

Не предъявляет.

#### Анамнез заболевания

Находился на обследовании и лечении в кардиологическом отделении с диагнозом: НРС: персистирующая форма фибрилляции предсердий, нормо-истолия, пароксизм неизвестной давности (СНА2DS2-VASc 5 баллов, HAS-BLED 3 балл), Артериальная гипертензия 3 ст., степень 1, риск ССО 04. НК 2., где в ходе стационарного обследования выполнена ЭГДС: подслизистое образование свода желудка.

#### Анамнез жизни

Артериальная гипертензия 3 ст. длительное время (максимальные повышения АД до 160/80 мм. рт. ст.). Адаптирован к АД 130/80 мм. рт. ст. С 2009 года - пароксизмы ф.п. С августа 2018 - персистирующая форма ф.п. Ангинозные боли не описывает. Толерантность к нагрузкам удовлетворительная.  
Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.  
Аллергии на препараты отрицает.  
Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Видимые слизистые чистые, обычной влажности. Дыхание через нос, свободное. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД-16/мин. Тоны сердца приглушены, неправильный ритм. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС - 80 уд/мин. АД 130/80 мм рт. ст. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены.

## Вопрос 1: Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП)

**2:** колоноскопия

**3:** обзорная рентгенография брюшной полости

**4:** компьютерная томография органов брюшной полости (КТ ОБП) с внутривенным контрастом

#### Правильные ответ(ы):

компьютерная томография органов брюшной полости (КТ ОБП) с внутривенным контрастом

**Ответ:**компьютерная томография органов брюшной полости (КТ ОБП) с внутривенным контрастом

**Обоснование:**Компьютерная томография с внутривенным болюсным усилением - один из наиболее информативных методов диагностики рака желудка.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 597

## Вопрос 2: Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования, позволяющим определить локализацию, размер и распространенность процесса являетя

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

**2:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП)

**3:** эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС), дополненная биопсией

**4:** обзорная рентгенограмма органов грудной клетки (ОГК)

#### Правильные ответ(ы):

эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

**Ответ:**эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

**Обоснование:**Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т II. Стр. 588 - 589

## Вопрос 3: Предполагаемым основным диагнозом является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Рак желудка

**2:** Язвенная болезнь желудка

**3:** Подслизистое образование (ГИСО) свода желудка

**4:** Гастринома

#### Правильные ответ(ы):

Подслизистое образование (ГИСО) свода желудка

**Ответ:**Подслизистое образование (ГИСО) свода желудка

**Обоснование:**Учитывая клиническую картину, данные инструментальных методов исследований.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 596

## Вопрос 4: Предполагаемый объем оперативного вмешательства у данного пациента заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** дистальной субтотальной резекции желудка

**2:** гастрэктомии с расширенной ЛАЭ Д2

**3:** лапароскопической парциальной резекции желудка

**4:** просимальной субтотальной резекции желудка

#### Правильные ответ(ы):

лапароскопической парциальной резекции желудка

**Ответ:**лапароскопической парциальной резекции желудка

**Обоснование:**Объем оперативного вмешательства определяется локализацией и распространенностью опухолевого процесса.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 591

## Вопрос 5: Перед плановой госпитализацией больному показана консультация

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** кардиолога

**2:** уролога

**3:** невролога

**4:** офтальмолога

#### Правильные ответ(ы):

кардиолога

**Ответ:**кардиолога

**Обоснование:**Учитывая анамнез жизни больного, для оценки сердечно-сосудистых рисков.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 597

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментального метода обследования

#### КТ ОБП с внутривенным контрастом

КТ-картина подслизистого гиперваскулярного образования дна желудка размерами 3х3,5 см

Патологии не выявлено. Диффузные изменения поджелудочной железы

#### Результаты инструментального метода обследования

#### ЭГДС

На уровне средней и нижней третей тела желудка по большой кривизне определяется неравномерное утолщение стенки, с обширными дефектами слизистой оболочки, бугристыми внутрипросветными разрастаниями, без признаков выхода на серозную оболочку, вероятнее всего соответствует злокачественному новообразованию желудка. Данных за вторичные изменения нет.

Патологии не выявлено. Диффузные изменения поджелудочной

#### Диагноз

#### Подслизистое образование (ГИСО) свода желудка

## Вопрос 6: Больному выполнена экономная резекция желудка с отступом от края опухоли не менее \_\_\_ см

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 4

**2:** 5

**3:** 3

**4:** 1-2

#### Правильные ответ(ы):

1-2

**Ответ:**1-2

**Обоснование:**Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 597

## Вопрос 7: Для определения дальнейшей тактики лечения дополнительно необходимо провести \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ исследование

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** бактериологическое

**2:** иммуногистохимическое

**3:** повторное гистоогическое

**4:** цитологическое

#### Правильные ответ(ы):

иммуногистохимическое

**Ответ:**иммуногистохимическое

**Обоснование:**Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 597

## Вопрос 8: В дальнейшем больному показана консультация

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** невролога

**2:** онколога

**3:** хирурга

**4:** кардиолога

#### Правильные ответ(ы):

онколога

**Ответ:**онколога

**Обоснование:**Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 591

## Вопрос 9: После радикальной операции при низком риске прогрессирования больному показано (-на)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** лучевая терапия

**2:** динамическое наблюдение

**3:** химио-лучевая терапия

**4:** адъювантная терапия

#### Правильные ответ(ы):

динамическое наблюдение

**Ответ:**динамическое наблюдение

**Обоснование:**Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 598

#### Доступны новые данные:

#### Данные гистологического исследования

По данным гистологического исследования: pТ2N0M0, при микроскопическом исследовании новообразование желудка имеет строение гастроинтестинальной стромальной опухоли.

## Вопрос 10: При низком риске прогрессирования болезни больному показано выполнение КТ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ в течение 5 лет

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 1 раз

**2:** каждые 3 месяца

**3:** 1 раз в 6-12 месяцев

**4:** каждые 6 месяцев

#### Правильные ответ(ы):

1 раз в 6-12 месяцев

**Ответ:**1 раз в 6-12 месяцев

**Обоснование:**Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 598

## Вопрос 11: При нерезектабельной ГИСО, рецидиве, метастатической болезни показано (-а)

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** проведение химио-лучевой терапии

**2:** проведение таргетной терапии

**3:** симптоматическая терапия

**4:** проведение лучевой терапии

#### Правильные ответ(ы):

проведение таргетной терапии

**Ответ:**проведение таргетной терапии

**Обоснование:**При нерезектабельной ГИСО, рецидиве, метастатической болезни показано проведение таргетной терапии, которая позволяет значимо уменьшить объём основной опухоли и ведет к регрессу метастазов  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т II. Стр. 593 - 598

## Вопрос 12: Таргетную терапию проводят

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** капецитабином

**2:** метотрексатом

**3:** иматинибом

**4:** оксалиплатином

#### Правильные ответ(ы):

иматинибом

**Ответ:**иматинибом

**Обоснование:**В таргетную терапию при ГИСО входит иматиниб  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 598

# Ситуационная задача 53

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

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

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острый панкреатит

**2:** механическая желтуха

**3:** гемолитическая болезнь

**4:** разрыв паразитарной кисты печени

#### Правильные ответ(ы):

механическая желтуха

**Ответ:**механическая желтуха

**Обоснование:**На основании данных анамнеза и жалоб можно заподозрить желтуху механического генеза.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 280

## Вопрос 2: Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ крови

**2:** биохимический анализ крови

**3:** скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

**4:** реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

**5:** ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови  
биохимический анализ крови

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Среди показателей общего анализа крови достоверных индикаторов механической желтухи нет, однако анемия может быть признаком онкопроцесса, а лейкоцитоз — холангита.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 281

**Ответ:**биохимический анализ крови

**Обоснование:**В биохимическом анализе крови повышено содержание билирубина, активность трансаминаз (АЛТ, ACT) в норме или умеренно повышена, выражены признаки холестаза (повышена активность щелочной фосфатазы, гамма-глутаминтранспептидазы).  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 281

## Вопрос 3: Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обзорная рентгенография живота

**2:** компьютерная томография органов брюшной полости

**3:** фиброгастродуоденоскопия

**4:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**5:** лапароскопическая биопсия печени

**6:** ангиография чревного ствола

#### Правильные ответ(ы):

компьютерная томография органов брюшной полости  
фиброгастродуоденоскопия  
ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Ответ:**фиброгастродуоденоскопия

**Обоснование:**Фиброгастродуоденоскопия позволяет визуально оценить состояние желудка и двенадцатиперстной кишки, большого дуоденального сосочка и периампулярпой области, а также констатировать факт отсутствия поступления желчи в просвет кишки при механической желтухе (или поступление желчи при других видах желтухи). Кроме того, предоставляет возможность взятия биопсии из патологически измененного сосочка двенадцатиперстной кишки. Эндоскопическое обследование дуоденум позволяет оценить техническую возможность проведения ЭРХПГ. При осмотре дуоденального сосочка можно установить диагноз папиллолитиаза, поскольку в данной ситуации требуется неотложная хирургическая помощь.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С.282

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 80,0 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 62,5 |
| АЛТ, ед./л | 15,0 - 61,0 | 76,5 |
| АСТ, ед./л | 15,0 - 37,0 | 47,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед./л | 50,0 - 136,0 | 100,0 |
| Альфа-Амилаза, ед./л | 28–100 | 221,0 |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 6,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 120,5 мг/л |

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

**Ответ:**компьютерная томография органов брюшной полости

**Обоснование:**КТ с контрастным усилением проводится при наличии обоснованного подозрения на рак поджелудочной железы. Имеет высокую значимость для определения причины механической желтухи. В отличие от УЗИ, диагностические способности метода не снижаются при метеоризме, асците и ожирении.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 282

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 80,0 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 62,5 |
| АЛТ, ед./л | 15,0 - 61,0 | 76,5 |
| АСТ, ед./л | 15,0 - 37,0 | 47,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед./л | 50,0 - 136,0 | 100,0 |
| Альфа-Амилаза, ед./л | 28–100 | 221,0 |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 6,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 120,5 мг/л |

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

**Ответ:**ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ играет роль скрининг-метода в дифференциальной диагностике паренхиматозной и механической желтухи.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 281

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Биохимический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 80,0 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 62,5 |
| АЛТ, ед./л | 15,0 - 61,0 | 76,5 |
| АСТ, ед./л | 15,0 - 37,0 | 47,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед./л | 50,0 - 136,0 | 100,0 |
| Альфа-Амилаза, ед./л | 28–100 | 221,0 |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 6,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 120,5 мг/л |

#### Скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

Отрицательное

## Вопрос 4: На основании проведенных инструментальных методов обследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый деструктивный холецистит. Механическая желтуха

**2:** Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха

**3:** Язвенная болезнь желудка, осложненная прикрытой перфорацией

**4:** Острый мезентериальный тромбоз

#### Правильные ответ(ы):

Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха

**Ответ:**Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза, ультразвукового исследования и данных компьютерной томографии  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 202-203

## Вопрос 5: В дальнейшем рассматриваемому больному рекомендуется

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** неотложная лапаротомия после предоперационной подготовки

**2:** перевод в федеральный хирургический центр

**3:** консервативная терапия

**4:** срочная лапаротомия

#### Правильные ответ(ы):

неотложная лапаротомия после предоперационной подготовки

**Ответ:**неотложная лапаротомия после предоперационной подготовки

**Обоснование:**Решение о декомпрессии желчных протоков при механической желтухе необходимо в течение 24 ч после поступления больного в стационар. Пациенты с отсутствием явлений холангита в проведении билиарной декомпрессии не нуждаются, они могут быть радикально оперированы по поводу заболевания, вызвавшего механическую желтуху.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 284

## Вопрос 6: Оптимальной хирургической тактикой с учетом того, что больной госпитализирован в крупный хирургический стационар и дежурная бригада имеет опыт операций на поджелудочной железе, является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** панкреатодуоденальная резекция

**2:** холецистоеюноанастомоз

**3:** наружная вирсунгостомия

**4:** холецистостомия, прошивание изъязвления

#### Правильные ответ(ы):

панкреатодуоденальная резекция

**Ответ:**панкреатодуоденальная резекция

**Обоснование:**Учитывая злокачественный характер образования, удовлетворительные показатели билирубина крови, и риск возникновения аррозивного кровотечения рекомендуется выполнение радикальной операции.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 284

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ крови

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

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Фиброгастродуоденоскопия

Выявлено прорастание опухоли головки поджелудочной железы в стенку двенадцатиперстной кишки с её изъязвлением. В дне язвы затромбированные сосуды

#### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Определяется образование в области головки поджелудочной железы

#### Компьютерная томография органов брюшной полости

Выявлено прорастание опухоли головки поджелудочной железы в стенку двенадцатиперстной кишки с её изъязвлением.

Патологии не выявлено

#### Диагноз

#### Рак головки поджелудочной железы. Механическая желтуха

## Вопрос 7: После указанной операции может возникнуть такое грозное специфическое осложнение как

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** панкреонекроз

**2:** толстокишечная непроходимость

**3:** спаечная кишечная непроходимость

**4:** ТЭЛА

#### Правильные ответ(ы):

панкреонекроз

**Ответ:**панкреонекроз

**Обоснование:**Лечение повреждений ранее интактной (т.е. при отсутствии явлений хронического панкреатита поджелудочной железы осуществляется по схеме лечения пакреонекроза.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 348

## Вопрос 8: Показанием к релапаротомии у пациента после перенесенной панкреатодуоденальной резекции служит

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** кровотечение из зоны операции, остановленное эндоваскулярными методиками

**2:** несостоятельность панкеатоеюноанастомоза

**3:** нагноение кожного шва

**4:** паралитическая кишечная непроходимость, поддающееся консервативной терапии

#### Правильные ответ(ы):

несостоятельность панкеатоеюноанастомоза

**Ответ:**несостоятельность панкеатоеюноанастомоза

**Обоснование:**Показанием к релапаротомии служат признаки несостоятельности панкеатоеюно – и еюно-еюноанастомоза.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 284

## Вопрос 9: При «высоком блоке» желчных протоков опухолевого генеза выполняют

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** открытая холецистостомия

**2:** чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и/или рентгеновским контролем

**3:** холецистоеюноанастомоз

**4:** лапароскопическая холецистостомия

#### Правильные ответ(ы):

чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и/или рентгеновским контролем

**Ответ:**чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и/или рентгеновским контролем

**Обоснование:**При «высоком блоке» желчных протоков выполняют чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков под ультразвуковым и/или рентгеновским контролем. Если имеется техническая возможность, целесообразно проведение дренажаниже уровня стриктуры.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 284

## Вопрос 10: При наличии гнойного холангита рекомендуется

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** экстренная открытая холецистэктомия

**2:** выполнение холедоходуоденоанастомоза

**3:** выполнение холецистоеюноанастомоза

**4:** эндоскопическая установка наружного назобилиарного дренажа

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопическая установка наружного назобилиарного дренажа

**Ответ:**эндоскопическая установка наружного назобилиарного дренажа

**Обоснование:**При наличии у больного гнойного холангита целесообразно предусмотреть возможность эндоскопической установки наружного назобилиарного дренажа.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 284

## Вопрос 11: Декомпрессия «покрытым» нитиноловым стентом показана

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** доброкачественной стриктуре желчного протока

**2:** желтухе неясного генеза

**3:** неосложненном холецистите

**4:** хроническом панкреатите

#### Правильные ответ(ы):

доброкачественной стриктуре желчного протока

**Ответ:**доброкачественной стриктуре желчного протока

**Обоснование:**Декомпрессия «покрытым» нитиноловым стентом показана при доброкачественной стриктуре желчного протока, нерезектабельной опухоли, а также при тяжелой сопутствующей патологии, которая не позволяет выполнить радикальную операцию.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 285

## Вопрос 12: Нитиноловые стенты рекомендуется применять

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** при нерезектабельной опухоли

**2:** при доброкачественной стриктуре желчного протока, нерезектабельной опухоли

**3:** при тяжелой сопутствующей патологии, которая не позволяет выполнить радикальную операцию

**4:** в качестве окончательного лечения

#### Правильные ответ(ы):

в качестве окончательного лечения

**Ответ:**в качестве окончательного лечения

**Обоснование:**Нитиноловые стенты устанавливают в качестве окончательного лечения независимо от уровня блока. При механической желтухе неопухолевого генеза применять их нецелесообразно.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 166

# Ситуационная задача 54

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациентка К., 23 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

#### Жалобы

На умеренную боль в правой подвздошной области на протяжении последних двух дней, повышение температуры до 37,6°С.

#### Анамнез заболевания

Со слов больной с утра беспокоила боль в эпигастральной области. В дальнейшем боль сместилась в правую подвздошную область. Была однократная рвота. Прием анальгетических препаратов без эффекта.

#### Анамнез жизни

Сопутствующих заболеваний нет.

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 164 см, масса тела 58 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 120/85 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подвздошной области.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** перфорация язвы двенадцатиперстной кишки

**2:** острый аппендицит

**3:** спаечная кишечная непроходимость

**4:** гангренозный холецистит

#### Правильные ответ(ы):

острый аппендицит

**Ответ:**острый аппендицит

**Обоснование:**На основании появления симптомов и динамики их развития, в первую очередь можно заподозрить острый аппендицит.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 105-106

## Вопрос 2: Основываясь на данных анамнеза у данного пациента можно выявить симптом

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Бартомье-Михельсона

**2:** Кивуля

**3:** Валя

**4:** Кохера

#### Правильные ответ(ы):

Кохера

**Ответ:**Кохера

**Обоснование:**Симптом Кохера – смещение боли из эпигастрия или верхних отделов живота в правую подвздошную область  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 106

## Вопрос 3: Лабораторными методами необходимыми для постановки диагноза являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

**2:** общий анализ мочи

**3:** Определение СА 19-9

**4:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**5:** общий анализ крови

**6:** определение РЭА

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи  
биохимический анализ крови + С-реактивный белок  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**ОАМ необходим для дифференциальной диагностики, в частности для исключения патологии мочевыделительной системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 109

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Симптом Валя

Симпмом Валя отрицательный

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При остром аппендиците в общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 147

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Симптом Валя

Симпмом Валя отрицательный

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ необходим для дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями брюшной полости, в т.ч. острым холециститом, холедохолитиазом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 108-109

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Симптом Валя

Симпмом Валя отрицательный

## Вопрос 4: Первоочередным методом инструментальной диагностики является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгенография органов брюшной полости

**2:** УЗИ брюшной полости + малого таза

**3:** колоноскопия

**4:** эзофагогастродуоденоскопия

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости + малого таза

**Ответ:**УЗИ брюшной полости + малого таза

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, поскольку помимо исключения патологических изменений правой почки и правого мочеточника, желчного пузыря и желчных протоков, поджелудочной железы, матки и ее придатков позволяет обнаружить в брюшной полости свободную жидкость, а иногда и увеличенный червеобразный отросток.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 149-150

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| количество | 200 мл |
| цвет | Светло-желтый |
| прозрачность | полная |
| реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1024 |
| белок | 0,02 г/л |
| уробилин | отсутствует |
| лейкоциты | 0-1 в поле зрения |
| эритроциты | 0-1 в поле зрения |
| цилиндры | отсутсвуют |
| эпителий | отсутствует |
| бактерии | отсутствуют |
| слизь | немного |
| соли | отсутствуют |

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок | 64 - 82 | 79,1 |
| Мочевина | 2,5 - 6,4 | 4,2 |
| Креатинин | 53 - 115 | 96 |
| Билирубин общий | 3,0 - 17,0 | 17,2 |
| Билирубин прямой | 0,0 - 3,0 | 2,9 |
| АЛТ | 15,0 - 61,0 | 38,4 |
| АСТ | 15,0 - 37,0 | 27,9 |
| Щелочная фосфатаза | 50,0 - 136,0 | 131,2 |
| Альфа-Амилаза | 25-125 | 70 |
| Глюкоза | 3,89 – 5,83 | 4,7 |
| С-реактивный белок | Не более 0,49 мг/л | 9 мг/л |

#### Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

Отрицательная

## Вопрос 5: На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый панкреатит

**2:** Разрыв кисты правого яичника

**3:** Острый флегманозный аппендицит

**4:** Аппендикулярный инфильтрат

#### Правильные ответ(ы):

Острый флегманозный аппендицит

**Ответ:**Острый флегманозный аппендицит

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза, данных общего и биохимеческого анализов крови, УЗИ брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 114

## Вопрос 6: Дальнейшей лечебной тактикой является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** лапаротомия, резекция илеоцекального угла

**2:** правосторонняя гемиколэктомия

**3:** оперативное вмешательство: лапаросокопическая аппендэктомия

**4:** консервативное лечение

#### Правильные ответ(ы):

оперативное вмешательство: лапаросокопическая аппендэктомия

**Ответ:**оперативное вмешательство: лапаросокопическая аппендэктомия

**Обоснование:**Из лечебных мероприятий при остром флегмонозном аппендиците показано выполнение оперативного вмешательства в объеме: лапароскопическая аппендэктомия  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 132

## Вопрос 7: На фоне выполненной операции на протяжении двух дней у пациентки отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правой подвздошной области, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Дальнейшей лечебной тактикой является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** продолжение консервативного лечения в условиях стационара

**2:** выписка пациентки под наблюдение хирурга по месту жительства

**3:** повторная лапароскопия

**4:** правосторонняя гемиколэктомия

#### Правильные ответ(ы):

выписка пациентки под наблюдение хирурга по месту жительства

**Ответ:**выписка пациентки под наблюдение хирурга по месту жительства

**Обоснование:**Если отмечена положительная динамика после проведенного комплексного лечения, пациентам показана выписка под наблюдение врачей по месту жительства.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 132

#### Доступны новые данные:

#### Симптом Кохера

Симптом Кохера положительный

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 130,0 - 160,0 | 153 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 41 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 12,3 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 4,43 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 189,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 18,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 6,8 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 62,5 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 1,6 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 41 |

#### Результаты инструментального метода обследования

#### УЗИ брюшной полости + малого таза

Заключение: острый флегмонозный аппендицит

Патологии не выявлено

#### Диагноз

#### Острый флегманозный аппендицит

## Вопрос 8: Противопоказанием к экстренной аппендэктомии является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** аппендикулярный инфильтрат

**2:** инфаркт миокарда

**3:** разлитой перитонит

**4:** геморрагический диатез

#### Правильные ответ(ы):

аппендикулярный инфильтрат

**Ответ:**аппендикулярный инфильтрат

**Обоснование:**Если у больного выявлен аппендикулярный инфильтрат, показана комплексная плановая консервативная терапия  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 128

## Вопрос 9: Термин «аппендикулярный инфильтрат» означает

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** расположенный ретроцекально червеобразный отросток

**2:** конгломерат рыхло спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка

**3:** полостное образование округлой формы с однородным содержимым и пиогенной плотной капсулой

**4:** тромбофлебит воротной вены и ее придатков

#### Правильные ответ(ы):

конгломерат рыхло спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка

**Ответ:**конгломерат рыхло спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка

**Обоснование:**Термином «аппендикулярный инфильтрат» обозначают конгломерат рыхло спаянных органов и тканей, располагающихся вокруг воспаленного червеобразного отростка.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 129

## Вопрос 10: Морфологическая классификация видов острого аппендицита включает в себя форму

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** инфильтративную

**2:** эндофитную

**3:** катаральную

**4:** экзофитную

#### Правильные ответ(ы):

катаральную

**Ответ:**катаральную

**Обоснование:**Морфологическая классификация видов острого аппендицита:  
  
Катаральный (простой);  
  
Поверхностный;  
  
Деструктивный:  
  
флегмонозный,  
  
апостематозный,  
  
флегмонозно-язвенный,  
  
гангренозный,  
  
перфоративный  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 104

## Вопрос 11: Как называется клапан между слепой кишкой и аппендиксом?

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** заслонка Герлаха

**2:** илеоцекальный клапан

**3:** сфинктер Одди

**4:** Баугиниева заслонка

#### Правильные ответ(ы):

заслонка Герлаха

**Ответ:**заслонка Герлаха

**Обоснование:**Клапан в виде складки между слепой кишкой и аппендиксом называется заслонкой Герлаха.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII Стр. 105

## Вопрос 12: Существуют следующие варианты техники выполнения аппендэктомии (выберите 2)

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** антеградная (от верхушки)

**2:** ретроградная (от основания)

**3:** медиальная

**4:** ретроградная (от верхушки)

**5:** латеральная

**6:** антеградная (от основания)

#### Правильные ответ(ы):

антеградная (от верхушки)  
ретроградная (от основания)

**Ответ:**антеградная (от верхушки)

**Обоснование:**Удалить аппендикс можно, выделяя его от верхушки в направлении основания или от основания к верхушке  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 133

**Ответ:**ретроградная (от основания)

**Обоснование:**Удалить аппендикс можно, выделяя его от верхушки в направлении основания или от основания к верхушке.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 133

# Ситуационная задача 55

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 39-ти лет на 6-й день болезни.

#### Жалобы

На повышение температуры, слабость, кашель, тошноту, рвоту, однократный послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния.

#### Анамнез заболевания

Заболел с незначительного повышения температуры тела до 37,3℃, общего недомогания, появились головная боль, тошнота, двукратная рвота, жидкий стул. Лечился самостоятельно симптоматическими средствами (жаропонижающие, обильное питье).

В течение последующих дней появился сухой кашель, наросла слабость, полностью исчез аппетит, перестал ощущать запах и вкус привычной пищи, температура тела держалась в пределах 37,9-38,4℃

Учитывая отсутствие положительной динамики, вызвал врача на дом.

#### Анамнез жизни

Частный предприниматель (владелец нескольких торговых точек).

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: язвенная болезнь 12-перстной кишки (диагносцирована 5 лет назад, состоит на учете у гастроэнтеролога, последний визит 2 года назад); болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагносцирован несколько лет назад, дату не помнит).

Вредные привычки: курит по полпачки сигарет в день.

Анамнез жизни: женат, проживает в отдельной квартире вместе с женой, сыном 7 лет, обучающимся в удаленном доступе (привит по возрасту со слов матери).

Эпиданамнез: выезжает регулярно в соседние регионы для самостоятельной закупки товара (10 дней назад вернулся из поездки), за пределы страны не выезжал. Питается дома, домашней пищей. На работе контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, перчатки) пользуется не регулярно. Все проживающие вместе с пациентом родственники в настоящий момент здоровы.

Прививочный анамнез: от гриппа не прививался. Дату последней прививки не помнит.

#### Объективный статус

Температура тела 37,8°С.

В сознании, адекватен. Менингеальных знаков и очаговой симптоматики нет.

Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие.

Слизистая зева умеренно гиперемирована. Миндалины не увеличены, налетов нет. Носовое дыхание затруднено, отделяемого нет.

Лимфатические узлы не пальпируются.

Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС=Ps=70 в мин. АД=110/70 мм рт. ст..

В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы единичные влажные рассеянные. ЧД 16 в мин.

Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Стул 1 раз, оформленный, коричневого цвета, без примесей. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

## Вопрос 1: Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** бактериологический посев мазка из ротоглотки

**2:** иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**3:** реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

**4:** латекс-тест кала на ротавирусы и аденовирусы

**5:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

#### Правильные ответ(ы):

иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови  
ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Обоснование:**Прямые методы этиологической диагностики  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК. Инструкция по проведению диагностики COVID-19 с применением МАНК представлена в Приложении 3-1.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1. Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

**Ответ:**иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**Обоснование:**Непрямые методы этиологической диагностики  
Выявление иммуноглобулинов классов А, M, G (IgА, IgM и IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептор-связывающему домену поверхностного гликопротеина S). Инструкция по проведению диагностики COVID-19 с применением иммунохимических методов представлена в Приложении 3-2.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1. Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Инструментальными методами исследования необходимыми для обследования пациента является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** УЗИ органов брюшной полости

**2:** эзофагогастродуаденоскопия (ЭФГДС)

**3:** рентгенологическое исследование ОГК

**4:** фибробронхоскопия легких

#### Правильные ответ(ы):

рентгенологическое исследование ОГК

**Ответ:**рентгенологическое исследование ОГК

**Обоснование:**К методам лучевой диагностики патологии ОГК пациентов с предполагаемой/установленной COVID-19 пневмонией относят:  
  
Обзорную рентгенографию легких (РГ),  
  
Компьютерную томографию легких (КТ),  
  
Ультразвуковое исследование легких и плевральных полостей (УЗИ).  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.3 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА COVID-19  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 3: Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Инфекционный мононуклеоз, типичное течение, осложненный двусторонней пневмонией

**2:** Грипп, типичное течение, осложненный двусторонней пневмонией

**3:** Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**4:** Ротавирусный гастроэнтерит. Сопутствующий: острый катаральный бронхит.

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Обоснование:**Учитывая начало заболевания с интоксикационного синдрома (лихорадка, головная боль); присоединение диспепсического (тошнота, двукратная рвота, послабленный стул) и катарального синдромов (сухой кашель); данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала и антител Ig M к SARS-CoV-2,), данных инструментального обследования (рентгенологические признаки вирусной пневмонии), а также данных эпидемиологического анамнеза (контакт с возможно инфицированными лицами), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная», осложненная двусторонней пневмонией  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 4: Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому на КТ

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** «матового стекла»

**2:** «обратного ореола»

**3:** «трамвайных рельсов»

**4:** «сотового легкого»

#### Правильные ответ(ы):

«матового стекла»

**Ответ:**«матового стекла»

**Обоснование:**4. Диагностика коронавирусной инфекции. 4.1. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID‑19.  
  
15 Рекомендации по формированию описаний и оценке изменений в легких и органах грудной полости при имеющейся/подозреваемой COVID 19 пневмонии представлены в Приложении 1 А.  
  
Рекомендации по описанию данных рентгенографии и компьютерной томографии.  
  
Интенсивность тени уплотнений в легких: низкая (обычно соответствует симптому «матового стекла» при КТ), средней интенсивности (обычно соответствует консолидации при КТ), высокая (может наблюдаться при тотальном или субтотальном поражении легких) или их сочетание.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Приложение 1  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |
| ДНК B19 -Parvovirus | Не обнаружено |

ПЦР-диагностика

#### Иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| Anti-B19 IgM | Не обнаружено |
| Anti-B19 IgG | Не обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgA | Не обнаружено |
| Anti-Adv IgG | Не обнаружено |

ИФА сыворотки крови

Роста нет

#### Результаты обследования

#### Рентгенологическое исследование ОГК

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078057)

На рентгенограмме ОГК в прямой проекции визуализируются билатеральное усиление легочного рисунка в средних отделах обоих легких и уплотнение легочной ткани низкой интенсивности, без четких и ровных контуров в наддиафрагмальных отделах правого легкого.

Заключение: Rg-картина двусторонней вирусной пневмонии.

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

## Вопрос 5: Характерные изменения в легких при новой коронавирусной инфекции COVID-19 позволяет выявить

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** фибробронхоскопия

**2:** компьютерная томография

**3:** КТ-ангиопульмонография

**4:** крупнокадровая флюорография

#### Правильные ответ(ы):

компьютерная томография

**Ответ:**компьютерная томография

**Обоснование:**КТ имеет высокую чувствительность в выявлении изменений в легких, характерных для COVID-19. Применение КТ целесообразно для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания, а также для дифференциальной диагностики выявленных изменений и оценки динамики процесса. КТ позволяет выявить характерные изменения в легких у пациентов с COVID-19 еще до появления положительных лабораторных тестов на инфекцию с помощью МАНК. В то же время, КТ выявляет изменения легких у значительного числа пациентов с бессимптомной и легкой формами заболевания, которым не требуется госпитализация.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.3 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА COVID-19  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 6: Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID‑19 целесообразно использовать

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** пульсоксиметрию

**2:** импульсную осциллометрию

**3:** диффузный тест

**4:** пикфлоуметрию

#### Правильные ответ(ы):

пульсоксиметрию

**Ответ:**пульсоксиметрию

**Обоснование:**Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.1.3 Инструментальная диагностика  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 уровень сатурации кислорода соответствует \_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** ≤ 93

**2:** <95

**3:** ≤ 90

**4:** <75

#### Правильные ответ(ы):

<95

**Ответ:**<95

**Обоснование:**Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
Легкое течение  
  
Т тела < 38 °C, кашель, слабость, боли в горле  
  
Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения  
  
Среднетяжелое течение  
  
Т тела > 38 °C  
  
ЧДД > 22/мин  
  
Одышка при физических нагрузках  
  
Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
SpO2 < 95%  
  
СРБ сыворотки крови >10 мг/л  
  
Тяжелое течение  
  
ЧДД > 30/мин  
  
SpO2 ≤ 93%  
  
PaO2 /FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.  
  
Снижение уровня сознания, ажитация  
  
Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л  
  
qSOFA > 2 балла  
  
Крайне тяжелое течение  
  
Стойкая фебрильная лихорадка  
  
ОРДС  
  
ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляции легких)  
  
Септический шок  
  
Полиорганная недостаточность  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени или картина ОРДС.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 8: Тяжелое течение новой коронавирусной инфекции COVID-19 сопровождается развитием

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острого отека и набухания головного мозга

**2:** кровоизлиянием в надпочечники

**3:** острого респираторного дистресс-синдрома

**4:** инфекционно-токсического шока

#### Правильные ответ(ы):

острого респираторного дистресс-синдрома

**Ответ:**острого респираторного дистресс-синдрома

**Обоснование:**Таким образом, как и при других коронавирусных инфекциях, а также гриппе А/H1N1  
основным морфологическим субстратом COVID-19 является диффузное альвеолярное повреждение. Термин вирусной (интерстициальной) пневмонии, широко используемый в клинике, по сути своей отражает именно развитие диффузного альвеолярного повреждения. В свою очередь, тяжелое диффузное альвеолярное повреждение является синонимом клинического понятия «острый респираторный дисстресс-синдром» (ОРДС).  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
1. ЭТИОЛОГИЯ, ПАТОГЕНЕЗ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 9: В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции COVID-19 назначают этиотропный препарат

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** фавипиравир

**2:** тоцилизумаб

**3:** осельтамивир

**4:** далтепарин

#### Правильные ответ(ы):

фавипиравир

**Ответ:**фавипиравир

**Обоснование:**В настоящее время следует выделить несколько препаратов, которые могут быть использованы при лечении COVID-19: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
5.1. ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 10: Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** сарилумаб

**2:** ривароксабан

**3:** фондапаринукс натрия

**4:** мелоксикам нестероидные

#### Правильные ответ(ы):

сарилумаб

**Ответ:**сарилумаб

**Обоснование:**Препараты для упреждающей противовоспалительной терапии представлены в Приложении 6  
  
Препараты на основе моноклональных антител, ингибируют рецепторы ИЛ‑6. Применяются для лечения юношеского артрита с системным началом и ревматоидного артрита. При лечении COVID‑19 предназначены для пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением: с острым респираторным дистресс‑синдромом, тяжелым жизнеугрожающим синдромом высвобождения цитокинов.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
ПРИЛОЖЕНИЕ 6  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: Для медикаментозной профилактики COVID19 у родственников, проживающих вместе с пациентом, возможно рекомендовать применение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** осельтамивира

**2:** оксолиновой мази

**3:** имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты

**4:** рекомбинантного ИФН-α

#### Правильные ответ(ы):

рекомбинантного ИФН-α

**Ответ:**рекомбинантного ИФН-α

**Обоснование:**7.3. Медикаментозная профилактика COVID19 у взрослых  
  
Для медикаментозной профилактики COVID-19 возможно назначение интраназальных форм ИФН-α (у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного ИФН-α2b) и/или умифеновира (Приложение 9).  
  
Приложение 9. Рекомендованные схемы медикаментозной профилактики COVID-19  
  
Здоровые лица и лица из группы риска (старше 60 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями)  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
ИЛИ  
  
Умифеновир по 200 мг 2 раза в неделю в течение 3 недель  
  
Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
+  
  
Умифеновир по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней  
  
  
  
\* При необходимости профилактические курсы повторяют  
  
\*\* Беременным назначают только рекомбинантный ИФН-α2b  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
7.3. Медикаментозная профилактика COVID-19 у взрослых  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: Семье, контактирующей с пациентом с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 следует рекомендовать самоизоляцию в течение \_\_\_\_\_\_ дней

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 28-и

**2:** 14-ти

**3:** 3-х

**4:** 10-ти

#### Правильные ответ(ы):

14-ти

**Ответ:**14-ти

**Обоснование:**Алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями, гриппом и внебольничной пневмонией, представлен в Приложении 11.  
  
Был контакт с пациентом с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19. Симптомы острой респираторной вирусной инфекции (далее - ОРВИ), гриппа и внебольничной пневмонии отсутствуют.  
  
Оформление листка нетрудоспособности на 14 дней;  
  
Изоляция на дому на 14 дней;  
  
В случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний пациент вызывает врача на дом;  
  
выписка контактных, у которых не появились клинические симптомы ОРВИ, гриппа, пневмонии и COVID-19 в течение всего периода медицинского наблюдения, осуществляется по истечении 14-ти календарных дней со дня последнего контакта с больным COVID-19 без проведения лабораторного исследования на COVID-19.  
  
  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Приложение 11.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 56

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 36 лет обратилась в поликлинику (травмпункт поликлиники) самостоятельно

#### Жалобы

Боли, жжение в области ран на тыле левой стопы

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

хронических заболеваний нет

не курит, алкоголем не злоупотребляет

аллергических реакций нет

профессиональных вредностей не имеет, работает продавцом в магазине

от столбняка привита в 16 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/047/001047011)

Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 170 см. Температура тела 36,80С. Кожные покровы влажные, теплые, бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90/мин, АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей, мочеиспускание свободное.

Местный статус:

## Вопрос 1: Для определения площади ожога используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**2:** планиметрия

**3:** "правило ладони"

**4:** "правило девяток»

#### Правильные ответ(ы):

"правило ладони"

**Ответ:**"правило ладони"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони»- площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадьладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 2.2.Физикальное обследование  
  
На рисунке видно, что площадь поражения приблизительно соответствует площади ладони, т.е. площадь ожога составляет1% поверхности тела

## Вопрос 2: Глубиной ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог \_\_\_\_\_\_\_\_\_ степени (по МКБ-10)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** I -II

**2:** II-III

**3:** II-IIIА

**4:** III А Б

#### Правильные ответ(ы):

I -II

**Ответ:**I -II

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения I c\*тепени\* — гиперемия кожи, пастозность или нерезко выраженный отек кожи. Может быть отслоение эпидермиса с образованием тонкостенных пузырей, наполненных прозрачной, слегка желтоватой жидкостью. Болевая чувствительность сохранена или несколько повышена. Дно ожогового пузыря — розовая, влажная, блестящая ткань.  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения II cтепени \* \*— толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 2.2.Физикальное обследование

## Вопрос 3: Диагноз на основании клинической картины

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Ожог кипятком левой стопы I-II степени 1% поверхности тела

**2:** Непроизводственный ожог левой стопы IIIA степени 1% поверхности тела

**3:** Бытовой ожог левой стопы II степени 1% поверхности тела

**4:** Ожог кипятком левой стопы II-IIIA степени 10% поверхности тела

#### Правильные ответ(ы):

Ожог кипятком левой стопы I-II степени 1% поверхности тела

**Ответ:**Ожог кипятком левой стопы I-II степени 1% поверхности тела

**Обоснование:**Формулировка и рубрификация клинического диагноза  
  
Рекомендуется следующая формулировка и рубрификация клинического диагноза у пациента с ожогом:  
  
Основное заболевание: этиологический фактор, локализацию ожога, глубину и общую площадь поражения (п.т.) в процентах поверхности тела (площадь глубокого ожога (при наличии)), указание на наличие ингаляционного поражения и\или ожогов глаз при сочетанной травме, а также других возможных повреждений при комбинированной травме. Далее указывается период ожоговой болезни (при ее наличии)1.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 2.5. Иная диагностика

## Вопрос 4: Пациентку необходимо направить \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ c оформлением направления по форме №057\у-04

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** на консультацию в ожоговое отделение

**2:** на экстренную госпитализацию в ожоговый центр

**3:** на лечение в дневной стационар при поликлинике

**4:** на амбулаторное лечение

#### Правильные ответ(ы):

на консультацию в ожоговое отделение

**Ответ:**на консультацию в ожоговое отделение

**Обоснование:**В тоже время при ограниченных поверхностных поражениях медицинская помощь может быть оказана в амбулаторно в условиях поликлиник и травматологических пунктов. Однако лучше всего обратиться в ближайший стационар, где есть ожоговое отделение. Только специалисты ожоговых отделений установит точный диагноз, а в случае необходимость госпитализируют пострадавшего от ожогов, дадут рекомендации по профилактике развития послеожоговых рубцов1.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf Приложение В. Информация для пациента  
  
Диагностика глубины ожогового повреждения представляет определенные трудности, особенно в первые часы после ожога. Ожоговые раны могут изменяться в течение времени. Глубину ожогового поражения (особенно при ожогах II-III степени) можно окончательно определить только через 7-10 дней после травмы1.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 2.2.Физикальное обследование

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Ожог кипятком левой стопы I-II степени 1% поверхности тела

## Вопрос 5: В данной ситуации пациентке необходимо выполнить местное лечение в виде - туалета ожоговых ран и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** лечебной повязки с раствором 0,05% хлоргексидина или мази левомеколь

**2:** открытого метода ведения ран с обработкой пеной Пантенол

**3:** гидроколлоидной повязки

**4:** сухой асептической марлевой повязки для транспортировки в больницу

#### Правильные ответ(ы):

лечебной повязки с раствором 0,05% хлоргексидина или мази левомеколь

**Ответ:**лечебной повязки с раствором 0,05% хлоргексидина или мази левомеколь

**Обоснование:**Местное консервативное лечение пострадавших от ожогов на этапе первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи:  
  
Рекомендуется проведение туалета ожоговых ран (иссечение покрышек пузырей, удаление десквамированного эпидермиса, обработка раствором антисептика на водной основе) с наложением лечебных повязок в первые сутки после поступления пациента в стационар.  
  
Рекомендуется удалить у пациентов стационаров покрышки всех ожоговых пузырей и десквамированный эпидермис, т.к. они являются источником инфекции1  
  
Рекомендуется проводить лечение поверхностных и пограничных ожоговых ран I-II степени консервативно с использованием раневых повязок, создающих влажную раневую среду1  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами

## Вопрос 6: На первичном приеме у врача показано

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** профилактика тромбоза (введение антикоагулянтов)

**2:** экстренная профилактика столбняка

**3:** применение местных анестетиков

**4:** обезболивание наркотическими анальгетиками

#### Правильные ответ(ы):

экстренная профилактика столбняка

**Ответ:**экстренная профилактика столбняка

**Обоснование:**Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка»

## Вопрос 7: Данной пациентке должна быть назначена схема противостолбнячной иммунизации в виде введения

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**2:** АС 0,5 в комбинации с антибиотиками

**3:** ПСЧИ 250 МЕ в комбинации с антибиотиками

**4:** АС 1,0 и ПСС 1500МЕ по Безредке

#### Правильные ответ(ы):

АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Ответ:**АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Обоснование:**Пациентка не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет, показана полная схема активно-пассивной иммунизации  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка»

## Вопрос 8: При экспертизе нетрудоспособности пациентки показано

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** выдача листа нетрудоспособности на срок до 15 дней, явка на осмотр и перевязку через 2-3 дня

**2:** лист нетрудоспособности не оформлять, пациентка трудоспособна, повторный осмотр через 3 дня

**3:** выдача листа нетрудоспособности в стационаре после консультации

**4:** выдача листа нетрудоспособности на срок 15 дней, явка на осмотр и перевязку через 15 дней

#### Правильные ответ(ы):

выдача листа нетрудоспособности на срок до 15 дней, явка на осмотр и перевязку через 2-3 дня

**Ответ:**выдача листа нетрудоспособности на срок до 15 дней, явка на осмотр и перевязку через 2-3 дня

**Обоснование:**Пациентка временно нетрудоспособна в связи с локализацией ожога на стопе, что ограничивает ее способность к ходьбе (работает продавцом).  
  
Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н (ред. от 28.11.2017) "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" (Зарегистрировано в Минюсте России 07.07.2011 N 21286) II. Порядок выдачи листка нетрудоспособности  
  
при заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах,  
  
в том числе полученных вследствие несчастного случая  
  
на производстве, отравлениях (некоторых других  
  
последствиях воздействия внешних причин)  
  
п. 11. При амбулаторном лечении заболеваний (травм), отравлений и иных состояний, связанных с временной потерей гражданами трудоспособности, лечащий врач единолично выдает гражданам листки нетрудоспособности сроком до 15 календарных дней включительно.  
  
Рекомендуется проводить перевязки по показаниям, но не реже 2-3 раз в неделю.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами

## Вопрос 9: У пациентки развилось осложнение, а именно

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** нагноение раны

**2:** аллергический дерматит

**3:** рожа, эритематозная форма

**4:** реакция на противостолбнячную иммунизацию

#### Правильные ответ(ы):

нагноение раны

**Ответ:**нагноение раны

**Обоснование:**При развитии нагноения усиливаются боли в ране, появляется отёчность её краёв, изменяется цвет тканей. Сгустки крови, фибрина становятся грязно-серыми, увеличивается раневое отделяемое, серозно-геморрагический экссудат изменяется на серозно-гнойный, а затем - на гнойный. Окружающие ткани плотны на ощупь, гиперемированы. В.К.Гостищев «Общая хирургия», учебник, С.294-295, ГЭОТАР-Медиа, 2016г.

## Вопрос 10: В данном случае эффективным будет следующее местное лечение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** открытый метод ведения ран с использованием физиотерапии

**2:** влажные атравматические повязки

**3:** влажно-высыхающие повязки с раствором йодофоров

**4:** гидрокортизоновая мазь на раневые поверхности 2-3 раза в день

#### Правильные ответ(ы):

влажно-высыхающие повязки с раствором йодофоров

**Ответ:**влажно-высыхающие повязки с раствором йодофоров

**Обоснование:**… применение повязок, создающих влажную раневую среду, не рекомендуется на площади более 10% п.т., при обильном раневом отделяемом, нагноении ран и перифокальном воспалении. В этих условиях более обоснован сухой способ местного лечения с дополнительным местным использованием антимикробных препаратов1.  
  
Использование марлевых повязок с раствором йодофоров (йодопирон, бетадин и др.), мазями на водорастворимой ПЭГ основе в комплексе с дополнительными физическими методами высушивания струпа позволяют вести рану сухим способом, который показан в 1 стадию раневого процесса (некротическая и дегенеративно-воспалительная фазы) … и при наличии раневой инфекции1.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами

## Вопрос 11: В данном случае у пациентки развился

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** аллергический дерматит

**2:** гипертрофический рубец

**3:** гиперкератоз кожи

**4:** трофическая язва

#### Правильные ответ(ы):

гиперкератоз кожи

**Ответ:**гиперкератоз кожи

**Обоснование:**Клиническая картина ожогов в стадии эпителизации:  
  
При ожогах I степени …эпителизация происходит за счет части сохранившихся нижних слоев эпидермиса и придатков кожи в течение 10 дней после травмы. В некоторых случаях возможна проходящая со временем местная диспигментация. Характерно шелушение кожи.  
  
… эпителизация ожоговых ран II степени обычно наблюдается через 18-21 дней после травмы. Остается диспигментация кожи, могут образовываться послеожоговые рубцы…1  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 1.6 Классификация

#### Доступны новые данные:

#### Дополнительные сведения

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/047/001047013)

Пациентка отказалась от консультации в ожоговом стационаре, так как больница расположена далеко. Лечилась дома "народными " средствами (бальзам "Спасатель»). Через 3 дня повторно обратилась на прием к хирургу с жалобами на подъем температуры тела до 37,8оС, резкое усиление болей в ране и отек обожженной конечности.

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,80С. Кожные покровы влажные, теплые, бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 92/мин, АД 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей, мочеиспускание свободное.

#### Дополнительные сведения

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/047/001047012)

Дополнительно:

Через 10 дней пациентка снова пришла на прием. Жалобы на шелушение кожи и кожный зуд, дискомфорт при ношении обуви.

Общий статус без особенностей.

Местный статус

## Вопрос 12: Пациентке в данном случае можно дать рекомендации

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** обработка кожи мазями с глюкокортикоидами

**2:** обработка кожи гелем "Контрактубекс" 2 раза в день в течение 1 месяца

**3:** физиотерапия ультрафиолетовым облучением

**4:** обработка кожи увлажняющим кремом 2 раза в день, защита от солнца

#### Правильные ответ(ы):

обработка кожи увлажняющим кремом 2 раза в день, защита от солнца

**Ответ:**обработка кожи увлажняющим кремом 2 раза в день, защита от солнца

**Обоснование:**Консервативная профилактика и лечение послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций:  
  
Рекомендуется увлажняющие и смягчающие средства для зажившей кожи1  
  
Рекомендуется защита от ультрафиолетового облучения (инсоляции и др.) в течение не менее 1 года после заживления ожоговых ран с помощью защитной одежды, солнцезащитных средств, а также образа жизни и поведения  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 4.Реабилитация

# Ситуационная задача 57

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Курит больше 10 лет, 1 пачку в день.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 185 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в эпигастральной области, также в указанной области пальпируется несмещаемый инфильтрат диаметром до 10 см.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** хронический панкреатит в стадии обострения

**2:** хронический холецистит

**3:** острый аппендицит

**4:** язвенную болезнь желудка и 12-перстной кишки

#### Правильные ответ(ы):

хронический панкреатит в стадии обострения

**Ответ:**хронический панкреатит в стадии обострения

**Обоснование:**На основании специфических жалоб – боли в эпигастральной области с иррадиацией в спину, появляющиеся после погрешности в диете и физической нагрузки, диарея, что характерно для хронического панкреатита.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 205-206

## Вопрос 2: При физикальном обследовании позволяет заподозрить хронический панкреатит в стадии обострения

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** опухолевидное образование в проекции сигмовидной кишки

**2:** наличие положительного симптома Воскресенского

**3:** пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области

**4:** наличие диастаза прямых мышц живота

#### Правильные ответ(ы):

пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области

**Ответ:**пальпируемый инфильтрат в эпигастральной области

**Обоснование:**При возникновении постнекротичекой кисты в результате перенесенных приступов острого панкреатита может пальпироваться опухолевидное образование в проекции поджелудочной железы  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII. С. 216

## Вопрос 3: Для уточнения диагноза вы назначите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопию

**2:** обзорную рентгенографию брюшной полости

**3:** непрямую ультразвуковую эластографию печени

**4:** УЗИ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости

**Ответ:**УЗИ брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ с использованием современных ультразвуковых аппаратов с цветным картированием и возможностью получения трехмерного изображения занимает лидирующее положение в скрининговой диагностике острого панкреатита. Чувствительность и специфичность этого метода достигает 95%.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 209

## Вопрос 4: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Синдром раздраженного кишечника

**2:** Хронический калькулезный холецистит, холецистодуоденальный свищ

**3:** Хронический калькулезный панкреатит в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы

**4:** Дивертикулярная болезнь ободочной кишки. Перфорация дивертикула

#### Правильные ответ(ы):

Хронический калькулезный панкреатит в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы

**Ответ:**Хронический калькулезный панкреатит в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы

**Обоснование:**Учитывая данные анамнеза, УЗ-исследования пациента поставлен диагноз хронического калькулезного панкреатита в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 209

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

**2:** динамическом наблюдении; контрольном ультразвуковом исследовании через 6 месяцев

**3:** хирургическом лечении; пункционном дренировании по УЗ-контролем

**4:** дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

#### Правильные ответ(ы):

дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

**Ответ:**дообследовании; Компьютерной томографии органов брюшной полости с внутривенным контрастированием

**Обоснование:**Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием является золотым стандартом диагностики острого панкреатита и его осложнений.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 210

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### УЗИ брюшной полости

Заключение: увеличение размеров поджелудочной железы, неровность ее контуров, по передней поверхности железы определяется кистозное образование размерами 50х40мм, в стенках кисты патологического кровотока нет. В проекции головки поджелудочной железы – УЗ-признаки конкремента, ГПП расширен на всем протяжении до 5 мм

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель Фиброза | Полученный результат (кПа) | Заключение |
| F0 | До 6.2 | Фиброзные изменения отсутствуют |
| F1 | 6.2 — 8.2 | Начальные изменения; единичные очаги фиброза |
| F2 | 8.3 — 10.8 | Умеренно выраженный фиброз |
| F3 | 10.9 — 14.0 | Выраженный фиброз, очаги цирроза |
| F4 | Более 14 | Сформированный цирроз |

Плотность паренхимы печени 3,4 кПа (F0)

#### Диагноз

#### Хронический калькулезный панкреатит в стадии обострения. Постнекротическая киста головки поджелудочной железы

## Вопрос 6: Для уточнения диагноза вам необходимы (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** определение углеводного антигена СА 19-9

**2:** общий анализ крови, биохимическое исследование крови

**3:** определение ракового эмбрионального антигена

**4:** определение скрытой крови в кале

**5:** исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови, биохимическое исследование крови  
исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**Ответ:**общий анализ крови, биохимическое исследование крови

**Обоснование:**При обострении хронического панкреатита в общем анализе крови может быть выявлен лейкоцитоз, в биохимическом анализе сыворотки крови – гиперамилаземия.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 208.

**Ответ:**исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**Обоснование:**Анализ на гепатиты В, С, ВИЧ-инфекцию и сифилис являются обязательным исследованием, выполняемым всем пациентам, попадающим в хирургический стационар.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 250.

## Вопрос 7: В схему консервативной терапии в данном случае должны входить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** анксиолитики

**2:** холиномиметики

**3:** препараты группы ингибиторов протонной помпы

**4:** пробиотики

#### Правильные ответ(ы):

препараты группы ингибиторов протонной помпы

**Ответ:**препараты группы ингибиторов протонной помпы

**Обоснование:**На фоне острого панкреатита крайне высок риск образования острых язв желудка и двенадцатиперстной кишки, поэтому необходима своевременная профилактика.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 217

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ крови, биохимическое исследование крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общий анализ крови | Нормы | Значение |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 110 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 35 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 17,5 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 4,5 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 220,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 35 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 100 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 7,2 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 1,2 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 22,0 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 18,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 64,0 |
| Альфа-Амилаза, ед/л | 25-125 ед/л | 250 |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 4,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 137 мл/л |

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

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

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

## Вопрос 8: Период наблюдения при купировании обострения хронического панкреатита у больного с постнекротической кистой, после которого показано выполнение повторной КТ с определением дальнейшей тактики составляет

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 6 месяцев

**2:** 3 месяца

**3:** 1 год

**4:** 1 неделя

#### Правильные ответ(ы):

3 месяца

**Ответ:**3 месяца

**Обоснование:**Для определения хирургической тактики относительно таких осложнений острого панкреатита как постнекротическая киста, приемлемым считается период в 3 месяца, далее необходимо выполнение повторной МСКТ  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 218

## Вопрос 9: К малоинвазивным методикам дренирования постнекротических кист поджелудочной железы относят (выберите 1)

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** формирование лапаростомы

**2:** эндоскопическое дренирование под УЗ-контролем

**3:** бурсостомию

**4:** цистоеюностомию

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопическое дренирование под УЗ-контролем

**Ответ:**эндоскопическое дренирование под УЗ-контролем

**Обоснование:**При неинфицированных кистах небольшого размера возможно эндоскопическое дренирование.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 217

## Вопрос 10: При неэффективности малоинвазивных методик дренирования показано

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** формирование панкреатоцистоэнтероанастомоза на Ру-петле

**2:** динамическое наблюдение

**3:** панкреатэктомия

**4:** панкреатодуоденальная резекция

#### Правильные ответ(ы):

формирование панкреатоцистоэнтероанастомоза на Ру-петле

**Ответ:**формирование панкреатоцистоэнтероанастомоза на Ру-петле

**Обоснование:**При неэффективности малоивазивных методик показано выполнение радикальной операции.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 220

## Вопрос 11: Основным методом скрининга экзокринной недостаточности у больных с хроническим панкреатитом является определение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** панкреатической амилазы крови

**2:** уровня трансаминаз крови

**3:** амилазы мочи

**4:** панкреатической эластазы кала

#### Правильные ответ(ы):

панкреатической эластазы кала

**Ответ:**панкреатической эластазы кала

**Обоснование:**Данная методика позволяет достоверно подтвердить наличие экзокринной недостаточности и скорректировать дозу заместительной ферментной терапии.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 219

## Вопрос 12: Наиболее частой причиной развития хронического панкреатита является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** злоупотребление сладким

**2:** переедание

**3:** злоупотребление алкоголем

**4:** злоупотребление соленым

#### Правильные ответ(ы):

злоупотребление алкоголем

**Ответ:**злоупотребление алкоголем

**Обоснование:**Злоупотребление алкоголем способствует формированию конкрементов в поджелудочной железе.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 219

# Ситуационная задача 58

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Больная С. 30 лет в плановом порядке обратилась на консультацию к хирургу.

#### Жалобы

На затруднение прохождения плотной пищи.

#### Анамнез заболевания

Вышеуказанные жалобы в течение последнего года.

#### Анамнез жизни

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

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Периферических отеков нет. Дыхание через нос, свободное. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумов нет. АД 130/80. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Стул регулярный, оформленный, обычной окраски. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание не нарушено, дизурии нет.

## Вопрос 1: Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП)

**2:** обзорная рентгенограмма органов грудной клетки (ОГК)

**3:** колоноскопия

**4:** Rg пищевода с контрастом

#### Правильные ответ(ы):

Rg пищевода с контрастом

**Ответ:**Rg пищевода с контрастом

**Обоснование:**Учитывая клиническую картину, анамнез заболевания можно предположить образование пищевода.  
  
Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 107 - 109

## Вопрос 2: Методом инструментальной диагностики, позволяющим подтвердить диагноз является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопия

**2:** обзорная рентгенограмма органов грудной клетки (ОГК)

**3:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП)

**4:** эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

#### Правильные ответ(ы):

эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

**Ответ:**эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС)

**Обоснование:**Подтвердить предполагаемый диагноз, выявить наличие осложнений (например, кровотечение)  
  
Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 107 -109

## Вопрос 3: Методом инструментальной диагностики, позволяющим уточнить размеры и локализацию патологического процесса является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обзорная рентгенограмма органов грудной клетки (ОГК)

**2:** компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) с внутривенным контрастом

**3:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП)

**4:** колоноскопия

#### Правильные ответ(ы):

компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) с внутривенным контрастом

**Ответ:**компьютерная томография органов грудной клетки (КТ ОГК) с внутривенным контрастом

**Обоснование:**Подтвердить предполагаемый диагноз, уточнить размеры выявить наличие осложнений.  
  
Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 107 - 109

## Вопрос 4: Предполагаемым основным диагнозом, учитывая результаты инструментальных методов исследований, является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Полип пищевода

**2:** Ахалазия пищевода

**3:** Лейкомимома пищевода

**4:** Эпифренальный дивертикул пищевода

#### Правильные ответ(ы):

Лейкомимома пищевода

**Ответ:**Лейкомимома пищевода

**Обоснование:**На основании клинической картины, анамнеза, рентген-картины и данных ЭГДС, КТ.  
  
Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 107 -109

## Вопрос 5: Дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** динамическом наблюдении, повторном обследовании через 6 месяцев

**2:** консервативном лечении с коррекцией медикаментозной терапии, повторное обследование через 6 месяцев

**3:** консервативном лечении ингибиторами протонной помпы

**4:** хирургическом лечении

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении

**Ответ:**хирургическом лечении

**Обоснование:**Учитывая основной характер заболевания, жалобы и риск развития осложнений показано хирургическое лечение.  
  
Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 109 -111

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Rg пищевода с контрастом

При рентгенологическом исследовании в стенке пищевода определяется ограниченный дефект наполнения с гладкими контурами и неизмененной слизистой оболочкой.

Патологии не выявлено. Диффузные изменения поджелудочной железы.

#### Результаты инструментального метода обследования

#### ЭГДС

Выявлено подслизистое образование пищевода.

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/083/001083087)

#### Результаты инструментального метода обследования

#### КТ ОГК с внутривенным контрастом

Образование по задней латеральной стенке пищевода в межбронхиальном и ретрокардиальных сегментах размером 64х38х44 мм, контрастное вещество не накапливает.

Патологии не выявлено. Диффузные изменения поджелудочной

#### Диагноз

#### Лейкомимома пищевода

## Вопрос 6: Данной пациентке показана такая операция как

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** эзофагокардиомиотомия

**2:** экстирпация пищевода

**3:** энуклеация опухоли из стенки пищевода

**4:** резекция н/3 пищевода, проксимальная резекция желудка

#### Правильные ответ(ы):

энуклеация опухоли из стенки пищевода

**Ответ:**энуклеация опухоли из стенки пищевода

**Обоснование:**Учитывая отсутствие осложнений, локализацию, характер заболевания возможно выполнить органосберегающую операцию.  
  
Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 109-11

## Вопрос 7: Хирургическим доступом, который должен быть использован при выполнении оперативного приёма является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** верхне-срединная лапаротомия

**2:** правосторонняя торакотомия

**3:** срединная лапаротомия

**4:** левосторонняя торакотомия

#### Правильные ответ(ы):

левосторонняя торакотомия

**Ответ:**левосторонняя торакотомия

**Обоснование:**Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 110 -111

## Вопрос 8: Перед ушиванием раны производят дренирование

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** брюшной полости

**2:** плевральной полости с подключением на активную аспирацию

**3:** плевральной полости на пассивный отток

**4:** брюшной полости, малого таза

#### Правильные ответ(ы):

плевральной полости с подключением на активную аспирацию

**Ответ:**плевральной полости с подключением на активную аспирацию

**Обоснование:**Клиническая картина заболевания складывается из симптомов эзофагита и симптомов непроходимости пищевода.  
  
Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 107 -109

## Вопрос 9: В послеоперационном периоде больному необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** колоноскопию

**2:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП)

**3:** обзорную рентгенограмму органов грудной клетки (ОГК)

**4:** Rg - контроль пищевода с контрастом

#### Правильные ответ(ы):

Rg - контроль пищевода с контрастом

**Ответ:**Rg - контроль пищевода с контрастом

**Обоснование:**-

## Вопрос 10: После удаления плеврального дренажа необходимо выполнить (выберите 2)

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** колоноскопию

**2:** электрокардиографию

**3:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ ОБП)

**4:** обзорную рентгенограмму органов грудной клетки (ОГК)

**5:** Rg - контроль пищевода с контрастом

#### Правильные ответ(ы):

обзорную рентгенограмму органов грудной клетки (ОГК)  
Rg - контроль пищевода с контрастом

**Ответ:**Rg - контроль пищевода с контрастом

**Обоснование:**-

**Ответ:**обзорную рентгенограмму органов грудной клетки (ОГК)

**Обоснование:**-

## Вопрос 11: По результатам исследований после выписки больному показана консультация

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** кардиолога

**2:** невролога

**3:** онколога

**4:** уролога

#### Правильные ответ(ы):

онколога

**Ответ:**онколога

**Обоснование:**По результатам гистологического исследования необходима консультация онколога.  
  
Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 107 -109

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Колоноскопия

Патологии не выявлено.

#### Результаты обследования

#### УЗИ ОБП

#### Электрокардиография

Ритм синусовый, ЧСС 68 в минуту, нормальное положение ЭОС

## Вопрос 12: У данного больного дисфагия \_\_ степени

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** 3

**2:** 4

**3:** 2

**4:** 1

#### Правильные ответ(ы):

1

**Ответ:**1

**Обоснование:**Хирургия пищевода: Руководство для врачей. Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: Стр. 107 -111

# Ситуационная задача 59

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

На постоянную неинтенсивную боль в правом подреберье, слабость.

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Гепатит С в течение 20 лет

Цирроз печени класса А по Child -Pugh

Операций не было.

#### Объективный статус

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

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется очаговое образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 7 см, спаянное с передней брюшной стенкой

## Вопрос 1: На основании анамнеза и осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Адренокортикальный рак справа

**2:** Гемангиома правой доли печени

**3:** Гепатоцеллюлярный рак правой доли печени

**4:** Простые кисты печени

#### Правильные ответ(ы):

Гепатоцеллюлярный рак правой доли печени

**Ответ:**Гепатоцеллюлярный рак правой доли печени

**Обоснование:**На основании особенностей появления симптомов и динамики развития заболевания, гепатит С в анамнезе можно заподозрить злокачественную опухоль печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 2: При физикальном обследовании симптом \_\_\_\_\_\_ позволил заподозрить ГЦР

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

**2:** Мюсси-Георгиевского

**3:** болезненности при пальпации в правом подреберье

**4:** увеличения живота в объеме

#### Правильные ответ(ы):

спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

**Ответ:**спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

**Обоснование:**Как правило, злокачественные образования печени спаяны с передней брюшной стенкой при краевом расположении и обладают инфильтративным ростом  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 3: Необходимыми лабораторными методами для постановки диагноза являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** определение уровня антител к возбудителю эхинококкоза

**2:** PSA

**3:** общий анализ крови

**4:** общий анализ мочи

**5:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**6:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови  
общий анализ мочи  
биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи необходим для исключения патологии мочевыводящей системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При ГЦР в общем анализе крови отмечается анемия. Для цирроза печени характерна тромбоцитопения  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ крови необходим для оценки синтетической функции печени, исключения печеночной недостаточности  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573\* \*ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 4: Необходимым инструментальным методом диагностики является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгенография органов грудной клетки

**2:** обзорная рентгенография брюшной полости

**3:** УЗИ брюшной полости

**4:** эзофагогастродуоденоскопия

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости

**Ответ:**УЗИ брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, потому что позволяет оценить поражение печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 5: Необходимым дополнительным методом диагностики является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** КТ брюшной полости с контрастированием

**2:** консультация гепатолога

**3:** консультация инфекциониста

**4:** эзофагогастродуоденоскопия

#### Правильные ответ(ы):

КТ брюшной полости с контрастированием

**Ответ:**КТ брюшной полости с контрастированием

**Обоснование:**Компьютерная томография является ведущим методом диагностики опухолей печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 6: На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальным методов исследования можно сформулировать диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый гепатит на фоне цирроза печени вирусной этиологии, класс А. Холецистолитиаз

**2:** Гемангиома 6-7 сегментов печени ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс В

**3:** ГЦР 6-7 сегментов печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс А

**4:** ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс В

#### Правильные ответ(ы):

ГЦР 6-7 сегментов печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс А

**Ответ:**ГЦР 6-7 сегментов печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс А

**Обоснование:**Учитывая информацию, полученную во время опроса (длительность заболевания), физикального осмотра, данных УЗ и КТ исследования органов брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | соломенно-желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин |  |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### PSA

PSA 3 нг/мл(норма до 4 нг/мл)

#### Определение уровня антител к возбудителю эхинококкоза

Антитела к возбудителю эхинококкоза не выявлены

#### Результаты инструментального метода обследования

#### УЗИ брюшной полости

Печень в размерах увеличена за счет округлого опухолевого образования правой доли печени диаметром до 8 см, передне-задний размер правой доли – 210 мм, левой доли – 55 мм, контуры чёткие ровные, структура паренхимы печени диффузно уплотнена. Данных за другие очаговые образования печени не выявлено

Желчный пузырь визуализируется размерами 70 х 20,5 мм, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см, стенки уплотнены, не утолщены. Внутрипечёночные желчные протоки не расширены. Гепатикохоледох визуализируется в воротах печени, диаметр его составляет 8 мм, просвет свободен, стенки уплотнены

Поджелудочная железа обычного строения, без особенностей.

Увеличенных регионарных лимфатических узлов не выявлено.

В полости малого таза – незначительное количество свободной жидкости.

Заключение: опухолевое образование правой доли печени.

#### Результаты обследования

#### Эзофагогастродуоденоскопия

Заключение: поверхностный гастрит

## Вопрос 7: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении: лапаротомии, холецистэктомии, наружном дренировании желчных протоков

**2:** консервативном лечении, интенсивной инфузионной терапии

**3:** хирургическом лечении: - резекции 6-7 сегментов печени, холецистэктомии

**4:** динамическом наблюдении, контроле лабораторных показателей

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: - резекции 6-7 сегментов печени, холецистэктомии

**Ответ:**хирургическом лечении: - резекции 6-7 сегментов печени, холецистэктомии

**Обоснование:**Лечебная тактика заключается в удалении образования при сохранной функции печени и отсутствии клинически значимого цирроза печени (Child-Pugh B-C)  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 8: Необходимо использовать хирургический доступ, заключающийся в \_\_\_\_ лапаротомии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** J-образной

**2:** срединной

**3:** тотальной

**4:** правосторонней параректальной

#### Правильные ответ(ы):

J-образной

**Ответ:**J-образной

**Обоснование:**Доступ к правой доле печени проводится при помощи J- образного лапаротомного доступа  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3  
  
Хирургия печени: практическое руководство/ Б.И.Альперович – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 90-97 ISBN 978-5-9704-2573-2

## Вопрос 9: На основании клинической картины у пациента гепатоцеллюлярная карцинома

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** T3N1M0

**2:** T3N0M0

**3:** T3N1M1

**4:** T1N0M1

#### Правильные ответ(ы):

T3N1M0

**Ответ:**T3N1M0

**Обоснование:**Опухоль более 5 см в пределах 1-й доли и поражение лимфоузлов ГДС Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 10: Основным противопоказанием к радикальной операции при гепатоцеллюлярном раке печени является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** опухоль размерами более 7 см

**2:** цирроз печени класса В и С по Child-Pugh

**3:** цирроз печени класса А по Child-Pugh

**4:** наличие хронического гепатита С

#### Правильные ответ(ы):

цирроз печени класса В и С по Child-Pugh

**Ответ:**цирроз печени класса В и С по Child-Pugh

**Обоснование:**Наличие клинических проявлений заболевания является основным показанием к проведению оперативного лечения при гемангиоме печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Острый гепатит на фоне цирроза печени вирусной этиологии, класс А. Холецистолитиаз

## Вопрос 11: Заболеваемость гепатоцеллюлярным раком в России составляет \_\_\_\_\_ человек на 100000 населения

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 4-5

**2:** 40-50

**3:** 100-120

**4:** 25-30

#### Правильные ответ(ы):

4-5

**Ответ:**4-5

**Обоснование:**Заболеваемости гепатоцеллюлярным раком в России 4-5 человек на 100000 населения  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 12: Для адъювантного лечения гепатоцеллюлярного рака используется препарат

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** герцептин

**2:** сорафениб

**3:** цисплатин

**4:** бевацизумаб

#### Правильные ответ(ы):

сорафениб

**Ответ:**сорафениб

**Обоснование:**Для адъювантного лечения гепатоцеллюлярного рака используется препарат сорафениб  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

# Ситуационная задача 60

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

В январе месяце пациент Ж. 38 лет обратился к хирургу консультативно-диагностического отделения.

#### Жалобы

На невозможность глотания твердой пищи, неприятный запах изо рта, отрыжку, срыгивание пищи.

#### Анамнез заболевания

Считает себя больным около 4 лет, когда после смерти матери отметил затруднение глотания твердой пищи, что потребовало большого приема воды. В течение данного периода жалобы постепенно прогрессировали, появилось срыгивание непереваренной пищи и неприятный запах изо рта. За год похудел на 5 кг.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было. Пневмония около 1 года назад.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное\_.\_ Рост 183см, масса тела 80 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, безболезненный. Физиологические отправления не нарушены.

## Вопрос 1: На основании осмотра и физикальных данных может быть заподозрен диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Ахалазия кардии (кардиоспазм)

**2:** Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы с рефлюкс-эзофагитом

**3:** Пептическая стриктура пищевода

**4:** Рефлюкс-эзофагит, синдром Барретта

#### Правильные ответ(ы):

Ахалазия кардии (кардиоспазм)

**Ответ:**Ахалазия кардии (кардиоспазм)

**Обоснование:**На основании специфических жалоб – невозможность прохождения твердой пищи, срыгивание непереваренной пищи, неприятный запах изо рта, а также стресс в качестве пускового механизма, что характерно для ахалазии кардии.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 65- место в источнике

## Вопрос 2: Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопия

**2:** ЭРХПГ

**3:** бронхоскопия

**4:** ЭГДС

**5:** рентгенография пищевода с пероральным приемом бариевой взвеси

**6:** компьютерная томография брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

ЭГДС  
рентгенография пищевода с пероральным приемом бариевой взвеси

**Ответ:**ЭГДС

**Обоснование:**При эзофагоскопии …​в далеко зашедших стадиях болезни видна большая зияющая полость пищевода, иногда с жидкостью, слизью, остатками пищи…​ При S-образно искривленном пищеводе иногда бывает трудно достигнуть кардии, но через нее эндоскоп проходит в желудок всегда. Если этого не происходит, следует думать об органическом стенозе (пептическая стриктура, рак). Таким образом, еще раз становится очевидной крайне важная роль эндоскопии для дифференциальной диагностики кардиоспазма и рака кардии.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 69- место в источнике

**Ответ:**рентгенография пищевода с пероральным приемом бариевой взвеси

**Обоснование:**Рентгеновское исследование при ахалазиикардии в большинстве случаев позволяет точно поставить диагноз. Характерным рентгенологическим признаком является расширение пищевода в той или иной степени с наличием узкого сегмента в терминальном его отделе.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 67-68- место в источнике

## Вопрос 3: На основании данных обследования можно сформулировать диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** гигансткая параэзофагеальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

**2:** рак пищеводно-желудочного перехода (Зиверт-2)

**3:** ахалазия кардии (кардиоспазм) 4 стадия

**4:** тяжелый рефлюкс-эзофагит, короткая пептическая стриктура нижней трети пищевода

#### Правильные ответ(ы):

ахалазия кардии (кардиоспазм) 4 стадия

**Ответ:**ахалазия кардии (кардиоспазм) 4 стадия

**Обоснование:**Учитывая данные анамнез и результаты обследований (ЭГДС и рентгенография пищевода) - расширение пищевода до 8 см,S-образное изменение пищевода и атония позволяет установить 4 стадию.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3. С. 65- место в источнике

## Вопрос 4: С учетом рентгенологической картины, у данного пациента высок риск развития

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** стойкого ларингоспазма

**2:** язва тела желудка

**3:** пептической стриктуры пищевода

**4:** аспирационной пневмонии

#### Правильные ответ(ы):

аспирационной пневмонии

**Ответ:**аспирационной пневмонии

**Обоснование:**Ночные срыгивания нередко приводят к аспирации содержимого ротовой полости в трахеобронхиальное дерево, что в дальнейшем является причиной аспирационной пневмонии.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 69- место в источнике

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Ахалазия кардии (кардиоспазм)

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### ЭРХПГ

Изменений в области желчных протоков не выявлено.

#### Бронхоскопия

Слизистая бронхов не гиперемирована. Незначительно количество серозного секрета. Взят смыв.

## Вопрос 5: Согласно диагнозу и возможным осложнениям, данному пациенту показана резекция пищевода в объеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тотальной с двухэтапной пластикой изоперистальтической кишечной трубкой

**2:** частичной с одномоментной пластикой антиперистальтической кишечной трубкой

**3:** парциальной в комбинации с проксимальной резекцией желудка

**4:** субтотальной с одномоментной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой

#### Правильные ответ(ы):

субтотальной с одномоментной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой

**Ответ:**субтотальной с одномоментной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой

**Обоснование:**Радикальным методом лечения при наличии показаний является субтотальная резекция пищевода с одномоментной эзофагопластикой изоперистальтической желудочной трубкой с анастомозом на шее. Субтотальное удаление больного пищевода решает многие проблемы и является наиболее радикальной операцией в запущенных случаях.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 74-75- место в источнике

## Вопрос 6: Оптимальным хирургическим доступом к пищеводу в данном случае является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** трансторакальный справа

**2:** цервикотомный справа

**3:** трансхиатальный

**4:** трансторакальный слева

#### Правильные ответ(ы):

трансхиатальный

**Ответ:**трансхиатальный

**Обоснование:**Показания к трансхиатальной экстирпации пищевода: 3) мегадолихоэзофагус при неэффективности консервативного лечения или предыдущих паллиативных операций на кардии;  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 229 место в источнике

## Вопрос 7: Пациенту выполнена субтотальная резекция пищевода с одномоментной пластикой изоперистальтическим желудочным трансплантатом и анастомозом на шее. На 4-е сутки после операционного периода у больного отмечен подъем Т тела до 38,5°С, спутанность сознания. Больной предъявляет жалобы на одышку, слабость, боли за грудиной. При осмотре кожные покровы умеренно-бледной окраски. ЧСС 110 в мин, А\Д 100\60 мм рт ст. Дыхание ослаблено с обеих сторон, хрипы не выслушиваются. Живот не вздут, мягкий, умеренно болезненный в зоне послеоперационной раны. Исходя из клинической картины, у больного нельзя исключить развитие

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** формирование желудочно-бронхиального свища

**2:** инфекционного миокардита

**3:** ранней стриктуры желудочного трансплантата

**4:** некроза трансплантата

#### Правильные ответ(ы):

некроза трансплантата

**Ответ:**некроза трансплантата

**Обоснование:**Некроз трансплантата является самым тяжелым специфическим осложнением эзофагопластики. Причины его — нарушение кровоснабжения из-за перегиба или излишнего натяжения сосудистой ножки, тромбоз сосудов на фоне гиповолемии и нарушения реологических свойств крови. Для избежания подобного осложнения необходимо сформировать трансплантат достаточной длины, резецировать потенциально опасные (недостаточность кровообращения) зоны дна, малой кривизны желудка, кардии.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 229, 295 место в источнике

## Вопрос 8: В связи с развившейся клинической картиной больному выполнена компьютерная томография грудной клетки с пероральным и внутривенным контрастированием. Кровоснабжение трансплантата сохранено, однако выявлен затек контрастного вещества за пределы желудочно-пищеводного анастомоза в верхнее средостение, левосторонняя нижнедолевая пневмония. В связи с этим у пациента в отдаленном послеоперационном периоде имеется высокий риск развития

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рубцовой стриктуры выходного отдела желудка

**2:** аспирационной пневмонии

**3:** несостоятельности анастомоза

**4:** рубцовой стриктуры анастомоза

#### Правильные ответ(ы):

рубцовой стриктуры анастомоза

**Ответ:**рубцовой стриктуры анастомоза

**Обоснование:**В отдаленном периоде наиболее часто встречается рубцовая стриктура пищеводно-желудочного анастомоза. Чаще она развивается в результате частичной несостоятельности соустья в ближайшем послеоперационном периоде.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 295- место в источнике

## Вопрос 9: После проведенного стационарного лечения отмечена положительная динамика, свищ в области анастомоза с признаками облитерации, состояние пациента удовлетворительное. Планируется выписка больного из стационара. Действия врача по экспертизе нетрудоспособности при выписке пациента из стационара заключаются в выдаче

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** справки об установлении инвалидности

**2:** направления на МСЭ (Формы N 088/у)

**3:** «открытого» листка нетрудоспособности

**4:** выписного эпикриза с рекомендацией пройти МСЭ

#### Правильные ответ(ы):

«открытого» листка нетрудоспособности

**Ответ:**«открытого» листка нетрудоспособности

**Обоснование:**19. При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается в день выписки из стационара за весь период стационарного лечения. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 календарных дней (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 24.01.2012 N 31н).  
  
Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" II. Порядок выдачи листка нетрудоспособностипри заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах,в том числе полученных вследствие несчастного случаяна производстве, отравлениях (некоторых другихпоследствиях воздействия внешних причин).

## Вопрос 10: Сформированную изоперистальтическую желудочную трубку для выполнения при субтотальной эзофагопластики питает

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** правая желудочно-сальниковая артерия

**2:** селезеночная артерия

**3:** левая желудочно-сальниковая артерия

**4:** левая желудочная артерия

#### Правильные ответ(ы):

правая желудочно-сальниковая артерия

**Ответ:**правая желудочно-сальниковая артерия

**Обоснование:**Желудочная трубка в изоперистальтической позиции формируется с питанием на правой желудочно-сальниковой артерии.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 258- место в источнике

## Вопрос 11: Вариантом лечебной манипуляции при ахалазии кардии (кардиоспазме) является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** пневмокардиодилатация

**2:** ингаляция нитросорбида

**3:** стентирование пищевода

**4:** бужирование пищевода

#### Правильные ответ(ы):

пневмокардиодилатация

**Ответ:**пневмокардиодилатация

**Обоснование:**Пневмокардиодилатация является лечебной манипуляцией для ахалазиикардии и кардиоспазма  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 72-73- место в источнике

## Вопрос 12: Жизнеугрожающим осложнением, которое может возникнуть при пневмокардиодилатации является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** перфорация пищевода

**2:** стойкий болевой синдром

**3:** многократная рвота с аспирацией

**4:** рефлюкс-эзофагит

#### Правильные ответ(ы):

перфорация пищевода

**Ответ:**перфорация пищевода

**Обоснование:**Самым тяжелым осложнением кардиодилатации является перфорация пищевода (0,5—1 % случаев), что требует экстренного оперативного лечения.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 73- место в источнике

# Ситуационная задача 61

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 48 лет обратился в приемное отделение ожогового центра с направлением из поликлиники.

#### Жалобы

Боли в ранах.

#### Анамнез заболевания

Со слов пациента травма получена дома 2 недели назад - в состоянии алкогольного опьянения некоторое время лежал на полу около радиатора отопления, получил ожог. За медицинской помощью обратился в поликлинику через 3 дня. В поликлинике выполнили обработку раны, наложение повязки с мазью «левометил», введение АС 1,0 внутримышечно. Рекомендовали перевязки 2 раза в неделю. Сегодня врач-хирург поликлиники на очередной перевязке предложил госпитализацию и направил в ожоговый центр.

#### Анамнез жизни

хронические заболевания – отрицает

курит до 20 сигарет в день,

алкоголь употребляет нерегулярно; может выпить до 1 литра водки

аллергических реакций нет

официально не работает

проживает в квартире один

от столбняка привит в объеме 1,0 АС 10 дней назад по поводу данной травмы, ранее не прививался

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069220)

Состояние удовлетворительное. Вес 99 кг, рост 176 см. Температура тела 37,10С. Кожные покровы вне ран бледные, лицо красное. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации везикулярное дыхание, шумы не выслушиваются. ЧДД 20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 85/мин, АД 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул был утром, мочеиспускание не затруднено, моча светлая, прозрачная.

Местный статус:

## Вопрос 1: Для измерения площади ожога у пациента можно использовать

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** квадратные сантиметры

**2:** таблицу Вилявина

**3:** правило девяток

**4:** таблицу Ланда-Браудера

#### Правильные ответ(ы):

квадратные сантиметры

**Ответ:**квадратные сантиметры

**Обоснование:**Для определения площади …​ при небольших ранах и ожогах используется планиметрия…  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23  
  
На рисунке видно, что площадь поражения приблизительно соответствует 50 кв. см.

## Вопрос 2: По клиническим признакам ожог соответствует \_\_\_\_\_ степени (по МКБ-10)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** III

**2:** IIIБ-IV

**3:** IIIБ

**4:** IIIАБ

#### Правильные ответ(ы):

III

**Ответ:**III

**Обоснование:**У пациента определяется толстый сухой черный струп; по периферии – участки эпителизации (давность травмы 14 дней).  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения III cтепени — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены…  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23-24

## Вопрос 3: Наблюдаемый тип заживления раны называется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** вторичным натяжением

**2:** первичным натяжением

**3:** заживление под струпом

**4:** третичным натяжением

#### Правильные ответ(ы):

заживление под струпом

**Ответ:**заживление под струпом

**Обоснование:**У пациента видны признаки эпителизации по периферии сухого ожогового струпа.  
  
«В заживлении под струпом проявляются биологические особенности эпителия — способность выстилать живую ткань, отграничивая ее от внешней среды». «Характерно для небольших ран».  
  
Кузин М.И., Костюченок Б.М. «Раны и раневая инфекция», 1990, с.206

## Вопрос 4: По данным анамнеза данный ожог относится к

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** смешанному

**2:** электрическому

**3:** лучевому

**4:** контактному

#### Правильные ответ(ы):

контактному

**Ответ:**контактному

**Обоснование:**Термические ожоги связаны с воздействием высоких температур. …Контактные ожоги возникают при контакте с горячими предметами или веществами (например, раскалённым металлом, горячем смолой битумом, асфальтом и т.д.). Такие ожоги имеют очертания, соответствующие контурам накаленного предмета, от прикосновения которого ожог возник.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.Краткая информация по заболеванию или состоянию, стр. 6

## Вопрос 5: При первичном обращении в поликлинику врач-хирург должен был

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** направить пациента к челюстно-лицевому хирургу

**2:** выполнить хирургическую некрэктомию

**3:** выдать листок нетрудоспособности

**4:** направить пациента в ожоговый центр на госпитализацию

#### Правильные ответ(ы):

направить пациента в ожоговый центр на госпитализацию

**Ответ:**направить пациента в ожоговый центр на госпитализацию

**Обоснование:**Показаниями для направления больных, пострадавших от ожогов, в ожоговое отделение или ожоговый центр медицинской организации являются: термические и химические ожоги III степени (МКБ-Х) любой площади и локализации;  
  
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия (комбустиология)» П.8

## Вопрос 6: При проведении противостолбнячной иммунизации в поликлинике

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** превышена доза АС

**2:** показаний для введения АС не было

**3:** не выполнено введение ПСС 3000 МЕ по Безредка

**4:** ошибок не было

#### Правильные ответ(ы):

не выполнено введение ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Ответ:**не выполнено введение ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет. Показана полная схема активно-пассивной иммунизации: АС 1,0 +ПСС 3000 МЕ по Безредка. В поликлинике противостолбнячная иммунизация проведена не в полном объеме – только АС.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка»

## Вопрос 7: В приемном отделении ожогового центра пациенту показано местное лечение с применением

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**2:** биологических повязок

**3:** аллопластических заменителей кожи

**4:** синтетических повязок с силиконовым слоем

#### Правильные ответ(ы):

влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Ответ:**влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Обоснование:**При глубоких ожогах III степени в 1 стадию раневого процесса обосновано применение сухого способа лечения для «консервации» струпа (Приложение Г19).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г19, с. 108

## Вопрос 8: Для скорейшего удаления некротических тканей и подготовки к пластическому закрытию в ближайшие 1-2 дня необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** химический некролиз

**2:** хирургическую обработку ран

**3:** хирургическую некрэктомию

**4:** хирургическую некротомию

#### Правильные ответ(ы):

хирургическую некрэктомию

**Ответ:**хирургическую некрэктомию

**Обоснование:**Наличие глубокого ожога является показанием к хирургическому лечению независимо от сроков получения ожоговой травмы, площади поражения, других клинических и организационных факторов.  
  
Рекомендуются в качестве оптимальных сроки раннего хирургического лечения ограниченных по площади глубоких ожогов – 1-2 сутки от поступления больного.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г21, с. 110

## Вопрос 9: Предпочтительным методом закрытия раневой поверхности после хирургической некрэктомии в данной ситуации является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** пластика местными тканями с наложением швов

**2:** кожная пластика расщепленным аутодермотрансплантатом

**3:** пластика перемещенным лоскутом с осевым кровоснабжением

**4:** закрытие дефекта аллопластическим заменителем кожи

#### Правильные ответ(ы):

пластика местными тканями с наложением швов

**Ответ:**пластика местными тканями с наложением швов

**Обоснование:**При ограниченных глубоких ожогах, с том числе в функциональных и эстетически важных зонах особых локализаций (голова, лицо, кисти, половые органы, область шеи и крупных суставов… обосновано использование в ранние сроки методов реконструктивно-пластической хирургии \*- \* пластика дефекта местными тканями  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf Приложение Г2  
  
Методы хирургического лечения, стр. 131

## Вопрос 10: Заживление послеоперационной раны прошло по типу

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** третичного натяжения

**2:** первичного натяжения

**3:** вторичного натяжения

**4:** под струпом

#### Правильные ответ(ы):

первичного натяжения

**Ответ:**первичного натяжения

**Обоснование:**Заживление раны первичным натяжением характеризуется сращением краев раны без видимой промежуточной ткани… раны заживают по типу первичного натяжения после хирургического вмешательства, завершающегося наложением швов.  
  
Кузин М.И., Костюченок Б.М. «Раны и раневая инфекция», 1990, с.186-187

## Вопрос 11: Основным преимуществом кожной пластики местными тканями является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** сокращение времени операции

**2:** то, что рана заживает быстрее, чем при использовании аутодермопластики

**3:** то, что не требуется специальное оборудование

**4:** оптимальный эстетический результат, наименьшие рубцовые последствия

#### Правильные ответ(ы):

оптимальный эстетический результат, наименьшие рубцовые последствия

**Ответ:**оптимальный эстетический результат, наименьшие рубцовые последствия

**Обоснование:**Задачи хирургического лечения: …6.Достижение оптимального функционального и эстетического результата, максимально возможное восстановление качества жизни пострадавшего.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.2 Хирургическое лечение, стр. 59

## Вопрос 12: При выполнении пластики местными тканями после некрэктомии ожогового струпа наиболее вероятным местным осложнением является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выраженный болевой синдром

**2:** кровотечение из послеоперационной раны

**3:** нагноение послеоперационной раны

**4:** тромбоз сосудов подкожной клетчатки

#### Правильные ответ(ы):

нагноение послеоперационной раны

**Ответ:**нагноение послеоперационной раны

**Обоснование:**Клинические осложнения при заживлении первичным натяжением проявляются в виде нагноения раны или расхождения ее краев.  
  
Кузин М.И., Костюченок Б.М. «Раны и раневая инфекция», 1990, с. 187

#### Доступны новые данные:

#### Одномоментно с некрэтомией выполнена пластика раневого дефекта местными тканями. Вид раны через 7 дней после пластики

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069221)

# Ситуационная задача 62

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

На постоянную неинтенсивную боль в правом подреберье, тошноту.

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Эпидемиологический анамнез: длительное время проживала в Туркменистане

#### Объективный статус

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

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается его асимметрия и увеличение в объеме, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется кистозное образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 20 см.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно сформулировать диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Абсцесс печени

**2:** Гепатоцеллюлярный рак

**3:** Простая (паразитарная?) киста печени

**4:** Метастатическое поражение печение

#### Правильные ответ(ы):

Простая (паразитарная?) киста печени

**Ответ:**Простая (паразитарная?) киста печени

**Обоснование:**На основании особенностей появления симптомов и динамики развития заболевания, можно кистозное образование печени. При обнаружении простых кист печени в первую очередь необходимо исключать паразитарное поражение печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI, с 760-799 ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 2: При обследовании пациентов с кистами печени в первую очередь необходимо исключать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ природу заболевания

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** паразитарную

**2:** вирусную

**3:** онкологическую

**4:** бактериальную

#### Правильные ответ(ы):

паразитарную

**Ответ:**паразитарную

**Обоснование:**При обнаружении простых кист печени в первую очередь необходимо исключать паразитарное поражение печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI, с 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 3: Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 4)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**2:** определение титра антител к эхинококку

**3:** определение уровня ракового эмбрионального антигена

**4:** реакцию микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

**5:** общий анализ крови

**6:** общий анализ мочи

#### Правильные ответ(ы):

биохимический анализ крови + С-реактивный белок  
определение титра антител к эхинококку  
общий анализ крови  
общий анализ мочи

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи необходим для исключения патологии мочевыводящей системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Простая киста печени

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При крупных кистах печени в общем анализе крови может отмечается незначительная анемия. При паразитарной природе заболевания - эозинофилия  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI, с 760-799 ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Простая киста печени

**Ответ:**определение титра антител к эхинококку

**Обоснование:**Для подтверждения или исключения паразитарной природы заболевания необходимо исследовать кровь на наличие антител к эхонококку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.  
  
С. 540-573

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Простая киста печени

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ крови необходим для оценки синтетической функции печени, исключения печеночной недостаточности  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Простая киста печени

## Вопрос 4: Необходимым инструментальным методом диагностики является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагогастродуоденоскопия

**2:** обзорная рентгенография брюшной полости

**3:** УЗИ брюшной полости

**4:** рентгенография органов грудной клетки

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости

**Ответ:**УЗИ брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, потому что позволяет оценить поражение печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI, с 760-799 ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 5: Для окончательного подтверждения диагноза необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** КТ органов брюшной полости

**2:** эзофагогастродуоденоскопию

**3:** динамическую билиосцинтиграфию

**4:** консультацию инфекциониста

#### Правильные ответ(ы):

КТ органов брюшной полости

**Ответ:**КТ органов брюшной полости

**Обоснование:**Компьютерная томография является ведущим методом диагностики эхинококкоза печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-579 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 6: На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно сформулировать диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** гепатоцеллюлярная карцинома правой доли печени. Холецистолитиаз

**2:** эхинококкоз правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**3:** ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Хронический абсцесс печени

**4:** простые кисты печени ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

#### Правильные ответ(ы):

эхинококкоз правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**Ответ:**эхинококкоз правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**Обоснование:**Учитывая информацию, полученную во время опроса (длительность заболевания), физикального осмотра, данных УЗ-исследования органов брюшной полости, титра антител к возбудителю эхинококкоза  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т I. С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 10 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 2,5 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 20,5 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 18,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 55 |
| Альфа-Амилаза, ед/л |  |  |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 4,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 2,5 мл/л |

#### Определение титра антител к эхинококку

7,62 (норма до 0,85)

#### Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

Отрицательная

#### Определение уровня ракового эмбрионального антигена

Раковый эмбриональный антиген - 1 нг/мл (норма до 3 нг/мл)

#### Результаты инструментального метода диагностики

#### УЗИ брюшной полости

Печень в размерах увеличена за счет округлого кистозного образования с толстыми стенками и неоднородным содержимым диаметром до 15 см, передне-задний размер правой доли – 215 мм, левой доли – 65 мм, контуры чёткие ровные, структура паренхимы печени диффузно уплотнена. Данных за другие очаговые образования печени не выявлено

Желчный пузырь визуализируется размерами 70 х 20,5 мм, в просвете определяется конкременты диаметром до 1,5 см, стенки уплотнены, не утолщены. Внутрипечёночные желчные протоки не расширены. Гепатикохоледох визуализируется в воротах печени, диаметр его составляет 8 мм, просвет свободен, стенки уплотнены

Поджелудочная железа обычного строения, без особенностей

Увеличенных регионарных лимфатических узлов не выявлено.

Заключение: Хронический калькулезный холецистит. УЗ картина не позволяет исключить эхинококкоз правой доли печени

#### Результаты обследования

#### Консультация инфекциониста

Эхинококкоз правой доли печени

## Вопрос 7: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении: резекции печени, эхинококкэктомии, субтотальной перицистэктомии

**2:** динамическом наблюдении, контроле лабораторных анализов через 14 дней

**3:** консервативной антипаразитарной терапии

**4:** хирургическом лечении: лапароскопии, холецистэктомии, эхинококкотомии

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: резекции печени, эхинококкэктомии, субтотальной перицистэктомии

**Ответ:**хирургическом лечении: резекции печени, эхинококкэктомии, субтотальной перицистэктомии

**Обоснование:**Лечебная тактика заключается в устранении очага инфекции с дальнейшей антипаразитарной терапией  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 8: Необходимо использовать хирургический доступ в виде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лапаротомии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** срединной

**2:** J- образной

**3:** тотальной

**4:** правосторонней параректальной

#### Правильные ответ(ы):

J- образной

**Ответ:**J- образной

**Обоснование:**Доступ к правой доле печени проводится при помощи J- образного лапаротомного доступа  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3  
  
Хирургия печени: практическое руководство/ Б.И.Альперович – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 90-97 ISBN 978-5-9704-2573-2

## Вопрос 9: Перед проведением оперативного лечения пациенту необходимо провести дообследование в виде (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** МРТ позвоночного столба

**2:** КТ грудной клетки

**3:** МРТ головного мозга

**4:** эндо УЗИ органов панкреато-билиарной зоны

**5:** цитологического исследования содержимого кистозной полости

#### Правильные ответ(ы):

КТ грудной клетки  
МРТ головного мозга

**Ответ:**КТ грудной клетки

**Обоснование:**Для оценки распространенности заболевания в предоперационном периоде необходимо исключить эхинококковое поражение легких и головного мозга Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

**Ответ:**МРТ головного мозга

**Обоснование:**Для оценки распространенности заболевания в предоперационном периоде необходимо исключить эхинококковое поражение легких и головного мозга Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 10: В послеоперационном периоде показано проведение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** только КТ-брюшной полости через 1 год после операции

**2:** длительной антибактериальной терапии

**3:** антипаразитарной терапии

**4:** только динамического наблюдения

#### Правильные ответ(ы):

антипаразитарной терапии

**Ответ:**антипаразитарной терапии

**Обоснование:**Для окончательной эрадикации возбудителя эхинококкоза необходимо проведение курса антипаразитарной терапии в послеоперационном периоде  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 11: Эхинококкоз печени встречается у \_\_\_\_\_\_\_\_ человек на 100000 населения

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 150

**2:** 6

**3:** 30

**4:** 60

#### Правильные ответ(ы):

6

**Ответ:**6

**Обоснование:**Эхинококкоз печени встречается у 6 человек на 100000 населения  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI. С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### КТ грудной клетки

Заключение: очаговых и инфильтративных изменений легких не выявлено

#### МРТ позвоночного столба

Очаговых изменений вещества спинного мозга не выявлено. Грыжа Шморля на уровне L2-L3 без компрессии корешков.

## Вопрос 12: Возбудителем эхинококкоза печени является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** echinococcus granulosus

**2:** echinococcus mutilolocularis

**3:** opisthorchis viverrin

**4:** opisthorchis felineus

#### Правильные ответ(ы):

echinococcus granulosus

**Ответ:**echinococcus granulosus

**Обоснование:**Возбудителем эхинококкоза печени является Echinococcus granulosus  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI. С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

# Ситуационная задача 63

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 32 лет доставлен в приемное отделение ожогового центра из республиканской больницы.

#### Жалобы

Не предъявление (ИВЛ, мед. седация).

#### Анамнез заболевания

Пациент страдает эпилепсией. Во время очередного эпилептического припадка с потерей сознания упал головой на раскаленный спиральный электрообогреватель, получил ожог. Родственники вызвали бригаду СМП. В экстренном порядке был госпитализирован в республиканскую больницу по месту жительства, где в условиях отделения реанимации начата противошоковая терапия, в связи с дыхательной недостаточностью интубирован, проводится ИВЛ. По телемедицинской связи пациент был консультирован со специалистами из федерального ожогового центра и на 3 сутки после травмы по санавиации был в переведен в ожоговый центр для дальнейшего лечения.

#### Анамнез жизни

пациент страдает эпилепсией, приступы до 2 раз в месяц, лечение (финлепсин) получает нерегулярно

курит до 10 сигарет в день,

алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

не работает, инвалид II группы

от столбняка привит в объеме 1,0 АС после поступления в республиканскую больницу, ранее не прививался

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069245)

Общий осмотр: Состояние крайне тяжелое. Мед. седация. Кожный покров вне ожогом бледного цвета. Температура на момент осмотра 36,9°С. Веки отечны. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная. Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания симметричное. Дыхание аппаратное, ИВЛ, проводится над всеми отделами легких. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. АД 115/65 мм рт.ст. ЧСС 140 в минуту. Органы пищеварения: Язык обложен белым налетом. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание по мочевому катетеру, моча желтого цвета. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

Местный статус:

## Вопрос 1: Пациента из приемного отделения необходимо госпитализировать в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** хирургическое

**2:** реанимационное

**3:** ожоговое

**4:** травматологическое

#### Правильные ответ(ы):

реанимационное

**Ответ:**реанимационное

**Обоснование:**Пациент с обширными ожогами более 20% поверхности тела или глубокими ожогами более 10% поверхности тела у взрослых, более 5-10% поверхности тела у детей (в зависимости от возраста и преморбидного фона), при развитии ожогового шока, термо-ингаляционной травме с развитием дыхательной недостаточности, общей электротравме с развитием сердечно-сосудистой недостаточности, а также пострадавшие с другими угрожающими жизни состояниями направляются в отделение анестезиологии-реанимации ожогового центра, а при его отсутствии – в отделение анестезиологии-реанимации в составе медицинской организации для проведения интенсивного лечения и стабилизации клинического состояния.  
  
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Хирургия (комбустиология)». П.15

## Вопрос 2: По данным анамнеза данный ожог относится к

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** электрическому

**2:** лучевому

**3:** смешанному

**4:** контактному

#### Правильные ответ(ы):

контактному

**Ответ:**контактному

**Обоснование:**Термические ожоги связаны с воздействием высоких температур. Возникают наиболее часто…Контактные ожоги возникают при контакте с горячими предметами или веществами (например, раскалённым металлом, горячем смолой битумом, асфальтом и т.д.). Такие ожоги имеют очертания, соответствующие контурам накаленного предмета, от прикосновения которого ожог возник.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.Краткая информация по заболеванию или состоянию, стр. 7

## Вопрос 3: По клиническим признакам ожог соответствует \_\_\_\_\_ степени (по МКБ-10)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** IIIБ-IV

**2:** III

**3:** II

**4:** IIIАБ

#### Правильные ответ(ы):

III

**Ответ:**III

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения III cтепени— некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены…  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23-24

## Вопрос 4: Учитывая анамнез заболевания, клиническую картину, наличие ожога лица, больному требуется дообследование в объеме

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** фибробронхоскопии

**2:** микробиологического исследования ран

**3:** доплеровского исследования сосудов конечностей

**4:** эзофагогастродуоденоскопии

#### Правильные ответ(ы):

фибробронхоскопии

**Ответ:**фибробронхоскопии

**Обоснование:**Косвенные клинические признаки ингаляционной травмы, отравления продуктами горения: локализация ожогов на лице, шее, передней поверхности грудной клетки, опаление ресниц, бровей, волосков в носовых ходах.  
  
Рекомендуется провести диагностику ингаляционной травмы, при выявлении клинических признаков поражения дыхательных путей фибробронхоскопия является обязательным методом диагностики ингаляционной травмы и должна выполняться в экстренном порядке в первые часы после поступления пациента в стационар.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.Диагностика, стр. 25 и 27

## Вопрос 5: По данным фибробронхоскопии от момента поступления: гиперемия и отек слизистой, большое количество копоти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копоти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копоти. Больному выставлен диагноз ингаляционная травма \_\_\_\_ степени

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** II

**2:** I

**3:** IV

**4:** III

#### Правильные ответ(ы):

II

**Ответ:**II

**Обоснование:**Рекомендуется определить степени тяжести поражения трахеобронхиального дерева при ингаляционной травме по эндоскопическим критериям: средняя степень (II) – гиперемия и отек слизистой, большое количество копоти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копоти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копоти.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.4.Инструментальная диагностика, стр. 28

## Вопрос 6: При проведении противостолбнячной иммунизации в республиканской больнице

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** превышена доза АС

**2:** показаний для введения АС не было

**3:** не выполнено введение ПСС 3000 МЕ по Безредка

**4:** ошибок не было

#### Правильные ответ(ы):

не выполнено введение ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Ответ:**не выполнено введение ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет. Показана полная схема активно-пассивной иммунизации: АС 1,0 +ПСС 3000 МЕ по Безредка. В поликлинике противостолбнячная иммунизация проведена не в полном объеме – только АС.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка»

## Вопрос 7: Пациенту после поступления показано местное лечение с применением

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** синтетических повязок с силиконовым слоем

**2:** биологических повязок

**3:** аллопластических заменителей кожи

**4:** влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

#### Правильные ответ(ы):

влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Ответ:**влажно-высыхающих повязок с раствором повидон-йода

**Обоснование:**При глубоких ожогах III степени в 1 стадию раневого процесса обосновано применение сухого способа лечения для «консервации» струпа (Приложение Г19).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г19, с. 108

## Вопрос 8: Для скорейшего удаления некротических тканей и подготовки к пластическому закрытию необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическую некрэктомию

**2:** хирургическую обработку ран

**3:** хирургическую некротомию

**4:** химический некролиз

#### Правильные ответ(ы):

хирургическую некрэктомию

**Ответ:**хирургическую некрэктомию

**Обоснование:**Наличие глубокого ожога является показанием к хирургическому лечению независимо от сроков получения ожоговой травмы, площади поражения, других клинических и организационных факторов.  
  
Рекомендуются в качестве оптимальных сроки раннего хирургического лечения ограниченных по площади глубоких ожогов – 1-2 сутки от поступления больного.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г21, с. 110

## Вопрос 9: На фоне комплексного лечения состояние улучшилось. Пациент был экстубирован. Проводились этапные хирургические операции по подготовке глубоких ожоговых ран к пластическому закрытию. Раны очищены от некротических тканей, выполнились гипертрофическими грануляциями. Предпочтительным методом закрытия раневой поверхности после иссечения гипертрофических грануляций в данной ситуации является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** аутодермопластика полнослойными аутодермотрансплантатами

**2:** пластика местными тканями

**3:** использование биоэквивалентов кожи

**4:** трансплантация культивированных кератиноцитов

#### Правильные ответ(ы):

аутодермопластика полнослойными аутодермотрансплантатами

**Ответ:**аутодермопластика полнослойными аутодермотрансплантатами

**Обоснование:**При ограниченных глубоких ожогах, с том числе в функциональных и эстетически важных зонах особых локализаций (голова, лицо, кисти, половые органы, область шеи и крупных суставов), а также при обнажении глубоких структур (суставы, сосуды, нервные стволы, кости, сухожилия) обосновано использование в ранние сроки методов реконструктивно-пластической хирургии - …. полнослойными аутодермотрансплантатами…​  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г23, стр. 114

## Вопрос 10: После выполнения аутодермопластики у данного пациента имелся риск развития осложнения в виде

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** нагноения послеоперационной раны

**2:** тромбоза кавернозного синуса

**3:** выраженного болевого синдрома

**4:** кровотечения из послеоперационной раны

#### Правильные ответ(ы):

нагноения послеоперационной раны

**Ответ:**нагноения послеоперационной раны

**Обоснование:**Клинические осложнения при заживлении первичным натяжением проявляются в виде нагноения раны или расхождения ее краев.  
  
Кузин М.И., Костюченок Б.М. «Раны и раневая инфекция», 1990, с.187

## Вопрос 11: Медицинская реабилитация пострадавшего от ожогов начинается

##### Тип вопроса: Реабилитация, диспансерное наблюдение

**1:** сразу после выписки из стационара

**2:** после выполнения последней операции

**3:** после перевода из отделения реанимации

**4:** с началом лечения

#### Правильные ответ(ы):

с началом лечения

**Ответ:**с началом лечения

**Обоснование:**Рекомендуются следующие принципы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов: - Раннее начало (сразу после травмы с началом лечения).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 4  
  
стр 64

## Вопрос 12: После выписки из стационара пациенту необходимо назначить

##### Тип вопроса: Реабилитация, диспансерное наблюдение

**1:** диспансерное наблюдение и хирургическую коррекцию рубцовых последствий

**2:** диспансерное наблюдение и консервативную противорубцовую терапию

**3:** только диспансерное наблюдение

**4:** санаторно-курортное лечение

#### Правильные ответ(ы):

диспансерное наблюдение и консервативную противорубцовую терапию

**Ответ:**диспансерное наблюдение и консервативную противорубцовую терапию

**Обоснование:**Рекомендуются следующие принципы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов: - Раннее начало (сразу после травмы с началом лечения).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf 4  
  
Стр. 64

#### Доступны новые данные:

#### Состояние после операции через 10 дней.

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069246)

# Ситуационная задача 64

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

хронических заболеваний нет

не курит, алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

работает электромонтером

от столбняка привит в 17 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046210)

Состояние тяжелое. Вес 78 кг, рост 176 см. Температура тела 36,50С. Кожные покровы вне ран бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации везикулярное дыхание, шумы не выслушиваются. ЧДД 18-20/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 110/мин, АД 140/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей был утром, с момента травмы не мочился.

Местный статус:

## Вопрос 1: Для определения площади ожога используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**2:** "правило девяток"

**3:** "правило ладони"

**4:** планиметрия

#### Правильные ответ(ы):

"правило ладони"

**Ответ:**"правило ладони"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони»- площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадьладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf   
2.2.Физикальное обследование  
  
На рисунке видно, что площадь поражения приблизительно соответствует 12% поверхности тела

## Вопрос 2: По глубине ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог \_\_\_ степени по классификации ВОЗ

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** IIIАБ

**2:** IIIБ

**3:** II-III

**4:** IIIБ-IV

#### Правильные ответ(ы):

II-III

**Ответ:**II-III

**Обоснование:**Ожоги на лице II степени.  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения II степени— толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены.  
  
Ожоги в области кистей и предплечий III cтепени.  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения III cтепени — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений. Отмечается геморрагическое содержимое оставшихся ожоговых пузырей, дно раны тусклое, белесоватого цвета, с мраморным оттенком, иногда с мелкоточечными кровоизлияниями. Сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют, при выполнении волосковой пробы волоски легко удаляются. При ожогах пламенем возможно обугливание кожи с разрывами ее, определяются погибшие мышцы и сухожилия с отсутствием их функции.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр 23-24

## Вопрос 3: У пациента не исключаются ожог глаз и

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** перелом костей фаланг пальцев

**2:** отравление продуктами горения

**3:** ингаляционная травма

**4:** черепно-мозговая травма

#### Правильные ответ(ы):

ингаляционная травма

**Ответ:**ингаляционная травма

**Обоснование:**Сочетанные поражения характеризуются повреждениями, вызванными ожоговыми повреждающими факторами различной этиологии в одной, двух и более анатомических областях. К сочетанным поражениям следует относить: ожоги кожи и ингаляционная травма, ожоги кожи и ожоги глаз.  
Ингаляционная травма - повреждение слизистой оболочки дыхательных путей и/или легочной ткани, возникающие в результате воздействия термических и/или токсико-химических факторов.  
Комментарий: Косвенные клинические признаки ингаляционной травмы, отравления продуктами горения [14-17]:  
- локализация ожогов на лице, шее, передней поверхности грудной клетки, опаление ресниц, бровей, волосков в носовых ходах….  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.Определение, стр. 8, 1.6. Классификация, стр. 22., VI. Диагностика заболевания или состояния, стр. 28

## Вопрос 4: Учитывая данные анамнеза, у пациента была общая электротравма \_\_\_ степени

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** I

**2:** II

**3:** IV

**4:** III

#### Правильные ответ(ы):

III

**Ответ:**III

**Обоснование:**Общая электротравма по тяжести классифицируется на:  
  
III степень – потеря сознания и нарушение сердечной деятельности или дыхания (либо то и другое вместе).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf   
1.2 Этиология, стр. 8.

## Вопрос 5: Электроожоги у пациента расположены в области

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** только лица

**2:** лица и обеих кистей

**3:** обеих кистей и предплечий

**4:** обоих предплечий

#### Правильные ответ(ы):

обеих кистей и предплечий

**Ответ:**обеих кистей и предплечий

**Обоснование:**В области обеих кистей и предплечий - контактные электроожоги.  
  
На лице – ожоги пламенем вольтовой дуги.  
  
Местная электротравма -\* \*контактный электроожог.  
  
Ожоги пламенем вольтовой дуги не являются электротравмой, т.к. до контакта с телом человека электрическая энергия переходит в тепловую.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf   
1.2 Этиология

## Вопрос 6: Электротравма у пациента в зависимости от напряжения электрического тока относится к

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** дуговой

**2:** низковольтной

**3:** сверхвысоковольтной

**4:** высоковольтной

#### Правильные ответ(ы):

высоковольтной

**Ответ:**высоковольтной

**Обоснование:**У пациента травма в результате действия тока 6000 В.  
  
Классификация электротравмы в зависимости от напряжения тока  
  
Низковольтная (напряжение до 1000 В);  
  
Высоковольтная (1000-10000 В)  
  
Сверхвысоковольтная (десятки и сотни киловольт)  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.2 Этиология, стр. 8.

## Вопрос 7: У пациента ожоговая болезнь в периоде

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** реконваленценции

**2:** острой септикотоксемии

**3:** острой ожоговой токсемии

**4:** ожогового шока

#### Правильные ответ(ы):

ожогового шока

**Ответ:**ожогового шока

**Обоснование:**Классификация ожоговой болезни по периодам:  
  
Ожоговый шок - патологический процесс, который развивается при обширных термических повреждениях кожи и глубже лежащих тканей вследствие нарушения кровообращения на фоне гиповолемии, проявляется, гиперлактатемией, метаболическим ацидозом и нарушением органных функций (почек, желудочно-кишечного тракта и ЦНС). Продолжительность - до 3 суток.  
  
Клиническая картина ожогового шока может развиться и при ограниченных по площади ожогах: … при глубоких субфасциальных поражениях.  
  
Для ожогового шока также характерны жалобы на жажду, озноб, снижение температуры тела, тошноту, рвоту.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.6 Классификация

## Вопрос 8: Необходимыми для постановки диагноза в экстренном порядке лабораторными методами обследования являются

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ мочи

**2:** уровень билирубина и печеночных трансаминаз

**3:** уровень гемоглобина, гемотокрит и КЩС

**4:** уровень мочевины и креатинина

#### Правильные ответ(ы):

уровень гемоглобина, гемотокрит и КЩС

**Ответ:**уровень гемоглобина, гемотокрит и КЩС

**Обоснование:**Лабораторные признаки, характерные для периода ожогового шока:  
  
-метаболический ацидоз;  
  
-гиперлактатемия;  
  
-гемоконцентрация (увеличение уровня гемоглобина и гематокрита);  
  
-снижение сатурации кислорода венозной крови, увеличение артерио-венозной разницы по кислороду.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf

## Вопрос 9: Необходимыми для постановки диагноза в экстренном порядке инструментальными методами обследования являются ЭКГ и

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** фибробронхоскопия

**2:** эозофагогастродуоденоскопия

**3:** МРТ головы

**4:** Рентгенография костей черепа

#### Правильные ответ(ы):

фибробронхоскопия

**Ответ:**фибробронхоскопия

**Обоснование:**Рекомендуется провести диагностику ингаляционной травмы, при выявлении клинических признаков поражения дыхательных путей фибробронхоскопия является обязательным методом диагностики ингаляционной травмы и должна выполняться в экстренном порядке в первые часы после поступления пациента в стационар.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
 2.4.Инструментальная диагностика

## Вопрос 10: Пациента из приемного отделения больницы необходимо госпитализировать в отделение

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** комбустиологическое

**2:** реанимации и интенсивной терапии

**3:** хирургической инфекции

**4:** нейрохирургическое

#### Правильные ответ(ы):

реанимации и интенсивной терапии

**Ответ:**реанимации и интенсивной терапии

**Обоснование:**Порядок оказания медицинской помощи населению  
  
по профилю «комбустиология»:  
  
Пострадавшие с обширными ожогами более 20 % поверхности тела или глубокими ожогами более 10 % поверхности тела у взрослых, более 5−10% поверхности тела у детей (в зависимости от возраста и преморбидного фона), при развитии ожогового шока, термоингаляционной травмы с развитием дыхательной недостаточности, общей электротравмы с развитием сердечно-сосудистой недостаточности, а также пострадавшие с другими угрожающими жизни состояниями госпитализируются в отделение анестезиологии-реанимации ожогового центра, а при его отсутствии – в другое отделение анестезиологии-реанимации в составе медицинской организации.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | результат |
| цвет | темно-желтый |
| прозрачность | полная |
| белок | 0,03‰ |
| глюкоза | нет |
| кетоновые тела | нет |
| билирубин | нет |
| уробилин | не повышен |
| цилиндры | нет |
| эритроциты | единичные в поле зрения |
| лейкоциты | нет |
| соли | нет |
| бактерии | нет |
| слизь | умеренно |

## Вопрос 11: Методом выбора для закрытия раневой поверхности в области кистей и предплечий в данной ситуации является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** открытый метод ведения ран с обработкой пеной "Олазоль"

**2:** ксенопластика

**3:** повязка с мазью Вишневского

**4:** повязка с раствором повидон-йода

#### Правильные ответ(ы):

повязка с раствором повидон-йода

**Ответ:**повязка с раствором повидон-йода

**Обоснование:**Местное консервативное лечение пострадавших от ожогов на этапе первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи:  
  
•Рекомендуется проведение туалета ожоговых ран с наложением лечебных повязок в первые сутки после поступления пациента в стационар.  
  
•Рекомендуется при глубоких ожогах III степени в 1 стадию раневого процесса обосновано применение сухого способа лечения для «консервации» струпа.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf М естное консервативное лечение пострадавших от ожогов на этапе первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи.

## Вопрос 12: В неотложном порядке пациенту показано местное лечение в объеме\_\_\_ с последующим наложением лечебных повязок на обожженные поверхности

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургического очищения ран в области кистей и предплечий

**2:** некротомии, фасцио- и миотоми ран в области кистей и предплечий

**3:** хирургической обработки ран в области кистей и предплечий

**4:** ампутации предплечий

#### Правильные ответ(ы):

некротомии, фасцио- и миотоми ран в области кистей и предплечий

**Ответ:**некротомии, фасцио- и миотоми ран в области кистей и предплечий

**Обоснование:**Некротомия – рассечение ожогового струпа и глубжележащих тканей (фасцио- и миотомия) до визуально жизнеспособных при глубоких циркулярных ожогах конечностей и шеи, при других глубоких поражениях, когда высок риск сдавления и ишемии формирующимися некротизированными тканями…​ Цель – декомпрессия, восстановление кровоснабжения тканей, … диагностика глубины поражения. Некротомия выполняется по экстренным показаниям. При поражениях глубже фасции мышц проводят фасцио- и миотомию.  
  
Некротомия должна выполняться всякий раз, когда есть сомнения относительно ее необходимости.  
  
Рекомендуется наложение лечебных повязок на обожженные поверхности.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL: http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf ~ ~

# Ситуационная задача 65

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Участковый терапевт прибыл повторно к пациенту Н. 75-ти лет.

#### Жалобы

На повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, чувство «заложенности» в груди, одышку, сухой кашель, жидкий стул.

#### Анамнез заболевания

Заболел 25.04.2020, когда отметил повышение температуры тела до 37,4℃, боль в горле, слабость, лечился в домашних условиях симптоматическими средствами (закладывал в нос оксолиновую мазь, принимал жаропонижающие). Состояние не улучшалось.

30.04.2020 обратился в поликлинику. Назначен нурофен, дезлоратадин, азитромицин. На следующий день была проведена Rg ОГК: выявлена двусторонняя пневмония, к лечению добавлен амоксиклав.

В течение последующих 2-х дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7℃, усилились кашель и одышка, отметил чувство «заложенности» в груди. Дважды был послабленный стул.

#### Анамнез жизни

Пенсионер. Не работает

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: ИБС, гипертоническая болезнь 2 ст., р.3. Хронический холецистит, камни желчного пузыря, кисты печени. Хроническая ишемия головного мозга, вертебро-базилярная недостаточность, компенсация.

Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире вместе с женой, дети и внуки живут отдельно.

Эпиданамнез: за пределы страны не выезжал. Находится в самоизоляции, но со слов жены ходит в аптеку и магазин. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) не пользуется. Жена в настоящее время также жалуется на плохое самочувствие (познабливает, першит горло, температура не повышалась).

Прививочный анамнез: от гриппа прививался в октябре 2019 г.

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078042)

Температура тела 38,7°С.

В сознании, контактен, ориентирован в месте и времени.

Кожный покров, видимые слизистые обычной окраски. На коже в области грудной клетки, живота и спины, плеч множественные уртикарные высыпания.

Слизистая ротоглотки гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Лимфоузлы не пальпируются. Дыхание через нос затруднено, выделений нет.

Дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы в нижних отделах с 2х сторон, ЧД 26 в мин. Одышка при физических движениях, в покое нет.

Тоны сердца ритмичные, ЧСС 76 в мин. АД 130/80 мм рт. ст.

Язык обложен белым налетом, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Стула не было.

Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Диурез адекватный, моча желтого цвета. Менингеальных и очаговых знаков нет.

## Вопрос 1: Лабораторными методами обследования данного больного для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** бактериологический посев крови на стерильность

**2:** иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов вируса в кале

**3:** иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**4:** реакция латекс агглютинации на S ген SARS‑CoV‑2

**5:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

#### Правильные ответ(ы):

иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови  
ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Обоснование:**4.2.3. Лабораторная диагностика этиологическая:  
  
Прямые методы этиологической диагностики  
  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

**Ответ:**иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**Обоснование:**Выявление иммуноглобулинов классов А, M, G (IgА, IgM и IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептор-связывающему домену поверхностного гликопротеина S).  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Инструментальными методами исследования для уточнения диагноза являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ультразвуковое исследование (УЗИ) легких

**2:** фибробронхоскопия легких

**3:** магниторезонансная томография (МРТ) легких

**4:** пульсоксиметрия

**5:** компьютерная томография (КТ) легких

#### Правильные ответ(ы):

пульсоксиметрия  
компьютерная томография (КТ) легких

**Ответ:**пульсоксиметрия

**Обоснование:**4.1.3. Инструментальная диагностика  
  
Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

**Ответ:**компьютерная томография (КТ) легких

**Обоснование:**КТ имеет высокую чувствительность в выявлении изменений в легких, характерных для COVID-19.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 3: Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Аденовирусная инфекция, типичное течение, осложненная двусторонней пневмонией

**2:** Парвовирусная инфекция, типичная форма, инфекционная эритема

**3:** Иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтерит. Сопутствующий: обострение хронического бронхита

**4:** Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Обоснование:**Учитывая острое начало заболевания с интоксикационного синдрома (повышение температуры тела, слабость); присоединение катарального синдрома (сухой кашель, боль в ротоглотке, заложенность носа); появление признаков дыхательной недостаточности (чувство «заложенности» в груди, одышка), наличие уртикарных кожных высыпаний; данные объективного осмотра (изменения в ротоглотке, наличие сухих и влажных хрипов с обеих сторон, ЧДД – 26 в мин.), данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала и антител Ig M к SARS-CoV-2), данных инструментального обследования (снижение SрO2, наличие поражение легких в виде матового стекла с консолидацией, КТ-2), а также данных эпидемиологического анамнеза (отказ от использования СИЗ, посещение многолюдных мест), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная». Наличие двусторонних сухих и влажных хрипов, выраженной одышки при физической нагрузке на фоне усиления интоксикационного синдрома, нельзя исключить присоединение вирусной пневмонии.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)  
  
(2)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Бактериологический посев крови на стерильность

Роста нет

#### Иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов вируса в кале

Результат отрицательный

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Пульсоксиметрия

SрO2 – 94%

#### Магниторезонансная томография (МРТ) легких

Заключение: наличие двусторонних уплотнений в легочной ткани

## Вопрос 4: Примерный объем выявленных изменений легких (визуально) при КТ‑2 составляет \_\_\_\_\_%

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** 75

**2:** 50‑75

**3:** < 25

**4:** 25‑50

#### Правильные ответ(ы):

25‑50

**Ответ:**25‑50

**Обоснование:**«Эмпирическая» визуальная шкала  
  
Основана на визуальной оценке примерного объема уплотненной легочной ткани в обоих легких:  
  
Отсутствие характерных проявлений (КТ‑0)  
  
Минимальный объем/распространенность < 25% объема легких (КТ‑1)  
  
Средний объем/распространенность 25‑50% объема легких (КТ‑2)  
  
Значительный объем/распространённость 50‑75% объема легких (КТ‑3)  
  
Субтотальный объем/распространённость > 75% объема легких (КТ‑4)  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 5: Для средней степени тяжести новой коронавирусной инфекции COVID-19 характерно

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Т≤38℃; ЧДД> 18; SpO2 ≥ 95%

**2:** Т ≥ 39°C; ЧДД ≥ 30; SpO2 ≤ 93%

**3:** Т ≥ 39°C; ЧДД > 35; SpO2 < 92%

**4:** T ≥ 38 °C; ЧДД > 22; SpO2< 95%

#### Правильные ответ(ы):

T ≥ 38 °C; ЧДД > 22; SpO2< 95%

**Ответ:**T ≥ 38 °C; ЧДД > 22; SpO2< 95%

**Обоснование:**Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
Легкое течение  
  
Т тела < 38 °C, кашель, слабость, боли в горле  
  
Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения  
  
Среднетяжелое течение  
  
Т тела > 38 °C  
  
ЧДД > 22/мин  
  
Одышка при физических нагрузках  
  
Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения минимальный или средний; КТ 1-2)  
  
SpO2 < 95%  
  
СРБ сыворотки крови >10 мг/л  
  
Тяжелое течение  
  
ЧДД > 30/мин  
  
SpO2 ≤ 93%  
  
PaO2 /FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.  
  
Снижение уровня сознания, ажитация  
  
Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 3-4)  
  
Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л  
  
qSOFA > 2 балла  
  
Крайне тяжелое течение  
  
Стойкая фебрильная лихорадка  
  
ОРДС  
  
ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляции легких)  
  
Септический шок  
  
Полиорганная недостаточность  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 4) или картина ОРДС.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 6: Основным лабораторным маркером активности процесса в легких при новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** тропонин

**2:** с-реактивный белок

**3:** креатинкиназа

**4:** лактатдегидрогенеза

#### Правильные ответ(ы):

с-реактивный белок

**Ответ:**с-реактивный белок

**Обоснование:**4. Диагностика коронавирусной инфекции.  
4.2. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА COVID-19  
  
С‑реактивный белок (СРБ) является основным лабораторным маркером активности процесса в легких. Его повышение коррелирует с объемом поражения легочной ткани и является основанием для начала противовоспалительной терапии.  
  
Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной̆ инфильтрации и прогнозом при пневмонии. Концентрация СРБ увеличивалась у большинства пациентов, одновременно с увеличением интерлейкина- 6 (ИЛ-6) и СОЭ в разной степени.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: Учитывая сопутствующую патологию пациента, для диагностики поражения миокарда целесообразно оценить биомаркер

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** КФК-ВВ

**2:** ферритин

**3:** тропонин

**4:** прокальцитонин

#### Правильные ответ(ы):

тропонин

**Ответ:**тропонин

**Обоснование:**Развитие сердечно-сосудистых осложнений при COVID-19 также сопровождается лимфопенией, тромбоцитопенией, повышением СРБ, МВ-фракции креатинкиназы, высокочувствительного тропонина и мозгового натрий-уретического пептида (NT pro-BNP).  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |

ПЦР-диагностика

#### Иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| Anti-B19 IgM | Не обнаружено |
| Anti-B19 IgG | Не обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgA | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgG | Не обнаружено |

ИФА сыворотки крови

#### Компьютерная томография (КТ) легких

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078043)

Корональный тонкосрезовый КТ-скан без введения контрастного препарата

Заключение: визуализируются субплевральные участки уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла», появлением на их фоне ретикулярных изменений по типу «лоскутного одеяла», единичные участки консолидации легочной ткани. КТ-картина двусторонней полисегментарной вирусной пневмонии, КТ-2, стадия прогрессии

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

## Вопрос 8: Тактика в отношении данного пациента с изменениями в легких, соответствующими КТ2, включает

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** консультацию врача- пульмонолога

**2:** обязательную госпитализацию

**3:** лечение в ОРИТ

**4:** амбулаторное лечение

#### Правильные ответ(ы):

обязательную госпитализацию

**Ответ:**обязательную госпитализацию

**Обоснование:**9.4. Порядок госпитализации в медицинские организации пациентов в зависимости от степени тяжести заболевания.  
  
8. Подлежат госпитализации в структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID‑19 вне зависимости от тяжести заболевания:  
  
а) пациенты, относящиеся к группе риска (возраст старше 65 лет, наличие сопутствующих заболеваний и состояний: артериальной гипертензии, хронической сердечной недостаточности, онкологических заболеваний, гиперкоагуляции, ДВС‑синдрома, острого коронарного синдрома, сахарного диабета, цирроза печени, длительный прием стероидов и биологической терапии по поводу воспалительных заболеваний кишечника, ревматоидного артрита, пациенты, получающие сеансы гемодиализа или перитонеальный диализ, наличие иммунодефицитных состояний, в том числе у пациентов с ВИЧ‑инфекцией без антиретровирусной терапии и пациентов, получающих химиотерапию);  
  
б) пациенты, проживающие в общежитии, многонаселенной квартире, с лицами старше 65 лет, с лицами, страдающими хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно‑сосудистой и эндокринной систем.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 9: Этиотропное лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19 предусматривает назначение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** осельтамивира и амоксициллин/клавуланата

**2:** фавипиравира и ремдесивира

**3:** рибавирина и левофлоксацина

**4:** занамивира и цефтриаксона

#### Правильные ответ(ы):

фавипиравира и ремдесивира

**Ответ:**фавипиравира и ремдесивира

**Обоснование:**В настоящее время следует выделить несколько препаратов, которые могут быть использованы при лечении COVID-19: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
5.1. ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 10: Фавипиравир противопоказан пациентам с

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тяжелой печеночной недостаточностью

**2:** сахарным диабетом 1-го типа

**3:** тромбоцитопенией

**4:** острым респираторным дистресс-синдромом

#### Правильные ответ(ы):

тяжелой печеночной недостаточностью

**Ответ:**тяжелой печеночной недостаточностью

**Обоснование:**Противопоказания, особые указания, побочные эффекты  
  
Повышенная чувствительность к фавипиравиру;  
  
Тяжелая печеночная недостаточность;  
  
СКФ < 30 мл/мин;  
  
Беременность или планирование беременности во время приема препарата и в течение 7 дней после его окончания;  
  
Период грудного вскармливания;  
  
Детский возраст до 18 лет.  
  
Приложение 5  
Список возможных к назначению лекарственных средств для лечения COVID-19 у взрослых  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** доксорубицин

**2:** надропарин кальция

**3:** мелоксикам

**4:** тоцилизумаб

#### Правильные ответ(ы):

тоцилизумаб

**Ответ:**тоцилизумаб

**Обоснование:**Препараты для упреждающей противовоспалительной терапии представлены в Приложении 6  
  
Препараты на основе моноклональных антител, ингибируют рецепторы ИЛ‑6. Применяются для лечения юношеского артрита с системным началом и ревматоидного артрита. При лечении COVID‑19 предназначены для пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением: с острым респираторным дистресс‑синдромом, тяжелым жизнеугрожающим синдромом высвобождения цитокинов.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: Основным путём передачи новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** фекально-оральный

**2:** воздушно-капельный

**3:** трансмиссивный

**4:** артифициальный

#### Правильные ответ(ы):

воздушно-капельный

**Ответ:**воздушно-капельный

**Обоснование:**2. эпидемиологическая характеристика  
  
Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактным путями. Ведущим путем передачи SARS-CoV-2 является воздушно- капельный, который реализуется при кашле, чихании и разговоре на близком (менее 2 метров) расстоянии.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 66

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациентке 59-ти лет на 6-й день болезни.

#### Жалобы

На слабость, кашель, повышение температуры, тошноту, рвоту, послабленный стул, нарушение вкуса и обоняния

#### Анамнез заболевания

Заболела с общего недомогания, появились головная боль, повышение температуры до фебрильных значений, тошнота, двукратная рвота, жидкий стул. Лечилась самостоятельно симптоматическими средствами (жаропонижающие, обильное питье).

В течение последующих дней появился сухой кашель, наросла слабость, полностью исчез аппетит, перестала ощущать запах и вкус привычной пищи.

Учитывая отсутствие положительной динамики, вызвала врача на дом.

#### Анамнез жизни

Продавщица в продуктовом магазине (одновременно стоит за прилавком и обслуживает покупателей на кассе).

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; хронический бронхит (диагносцирован несколько лет назад, дату не помнит).

Вредные привычки: курит по 1-3 сигареты в день.

Анамнез жизни: замужем, проживает в отдельной квартире вместе с мужем, дочерью и внучкой 4-х лет, посещающей детский сад (привита по возрасту со слов матери).

Эпиданамнез: за пределы своего домашнего региона и страны не выезжала. Питается дома, домашней пищей. На работе контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, перчатки) пользуется не регулярно. Все проживающие вместе с пациенткой родственники в настоящий момент здоровы.

Прививочный анамнез: от гриппа прививалась осенью 2019г.

#### Объективный статус

Температура тела 37,6°С.

В ясном сознании. В пространстве, времени и собственной личности ориентирована. Менингеальных и очаговых знаков не определяется.

Кожные покровы светлые, умеренно влажные. Сыпи нет.

В легких дыхание жесткое, сухие хрипы выслушиваются с обеих сторон. ЧД 16 в мин.

Тоны сердца ритмичные, ритмичные. ЧСС=Ps=70 в мин. АД=110/70 мм рт. ст.

Зев умеренно гиперемирован. Миндалины не увеличены, налетов нет.

Лимфатические узлы не увеличены.

Язык влажный, чистый. Живот мягкий безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка не пальпируется. Стул двукратный послабленный (за последние сутки), без примесей. Диурез не нарушен, моча светлая.

## Вопрос 1: Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** бактериологический посев крови на стерильность

**2:** реакция латекс агглютинации на S ген SARS CoV 2

**3:** иммуноферментный анализ (ИФА)сыворотки крови

**4:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**5:** реакция гетерогемагглютинации Хофф-Бауэра

#### Правильные ответ(ы):

иммуноферментный анализ (ИФА)сыворотки крови  
ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Обоснование:**Прямые методы этиологической диагностики  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК. Инструкция по проведению диагностики COVID-19 с применением МАНК представлена в Приложении 3-1.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1. Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

**Ответ:**иммуноферментный анализ (ИФА)сыворотки крови

**Обоснование:**Непрямые методы этиологической диагностики  
Выявление иммуноглобулинов классов А, M, G (IgА, IgM и IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептор-связывающему домену поверхностного гликопротеина S). Инструкция по проведению диагностики COVID-19 с применением иммунохимических методов представлена в Приложении 3-2.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.1. Лабораторная диагностика этиологическая  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Инструментальными методами исследования необходимыми для обследования пациентки является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** спирография

**2:** фибробронхоскопия легких

**3:** рентгенологическое исследование ОГК

**4:** УЗИ органов брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

рентгенологическое исследование ОГК

**Ответ:**рентгенологическое исследование ОГК

**Обоснование:**К методам лучевой диагностики патологии ОГК пациентов с предполагаемой/установленной COVID-19 пневмонией относят:  
  
Обзорную рентгенографию легких (РГ),  
  
Компьютерную томографию легких (КТ),  
  
Ультразвуковое исследование легких и плевральных полостей (УЗИ).  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.3 ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА COVID-19  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 3: Учитывая данные клинико-лабораторного и инструментального обследований, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**2:** Респираторно-синцитиальная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**3:** Иерсиниоз, гастроинтестинальная форма, гастроэнтерит. Сопутствующий: острый катаральный бронхит

**4:** Инфекционный мононуклеоз, типичное течение, осложненный двусторонней пневмонией

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Обоснование:**Учитывая начало заболевания с интоксикационного синдрома (лихорадка, головная боль); присоединение диспепсического (тошнота, двукратная рвота, жидкий стул) и катарального синдромов (сухой кашель); данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала и антител Ig M к SARS-CoV-2,), данных инструментального обследования (рентгенологические признаки вирусной пневмонии), а также данных эпидемиологического анамнеза (контакт с возможно инфицированными лицами), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная».  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Стандартное определение случая заболевания COVID-19  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)  
  
3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
  
(2)

## Вопрос 4: Низкая интенсивность тени уплотнений в легких на рентгенограмме соответствует симптому \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ на КТ

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** «матового стекла»

**2:** «булыжной мостовой»

**3:** «дерева в почках»

**4:** «обратного ореола»

#### Правильные ответ(ы):

«матового стекла»

**Ответ:**«матового стекла»

**Обоснование:**4. Диагностика коронавирусной инфекции. 4.1. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID‑19.  
  
15 Рекомендации по формированию описаний и оценке изменений в легких и органах грудной полости при имеющейся/подозреваемой COVID 19 пневмонии представлены в Приложении 1 А.  
  
Рекомендации по описанию данных рентгенографии и компьютерной томографии.  
  
Интенсивность тени уплотнений в легких: низкая (обычно соответствует симптому «матового стекла» при КТ), средней интенсивности (обычно соответствует консолидации при КТ), высокая (может наблюдаться при тотальном или субтотальном поражении легких) или их сочетание.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Приложение 1  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |
| ДНК B19 -Parvovirus | Не обнаружено |

ПЦР-диагностика

#### Иммуноферментный анализ (ИФА)сыворотки крови

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| Anti-B19 IgM | Не обнаружено |
| Anti-B19 IgG | Не обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgA | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgG | Не обнаружено |

ИФА сыворотки крови

Роста нет

Реакция отрицательная

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Рентгенологическое исследование ОГК

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078054)

На рентгенограмме ОГК в прямой проекции визуализируются билатеральные участки уплотнения легочной ткани низкой интенсивности в средних отделах правого легкого, нижних отделах левого легкого, на фоне которых определяются сосуды и воздушные бронхограммы.

Заключение: Rg-картина двусторонней вирусной пневмонии.

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

## Вопрос 5: Для оценки выраженности гипоксемии у пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID‑19 целесообразно использовать

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** диффузный тест легких

**2:** бодиплетизмографию

**3:** пульсоксиметрию

**4:** пневмотахометрию

#### Правильные ответ(ы):

пульсоксиметрию

**Ответ:**пульсоксиметрию

**Обоснование:**Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.1.3 Инструментальная диагностика  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 6: Для среднетяжелого течения новой коронавирусной инфекции COVID-19 уровень SpO2 соответствует \_\_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** ≤ 93

**2:** <95

**3:** ≤ 90

**4:** <75

#### Правильные ответ(ы):

<95

**Ответ:**<95

**Обоснование:**Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
Легкое течение  
  
Т тела < 38 °C, кашель, слабость, боли в горле  
  
Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения  
  
Среднетяжелое течение  
  
Т тела > 38 °C  
  
ЧДД > 22/мин  
  
Одышка при физических нагрузках  
  
Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
SpO2 < 95%  
  
СРБ сыворотки крови >10 мг/л  
  
Тяжелое течение  
  
ЧДД > 30/мин  
  
SpO2 ≤ 93%  
  
PaO2 /FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.  
  
Снижение уровня сознания, ажитация  
  
Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения  
  
Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л  
  
qSOFA > 2 балла  
  
Крайне тяжелое течение  
  
Стойкая фебрильная лихорадка  
  
ОРДС  
  
ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляции легких)  
  
Септический шок  
  
Полиорганная недостаточность  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени или картина ОРДС.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: Типичными изменениями в периферической крови при новой коронавирусной инфекции COVID-19 являются

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** нейтрофиллез и анемия

**2:** тромбоцитопения и лимфопения

**3:** анэозинофилия и агранулоцитоз

**4:** тромбоцитоз и лимфоцитоз

#### Правильные ответ(ы):

тромбоцитопения и лимфопения

**Ответ:**тромбоцитопения и лимфопения

**Обоснование:**У большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
4.2.3 Прогностические лабораторные маркеры  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 8: В рекомендованных схемах лечения при новой коронавирусной инфекции COVID-19 назначают этиотропный препарат

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** фавипиравир

**2:** тоцилизумаб

**3:** далтепарин

**4:** осельтамивир

#### Правильные ответ(ы):

фавипиравир

**Ответ:**фавипиравир

**Обоснование:**В настоящее время следует выделить несколько препаратов, которые могут быть использованы при лечении COVID-19: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
5.1. ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 9: При лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 средней степени тяжести в амбулаторных условиях назначают

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** метилпреднизолон

**2:** цефтаролин

**3:** ривароксабан

**4:** канакинумаб

#### Правильные ответ(ы):

ривароксабан

**Ответ:**ривароксабан

**Обоснование:**В приоритетной схеме (схема №1) применяют пероральный антикоагулянт ривароксабан по 10 мг 1 р/сут вплоть до 30 дней  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 10: Препаратом для упреждающей противовоспалительной терапии при средне-тяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** левофлоксацин

**2:** фондапаринукс натрия

**3:** мелоксикам

**4:** барицитиниб

#### Правильные ответ(ы):

барицитиниб

**Ответ:**барицитиниб

**Обоснование:**Препараты для упреждающей противовоспалительной терапии представлены в Приложении 6  
  
Препараты на основе моноклональных антител, ингибируют рецепторы ИЛ 6. Применяются для лечения юношеского артрита с системным началом и ревматоидного артрита. При лечении COVID 19 предназначены для пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением: с острым респираторным дистресс синдромом, тяжелым жизнеугрожающим синдромом высвобождения цитокинов.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
ПРИЛОЖЕНИЕ 6  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: Для медикаментозной профилактики COVID19 у родственников, проживающих вместе с пациенткой, возможно рекомендовать применение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** рекомбинантного ИФН-α

**2:** осельтамивира

**3:** имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты

**4:** оксолиновой мази

#### Правильные ответ(ы):

рекомбинантного ИФН-α

**Ответ:**рекомбинантного ИФН-α

**Обоснование:**7.3. Медикаментозная профилактика COVID19 у взрослых  
  
Для медикаментозной профилактики COVID-19 возможно назначение интраназальных форм ИФН-α (у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного ИФН-α2b) и/или умифеновира (Приложение 9).  
  
Приложение 9. Рекомендованные схемы медикаментозной профилактики COVID-19  
  
Здоровые лица и лица из группы риска (старше 60 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями)  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
ИЛИ  
  
Умифеновир по 200 мг 2 раза в неделю в течение 3 недель  
  
Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
+  
  
Умифеновир по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней  
  
  
  
\* При необходимости профилактические курсы повторяют  
  
\*\* Беременным назначают только рекомбинантный ИФН-α2b  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
7.3. Медикаментозная профилактика COVID-19 у взрослых  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: Инкубационный период новой коронавирусной инфекции COVID-19 составляет до

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 2-3-х суток

**2:** 5-7-ми дней

**3:** 3-х недель

**4:** 14-ти суток

#### Правильные ответ(ы):

14-ти суток

**Ответ:**14-ти суток

**Обоснование:**Инкубационный период составляет от 2 до 14 суток, в среднем 5-7 суток.  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ  
ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)  
Версия 13 (14.10.2021)  
3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 13 (14.10.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 67

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

На постоянную неинтенсивную боль в правом подреберье, тошноту.

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Эпидемиологический анамнез: длительное время проживала в Туркменистане

#### Объективный статус

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

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается его асимметрия и увеличение в объеме, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется кистозное образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 20 см.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно сформулировать диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Гепатоцеллюлярный рак

**2:** Простая (паразитарная?) киста печени

**3:** Абсцесс печени

**4:** Метастатическое поражение печение

#### Правильные ответ(ы):

Простая (паразитарная?) киста печени

**Ответ:**Простая (паразитарная?) киста печени

**Обоснование:**На основании особенностей появления симптомов и динамики развития заболевания, можно кистозное образование печени. При обнаружении простых кист печени в первую очередь необходимо исключать паразитарное поражение печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI, с 760-799 ТII. \*С. 540-573 \*ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 2: При обследовании пациентов с кистами печени в первую очередь необходимо исключать природу заболевания

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** бактериальную

**2:** паразитарную

**3:** вирусную

**4:** онкологическую

#### Правильные ответ(ы):

паразитарную

**Ответ:**паразитарную

**Обоснование:**При обнаружении простых кист печени в первую очередь необходимо исключать паразитарное поражение печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI, с 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 3: Для постановки диагноза необходимо выполнить (выберите 4)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** определение уровня ракового эмбрионального антигена

**2:** реакцию микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

**3:** определение титра антител к эхинококку

**4:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**5:** общий анализ мочи

**6:** общий анализ крови

#### Правильные ответ(ы):

определение титра антител к эхинококку  
биохимический анализ крови + С-реактивный белок  
общий анализ мочи  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи необходим для исключения патологии мочевыводящей системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Простая (паразитарная?) киста печени

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При крупных кистах печени в общем анализе крови может отмечается незначительная анемия. При паразитарной природе заболевания - эозинофилия  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI, с 760-799 ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Простая (паразитарная?) киста печени

**Ответ:**определение титра антител к эхинококку

**Обоснование:**Для подтверждения или исключения паразитарной природы заболевания  
необходимо исследовать кровь на наличие антител к эхонококку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013 – ТII.  
С. 540-573

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Простая (паразитарная?) киста печени

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ крови необходим для оценки синтетической функции печени, исключения печеночной недостаточности  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Простая (паразитарная?) киста печени

## Вопрос 4: Необходимым инструментальным методом диагностики является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагогастродуоденоскопия

**2:** УЗИ брюшной полости

**3:** рентгенография органов грудной клетки

**4:** обзорная рентгенография брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости

**Ответ:**УЗИ брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, потому что позволяет оценить поражение печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI, с 760-799 ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 5: Для окончательного подтверждения диагноза необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** консультацию инфекциониста

**2:** эзофагогастродуоденоскопию

**3:** КТ органов брюшной полости

**4:** позитронно-эмиссионную томографию

#### Правильные ответ(ы):

КТ органов брюшной полости

**Ответ:**КТ органов брюшной полости

**Обоснование:**Компьютерная томография является ведущим методом диагностики эхинококкоза печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-579 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 10 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 2,5 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 20,5 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 18,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 55 |
| Альфа-Амилаза, ед/л |  |  |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 4,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 2,5 мл/л |

#### определение титра антител к эхинококку

7,62 (норма до 0,85)

#### Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

Отрицательная

#### Определение уровня ракового эмбрионального антигена

Раковый эмбриональный антиген - 1 нг/мл (норма до 3 нг/мл)

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Обзорная рентгенография брюшной полости

На обзорной рентгенограмме брюшной полости патологии не выявлено.

## Вопрос 6: На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно сформулировать диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** простые кисты печени ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**2:** ЖКБ. Острый калькулезный холецистит. Хронический абсцесс печени

**3:** Эхинококкоз правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**4:** гепатоцеллюлярная карцинома правой доли печени. Холецистолитиаз

#### Правильные ответ(ы):

Эхинококкоз правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**Ответ:**Эхинококкоз правой доли печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит

**Обоснование:**Учитывая информацию, полученную во время опроса (длительность заболевания), физикального осмотра, данных УЗ-исследования органов брюшной полости, титра антител к возбудителю эхинококкоза  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – Т I. С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 7: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** консервативной антипаразитарной терапии

**2:** динамическом наблюдении, контроле лабораторных анализов через 14 дней

**3:** хирургическом лечении: резекции печени, эхинококкэктомии, субтотальной перицистэктомии

**4:** хирургическом лечении: лапароскопии, холецистэктомии, эхинококкотомии

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: резекции печени, эхинококкэктомии, субтотальной перицистэктомии

**Ответ:**хирургическом лечении: резекции печени, эхинококкэктомии, субтотальной перицистэктомии

**Обоснование:**Лечебная тактика заключается в устранении очага инфекции с дальнейшей антипаразитарной терапией  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 8: Необходимо использовать хирургический доступ в виде \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лапаротомии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тотальной

**2:** J-образной

**3:** срединной

**4:** правосторонней параректальной

#### Правильные ответ(ы):

J-образной

**Ответ:**J-образной

**Обоснование:**Доступ к правой доле печени проводится при помощи J- образного лапаротомного доступа  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3  
  
Хирургия печени: практическое руководство/ Б.И.Альперович – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 90-97 ISBN 978-5-9704-2573-2

## Вопрос 9: Перед проведением оперативного лечения пациенту необходимо провести дообследование в виде (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** МРТ позвоночного столба

**2:** цитологического исследования содержимого кистозной полости

**3:** эндо УЗИ органов панкреато-билиарной зоны

**4:** МРТ головного мозга

**5:** КТ грудной клетки

#### Правильные ответ(ы):

МРТ головного мозга  
КТ грудной клетки

**Ответ:**КТ грудной клетки

**Обоснование:**Для оценки распространенности заболевания в предоперационном периоде необходимо исключить эхинококковое поражение легких и головного мозга.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Консультация инфекциониста

Эхинококкоз правой доли печени

**Ответ:**МРТ головного мозга

**Обоснование:**Для оценки распространенности заболевания в предоперационном периоде необходимо исключить эхинококковое поражение легких и головного мозга.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Консультация инфекциониста

Эхинококкоз правой доли печени

## Вопрос 10: В послеоперационном периоде показано проведение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** антипаразитарной терапии

**2:** длительной антибактериальной терапии

**3:** только динамического наблюдения

**4:** только КТ-брюшной полости через 1 год после операции

#### Правильные ответ(ы):

антипаразитарной терапии

**Ответ:**антипаразитарной терапии

**Обоснование:**Для окончательной эрадикации возбудителя эхинококкоза необходимо проведение курса антипаразитарной терапии в послеоперационном периоде  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI . С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 11: Эхинококкоз печени встречается у \_\_\_\_\_\_\_ человек на 100000 населения

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 60

**2:** 30

**3:** 6

**4:** 150

#### Правильные ответ(ы):

6

**Ответ:**6

**Обоснование:**Эхинококкоз печени встречается у 6 человек на 100000 населения  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI. С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 12: Возбудителем эхинококкоза печени является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** opisthorchis felineus

**2:** echinococcus granulosus

**3:** echinococcus mutilolocularis

**4:** opisthorchis viverrin

#### Правильные ответ(ы):

echinococcus granulosus

**Ответ:**echinococcus granulosus

**Обоснование:**Возбудителем эхинококкоза печени является Echinococcus granulosus  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТI. С. 760-799 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### КТ грудной клетки

Заключение: данных за очаговых и инфильтративных изменений легких нет

#### МРТ головного мозга

Патологии головного мозга не выявлено

Очаговых изменений вещества спинного мозга не выявлено. Грыжа  
Шморля на уровне L2-L3 без компрессии корешков.

Атипичных клеток не получено

# Ситуационная задача 68

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

Жалобы на интенсивные боли в области живота.

#### Анамнез заболевания

Доставлен бригадой скорой медицинской помощи с места дорожно-транспортного происшествия, произошедшего около 2 часов назад. Со слов сопровождающего, пострадавший находился на заднем сидении автомобиля, на коленях держал металлический ящик с инструментами.

#### Анамнез жизни

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

#### Объективный статус

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

При пальпации живот резко болезненный в эпигастральной области.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра вы можете заподозрить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** проникающее ранение живота

**2:** ранение органов забрюшинного пространства

**3:** закрытая травма живота

**4:** перитонит

#### Правильные ответ(ы):

закрытая травма живота

**Ответ:**закрытая травма живота

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании анамнестических данных – пациент дал подробное описание обстоятельств получения травмы.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 340-341

## Вопрос 2: Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ПЦР анализ эпигенетических мутаций гена EZH2

**2:** общий анализ мочи

**3:** реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

**4:** скрининговое исследование мочи на предмет наличия наркотических веществ и их метаболитов

**5:** общий анализ крови

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи у пострадавших с травмой живота назначается с целью исключения травмы органов мочевыделительной системы.  
  
Савельев В.С., Клиническая хирургия. В 3 т. Том 2. / Под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 832 с. С.207-209

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Назначается с целью исключения внутреннего кровотечения в брюшную полость или забрюшинное пространство.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 323

## Вопрос 3: Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** компьютерная томография органов брюшной полости

**2:** диагностическая лапаротомия

**3:** ангиография чревного ствола

**4:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**5:** чрескожная биопсия печени

#### Правильные ответ(ы):

компьютерная томография органов брюшной полости  
ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Ответ:**компьютерная томография органов брюшной полости

**Обоснование:**Основную роль в диагностике, особенно закрытой травмы органа, играет КТ с внутривенным контрастированием.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 347.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | соломенно-желтая |
| Прозрачность (норма – полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин | – |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма - не более 2 в п./зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс.) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс.) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс.) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс.) | отсутствуют |

#### Реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

0,00 (норма до 0,85)

**Ответ:**ультразвуковое исследование органов брюшной полости

**Обоснование:**Скрининговым методом при подозрении на ранение внутрибрюшных органов при травме живота служит УЗИ.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 347.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | соломенно-желтая |
| Прозрачность (норма – полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин | – |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма - не более 2 в п./зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс.) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс.) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс.) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс.) | отсутствуют |

#### Реакция непрямой гемагглютинации с паразитарным антигеном

0,00 (норма до 0,85)

## Вопрос 4: На основании проведенных методов обследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Закрытая травма живота с ранением почки

**2:** Язвенная болезнь желудка, осложненная перфорацией

**3:** Закрытая травма живота с повреждением поджелудочной железы

**4:** Закрытая травма живота с разрывом тощей кишки

#### Правильные ответ(ы):

Закрытая травма живота с повреждением поджелудочной железы

**Ответ:**Закрытая травма живота с повреждением поджелудочной железы

**Обоснование:**Основную роль в диагностике, особенно закрытой травмы органа, играет КГ с внутривенным контрастированием.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 320.

## Вопрос 5: В дальнейшем у рассматриваемого больного рекомендуется в экстренном порядке

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** корпокаудальная резекция поджелудочной железы

**2:** экстренная лапаротомия; гемостаз; дренирование главного панкреатического протока; холецистостомия

**3:** выполнение первичного панкреатоеюноанастомоза на выключенной по Ру петле

**4:** панкреатодуоденальная резекция

#### Правильные ответ(ы):

экстренная лапаротомия; гемостаз; дренирование главного панкреатического протока; холецистостомия

**Ответ:**экстренная лапаротомия; гемостаз; дренирование главного панкреатического протока; холецистостомия

**Обоснование:**Оперативное лечение рекомендовано только при наличии повреждений внутренних органов, которые были исключены.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 320.

## Вопрос 6: Показанием к консервативной терапии панкреонекроза при травме поджелудочной железы служит

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** факт травмы поджелудочной железы

**2:** разлитой желчный перитонит

**3:** развитие гнойно-септических осложнений

**4:** кровотечение из аррозированных сосудов

#### Правильные ответ(ы):

факт травмы поджелудочной железы

**Ответ:**факт травмы поджелудочной железы

**Обоснование:**Ведение пострадавших с травмой поджелудочной железы ведется по протоколам лечения панкреонекроза.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 488 с.: ил. С. 348.

## Вопрос 7: С целью коррекции синдрома кишечной недостаточности и внутрибрюшной гипертензии пациенту показано выполнение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** промывания холецистостомы

**2:** промывания дренажа панкреатического протока

**3:** эндоскопической установки назоэнтерального зонда

**4:** сеансов электрофореза поясничной области с раствором CaCl2

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопической установки назоэнтерального зонда

**Ответ:**эндоскопической установки назоэнтерального зонда

**Обоснование:**Введение нутриентов с помощью назоинтестинального зонда является наиболее физиологичным методом питания, который позволяет предотвратить синдром кишечной недостаточности и внутрибрюшной гипертензии.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство  
для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. — Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. — 489 с.: ил. С. 348.

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ крови

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

#### Результаты инструментальных методов обследования

#### Ультразвуковое исследование органов брюшной полости

Размеры печени в норме, контуры ровные, капсула дифференцируется, эхоструктура паренхимы однородная, эхогенность паренхимы в норме. Очаговых образований нет.

Желчный пузырь грушевидной формы, внутрипросветных образований нет. Общий желчный проток в норме, расширен, внутрипеченочные желчные протоки не расширены, дополнительных образований нет.

В сальниковой сумке лоцируется свободная жидкость. Поджелудочная железа увеличена в размерах. УЗ-признаки поперечного разрыва поджелудочной железы

Селезенка не увеличена, структура однородная, селезеночная вена не расширена.Свободной жидкости в брюшной полости нет.

#### Компьютерная томография органов брюшной полости

Выполнено исследование: компьютерная томография органов брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства с внутривенным контрастным усилением (ультравист-370, 100 мл) с толщиной среза 5 мм, с реконструкциями в «мягкотканном» окне в артериальную, венозную и экскреторную фазу по 1,25 мм, с последующим реформатированием в трех плоскостях и в объеме.

При исследовании в «мягкотканном» окне определяется: контуры печени ровные, четкие. Край не закруглен. В размерах печень не увеличена. Плотность паренхимы равномерна (в среднем + 60…+65 HU без контраста), локальных участков снижения либо повышения плотности не наблюдается. В артериально-паренхиматозную фазу плотность паренхимы равномерно увеличивается до +80…+90 HU. Сосуды системы воротной вены не расширены: воротная вена шириной 12 мм, селезеночная вена 10 мм, верхняя брыжеечная вена 12 мм.

Желчный пузырь грушевидной формы, заполнен однородным содержимым плотностью +20…+25HU, без конкрементов высокой (либо низкой) плотности, стенка не утолщена (менее 3 мм). Общий желчный проток шириной 6…7 мм (в пределах нормальных значений). Внутрипеченочные желчные протоки не расширены.

Поджелудочная железа обычного дольчатого строения, с фестончатыми краями, увеличена в размерах. На границе головки и тела определяется разрыв. Панкреатический проток не визуализируется на уровне головки и тела, не расширен. Выраженный отек парапанкреатической жировой клетчатки.

Селезенка не увеличена, без патологических включений в структуре. Надпочечники не утолщены, не деформированы с обеих сторон.

Почки: паренхима равномерно накапливает контраст с обеих сторон, объемных образований, кист, конкрементов в чашечках и лоханках не определяется. Чашечно-лоханочная система не расширена. Мочеточники визуализируются с обеих сторон, равномерно заполнены контрастом в экскреторную фазу, не расширены, не деформированы, конкрементов в просвете обоих мочеточников не выявлено.

Мочевой пузырь обычной формы, стенка не деформирована, не утолщена. Увеличенных, патологически измененных лимфатических узлов, а также свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.В «костном» электронном окне деструктивных, травматических изменений не определяется.

Заключение: патологических изменений со стороны органов брюшной полости, забрюшинного пространства не выявлено.

#### Диагноз

#### Закрытая травма живота с повреждением поджелудочной железы

## Вопрос 8: При повреждении поджелудочной железы I-II степени раны железы

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** резецируются

**2:** зашиваются

**3:** не зашиваются

**4:** углубляются до главного панкреатического протока

#### Правильные ответ(ы):

не зашиваются

**Ответ:**не зашиваются

**Обоснование:**Причем разрывы и раны ПЖ не должны ушиваться из-за риска большей травматизации ткани поджелудочной железы.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 348.

## Вопрос 9: Показанием к панкреатодуоденальной резекции при травме поджелудочной железы служит

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** распространённый фибринозно-гнойный послеоперационный перитонит

**2:** некроз поперечно-ободочной кишки

**3:** полный поперечный разрыв поджелудочной железы

**4:** размозжение головки поджелудочной железы в сочетании с обширной раной двенадцатиперстной кишки

#### Правильные ответ(ы):

размозжение головки поджелудочной железы в сочетании с обширной раной двенадцатиперстной кишки

**Ответ:**размозжение головки поджелудочной железы в сочетании с обширной раной двенадцатиперстной кишки

**Обоснование:**При обширных разрушениях стенок ДПК и прилежащих к ней органов допустимо выполнение панкреатодуоденальной резекции.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 327.

## Вопрос 10: Противопоказанием к выполнению лапароскопии при травме живота является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** УЗ-признаки 200 мл жидкости в брюшной полости

**2:** подозрение на разрыв диафрагмы

**3:** подозрение на ранение полого органа

**4:** подозрение на ранение паренхиматозного органа

#### Правильные ответ(ы):

подозрение на разрыв диафрагмы

**Ответ:**подозрение на разрыв диафрагмы

**Обоснование:**Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 324.

## Вопрос 11: При размозжении дистальных отделов поджелудочной железы рекомендуется

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** выполнить корпокаудальную резекцию железы

**2:** выполнить панкреатодуоденальную резекцию

**3:** сохранить все на вид здоровые ткани

**4:** выполнить первичный панкреатоеюноанастомоз

#### Правильные ответ(ы):

выполнить корпокаудальную резекцию железы

**Ответ:**выполнить корпокаудальную резекцию железы

**Обоснование:**После ушивания многочисленных ран кишечника для профилактики пареза целесообразно назоинтестинальное дренирование.  
  
Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 348.

## Вопрос 12: При выполнении корпокаудальной резекции железы возможность сохранения селезенки определяется

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** хирургом во время операции

**2:** обязательно выполнение спленэктомии

**3:** обязательно выполнение спленэктомии с последующей пересадкой селезеночной пульты

**4:** обязательным требованием является сохранение селезенки

#### Правильные ответ(ы):

хирургом во время операции

**Ответ:**хирургом во время операции

**Обоснование:**Неотложная абдоминальная хирургия: Методическое руководство для практикующего врача / Под ред. акад. РАН И.И. Затевахина, акад. РАН А.И. Кириенко, чл.-корр. РАН А.В. Сажина. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2018. – 488 с.: ил. С. 348.

# Ситуационная задача 69

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 35 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения

#### Жалобы

На наличие образования пупочной области

#### Анамнез заболевания

1 год назад после родов отметила появление образования в пупочной области

#### Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты – пенициллин – отек Квинке

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 158 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: в пупочной области, имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 2х1 см, вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» положительный.

## Вопрос 1: На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** грыжа белой линии живота

**2:** предбрюшинная липома

**3:** пупочная грыжа

**4:** бедренная грыжа

#### Правильные ответ(ы):

пупочная грыжа

**Ответ:**пупочная грыжа

**Обоснование:**При пальпации неосложненная грыжа безболезненна, имеет мягкоэластическую консистенцию и обычно свободно вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении пациента.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726

## Вопрос 2: У пациентки не ущемленная форма грыжи, так как

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** грыжа болезненна при пальпации

**2:** наблюдается положительный симптом «кашлевого толчка»

**3:** грыжа не вправляется в брюшную полость

**4:** грыжа подвижна при пальпации

#### Правильные ответ(ы):

наблюдается положительный симптом «кашлевого толчка»

**Ответ:**наблюдается положительный симптом «кашлевого толчка»

**Обоснование:**Классическим признаком любых форм грыж, за исключением ущемленных, служит положительный симптом кашлевого толчка. При покашливании пациента пальцы врача ощущают толчки органа, выходящего в грыжевой мешок.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.725

## Вопрос 3: Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

**2:** КТ брюшной полости

**3:** УЗИ органов брюшной полости

**4:** МРТ передней брюшной стенки

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

**Ответ:**УЗИ мягких тканей передней брюшной стенки области

**Обоснование:**УЗИ высокоинформативный метод инструментального обследования пациента с различными видами грыж.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.725

## Вопрос 4: На основании полученных результатов осмотра и обследования можно сформулировать окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** Неосложненная пупочная грыжа

**2:** Липома пупочной области

**3:** Фиброма околопупочной области

**4:** Метастаз в околопупочное кольцо

#### Правильные ответ(ы):

Неосложненная пупочная грыжа

**Ответ:**Неосложненная пупочная грыжа

**Обоснование:**При пальпации неосложненная грыжа безболезненна, имеет мягко-эластическую консистенцию и обычно свободно вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении пациента.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726Клиническая хирургия: Национальное руководство. /

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ограничении физических нагрузок, диете

**2:** динамическом наблюдении

**3:** ношении бандажа

**4:** хирургическом лечении: грыжесечение

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: грыжесечение

**Ответ:**хирургическом лечении: грыжесечение

**Обоснование:**Устранить грыжу и предотвратить осложнения можно только хирургическим путем. Именно поэтому само по себе наличие наружной брюшной грыжи служит показанием к оперативному лечению…  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.726

## Вопрос 6: Варианты хирургического лечения включают грыжесечение, пластику по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Менге

**2:** Напалкову

**3:** Сапежко

**4:** Лексеру

#### Правильные ответ(ы):

Сапежко

**Ответ:**Сапежко

**Обоснование:**При небольших грыжевых воротах для их закрытия у взрослых обычно используют методы с удвоением апоневроза. Из них отметим прежде всего способ братьев Мейо (1901), а так же способ К.С.Сапежко (1900). При значительных размерах грыжевых ворот используют синтетические сетчатые протезы. Другие способы пластики ввиду их ненадежности или чрезмерной сложности в клинической практике не применяют.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.757

## Вопрос 7: Особенности топографической анатомии пупка заключаются в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** плохой иннервации

**2:** в том, что жировая клетчатка развита обычно

**3:** обильном кровоснабжении

**4:** отсутствии жировой клетчатки

#### Правильные ответ(ы):

отсутствии жировой клетчатки

**Ответ:**отсутствии жировой клетчатки

**Обоснование:**В области пупка клетчатка практически отсутствует, вдоль белой линии развита слабо.  
  
"Топографическая анатомия и оперативная хирургия". Учебник для ВУЗов./ И.И.Каган, С.В.Чемезов. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2016. Т.II - C.513

## Вопрос 8: Особенно тщательно нужно обращать внимание на пупочную область на предмет метастаза

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Шницлера

**2:** Ауэрбаха

**3:** сестры Марии Джозеф

**4:** Вирхова

#### Правильные ответ(ы):

сестры Марии Джозеф

**Ответ:**сестры Марии Джозеф

**Обоснование:**Необходимо тщательно обследовать левую надключичную область (метастаз Вирхова в левые надключичные лимфатические узлы) и область пупка (метастаз сестры Марии Джозеф в пупок по ходу круглой связки печени).  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.587.

## Вопрос 9: В зависимости от пола пупочной грыжей

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** мужчины вообще не болеют

**2:** женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

**3:** мужчины болеют чаще, чем женщины

**4:** женщины болеют чаще, чем мужчины

#### Правильные ответ(ы):

женщины болеют чаще, чем мужчины

**Ответ:**женщины болеют чаще, чем мужчины

**Обоснование:**По статистике пупочная грыжа чаще встречается у женщин, это связано не только с особенностями строения брюшной стенки, а и физиологией беременности и родов.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.759

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Неосложненная пупочная грыжа

## Вопрос 10: Оперативное лечение будет проведено под

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** эпидуральной анестезией

**2:** эндотрахеальным наркозом

**3:** местным обезболиванием

**4:** авертиновой анестезией

#### Правильные ответ(ы):

местным обезболиванием

**Ответ:**местным обезболиванием

**Обоснование:**Наиболее целесообразным методом обезболивания при проведении оперативного лечения небольших пупочных грыж - местная анестезия, а при грыжах большого размера - эндотрахеальный наркоз или же перидуральная анестезия.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.757

## Вопрос 11: Антибиотикопрофилактика у данной пациентки

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** назначается на 7 дней

**2:** показана за 20 минут до разреза

**3:** не показана

**4:** проводится в течение 3 дней

#### Правильные ответ(ы):

не показана

**Ответ:**не показана

**Обоснование:**Антибиотикопрофилактика не снижает частоту развития раневых инфекций при открытой пластике у пациентов с первичными грыжами. В условиях современной клиники показаний для обязательного применения антибиотикопрофилактики при проведении плановой открытой пластики нет.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.19

## Вопрос 12: Пациентке рекомендовано ношение бандажа в течение \_\_\_\_ месяцев

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 24

**2:** 6

**3:** 12

**4:** 2

#### Правильные ответ(ы):

2

**Ответ:**2

**Обоснование:**Ношение эластичного бандажа после выполнения пластики передней брюшной стенки показано в течение 1-2 мес. Использование бандажа в большие сроки нецелесообразно из-за ослабления мышц передней брюшной стенки и показано только при выполнении пациентом физической нагрузки.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С.Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.769

# Ситуационная задача 70

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациент И., 57 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

#### Жалобы

На умеренно выраженные боли в области правого подреберья.

#### Анамнез заболевания

Два дня назад в обед отметил сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота. Приступ болей продолжался около 3 часов, купировался приемом спазмолитиков. Ранее у больного отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными. В связи с тем, что боль окончательно не проходила вызвал СМП, доставлен в ГКБ.

#### Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь 1 ст., 1 ст., риск ССО 2.

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 182 см, масса тела 84 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 78 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/85 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи положительные.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** перфорация язвы двенадцатиперстной кишки

**2:** острый панкреатит

**3:** острый холецистит

**4:** острый аппендицит

#### Правильные ответ(ы):

острый холецистит

**Ответ:**острый холецистит

**Обоснование:**На основании появления симптомов и динамики их развития, в первую очередь можно заподозрить острый холецистит.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-148

## Вопрос 2: К появлению болей в правом подреберье может привести

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** острый аппендицит

**2:** кишечная непроходимость

**3:** болезнь Крона

**4:** обструктивный холецистит

#### Правильные ответ(ы):

обструктивный холецистит

**Ответ:**обструктивный холецистит

**Обоснование:**Обструктивный холецистит развивается из-за обструкции желчного протока конкрементами.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 152-162

## Вопрос 3: Лабораторными методами необходимыми для постановки диагноза являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

**2:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**3:** определение СА 19-9

**4:** определение РЭА

**5:** общий анализ крови

**6:** общий анализ мочи

#### Правильные ответ(ы):

биохимический анализ крови + С-реактивный белок  
общий анализ крови  
общий анализ мочи

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**ОАМ необходим для дифференциальной диагностики, в частности для исключения патологии мочевыделительной системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-145

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При остром холецистите в общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-145

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ необходим для дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями брюшной полости, в т.ч. острым аппендицитом, острым панкреатитом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-145

## Вопрос 4: Методом инструментальной диагностики необходимым для первоочередной постановки диагноза является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагогастродуоденоскопия

**2:** R-графия органов брюшной полости

**3:** колоноскопия

**4:** УЗИ гепатопанкреодуоденальной зоны

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ гепатопанкреодуоденальной зоны

**Ответ:**УЗИ гепатопанкреодуоденальной зоны

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, поскольку помимо исключения патологических изменений правой почки и правого мочеточника, поджелудочной железы, позволяет обнаружить камни в желчном пузыре, утолщение стенки желчного пузыря.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-168

## Вопрос 5: На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый панкреатит

**2:** Острая спаечная толстокишечная непроходимость

**3:** ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

**4:** Острая почечная колика

#### Правильные ответ(ы):

ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

**Ответ:**ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза, данных общего и биохимеческого анализов крови, УЗИ брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 154-158

## Вопрос 6: Дальнейшей лечебной тактикой является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** предоперационная подготовка; лапароскопическая холецистэктомия

**2:** дренирование под УЗ-конролем

**3:** лапаротомия; формирование гепатоеюноанастомоза

**4:** лапароскопическая санация брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

предоперационная подготовка; лапароскопическая холецистэктомия

**Ответ:**предоперационная подготовка; лапароскопическая холецистэктомия

**Обоснование:**Из лечебных мероприятий при остром холецистите назначают постельный режим, предоперационную подготовку, оперативное лечение.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 162-168

## Вопрос 7: На фоне проведенного лечения в течение двух дней у пациента отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правом подреберье, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Дальнейшая тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выписке пациента с дальнейшими рекомендациями под наблюдение хирурга по месту жительства

**2:** формировании гепатикоеюноанастомоза

**3:** санации брюшной полости

**4:** продолжении консервативной терапии в условиях стационара

#### Правильные ответ(ы):

выписке пациента с дальнейшими рекомендациями под наблюдение хирурга по месту жительства

**Ответ:**выписке пациента с дальнейшими рекомендациями под наблюдение хирурга по месту жительства

**Обоснование:**Если инфильтрат рассасывается в результате консервативного ведения, то больным во избежание рецидива острого аппендицита настоятельно рекомендуют плановую холецистэктомию через 3-4 месяца после выписки из стационара.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 162-164

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 130,0 - 160,0 | 142 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 40 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 12,3 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 5,03 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 179,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 19,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 6,8 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 72,3 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 1,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,6 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 39 |

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| количество | 121 мл |
| цвет | Светло-желтый |
| прозрачность | полная |
| реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1021 |
| белок | 0,03 г/л |
| уробилин | отсутствует |
| лейкоциты | 0-1 в поле зрения |
| эритроциты | 0-1 в поле зрения |
| цилиндры | отсутсвуют |
| эпителий | отсутствует |
| бактерии | отсутствуют |
| слизь | немного |
| соли | отсутствуют |

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок | 64 - 82 | 79,1 |
| Мочевина | 2,5 - 6,4 | 4,2 |
| Креатинин | 53 - 115 | 96 |
| Билирубин общий | 3,0 - 17,0 | 20,2 |
| Билирубин прямой | 0,0 - 3,0 | 3,9 |
| АЛТ | 15,0 - 61,0 | 38,4 |
| АСТ | 15,0 - 37,0 | 27,9 |
| Щелочная фосфатаза | 50,0 - 136,0 | 131,2 |
| Альфа-Амилаза | 25-125 | 127 |
| Глюкоза | 3,89 – 5,83 | 4,7 |
| С-реактивный белок | Не более 0,49 мг/л | 10 мг/л |

СА 19-9 0,5 ед/мл (норма до 37 ед/мл)

Отрицательная

РЭА не опр (норма до 3 нг/мл)

#### Результаты инструментального метода обследования

#### УЗИ гепатопанкреодуоденальной зоны

Заключение: острый калькулезный холецистит

Патологии не выявлено

#### Диагноз

#### ЖКБ. Острый калькулезный холецистит

## Вопрос 8: Наиболее частым осложнением острого холецистита является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** перивезикальный инфильтрат

**2:** рак желчного пузыря

**3:** перивезикальный абсцесс

**4:** пузырно-кишечные свищи

#### Правильные ответ(ы):

перивезикальный инфильтрат

**Ответ:**перивезикальный инфильтрат

**Обоснование:**Наиболее частое осложнение острого холецитсита является перивезикальный инфильтрат.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С.Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 167-168

## Вопрос 9: Анатомическими структурами, образующими треугольник Кало являются пузырный проток, пузырная артерия и

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** общий печеночный проток

**2:** правая печеночная артерия

**3:** общий желчный проток

**4:** гастродуоденальная артерия

#### Правильные ответ(ы):

общий печеночный проток

**Ответ:**общий печеночный проток

**Обоснование:**Треугольник Кало: общий печеночный проток, пузырный проток, пузырная артерия.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-144

## Вопрос 10: Наиболее часто встречающимся объективным симптомом при остром холецистите является симптом

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** Бартомье - Михельсона

**2:** Захарьина

**3:** Щеткина-Блюмберга

**4:** Ортнера

#### Правильные ответ(ы):

Ортнера

**Ответ:**Ортнера

**Обоснование:**Симптом Ортнера — болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 146-148

## Вопрос 11: Дренирование холедоха Т-образным дренажом - это способ

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** Каттеля

**2:** Мейо

**3:** Кера

**4:** Стерлинга

#### Правильные ответ(ы):

Кера

**Ответ:**Кера

**Обоснование:**Дренирования по Керу – дренирование холедоха Т-образным дренажом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-168

## Вопрос 12: Противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** гангренозный холецистит

**2:** флегмонозный холецистит

**3:** острый аппендицит

**4:** обширный спаечный процесс в брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

обширный спаечный процесс в брюшной полости

**Ответ:**обширный спаечный процесс в брюшной полости

**Обоснование:**Обширный спаечный процесс в брюшной полости основное противопоказание для выполнения лапароскопической холецистэктомии.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 162-168

# Ситуационная задача 71

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациент И. 41 года, обратился к хирургу поликлиники.

#### Жалобы

На боли в правой подвздошной области, усиливающиеся при ходьбе, наличие в этой области болезненного образования, недомогание.

#### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 6 дней, когда появились боли в верхних отделах живота, была однократная рвота, жидкий стул. Причиной этого считает погрешность в диете - употребил в пищу «шаурму» у станции метро. С течением времени боли переместились в правые отделы живота, приобрели постоянный пульсирующий характер. Пациентом был зафиксирован подъем Т тела до 38,1 С. За медицинской помощью не обращался. После приема Анальгина и Но-Шпа боли значительно уменьшились, тошнота, рвота не повторялись. В последующем сохранялся дискомфорт в животе, общая слабость, которым пациент не предавал особого значения. Вчера боли в животе усилились, пациент отметил наличие болезненной опухоли в правой подвздошной области. Измерил Т тела 37,2 С.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.  
Аллергии на препараты отрицает.  
Перенесенные заболевания: ОРВИ. Детские инфекции.  
Операции: тонзилэктомия в детстве.  
Вредные привычки: курит, употребление алкоголя умеренное.

#### Объективный статус

Общее состояние ближе к удовлетворительному. Рост 180 см, масса тела 74 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Язык подсушен, обложен белым налетом. Температура тела 37,1°С. Периферических отеков нет. Дыхание жесткое, проводится во все отделы, ЧДД 14 в мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 80 в мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, умеренно отстает в акте дыхания в правых отделах, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где пальпируется плотное болезненное образование 8х8 см. Пальпации между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа резко болезненная. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Кишечные шумы ровные. Мочеиспускание последние два дня учащенное, вчера был однократный кашицеобразный стул.

## Вопрос 1: На основании имеющихся данных у пациента можно заподозрить острый

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** аппендицит

**2:** панкреатит

**3:** сигмоидит

**4:** гепатит

#### Правильные ответ(ы):

аппендицит

**Ответ:**аппендицит

**Обоснование:**Анамнез, типичный для острого аппендицита.  
  
Рекомендовано любое появление боли в правом нижнем квадранте живота рассматривать как подозрение на ОА.  
  
Медицинская библиотека Министерства здравоохранения РФ  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

## Вопрос 2: При физикальном осмотре именно положительный симптом \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ позволил заподозрить острый аппендицит

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Мейо-Робсона

**2:** Мак-Берни

**3:** Вестфаля–Бернхарда

**4:** Георгиевского–Мюсси

#### Правильные ответ(ы):

Мак-Берни

**Ответ:**Мак-Берни

**Обоснование:**Симптом Мак-Берни - признак острого аппендицита: болезненная при пальпации точка, находящаяся посередине между пупком и передней верхней остью подвздошной кости справа.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

## Вопрос 3: Дальнейшая тактика ведения больного заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** его экстренной госпитализации

**2:** продолжении лечения в домашних условиях

**3:** назначении лабораторно-инструментальных исследований в плановом порядке

**4:** выдаче направления на плановую операцию

#### Правильные ответ(ы):

его экстренной госпитализации

**Ответ:**его экстренной госпитализации

**Обоснование:**Показания для экстренной госпитализации: обоснованное предположение о наличии острого аппендицита.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

## Вопрос 4: В приемном отделении у пациента в обязательном порядке нужно взять такие лабораторные анализы, как (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ крови

**2:** исследование на наличие инфекций в сыворотке крови (гепатит В, С, ВИЧ, сифилис)

**3:** анализ мочи по Нечипоренко

**4:** исследование уровня углеводного антигена крови СА 19-9

**5:** общий анализ мочи

**6:** определение скрытой крови в кале

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови  
исследование на наличие инфекций в сыворотке крови (гепатит В, С, ВИЧ, сифилис)  
общий анализ мочи

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Рекомендовано выполнить общий анализ мочи для исключения патологии со стороны мочевыделительной системы.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**Рекомендовано выполнить общий анализ крови - лейкоцитоз, увеличение числа полиморфноядерных нейтрофилов (>75%), увеличение СОЭ имеют диагностическое значение при соответствии с клинической картиной.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

**Ответ:**исследование на наличие инфекций в сыворотке крови (гепатит В, С, ВИЧ, сифилис)

**Обоснование:**Анализ на ДНК вируса гепатита В, С, ВИЧ входит в обязательный перечень анализов перед операцией.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 109 место в источнике

## Вопрос 5: Учитывая анамнез и локализацию болей, для дифференциальной диагностики пациента целесообразно проконсультировать у врача

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** невролога

**2:** уролога

**3:** терапевта

**4:** инфекциониста

#### Правильные ответ(ы):

уролога

**Ответ:**уролога

**Обоснование:**Рекомендована консультация врача-уролога в целях дифференциальной диагностики при подозрении на обструкцию или инфекции мочевыводящих путей.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных обследований

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 132 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 43 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 10,5 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 5,2 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 274,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 35 |

#### Исследование на наличие инфекций в сыворотке крови (гепатит В, С, ВИЧ, сифилис)

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

#### Анализ мочи по Нечипоренко

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметр | Результат | Норма |
| Лейкоциты | 500 | До 2000 |
| Эритроциты | 250 | До 1000 |
| Цилиндры | 10 | До 20 |

## Вопрос 6: Для подтверждения диагноза и дифференциальной диагностики с другой патологией пациенту целесообразно назначить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обзорную рентгенографию брюшной полости

**2:** колоноскопию

**3:** эзофагогастродуоденоскопию

**4:** компьютерную томографию брюшной полости и малого таза

#### Правильные ответ(ы):

компьютерную томографию брюшной полости и малого таза

**Ответ:**компьютерную томографию брюшной полости и малого таза

**Обоснование:**В качестве метода визуализации брюшной полости рекомендована компьютерная томография.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

## Вопрос 7: На основании данных инструментального и лабораторного обследований пациенту установлен клинический диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Аппендикулярный абсцесс

**2:** Аппендикулярный инфильтрат

**3:** Перфорация дивертикула Меккеля

**4:** Болезнь Крона

#### Правильные ответ(ы):

Аппендикулярный инфильтрат

**Ответ:**Аппендикулярный инфильтрат

**Обоснование:**Аппендикулярный инфильтрат (дооперационное выявление).  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

## Вопрос 8: Дальнейшая лечебная тактика в отношении больного заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении в срочном порядке - аппендэктомии

**2:** консервативном лечении – антибиотикотерапии

**3:** стационарном динамическом наблюдении, контрольном ультразвуковом исследовании через 3 часа

**4:** назначении амбулаторного наблюдения гастроэнтерологом по месту жительства

#### Правильные ответ(ы):

консервативном лечении – антибиотикотерапии

**Ответ:**консервативном лечении – антибиотикотерапии

**Обоснование:**Рекомендовано при диагностировании аппендикулярного инфильтрата (без признаков абсцедирования) до операции, выполнить консервативное лечение антибиотиками.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 80 мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | неполная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1023 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### Результаты обследования

#### Консультация уролога

Данных за острую урологическую патологию не выявлено

Данных за неврологическую патологию нет

#### Результаты обследования

#### Компьютерная томография брюшной полости и малого таза

Заключение: в правой подвздошной области определяется конгломерат из слепой и петель тонкой кишки в центре которого определяется червеобразный отросток увеличенного диаметра (13 мм) и утолщенными стенками (до 4 мм). Жидкостного компонента в этой зоне и свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

Плохая подготовка. Грубой органической патологии толстой кишки на осмотренных участках не выявлено.

#### Диагноз

#### Аппендикулярный инфильтрат

#### Через 3 суток стационарного лечения

Через 3 суток стационарного лечения у пациента гипертермия до 38,4 С, озноб, усиление болей в правой подвздошной области. В общем анализе крови лейкоцитоз 17 х 10,5. При УЗИ брюшной полости – в правой подвздошной области конгломерат петель кишечника в центре которого определяется полость размером 3х4 см с неоднородной жидкостью. В центре полости определяется плотная структура. В других отделах брюшной полости жидкости не определяется.

## Вопрос 9: Течение заболевания у пациента осложнилось

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** периаппендикулярным абсцессом

**2:** поддиафрагмальным абсцессом

**3:** псоас-абсцессом

**4:** спаечной кишечной непроходимостью

#### Правильные ответ(ы):

периаппендикулярным абсцессом

**Ответ:**периаппендикулярным абсцессом

**Обоснование:**В пользу развития периаппендикулярного абсцесса указывают лейкоцитоз, гипертермия выше 38 С, а также УЗТ данные о сформированной полости в области конгломерата петель кишечника  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

## Вопрос 10: В сложившейся ситуации следует

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** произвести дренирование абсцесса под УЗ-наведением

**2:** сменить схему антибактериальной терапии

**3:** продолжить назначенную антибактериальную терапию

**4:** выполнить срочную лапаротомию, аппендэктомию

#### Правильные ответ(ы):

произвести дренирование абсцесса под УЗ-наведением

**Ответ:**произвести дренирование абсцесса под УЗ-наведением

**Обоснование:**При выявлении периаппендикулярного абсцесса на дооперационном этапе без признаков перитонита рекомендовано выполнить перкутанное вмешательство (пункцию или дренирование) под ультразвуковым или КТ-наведением.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

## Вопрос 11: Пациенту следует рекомендовать

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** считать себя здоровым и забыть о болезни

**2:** плановую аппендэктомию через 6 недель

**3:** аппендэктомию в срочном порядке

**4:** продолжить антибактериальную терапию пероральными препаратами в течение 4 недель

#### Правильные ответ(ы):

плановую аппендэктомию через 6 недель

**Ответ:**плановую аппендэктомию через 6 недель

**Обоснование:**Показания для плановой госпитализации - состояние после успешной консервативной терапии аппендикулярного инфильтрата (через 6 недель после рассасывания инфильтрата).  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Прошло 14 суток.

Медикаментозная терапия, дренажное лечение привели к купированию явлений местного и общего воспаления. Абдоминальный дренажный катетер был удален на 10 сутки. По данным контрольной компьютерной томографии – патологии в правой подвздошной области не выявлено.

## Вопрос 12: После завершения хирургического лечения ограничение физической активности пациента

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рекомендовано на 6 месяцев

**2:** рекомендовано на 3 недели

**3:** рекомендовано на 2 месяца

**4:** не рекомендовано

#### Правильные ответ(ы):

рекомендовано на 3 недели

**Ответ:**рекомендовано на 3 недели

**Обоснование:**Рекомендовано ограничение физической активности в течении 3 недель после завершения хирургического лечения.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации. Острый аппендицит у взрослых. 2015 г.  
  
(1)

# Ситуационная задача 72

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 25 лет поступил в реанимационное отделение ожогового центра.

#### Жалобы

Боли в ранах, головокружение, слабость, тошноту.

#### Анамнез заболевания

Со слов пациента, травма получена на производстве при взрыве котла - получил ожог паром туловища, верхних и нижних конечностей 40% п.т. Бригадой СМП доставлен в ожоговый центр, госпитализирован в реанимационное отделение, где больному начато обследование и проведение лечение.

#### Анамнез жизни

Аппендэктомия в 20 лет

не курит, алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

работает водителем

от столбняка привит в 17 лет в школе

#### Объективный статус

1-е сутки после травмы. Состояние тяжелое. Вес 75 кг, рост 178 см. Температура тела 36,30С. В сознании, вялый. Кожные покровы вне ран бледно-розовые, сухие. Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Правильного телосложения, удовлетворительного питания. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная. Участие обеих половин в акте дыхания симметричное. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД-20/мин. ЧСС 114 в мин. АД 100\60 мм рт.ст. Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, правильной формы, на пальпацию живота не реагирует. Перистальтика ослаблена. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание по катетеру, диурез снижен, моча насыщенного желтого цвета.

Местный статус: ожоговые туловища, верхних и нижних конечностей 40% п.т. в виде гиперемии, толстостенных пузырей, деэпителизированной поверхности ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей.

## Вопрос 1: Для определения площади ожога у данного больного используется

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** "правило ладони»

**2:** "правило девяток"

**3:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**4:** планиметрия

#### Правильные ответ(ы):

"правило девяток"

**Ответ:**"правило девяток"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади обширных ожогов у взрослых рекомендуется использоваться правилом «девяток».  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23

## Вопрос 2: Учитывая клиническую картину, у больного диагностирован ожог паром туловища, верхних конечностей \_\_\_\_\_\_\_ cтепени, 40% поверхности тела

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** III

**2:** I-II-III

**3:** I-II

**4:** II-III

#### Правильные ответ(ы):

I-II

**Ответ:**I-II

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения:  
  
— I cтепень — гиперемия кожи, пастозность или не резко выраженный отек кожи. Может быть отслоение эпидермиса с образованием тонкостенных пузырей, наполненных прозрачной, слегка желтоватой жидкостью. Болевая чувствительность сохранена или несколько повышена. Дно ожогового пузыря — розовая, влажная, блестящая ткань.  
  
— II cтепень — толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены. При ожогах агентами с высокой температурой может образоваться тонкий светло-желтый или коричневый струп, через который не просвечивают сосуды.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.6 Классификация, стр. 24

## Вопрос 3: По данным анамнеза данный ожог относится к

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** термохимическому

**2:** химическому

**3:** термическому

**4:** лучевому

#### Правильные ответ(ы):

термическому

**Ответ:**термическому

**Обоснование:**Термические ожоги связаны с воздействием высоких температур. Возникают наиболее часто. Чаще всего встречают ожоги горячими жидкостями и паром.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.Краткая информация по заболеванию или состоянию, стр. 6

## Вопрос 4: Состояние больного соответствует периоду ожоговой болезни

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** септикотоксемия

**2:** ожоговый шок

**3:** острая ожоговая токсемия

**4:** реконвалесцентция

#### Правильные ответ(ы):

ожоговый шок

**Ответ:**ожоговый шок

**Обоснование:**Площадь и глубина поражения определяют характер реакции организма, при этом у пострадавших при общей площади ожогов более 15-20% поверхности тела и/или глубоких ожогах более 10% поверхности тела (у детей и пожилых пациентов – при площади ожогов более 5-10% поверхности тела) развивается ожоговая болезнь - сложный комплекс взаимосвязанных патофизиологических реакций и системных клинических проявлений в ответ на ожоговое поражение кожи и подлежащих тканей.  
  
Ожоговый шок - патологический процесс, который развивается при обширных термических повреждениях кожи и глубже лежащих тканей вследствие нарушения кровообращения на фоне гиповолемии, проявляется, гиперлактатемией, метаболическим ацидозом и нарушением органных функций (почек, желудочнокишечного тракта и ЦНС). Продолжительность - до 3 суток.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.2 Этиология, стр. 24.

## Вопрос 5: Одним из обязательных методов инструментальной диагностики у данного больного является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** МРТ брюшной полости

**2:** УЗДС вен нижних конечностей

**3:** фибробронхоскопия

**4:** ЭГДС

#### Правильные ответ(ы):

ЭГДС

**Ответ:**ЭГДС

**Обоснование:**ЭГДС проводится в первые 3 дня после поступления в стационар, а при клинических признаках желудочно-кишечного кровотечения - в экстренном порядке. ЭГДС (при ожогах на общей площади более 30% п.т. и глубоких ожогах более 20% п.т.,  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г2. Алгоритм обследования пострадавших с ожогами, стр. 96

## Вопрос 6: Прогноз тяжести ожоговой травмы по правилу «сотни» у данного больного составляет (согласно правилу «сотни»)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** 65, относительно благоприятный

**2:** 81, сомнительный

**3:** 101, неблагоприятный

**4:** 51, благоприятный

#### Правильные ответ(ы):

65, относительно благоприятный

**Ответ:**65, относительно благоприятный

**Обоснование:**Правило «сотни» или правило Baux (индекс Бо) - прогноз тяжести ожоговой травмы, согласно которому, если сумма возраста (в годах) и общей площади ожога (в процентах) равна или превышает 101 – прогноз неблагопритятный, от 81 до 100 – сомнительный, от 61 до 80 – относительно благоприятный, до 60 - благоприятный.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г9, стр. 101

## Вопрос 7: На этапе оказания скорой медицинской помощи сразу после травмы пациенту было необходимо выполнить наложение на раны повязки

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** стерильной без лекарственных веществ

**2:** с аэрозолем Пантенол

**3:** гидрогелевой

**4:** с мазью Левомеколь

#### Правильные ответ(ы):

стерильной без лекарственных веществ

**Ответ:**стерильной без лекарственных веществ

**Обоснование:**— При возможности быстрой транспортировки пострадавших от ожогов в медицинскую организацию на раны накладывают повязки первой медицинской помощи без каких-либо лекарственных веществ.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Приложение Г15, стр. 104.

## Вопрос 8: Объем (V) суточной инфузионной терапии в 1 сутки после травмы составляет 1\2 суточного V за первые \_\_\_\_ часов и вторую половину за \_\_\_\_\_ часов

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 12; 12

**2:** 8; 16

**3:** 16; 8

**4:** 6; 18

#### Правильные ответ(ы):

8; 16

**Ответ:**8; 16

**Обоснование:**Рекомендуется в первые сутки за первые 8 часов после получения ожога вводить половину рассчитанного суточного объема, за остальные 16 часов - вторую половину. Основой дальнейшей терапии ожогового шока является не рассчитанный объем, а скорость инфузии на основе мониторинга состояния больного (Приложение Г2). Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.2 Этиология, стр. 35-36.

## Вопрос 9: На фоне лечения состояние пациентки стабилизировано. Одним из критериев выхода из ожогового шока является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ уровня

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** повышение; лимфоцитов

**2:** нормализация; гемоглобина

**3:** повышение; гемоглобина

**4:** нормализация; креатинина

#### Правильные ответ(ы):

нормализация; гемоглобина

**Ответ:**нормализация; гемоглобина

**Обоснование:**Критериями выхода пострадавшего из ожогового шока являются:  
  
повышение температуры тела более 370С,  
  
нормализация показателей центральной гемодинамики (ЧСС и А/Д),  
  
нормализация уровня гемоглобина, гематокрита, эритроцитов,  
  
диурез> 0,5-1 мл /кг/ч,  
  
нормализация показателей КЩС и газового состава крови,  
  
прекращение диспепсических расстройств и усвоение выпиваемой жидкости.  
  
Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf%202  
  
2.Диагностика, стр. 29

## Вопрос 10: Методом хирургического лечения ожогов у пациента после поступления является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ожоговой раны

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** первичная хирургическая обработка

**2:** хирургическая некрэктомия

**3:** аутодермопластика

**4:** туалет

#### Правильные ответ(ы):

первичная хирургическая обработка

**Ответ:**первичная хирургическая обработка

**Обоснование:**Первичную хирургическую обработку ожоговой раны (ПХО) – первая по счету обработка ожоговой раны. ПХО выполняется в кратчайшие от поступления в стационар сроки, при необходимости – на фоне противошоковой терапии.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
4.Приложение Г21, стр. 110

## Вопрос 11: С целью уменьшения травматизации новообразованного эпидермиса при лечении ожоговых ран у пациента целесообразно применить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** салицилово-цинковую пасту

**2:** марлевые повязки с раствором повидон-йода

**3:** атравматичные повязки Бранолинд Н

**4:** пену Пантенол

#### Правильные ответ(ы):

атравматичные повязки Бранолинд Н

**Ответ:**атравматичные повязки Бранолинд Н

**Обоснование:**Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
4.Стр. 54

## Вопрос 12: Медицинская реабилитация пострадавших от ожогов начинается

##### Тип вопроса: Реабилитация, диспансерное наблюдение

**1:** после выполнения последней операции

**2:** после перевода из отделения реанимации

**3:** сразу после выписки из стационара

**4:** с началом лечения

#### Правильные ответ(ы):

с началом лечения

**Ответ:**с началом лечения

**Обоснование:**Рекомендуются следующие принципы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов: - Раннее начало (сразу после травмы с началом лечения).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf%204  
  
4.Стр. 64

# Ситуационная задача 73

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 36 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ожогового центра

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

хронических заболеваний нет

курит до 20 сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет

аллергических реакций нет

профессиональных вредностей не имеет, работает водителем (неофициально)

от столбняка привит в 16 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/047/001047027)

Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 175 см. Температура тела 36,80С. Кожные покровы влажные, теплые, бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80/мин, АД 120/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей, мочеиспускание свободное.

Местный статус:

На ладонной поверхности ран нет

## Вопрос 1: Для определения площади ожога используется

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** "правило ладони"

**2:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**3:** "правило девяток»

**4:** планиметрия

#### Правильные ответ(ы):

"правило ладони"

**Ответ:**"правило ладони"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони»- площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадьладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
 2.2.Физикальное обследование  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)  
  
На рисунке видно, что площадь поражения на каждой кисти приблизительно соответствует площади ладони, т.е. площадь ожога составляет 2 % поверхности тела

## Вопрос 2: Глубиной ожогового поражения по клиническим признакам может быть ожог \_\_\_\_\_\_ степени (по МКБ-10)

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** IIIАБ

**2:** II-III

**3:** I-II-IIIА

**4:** I-II

#### Правильные ответ(ы):

I-II

**Ответ:**I-II

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения I cтепени — гиперемия кожи, пастозность или нерезко выраженный отек кожи. Может быть отслоение эпидермиса с образованием тонкостенных пузырей, наполненных прозрачной, слегка желтоватой жидкостью. Болевая чувствительность сохранена или несколько повышена. Дно ожогового пузыря — розовая, влажная, блестящая ткань1.  
  
Клинические признаки глубины ожогового поражения II cтепени— толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены1.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» 2.2.Физикальное обследование  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 3: Диагноз на основании анамнеза и клинической картины: Ожог пламенем кистей I-II степени \_\_\_\_\_\_ % поверхности тела

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** 1

**2:** 6

**3:** 4

**4:** 2

#### Правильные ответ(ы):

2

**Ответ:**2

**Обоснование:**Формулировка и рубрификация клинического диагноза  
  
Рекомендуется следующая формулировка и рубрификация клинического диагноза у пациента с ожогом:  
  
Основное заболевание: этиологический фактор, локализацию ожога, глубину и общую площадь поражения в процентах поверхности тела (площадь глубокого ожога (при наличии)…  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» URL:  
2.5. Иная диагностика с.31  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 4: Невыполненное у пациента мероприятие первой медицинской помощи, влияющее на глубину ожога и прогноз, это обработка ожоговой поверхности

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** растительным маслом

**2:** пеной Пантенол

**3:** холодной водой

**4:** водкой

#### Правильные ответ(ы):

холодной водой

**Ответ:**холодной водой

**Обоснование:**Немедленное, не позднее 10-15 минут после травмы охлаждение обожженной поверхности сокращает время перегревания тканей, препятствуя распространению действия термического агента на глубжележащие ткани. Охлаждение уменьшает отек и снимает боль, оказывает благоприятное влияние на дальнейшее заживление ожоговых ран, предупреждая углубление повреждения.  
  
Важно знать, что при локальных ожогах до 10% поверхности тела необходимо охлаждение поврежденных участков кожи не менее 15-20 минут путем орошения или погружения их в холодную воду  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» Приложение В. Информация для пациента  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 5: Правильные действия врача травмпункта в данной ситуации

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выдача листка нетрудоспособности

**2:** выдача справки обращения

**3:** направление на амбулаторное лечение

**4:** направление на госпитализацию

#### Правильные ответ(ы):

направление на госпитализацию

**Ответ:**направление на госпитализацию

**Обоснование:**Показаниями для направления больных, пострадавших от ожогов, в ожоговое отделение или ожоговый центр медицинской организации являются:  
  
…термические и химические ожоги I−II степени (МКБ-Х) с площадью поражения менее 10% поверхности тела (у детей менее 5% поверхности тела), включая ожоги особых локализаций: голова, лицо (в том числе в сочетании с ожогами органа зрения), кисти, стопы, промежность, половые органы, область шеи и крупных суставов…  
  
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия (комбустиология)».

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Ожог пламенем кистей I-II cтепени 2 % поверхности тела

## Вопрос 6: Пациента необходимо госпитализировать в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ отделение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** травматологическое

**2:** реанимационное

**3:** ожоговое

**4:** дерматологическое

#### Правильные ответ(ы):

ожоговое

**Ответ:**ожоговое

**Обоснование:**Показаниями для направления больных, пострадавших от ожогов,в ожоговое отделение или ожоговый центр медицинской организации являются:  
  
…термические и химические ожоги I−II степени (МКБ-Х) с площадью поражения менее 10% поверхности тела (у детей менее 5% поверхности тела), включая ожоги особых локализаций: голова, лицо (в том числе в сочетании с ожогами органа зрения),кисти, стопы, промежность, половые органы, область шеи и крупных суставов…  
  
Проект порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «хирургия (комбустиология)». П.8

## Вопрос 7: В ожоговом отделении пациенту в день поступления проводится местное лечение - туалет ожоговых ран и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** наложение повязки с мазью левомеколь

**2:** хирургическая некротомия

**3:** открытый метод ведения ран с обработкой пеной Олазоль

**4:** УФ-облучение

#### Правильные ответ(ы):

наложение повязки с мазью левомеколь

**Ответ:**наложение повязки с мазью левомеколь

**Обоснование:**Местное консервативное лечение пострадавших от ожогов на этапе первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи:  
  
Рекомендуется проведение туалета ожоговых ран (иссечение покрышек пузырей, удаление десквамированного эпидермиса, обработка раствором антисептика на водной основе) с наложением лечебных повязок в первые сутки после поступления пациента в стационар.  
  
Рекомендуется удалить у пациентов стационаров покрышки всех ожоговых пузырей и десквамированный эпидермис, т.к. они являются источником инфекции1  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 8: В день поступления больного в стационар обязательным лечебным мероприятием является проведение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** профилактики тромбоза (введение прямых антикоагулянтов)

**2:** системной антибиотикотерапии

**3:** профилактики столбняка

**4:** обезболивания местными анестетиками

#### Правильные ответ(ы):

профилактики столбняка

**Ответ:**профилактики столбняка

**Обоснование:**У пациента имеется травма с нарушением целостности кожного покрова, в травмпункте при обращении профилактика не выполнена.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка»

## Вопрос 9: Данному пациенту должна быть назначена следующая схема противостолбнячной иммунизации

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** АС 1,0 и ПСС 1500 МЕ по Безредка

**2:** АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**3:** ПСЧИ 250 МЕ

**4:** АС 0,5 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

#### Правильные ответ(ы):

АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Ответ:**АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет, в травмпункте иммунизация не выполнялась. Показана полная схема активно-пассивной иммунизации  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка»

## Вопрос 10: Общее лечение включает применение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** глюкокортикоидных гормонов и витаминов группы В

**2:** прямых и непрямых антикоагулянтов

**3:** антибактериальных и противогрибковых препаратов

**4:** обезболивающих и антигистаминных препаратов

#### Правильные ответ(ы):

обезболивающих и антигистаминных препаратов

**Ответ:**обезболивающих и антигистаминных препаратов

**Обоснование:**Рекомендуется применение препаратов с целью обезболивания парентерально.  
  
Рекомендуется при необходимости применение антигистаминных препаратов.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Системное консервативное лечение  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 11: У пациента клинические признаки

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** послеожогового гипертрофического рубца

**2:** гиперкератоза кожи (ожога в стадии эпителизации)

**3:** красного плоского лишая

**4:** аллергического дерматита

#### Правильные ответ(ы):

гиперкератоза кожи (ожога в стадии эпителизации)

**Ответ:**гиперкератоза кожи (ожога в стадии эпителизации)

**Обоснование:**Клиническая картина ожогов в стадии эпителизации:  
  
При ожогах I степени …эпителизация происходит за счет части сохранившихся нижних слоев эпидермиса и придатков кожи в течение 10 дней после травмы. В некоторых случаях возможна проходящая со временем местная диспигментация. Характерно шелушение кожи.  
  
… эпителизация ожоговых ран II степени обычно наблюдается через 18-21 дней после травмы. Остается диспигментация кожи, могут образовываться послеожоговые рубцы…1  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
 1.6 Классификация  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 12: Пациенту в данной ситуации рекомендуется

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** обработка кожи гелем "Контрактубекс" 2 раза в день в течение 1 месяца, компрессионные перчатки

**2:** ультрафиолетовое облучение кожи, ЛФК, массаж

**3:** обработка кожи увлажняющим кремом 2 раза в день, защита от солнца, защита кожи от химически активных веществ и профилактика потертостей (работа в перчатках)

**4:** ежедневные перевязки с гидрокортизоновой мазью, супрастин 1 таб 2 раза в день

#### Правильные ответ(ы):

обработка кожи увлажняющим кремом 2 раза в день, защита от солнца, защита кожи от химически активных веществ и профилактика потертостей (работа в перчатках)

**Ответ:**обработка кожи увлажняющим кремом 2 раза в день, защита от солнца, защита кожи от химически активных веществ и профилактика потертостей (работа в перчатках)

**Обоснование:**Консервативная профилактика и лечение послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций:  
  
Рекомендуется увлажняющие и смягчающие средства для зажившей кожи1  
  
Рекомендуется защита от ультрафиолетового облучения (инсоляции и др.) в течение не менее 1 года после заживления ожоговых ран с помощью защитной одежды, солнцезащитных средств, а также образа жизни и поведения  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Дополнительные сведения

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/047/001047029)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/047/001047028)

Планируется выписка через 13 дней после госпитализации. Жалобы на сухость кожи, эпизодический кожный зуд в зоне ожогов, небольшое ограничение движений в суставах пальцев

Состояние удовлетворительное. Температура тела 36,80С. Кожные покровы влажные, теплые, бледно-розовые. Задняя стенка глотки не гиперемирована, миндалины не увеличены. При аускультации выслушивается везикулярное дыхание, шумов нет. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 120/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул без особенностей, мочеиспускание свободное.

# Ситуационная задача 74

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

Невозможно собрать анамнез в связи с угнетением сознания.

Со слов родственника, пациент лежал в кровати в связи с болью в нижних конечностях. После чего встал, резко почувствовал себя плохо, пожаловался на боли в груди, стал задыхаться и потерял сознание, после чего была вызвана бригада СМП.

За несколько дней до этого пациент жаловался на локальную болезненность в правой ноге в области бедра

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Инфаркты, инсульты не переносил.

Аллергии на препараты отрицает.

1 месяц назад – протезирование правого тазобедренного сустава.

В анамнезе – варикозное расширение вен нижних конечностей.

#### Объективный статус

Общее состояние: тяжелое. Уровень сознания – сопор. Рост 170 см, масса тела 75 кг. Кожные покровы бледно-цианотичные, влажные. Аускультативно дыхание ослаблено с обеих сторон, ЧДД 22 в 1 мин. ЧСС98 в 1 мин, АД 80/50 мм рт. ст., температура тела 35,8 С, артериальная сатурация 80%.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, безболезненный. Отмечается отечность правой нижней конечности в области голени и бедра, усиление венозного рисунка.

## Вопрос 1: На основании полученных данных наиболее вероятным диагнозом является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

**2:** Расслаивающая аневризма аорты

**3:** Инфаркт миокарда с подъемом ST

**4:** Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)

#### Правильные ответ(ы):

Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

**Ответ:**Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

**Обоснование:**На основании типичных анамнестических данных: протезирование тазобедренного сустава за последний месяц, болезненность в ноге за несколько дней до этого, резкое начало заболевания с болями в груди и одышкой после подъема с кровати; на основании данных объективного осмотра – наличие отечности одной из нижних конечностей с усиленным венозным рисунком, бледный цианоз кожных покровов.  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.14

## Вопрос 2: Для исключения данного диагноза показан анализ крови на

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** D-Димер

**2:** NT-proBNP

**3:** МНО

**4:** АЧТВ

#### Правильные ответ(ы):

D-Димер

**Ответ:**D-Димер

**Обоснование:**У больных с низкой или средней вероятностью ТЭЛА по клиническим данным нормальный уровень D-димера позволяет с большой надежностью исключить ТЭЛА. При этом следует использовать высокочувствительные количественные методы его определения в крови.  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.16

## Вопрос 3: Учитывая тяжесть состояния, больному в неотложном порядке выполнена ЭХО-КГ, при которой выявлено: Гипо- и акинез свободной стенки ПЖ (Симптом McConnel); увеличение скорости трикуспидальной регургитации > 2,5 м/с; дилатация нижней полой вены и отсутствие ее коллабирования на вдохе. Давление в легочном стволе 55 мм.рт.ст. (норма до 30 мм.рт.ст.); уплощение межжелудочковой перегородки; увеличение соотношения ПЖ/ЛЖ. Полученные данные могут свидетельствовать о

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** снижении фракции выброса

**2:** перегрузке правых отделов сердца

**3:** стенозе легочного ствола

**4:** недостаточности митрального клапана

#### Правильные ответ(ы):

перегрузке правых отделов сердца

**Ответ:**перегрузке правых отделов сердца

**Обоснование:**(ЭхоКГ) используется в основном для стратификации риска смерти у больных с ТЭЛА, подтвержденной другими методами. Она необходима также для дифференциальной диагностики и выявления состояния сердца и сосудов. Риск смерти увеличивается также при наличии признаков дисфункции или перегрузки правого желудочка, выявленных при ЭхоКГ или КТ, а также повышенном уровне маркеров повреждения миокарда и/или сердечной недостаточности, связанных с перегрузкой правого желудочка.  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.15-16; 18

## Вопрос 4: Учитывая данные Эхо-КГ, для достоверной верификации диагноза больному необходимо выполнить (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** R-графию органов грудной клетки

**2:** вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию

**3:** эхокардиографию экспертного класса

**4:** КТ-ангиографию с контрастированием

**5:** электрокардиографию

#### Правильные ответ(ы):

вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию  
КТ-ангиографию с контрастированием

**Ответ:**КТ-ангиографию с контрастированием

**Обоснование:**Компьютерная спиральная томография с контрастированием легочных артерий является информативным и наиболее распространенным методом диагностики ТЭЛА. Обладает широкими возможностями визуализации просвета легочных артерий, характера поражения сосудистого русла, выявления инфарктов легкого, а при одновременном выполнении нативного исследования легких — проведения дифференциального диагноза.  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.14-16.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

#### Результаты обследования

#### NT-proBNP

50 пг/мл (норма до 125 пг/мл)

**Ответ:**вентиляционно-перфузионную сцинтиграфию

**Обоснование:**Сниженное накопление препарата в каком-либо участке легочного поля свидетельствует о нарушении кровообращения в этой зоне. Специфичность метода значительно увеличивается при одновременном выполнении вентиляционного сканирования. Высокая вероятность ТЭЛА по результатам вентиляционно-перфузионной сцинтиграфии легких позволяет подтвердить диагноз, отсутствие нарушений легочной перфузии — исключить ТЭЛА.  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.16.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)

#### Результаты обследования

#### NT-proBNP

50 пг/мл (норма до 125 пг/мл)

## Вопрос 5: Исходя из полученных данных осмотра и обследования, может быть сформулирован диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, высокий риск летального исхода

**2:** варикозное расширение вен правой нижней конечности. Хроническая ТЭЛА, высокий риск летального исхода

**3:** тромбоз артерий правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, средний риск летального исхода

**4:** тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Массивная ТЭЛА, низкий риск летального исхода

#### Правильные ответ(ы):

тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, высокий риск летального исхода

**Ответ:**тромбоз глубоких вен правой нижней конечности. Острая ТЭЛА, высокий риск летального исхода

**Обоснование:**Современная классификация ТЭЛА с учетом риска смерти во время госпитализации/в ближайшие 30 суток; оценка вероятности смерти по индексу PESI  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.18.

## Вопрос 6: В данном случае тактика лечения ТЭЛА пациента включает госпитализацию в отделение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ОРиТ, инфузионную терапию коллоидными растворами, терапию антагонистом витамина К (варфарин)

**2:** ангиохирургии, инфузионную терапию коллоидными растворами, антиагрегантную терапию (аспирин)

**3:** ОРиИТ, вазотропую и кардиотоническую поддержку, инфузию гепарина через инфузомат

**4:** ангиохирургии, инфузионную терапию кристаллоидными растворами, инфузию свежезамороженной плазмы и криопреципитата

#### Правильные ответ(ы):

ОРиИТ, вазотропую и кардиотоническую поддержку, инфузию гепарина через инфузомат

**Ответ:**ОРиИТ, вазотропую и кардиотоническую поддержку, инфузию гепарина через инфузомат

**Обоснование:**При тромбоэмболии легочной артерии необходима тромболитическая и антикоагулянтная терапия. Антиагрегантная терапия не является патогенетически обоснованной.  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.17-21

## Вопрос 7: Состояние больного, несмотря на проводимое лечение в течение 2 часов, остается крайне тяжелым. ЧСС=110 уд/мин, АД=90/40, дыхание учащенное, поверхностное, сознание – сопор. Больному показано выполнение оперативного вмешательства в объеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** перевязки глубоких вен

**2:** установки кава-фильтра

**3:** открытой эмболэктомии

**4:** протезирования легочного ствола

#### Правильные ответ(ы):

открытой эмболэктомии

**Ответ:**открытой эмболэктомии

**Обоснование:**Хирургическое лечение (эмболэктомия из легочных артерий) показано при критических расстройствах гемодинамики, тяжелой острой сердечно-легочной недостаточности и массивном поражении легочных артерий, когда системная тромболитическая терапия невозможна (в частности, сопряжена с неприемлемо высоким риском кровотечений), оказалась неэффективной или не остается времени для проявления ее эффекта. Поскольку речь идет о спасении жизни пациента, вмешательство может быть проведено в условиях любого хирургического стационара высококвалифицированными хирургами, прошедшими соответствующую подготовку и имеющими опыт подобных вмешательств. Лучшие результаты получают в специализированных кардиохирургических стационарах, где операция может быть проведена в условиях искусственного кровообращения.  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.21-22

## Вопрос 8: После операции состояние стабилизировалось. Температура тела 37,8 С, ЧСС 85 уд/мин, АД 115/70, общее состояние – удовлетворительное, сознание ясное, планировался перевод в профильное отделение. Однако на 5-е сутки у больного отмечено нарастание одышки, подъем температуры тела до 39 С, при аускультации выслушивается крепитация справа, данные КТ (Слайд1) грудной клетки приведены ниже. Полученные данные говорят о развитии

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острого инфаркт миокарда правого желудочка

**2:** расслаивающейся аневризме аорты

**3:** несостоятельности швов легочной артерии

**4:** постэмболической инфарктной пневмонии

#### Правильные ответ(ы):

постэмболической инфарктной пневмонии

**Ответ:**постэмболической инфарктной пневмонии

**Обоснование:**Инфаркт легкого встречается не во всех случаях ТЭЛА. Условия для возникновения инфаркта легкого чаще возникают при дистальной окклюзии легочной артерии, а так же сопутствующих заболеваниях сердца (например, митральном стенозе) и/или легких (например, хроническая обструктивная болезнь легких). Инфаркт легкого обычно формируется через 24 часа, полное его развитие продолжается 5-6 часов; в 90% случаев он осложняется пневмонией.  
  
«Тромбоэмболия легочной артерии». Монография, под редакцией академика Г.В.Дзяка. ISBN 966-688-097-0. ИМА-пресс, 2004 г., страница 23

#### Доступны новые данные:

#### КТ-ангиография с контрастированием

Массивная ТЭЛА, сегментарных и субсегментарных ветвей билатерально

#### R-графия органов грудной клетки

Легкие без очаговых и инфильтративных изменений

#### Слайд 1

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/048/001048148)

## Вопрос 9: Учитывая данные анамнеза, тяжесть патологии, пациента можно отнести к \_\_\_\_\_\_ типу больных, ассоциированных с полирезистентной внутрибольничной микрофлорой

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** II

**2:** IV

**3:** I

**4:** III b

#### Правильные ответ(ы):

III b

**Ответ:**III b

**Обоснование:**1) Длительность нахождения в стационаре > 7 дней (в ОРИТ > 3 дней) или инфекция, возникшая после оперативных вмешательств.  
  
2) Предшествующая антибактериальная терапия.  
  
3) Факторы риска MRSA, карбапенем-устойчивых энтеробактерий, P.aeruginosa/ Acinetobacter.  
  
Российские национальные клинические рекомендации «Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России», Москва, 2017.  
  
Приложение №2 Стратификация госпитализированных пациентов по риску наличия резистентных возбудителей и инвазивного кандидоза с целью определения тактики эмпирической АМТ, стр. 129

## Вопрос 10: Риск развития ТЭЛА повышается при наличии

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** хронического бронхита

**2:** перелома нижней конечности

**3:** хронического гломерулонефрита

**4:** грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

#### Правильные ответ(ы):

перелома нижней конечности

**Ответ:**перелома нижней конечности

**Обоснование:**Вероятность развития венозных тромбоэмболических осложнений вырастает во много раз при наличии сопутствующих состояний, таких как злокачественные новообразования, химиотерапевтическая терапия, переломы нижних конечностей, длительная иммобилизация, недавние оперативные вмешательства, фибрилляция предсердий и тд.  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.7

## Вопрос 11: Абсолютными противопоказаниям к тромболитической терапии является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** хроническая ишемия нижних конечностей

**2:** протезирование сустава в анамнезе

**3:** геморрагический инсульт в анамнезе

**4:** хронический пиелонефрит

#### Правильные ответ(ы):

геморрагический инсульт в анамнезе

**Ответ:**геморрагический инсульт в анамнезе

**Обоснование:**Абсолютными противопоказаниями к тромболитической терапии являются: геморрагический инсульт или инсульт неизвестной этиологии в анамнезе; — ишемический инсульт в предшествующие 6 мес; — повреждение или новообразование центральной нервной системы; — крупная травма или повреждение головы в предшествующие 3 нед; — операция в предшествующие 10—14 дней; — желудочно-кишечное кровотечение в предшествующий месяц ; — известный риск кровотечения  
  
Российские клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике венозных тромбоэмболических осложнений (ВТЭО) от 20.05.2015; Журнал ФЛЕБОЛОГИЯ, 4, 2015, выпуск 2, стр.21

## Вопрос 12: Причиной парадоксальной эмболии с развитием острого нарушения мозгового кровообращения при ТЭЛА является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** стеноз легочной артерии

**2:** гипертрофическая кардиомиопатия

**3:** ишемическая болезнь сердца

**4:** открытое овальное окно

#### Правильные ответ(ы):

открытое овальное окно

**Ответ:**открытое овальное окно

**Обоснование:**Открытое овальное окно диаметром больше 4 мм увеличивает риск парадоксального эмболического мозгового инсульта. Особенно высокий риск смерти имеют больные с массивной ТЭЛА и открытым овальным окном.  
  
«Тромбоэмболия легочной артерии». Монография, под редакцией академика Г.В.Дзяка. ISBN 966-688-097-0. ИМА-пресс, 2004 г., страница 38

# Ситуационная задача 75

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операции: аппендэктомия в детском возрасте.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 50 кг. ИМТ 17 кг/мˆ2ˆ. Сознание ясное. Кожный покров обычной окраски и влажности, тургор кожи снижен. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 уд. в мин, АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтические шумы не усилены. Физиологические отправления не нарушены.

## Вопрос 1: На основании осмотра и данных анамнеза можно сформулировать предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

**2:** Послежоговая рубцовая стриктура пищевода

**3:** Ахалазия кардии 3 степени

**4:** Пищеводно-глоточный дивертикул

#### Правильные ответ(ы):

Послежоговая рубцовая стриктура пищевода

**Ответ:**Послежоговая рубцовая стриктура пищевода

**Обоснование:**На основании специфических жалоб и данных анамнеза.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с., стр. 42-46

## Вопрос 2: Основным синдромом, который позволил заподозрить данное заболевание, является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** дисфагия

**2:** дыхательная недостаточность

**3:** эндотоксикоз в анамнезе

**4:** аэрофагия

#### Правильные ответ(ы):

дисфагия

**Ответ:**дисфагия

**Обоснование:**При ожогах пищевода повреждается стенка пищевода, возникает некротически-язвенный эзофагит, нередко в процесс вовлекаются периэзофагеальная клетчатка и соседние структуры (плевры, перикард), в последующем закономерно развивается рубцовая стриктура.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с., стр. 42-46

## Вопрос 3: Для уточнения диагноза пациенту необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обзорную рентгенографию органов грудной клетки

**2:** эзофагогастродуоденоскопию

**3:** контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка

**4:** эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода

#### Правильные ответ(ы):

контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка

**Ответ:**контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка

**Обоснование:**Рентген-контрастное исследование пищевода и желудка позволяет оценить наличие патологически измененной стенки, протяженность стриктуры, наличие стеноза выходного отдела желудка, наличие пищеводно-медиастинальных, пищеводно-респираторных свищей.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с., стр. 42-46

## Вопрос 4: Для уточнения объема оперативного вмешательства данному пациенту необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ларингоскопию, ЭГДС

**2:** ЭГДС, колоноскопию, внутрижелудочную pH-метрию, баллонную манометрию, УЗИ брюшной полости

**3:** полипозиционное рентген-контрастное исследование пищевода и желудка, ирригографию, внутрижелудочную pH-метрию

**4:** компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости с в/в контрастированием, цистографию, ларингоскопию

#### Правильные ответ(ы):

контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ларингоскопию, ЭГДС

**Ответ:**контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ларингоскопию, ЭГДС

**Обоснование:**Определение степени, протяженности стриктуры, оценка наличия поражения глотки, желудка, выраженности периэзофагита, скрининг сопутствующих заболеваний.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с., стр. 42-46

## Вопрос 5: На основании проведенного обследования, можно сформулировать клинический диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени

**2:** диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони-Тешендорфа)

**3:** ожог гортаноглотки. Тотальная рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 4 степени

**4:** короткая рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 1 степени

#### Правильные ответ(ы):

протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени

**Ответ:**протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени

**Обоснование:**На основании клинико-инструментальных данных.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с., стр. 42-46

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Послежоговая рубцовая стриктура пищевода

#### Результаты обследования

#### Рентгеноскопия пищевода и желудка

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/048/001048144)

Заключение: признаки протяженного сужения пищевода c наличием супрастенотического расширения

## Вопрос 6: Данному пациенту в плановом порядке показана операция

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** клапанная гастропликации по Каншину с формированнием удлиняющей трубки пищевода из кардиального отдела желудка

**2:** гастропластика по Collis с формированнием трубки пищевода из малой кривизны желудка и внутригрудным анастомозом

**3:** фундопликация по Тупе с внутрибрюшным формированием из передней и задней стенки фундального отдела желудка симметричной манжеты

**4:** экстирпация грудного отдела пищевода, эзофагопластика

#### Правильные ответ(ы):

экстирпация грудного отдела пищевода, эзофагопластика

**Ответ:**экстирпация грудного отдела пищевода, эзофагопластика

**Обоснование:**Учитывая наличие протяженной рубцовой стриктуры пищевода, ожидаемый непродолжительный эффект бужирования пищевода, нарастание явлений периэзофагита, высокие риски перфорации рубцово измененного пищевода, медиастинита, формирование пищеводно-медиастинальных, пищеводно-респираторных фистул.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с., стр. 42-46

## Вопрос 7: Больному выполнена субтотальная резекция пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее. 3-и сутки послеоперационного периода. Больной предъявляет жалобы на чувство дискомфорта при глотании, тяжести при дыхании. Отмечается подъем Т тела до 37,4 С, ЧСС 86 в мин АД 120/70 мм рт. ст. ЧДД 20 в мин. Дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот не вздут, симметричный, при пальпации умеренно болезненный в зоне послеоперационных швов, перистальтика выслушивается. Для оценки состоятельности пищеводного анастомоза целесообразно выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** рентгенографию грудной клетки и брюшной полости

**2:** магниторезонансную томографию грудной клетки и брюшной полости

**3:** рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

**4:** ультразвуковое исследование брюшной полости и средостения с пероральным контрастированием

#### Правильные ответ(ы):

рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

**Ответ:**рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

**Обоснование:**Оценка наличия затека вне просвета пищеводного анастомоза, требующего дополнительных методов лечения, направленных на облитерацию свища.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3. 352 с., стр. 42-46

## Вопрос 8: Больной выписан из стационара в удовлетворительном состоянии через 2 недели после оперативного вмешательства. Через 1 год стал отмечать затруднение при проглатывании твердой и жидкой пищи. ИМТ 20 кг/мˆ2. Обратился на консультацию в КДЦ стационара, где при обследовании выявлена рубцовая стриктура эзофагогастроанастомоза. Больному следует рекомендовать

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** гастрошунтирование

**2:** фундопликацию по Ниссену

**3:** курс бужирования

**4:** баллонную пневмокардиодилатацию

#### Правильные ответ(ы):

курс бужирования

**Ответ:**курс бужирования

**Обоснование:**Короткая рубцовая стриктура, ожидаемый хороший клинический эффект.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с., стр. 42-46

## Вопрос 9: На основании имеющихся данных больному может быть установлена \_\_\_\_\_\_ группа инвалидности

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 3

**2:** 2 нерабочая

**3:** 2 рабочая

**4:** 1 нерабочая

#### Правильные ответ(ы):

3

**Ответ:**3

**Обоснование:**Нарушение функций только пищеварительной системы. Незначительное нарушение функций пищеварительной системы после реконструктивных операций на пищеводе.  
  
Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 27.08.2019 № 585н "О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы"

## Вопрос 10: Для определения градиента пищеводно-желудочного давления, состояния пропульсивной способности пищевода проводится

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** эзофагоманометрия

**2:** ангиография артерий пищевода и желудка

**3:** эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода

**4:** позитронно-эмиссионная томография пищевода и желудка

#### Правильные ответ(ы):

эзофагоманометрия

**Ответ:**эзофагоманометрия

**Обоснование:**Эзофагоманометрия выявляет различные формы нарушений моторики пищевода, расстройств ответа кардии на глотание, позволяет оценить градиент пищеводно-желудочного давления, помимо рентген-контрастного исследования, позволяет стадировать заболевание и оценивать эффект проводимого лечения.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с., стр. 42-46

## Вопрос 11: Неотложная помощь при ожоге пищевода включает введение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** атропина, анальгина, папаверина и промывание желудка

**2:** гепарина, атропина, омепразола и промывание желудка

**3:** антибиотиков, блокаторов кальциевых каналов, трамадола и исключение приема жидкостей

**4:** антибиотиков, атропина, супрастина и промывание желудка

#### Правильные ответ(ы):

атропина, анальгина, папаверина и промывание желудка

**Ответ:**атропина, анальгина, папаверина и промывание желудка

**Обоснование:**Введение наркотических средств (морфин, промедол) или аналгетиков (кеторолак, метамизол натрия – анальгин, баралгин) по 1 мл 3–4 раза в сутки, холинолитиков (1 мл 0,1 % раствора атропина 2 раза в сутки), спазмолитиков (2 мл 2 % раствора папаверина или 2 мл дротаверина - но-шпы, или 1 мл 0,2 % раствора платифиллина) внутримышечно до 4 раз в сутки [12]. Обезболивание – обязательное мероприятие перед промыванием желудка и транспортировкой больных в стационар.  
  
Реанимация и интенсивная терапия пациентов  
  
Общероссийская общественная организация  
  
«Федерация Анестезиологов и Реаниматологов»  
  
«Реанимация и интенсивная терапия пациентов с отравлением уксусной кислотой»  
  
Клинические рекомендации, 2016г. Стр 13.

## Вопрос 12: Острый период химического ожога пищевода длится около 2 недель и характеризуется выраженными воспалительными и дегенеративно-дистрофическими изменениями стенки пищевода, тяжелой эндогенной интоксикацией. При сохранении дисфагии, невозможности проведения раннего бужирования пищевода, отсутствии условий для проведения длительного парентерального питания данному больному для коррекции алиментарного статуса показана

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** баллонная пневмокардиодилатация

**2:** гастростомия, тщательная ревизия желудка

**3:** эзофагэктомия с одномоментной эзофагопластикой

**4:** клапанная гастропликации по Каншину с формированнием пищевода из кардиального отдела желудка

#### Правильные ответ(ы):

гастростомия, тщательная ревизия желудка

**Ответ:**гастростомия, тщательная ревизия желудка

**Обоснование:**Гастростомия и тщательная ревизия желудка для выявления возможного ожогового поражения. При наличии декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка наложение питательной еюностомы. Учитывая клиническую картину, общую тяжесть состояния, необходимость нутритивной поддержки, риски бужирования или радикальной операции.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с., стр. 42-46

# Ситуационная задача 76

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Врач терапевт-участковый прибыл к пациентке 54-х лет на 6-ой день болезни.

#### Жалобы

На одышку, чувство «заложенности» в груди, кашель со скудной мокротой, повышение температуры тела, выраженную слабость, общее недомогание, потерю обоняния и вкуса.

#### Анамнез заболевания

Заболела остро с появления озноба, общего недомогания, температура повысилась до 37,8℃. Беспокоили мышечные боли, ломота в суставах.

К исходу первого дня появились сухой кашель, першение в ротоглотке, незначительные выделения из носа; беспокоила головная боль, отметила снижение аппетита.

Лечилась самостоятельно: принимала жаропонижающие препараты (парацетамол), бромгексин. В течение последующих дней самочувствие ухудшилось: температура тела наросла до 38,7℃, отметила появление высыпаний на коже груди и нарушения обоняния и вкуса (не ощущала запах и вкус знакомой пищи), усилились кашель и одышка, отметила чувство «заложенности» в груди.

#### Анамнез жизни

Бухгалтер в частной компании.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: сахарный диабет II типа (принимает метформин), гипертоническая болезнь, II стадии (принимает эналаприл), болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год.

Вредные привычки: отрицает

Эпиданамнез: за пределы страны и домашнего региона не выезжала. Была в контакте с болеющей дочерью и зятем (болели ОРЗ, перенесли заболевание «на ногах», в мед.учреждение не обращались).

Прививочный анамнез: вакцинирована от сезонного гриппа в октябре 2019г.

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078036)

Температура тела 38,8°С.

Пациентка гиперстенического телосложения. ИМТ-34. Кожные покровы умеренной влажности, в области передней поверхности грудной клетки визуализируются множественные элементы уртикарной сыпи.

Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет. Слизистая задней стенки ротоглотки разрыхлена, с набухшими фолликулами. Незначительные выделение из носовых ходов, серозного характера.

Лимфатические узлы не увеличены.

Умеренная одышка при физической нагрузке. В легких дыхание жесткое, выслушиваются сухие и влажные хрипы с обеих сторон. ЧДД – 28 в мин.

АД-100/60 мм рт. ст, ЧСС –92 уд. в мин.

Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стула не было в течение суток.

В сознании, адекватна. Ориентирована в месте и времени. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

## Вопрос 1: Лабораторными методами обследования данной больной для выявления этиологического фактора являются (выберите 2)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** бактериологический посев крови на стерильность

**2:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**3:** реакция иммунофлюоресценции мазков крови

**4:** иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**5:** иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов вируса в кале

#### Правильные ответ(ы):

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки  
иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Обоснование:**4.2.3. Лабораторная диагностика этиологическая:  
Прямые методы этиологической диагностики  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

**Ответ:**иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

**Обоснование:**Выявление иммуноглобулинов классов А, M, G (IgА, IgM и IgG) к SARS-CoV-2 (в том числе к рецептор-связывающему домену поверхностного гликопротеина S).  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**2:** Парвовирусная инфекция, типичное течение, инфекционная эритема

**3:** Аденовирусная инфекция, типичное течение, осложненная двусторонней пневмонией

**4:** Респираторно-синцитиальная инфекция, токсико-аллергическая реакция на парацетамол

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

**Обоснование:**Учитывая острое начало заболевания с интоксикационного синдрома (озноб, лихорадка, головная боль, мышечные боли); присоединение катарального синдрома (сухой кашель, першение в ротоглотке, умеренная ринорея); присоединение признаков аносмии и дисгевзии (нарушение обоняния и вкуса); появление на 6-й день дыхательной недостаточности (чувство «заложенности» в груди, одышка); данные объективного осмотра (изменения в ротоглотке, наличие сухих и влажных хрипов с обеих сторон, ЧДД – 28 в мин., наличие уртикарной сыпи по типу крапивницы, данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала и антител Ig M к SARS-CoV-2), а также данных эпидемиологического анамнеза (контакт с лицами, перенесшими ОРЗ), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная». Наличие двусторонних сухих и влажных хрипов, одышки при физической нагрузке на 6-й день болезни на фоне усиления интоксикационного синдрома, нельзя исключить присоединение вирусной пневмонии. Требуется проведение инструментальных методов исследования.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)  
  
3. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ  
  
(2)

## Вопрос 3: Для оценки выраженности гипоксемии и выявления дыхательной недостаточности, больной следует провести

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** пикфлоуметрию

**2:** пульсоксиметрию

**3:** спирографию

**4:** пневмотахометрию

#### Правильные ответ(ы):

пульсоксиметрию

**Ответ:**пульсоксиметрию

**Обоснование:**4.1.3. Инструментальная диагностика  
  
Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность. Пациентам с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) (SрO2 менее 90%) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением PaO2, PaCO2, pH, бикарбонатов, лактата.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 4: При обследовании у больной выявлен уровень SрO2 - 94%. Учитывая клинико-лабораторные данные, следует расценить течение заболевания как

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** легкое

**2:** крайне тяжелое

**3:** тяжелое

**4:** средней степени

#### Правильные ответ(ы):

средней степени

**Ответ:**средней степени

**Обоснование:**3. клинические особенности  
  
Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
Легкое течение  
  
Т тела < 38 °C, кашель, слабость, боли в горле  
  
Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения  
  
Среднетяжелое течение  
  
Т тела > 38 °C  
  
ЧДД > 22/мин  
  
Одышка при физических нагрузках  
  
Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения минимальный или средний; КТ 1-2)  
  
SpO2 < 95%  
  
СРБ сыворотки крови >10 мг/л  
  
Тяжелое течение  
  
ЧДД > 30/мин  
  
SpO2 ≤ 93%  
  
PaO2 /FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.  
  
Снижение уровня сознания, ажитация  
  
Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 3-4)  
  
Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л  
  
qSOFA > 2 балла  
  
Крайне тяжелое течение  
  
Стойкая фебрильная лихорадка  
  
ОРДС  
  
ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляции легких)  
  
Септический шок  
  
Полиорганная недостаточность  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 4) или картина ОРДС.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |

#### Иммуноферментный анализ (ИФА) сыворотки крови

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| Anti-B19 IgM | Не обнаружено |
| Anti-B19 IgG | Не обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig M | Обнаружено |
| Anti-SARS-CoV-2 Ig G | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgA | Не обнаружено |
| Anti- Adv IgG | Не обнаружено |

Роста нет

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, осложненная двусторонней пневмонией

## Вопрос 5: Для первичной оценки состояния органов грудной клетки у пациентов с прогрессирующими формами заболевания коронавирусной инфекцией целесообразно проведение

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** компьютерной томографии

**2:** КТангиопульмонографии

**3:** магнитно-резонансной томографии

**4:** крупнокадровой флюорографии

#### Правильные ответ(ы):

компьютерной томографии

**Ответ:**компьютерной томографии

**Обоснование:**4. Диагностика коронавирусной инфекции.  
  
КТ имеет высокую чувствительность в выявлении изменений в легких, характерных для COVID-19. Применение КТ целесообразно для первичной оценки состояния ОГК у пациентов с тяжелыми прогрессирующими формами заболевания, а также для дифференциальной диагностики выявленных изменений и оценки динамики процесса. КТ позволяет выявить характерные изменения в легких у пациентов с COVID-19 еще до появления положительных лабораторных тестов на инфекцию с помощью МАНК. В то же время, КТ выявляет изменения легких у значительного числа пациентов с бессимптомной и легкой формами заболевания, которым не требуется госпитализация.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 6: Характерными изменениями в периферической крови при коронавирусной инфекции являются

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** нейтрофиллез и анэозинофилия

**2:** нейтропения и абсолютный лимфомоноцитоз

**3:** лимфоцитоз и тромбоцитоз

**4:** лимфопения и тромбоцитопения

#### Правильные ответ(ы):

лимфопения и тромбоцитопения

**Ответ:**лимфопения и тромбоцитопения

**Обоснование:**4. Диагностика коронавирусной инфекции.  
  
У большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: Типичным патогенетическим осложнением новой коронавирусной инфекции COVID-19 является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острая почечно-печеночная недостаточность

**2:** острый респираторный дистресс-синдром

**3:** тромбоз мезентериальных сосудов

**4:** гнойный менингоэнцефалит

#### Правильные ответ(ы):

острый респираторный дистресс-синдром

**Ответ:**острый респираторный дистресс-синдром

**Обоснование:**1. Этиология, патогенез и патоморфология  
  
3. Клинические особенности  
  
В наблюдениях, в которых резко преобладают признаки тяжелой дыхательной недостаточности, наблюдается картина острого респираторного дистрес-синдрома («шокового легкого» или диффузного альвеолярного повреждения)  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 8: К препаратам с прямым противовирусным действием в рекомендованных схемах лечения больных новой коронавирусной инфекцией COVID-19 относится

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** азитромицин

**2:** гидроксихлорохин

**3:** фавипиравир

**4:** интерферон-бета1b

#### Правильные ответ(ы):

фавипиравир

**Ответ:**фавипиравир

**Обоснование:**В настоящее время следует выделить несколько препаратов, которые могут быть использованы при лечении COVID-19: фавипиравир, ремдесивир, умифеновир и интерферон-альфа.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 9: В рекомендованных схемах лечения при среднетяжелом течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 фавипиравир может назначаться с

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** барицитинибом

**2:** интерфероном бета-1b

**3:** гидроксихлорохином

**4:** мефлохином

#### Правильные ответ(ы):

барицитинибом

**Ответ:**барицитинибом

**Обоснование:**5.1. Этиотропное лечение. Приложение 10  
  
Рекомендованные схемы лечения в зависимости от тяжести заболевания Схема 1: Фавипиравир +/‑ барицитиниб или тофацитиниб при среднетяжелом течении  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 10: Пациентке с гипертонической болезнью, получающей эналаприл (препараты из группы ингибиторов АПФ) при коронавирусной инфекции показано

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** продолжить прием препарата в той же дозировке

**2:** увеличить дозу препарата в два раза

**3:** полностью прервать прием препарата

**4:** уменьшить дозу препарата в два раза

#### Правильные ответ(ы):

продолжить прием препарата в той же дозировке

**Ответ:**продолжить прием препарата в той же дозировке

**Обоснование:**5.7. Особые группы пациентов.  
  
Больные с артериальной гипертензией.  
  
В связи с тем, что АПФ2 является функциональным рецептором для SARS-CoV-2, было высказано предположение, что это может объяснять высокий риск летального исхода при COVID-19 у пациентов с артериальной гипертензией, получающих препараты из группы ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину. Эти опасения носили гипотетический характер и не получили практического подтверждения. Более того, имеются косвенные данные о возможном протективном действии этих препаратов при COVID-19. Экспертами Европейского общества кардиологов опубликовано заявление о том, что данных о неблагоприятных эффектах этих препаратов на течение COVID-19 нет, их прием настоятельно рекомендуется продолжать.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: В случае полной реконвалесценции пациентки, возобновление приема метформина возможно через

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 5 суток

**2:** 2 месяца

**3:** 7 дней

**4:** 2 недели

#### Правильные ответ(ы):

2 недели

**Ответ:**2 недели

**Обоснование:**5.7. Особые группы пациентов. Больные сахарным диабетом  
  
При выписке пациентов из стационара:  
  
Предусмотреть обеспечение пациентов препаратами инсулина на время самоизоляции;  
  
Возможно возобновить прием метформина, арГПП-1, иНГЛТ2 через 2 недели в случае полной реконвалесценции пациента.  
  
Продолжение антикоагулянтов до полного выздоровления.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: В рекомендованных схемах для медикаментозной профилактики COVID19 у лиц из группы риска применяется

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** фавипиравир/барицитиниб

**2:** рекомбинантный ИФН-α

**3:** ламивудин/ритонавир

**4:** осельтамивир

#### Правильные ответ(ы):

рекомбинантный ИФН-α

**Ответ:**рекомбинантный ИФН-α

**Обоснование:**7.3. Медикаментозная профилактика COVID19 у взрослых  
  
Для медикаментозной профилактики COVID-19 возможно назначение интраназальных форм ИФН-α (у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного ИФН-α2b) и/или умифеновира (Приложение 9).  
  
Приложение 9 Рекомендованные схемы медикаментозной профилактики COVID19  
  
Здоровые лица и лица из группы риска (старше 60 лет или с сопутствующими хроническими заболеваниями)  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
ИЛИ  
  
Умифеновир по 200 мг 2 раза в неделю в течение 3 недель  
  
Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19, включая медицинских работников  
  
ИФН-α (интраназальные формы)\*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
+  
  
Умифеновир по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней  
  
  
  
\* При необходимости профилактические курсы повторяют  
  
\*\* Беременным назначают только рекомбинантный ИФН-α2b  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 77

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Участковый терапевт прибыл к пациенту 29-ти лет на 5-ый день болезни.

#### Жалобы

На повышение температуры тела, слабость, общее недомогание, сухой кашель, першение в ротоглотке, насморк, высыпания на коже.

#### Анамнез заболевания

Заболел остро с появления небольшого озноба, общего недомогания, умеренной головной боли, отметил першение в ротоглотке, температура тела повысилась до 37,5℃.

Одновременно появились сухой кашель, насморк.

Лечился самостоятельно: принимал жаропонижающие (парацетамол), закладывал в носовые ходы оксолиновую мазь. В течение последующих дней самочувствие оставалось прежним: температура тела колебалась в пределах 37,5-38,0℃, кашель сохранялся, дважды был послабленный стул.

На 5-й день болезни появились высыпания на коже, что явилось причиной обращения к врачу.

#### Анамнез жизни

Работает автомехаником в частном автосервисе. Работает посменно.

Аллергоанамнез: не отягощен.

Перенесенные заболевания: болеет респираторными инфекциями 2-3 раза в год; аппендэктомия (7 года назад), пневмония (3 года назад)

Вредные привычки: отрицает.

Анамнез жизни: проживает в отдельной квартире с женой, детей нет. Жена здорова, жалоб не предъявляет.

Эпиданамнез: за пределы страны не выезжал. Контактирует с большим количеством незнакомых людей. Средствами индивидуальной защиты (маска, перчатки) не пользуется.

Прививочный анамнез: от гриппа прививался в октябре месяце 2019г

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/078/001078039)

Температура тела 37,6°С.

Кожные покровы чистые, умеренной влажности, на коже груди, живота множественные розовые пятна округлой формы, шелушащиеся, без материнской бляшки.

Слизистая оболочка ротоглотки (дужек, миндалин, язычка) умеренно гиперемирована, миндалины не увеличены, налетов нет, зернистость задней стенки глотки.

Лимфатические узлы не увеличены.

В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин.

АД-110/70 мм рт. ст., ЧСС –82 уд. в мин.

Печень и селезенка не увеличены. Мочеиспускание не нарушено. Стул однократный, полуоформленный.

В сознании, адекватен. Очаговой и менингеальной симптоматики нет.

## Вопрос 1: Лабораторным методом обследования данного пациента для выявления этиологического фактора является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** иммунохроматографический экспресс-метод определения антигенов вируса в кале

**2:** ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**3:** реакция иммунофлюоресценции мазков крови

**4:** бактериологический посев крови на стерильность

#### Правильные ответ(ы):

ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Ответ:**ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

**Обоснование:**4.2.3. Лабораторная диагностика этиологическая:  
  
Прямые методы этиологической диагностики  
  
Выявление РНК SARS-CoV-2 с применением МАНК  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 2: Учитывая данные клинико-лабораторного обследования, можно думать о диагнозе

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Аденовирусная инфекция, токсико-аллергическая реакция на парацетамол, средней степени тяжести

**2:** Парвовирусная инфекция, инфекционная эритема, легкое течение

**3:** Коронавирусная инфекция, средней степени тяжести

**4:** Коронавирусная инфекция, легкое течение

#### Правильные ответ(ы):

Коронавирусная инфекция, легкое течение

**Ответ:**Коронавирусная инфекция, легкое течение

**Обоснование:**Учитывая острое начало заболевания с интоксикационного синдрома (умеренные озноб, лихорадка, головная боль); присоединение катарального синдрома (сухой кашель, першение в ротоглотке, ринорея); данные объективного осмотра (изменения в ротоглотке, высыпания на коже по типу розового лишая), данных лабораторного исследований (обнаружение генетического материала), а также данных эпидемиологического анамнеза (контакт с людьми, возможно инфицированнных новой коронавирусной инфекцией), можно думать о диагнозе «Коронавирусная инфекция, вызванная COVID-19, подтвержденная». Учитывая повышения температуры тела ≤ 38,0℃, кашель, слабость, боли в горле и отсутствия критериев среднетяжелого течения, можно думать о легком течении заболевания.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)  
  
(2)

## Вопрос 3: При инфекции, вызванной COVID-19, для оценки выраженности гипоксемии больному следует провести

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** бронходилатационный тест

**2:** диффузионный тест легких

**3:** пульсоксиметрию

**4:** пневмотахометрию

#### Правильные ответ(ы):

пульсоксиметрию

**Ответ:**пульсоксиметрию

**Обоснование:**4.1.3. Инструментальная диагностика  
  
Пульсоксиметрия с измерением SpO2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 4: При легком течении новой коронавирусной инфекции COVID-19 сатурация кислорода (SpO2) составляет \_\_\_\_\_\_ %

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** ≤ 93

**2:** > 95

**3:** < 89

**4:** < 95

#### Правильные ответ(ы):

> 95

**Ответ:**> 95

**Обоснование:**Классификация COVID-19 по степени тяжести  
  
Легкое течение  
  
Т тела < 38 °C, кашель, слабость, боли в горле  
  
Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения  
  
Среднетяжелое течение  
  
Т тела > 38 °C  
  
ЧДД > 22/мин  
  
Одышка при физических нагрузках  
  
Изменения при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения минимальный или средний; КТ 1-2)  
  
SpO2 < 95%  
  
СРБ сыворотки крови >10 мг/л  
  
Тяжелое течение  
  
ЧДД > 30/мин  
  
SpO2 ≤ 93%  
  
PaO2 /FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.  
  
Снижение уровня сознания, ажитация  
  
Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 3-4)  
  
Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л  
  
qSOFA > 2 балла  
  
Крайне тяжелое течение  
  
Стойкая фебрильная лихорадка  
  
ОРДС  
  
ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляции легких)  
  
Септический шок  
  
Полиорганная недостаточность  
  
Изменения в легких при КТ (рентгенографии), типичные для вирусного поражения критической степени (объем поражения значительный или субтотальный; КТ 4) или картина ОРДС.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 5: Для новой коронавирусной инфекции COVID-19 нетипичны поражения кожи в виде

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** крапивницы

**2:** папуло-сквамозной сыпи

**3:** токсидермии

**4:** карбункула

#### Правильные ответ(ы):

карбункула

**Ответ:**карбункула

**Обоснование:**Кожные сыпи при COVID‑19  
  
В настоящее время имеется ряд клинических наблюдений, описывающих кожные сыпи при COVID-19, в связи с чем основной задачей клиницистов является дифференциальная диагностика поражений кожи при COVID-19 от других инфекционных экзантем, а также целого ряда дерматозов.  
  
Анализ накапливающихся в литературе описаний клинических наблюдений кожных сыпей у больных COVID-19, а также собственный опыт продолжающегося динамического наблюдения наших соотечественников, страдающих этим вирусным заболеванием, позволяет прийти к выводу о том, что поражения кожи могут быть первыми признаками начала короновирусной инфекции. Кроме того, многообразие наблюдаемых дерматозов и кожных сыпей можно разделить на семь групп в зависимости от их этиологии и механизмов развития:  
  
1 группа – Ангииты кожи.  
2 группа – Папуло‑сквамозные сыпи и розовый лишай.  
3 группа – Кореподобные сыпи и инфекционные эритемы.  
4 группа – Папуло‑везикулезные высыпания (по типу милиарии или эккринной потницы).  
5 группа – Токсидермии.  
6 группа – Крапивница.  
7 группа – Артифициальные поражения (трофические изменения тканей лица).  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторного метода обследования

#### ПЦР-диагностика мазка из ротоглотки

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Результат |
| РНК Influenza virus A/H1N1 | Не обнаружено |
| РНК Influenza virus В | Не обнаружено |
| РНК hRSv - Respiratory Syncytial virus | Не обнаружено |
| РНК hCov - Coronavirus | Не обнаружено |
| РНК SARS‑CoV‑2 | Обнаружено |
| РНК hPiv - Parainfluenza virus 1, 2, 3, 4 типов | Не обнаружено |
| ДНК B19 -Parvovirus | Не обнаружено |

ПЦР-диагностика

Результат отрицательный

#### Диагноз

#### Коронавирусная инфекция, легкое течение

## Вопрос 6: В периферической крови при коронавирусной инфекции COVID‑19 выявляется

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** тромбоцитоз

**2:** нейтропения

**3:** лимфопения

**4:** анэозинофилия

#### Правильные ответ(ы):

лимфопения

**Ответ:**лимфопения

**Обоснование:**У большинства пациентов с COVID‑19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения; лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива среди группы с тяжелым течением и умерших от COVID‑19.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 7: Повторный забор биоматериала для ПЦР на коронавирусную инфекцию COVID‑19 у этого пациента необходимо провести на \_\_\_\_\_\_\_\_ день

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** 4 и 12

**2:** 7 и 15

**3:** 5 и 9

**4:** 3 и 11

#### Правильные ответ(ы):

3 и 11

**Ответ:**3 и 11

**Обоснование:**9.5. Основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) Алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями представлен в Приложении 11  
  
При получении положительного результата лабораторных исследований биологического материала пациента на наличие COVID19 (далее – результат теста на COVID19) уполномоченное лицо медицинской организации:  
  
уведомляет пациента о положительном результате теста на COVID19;  
  
оповещает о положительном результате теста на COVID19 руководителя медицинской организации;  
  
вносит в журнал учета пациентов с COVID19 плановые даты для повторного забора биологического материала (мазки из носо- и ротоглотки).  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
При получении положительного результата теста на COVID-19 - тактика ведения пациента определяется в соответствии с Приложением N 8 к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. N 198н (в ред. от 23.03.2021 N 232н)  
  
Основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19  
(с изменениями на 4 декабря 2020 года)  
  
1. При получении положительного результата лабораторных исследований биологического материала пациента на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 (далее - результат теста на COVID-19) уполномоченное лицо медицинской организации:  
  
уведомляет пациента о положительном результате теста на COVID-19;  
  
оповещает о положительном результате теста на COVID-19 руководителя медицинской организации;  
  
вносит в журнал учета пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 плановые даты для повторного забора биологического материала (мазки из носо- и ротоглотки) - 3, 11 день

## Вопрос 8: При лечении легкой формы коронавирусной инфекции COVID‑19 целесообразно назначить схему

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** фавипиравир + барицитиниб + кагоцел

**2:** ИФН-бета-1b подкожно + лопинавир/ритонавир + парацетамол

**3:** фавипиравир +ИФН-альфа интраназально + парацетамол

**4:** ингавирин + цефтриаксон + ремантадин

#### Правильные ответ(ы):

фавипиравир +ИФН-альфа интраназально + парацетамол

**Ответ:**фавипиравир +ИФН-альфа интраназально + парацетамол

**Обоснование:**Легкое течение  
  
Схема 1  
  
Фавипиравир  
  
ИФН-α, интраназальные формы  
  
Парацетамол  
  
Схема 2  
  
Умифеновир  
  
ИФН-α, интраназальные формы  
  
Парацетамол  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 9: Пациент может считаться выздоровевшим от коронавирусной инфекции COVID‑19 при отсутствии клинических проявлений заболевания и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** остаточных признаках изменений в легких по данным КТ или рентгенографии

**2:** регрессии элементов сыпи

**3:** наличии 3-х отрицательных результатов исследования на коронавирус методом ПЦР

**4:** наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

#### Правильные ответ(ы):

наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

**Ответ:**наличии отрицательного результата исследования на коронавирус методом ПЦР

**Обоснование:**Пациент считается выздоровевшим при наличии следующих критериев:  
  
t тела < 37,2 °C;  
  
SpO2 на воздухе > 96%;  
  
отрицательный результат лабораторного исследования биологического материала на РНК SARS-CoV-2.  
  
При наличии отрицательного результата лабораторного исследования на РНК SARS-CoV-2 пациент выписывается и транспортируется любым доступным транспортом (личным или общественным).  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 10: Одним из критериев для вызова врача больным, находящимся на амбулаторном лечении с новой коронавирусной инфекцией, является наличие

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** SpO2 = 94%

**2:** длительного кашля

**3:** t тела > 37,5 °C в течение 3 дней

**4:** одышки

#### Правильные ответ(ы):

одышки

**Ответ:**одышки

**Обоснование:**Пациент должен быть проинформирован медицинским работником о необходимости вызова врача или бригады скорой медицинской помощи при ухудшении самочувствия (t тела > 38,5 °C в течение 3 дней и более, появление затрудненного дыхания, одышки, SpO2 < 93%), а также о возможных способах обращения за медицинской помощью.  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 11: Для медикаментозной профилактики COVID19 у жены пациента возможно применение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** левофлоксацина в комбинации с ацетилцистеином

**2:** рекомбинантного интерферона α интраназально в комбинации с умифеновиром

**3:** аминодигидрофталазиндиона натрия в комбинации с аспирином

**4:** рекомбинантного интерферона‑β1b в комбинации с имидазолилэтанамидом пентандиовой кислоты

#### Правильные ответ(ы):

рекомбинантного интерферона α интраназально в комбинации с умифеновиром

**Ответ:**рекомбинантного интерферона α интраназально в комбинации с умифеновиром

**Обоснование:**ИФН-α (интраназальные формы) \*\*  
  
в соответствии с инструкцией по применению препарата (спрей, капли, раствор, лиофилизат для приготовления раствора, гель или мазь)  
  
+  
  
Умифеновир по 200 мг 1 раз в день в течение 10-14 дней  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

## Вопрос 12: Длительность инкубационного периода при новой коронавирусной инфекции составляет \_\_\_\_\_\_ суток

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 10-20

**2:** 2-14

**3:** 14-28

**4:** 1-3

#### Правильные ответ(ы):

2-14

**Ответ:**2-14

**Обоснование:**Длительность инкубационного периода COVID‑19 может колебаться от 2 до 14 дней, однако в среднем составляет 5‑7 дней  
  
Временные методические рекомендации  
Версия 11 (07.05.2021)  
Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)  
  
ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19). Версия 11 (07.05.2021)  
  
(1)

# Ситуационная задача 78

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

Сбор анамнеза невозможен, больной на ИВЛ в мед седации.

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

По данным анализов у больного хронический гепатит С.

Состояние после резекции желудка около 10 лет назад по поводу острой язвы желудка.

Аллергических реакций нет

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046253)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046256)

Общее состояние крайне тяжелое. Медикаментозная седация. Кожный покров вне ожоговых ран бледно-розовой окраски, сухой, теплый, чистый. Видимые слизистые без катаральных явлений, нормальной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Пассивные движения в суставах сохранены.

Органы дыхания: Больной на ИВЛ. ЧДД-18/мин. Аускультативно дыхание жестковатое, единичные сухие хрипы.

Органы кровообращения: Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. ЧСС 115-117 уд/мин. АД-140/75 мм рт. ст. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена.

Органы пищеварения: Язык влажный, чистый. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, на пальпацию не реагирует. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Мочеполовая система: Область почек визуально не изменена, мочеиспускание по катетеру. Моча концентрированная. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Локальный статус: ожоговые раны располагались в области головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей, на большей площади были представлены деэпителизированными поверхностями розового, красного и белесого цвета, местами с обрывками эпидермиса, единичными пузырями с прозрачным содержимым, налетом фибрина и обильным серозным отделяемым. По тыльной поверхности обеих кистей отмечается по 2 некротомических разреза во 2 и 4 межпястных промежутках в пределах подкожной жировой клетчатки.

## Вопрос 1: Для постановки основного диагноза используется анамнез заболевания и

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** микробиологическое исследование ран

**2:** клиническая картина

**3:** рентгеновское исследование костей

**4:** доплеровское исследование сосудов конечностей

#### Правильные ответ(ы):

клиническая картина

**Ответ:**клиническая картина

**Обоснование:**Основанием для постановки диагноза являются данные анамнеза и осмотра пострадавшего. Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование, стр 23-24

## Вопрос 2: Для определения площади ожога в данном случае используется

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** «правило девяток»

**2:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

**3:** "правило ладони"

**4:** планиметрия

#### Правильные ответ(ы):

«правило девяток»

**Ответ:**«правило девяток»

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади обширных ожогов у взрослых рекомендуется использоваться правило «девяток», а при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади, «правило ладони». Согласно «правилу девяток» вся площадь поверхности тела взрослого человека делится на зоны, каждая из которых составляет 9% поверхности тела;  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование.

## Вопрос 3: Учитывая анамнез заболевания, клиническую картину, наличие ожога лица, для уточнения диагноза больному требуется дообследование в объеме

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** УЗИ органов брюшной полости

**2:** доплеровского исследования сосудов конечностей

**3:** фибробронхоскопии

**4:** микробиологического исследования ран

#### Правильные ответ(ы):

фибробронхоскопии

**Ответ:**фибробронхоскопии

**Обоснование:**Рекомендуется провести диагностику ингаляционной травмы (Приложение Г7), при выявлении клинических признаков поражения дыхательных путей фибробронхоскопия является обязательным методом диагностики ингаляционной травмы и должна выполняться в экстренном порядке в первые часы после поступления пациента в  
  
стационар  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.4.Инструментальная диагностика стр. 27

## Вопрос 4: По данным выполненной фибробронхоскопии при поступлении получено: гиперемия и отек слизистой, большое количество копоти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копоти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копоти. Больному установлен диагноз: Ингаляционная травма \_ степени

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** II

**2:** I

**3:** III

**4:** IV

#### Правильные ответ(ы):

II

**Ответ:**II

**Обоснование:**Рекомендуется определить степени тяжести поражения трахеобронхиального дерева при ингаляционной травме по эндоскопическим критериям:\_ \_средняя степень (II) – гиперемия и отек слизистой, большое количество копоти в просвете бронхов и единичные скопления фиксированной на слизистой оболочке копоти, единичные петехиальные кровоизлияния и эрозии в трахее и главных бронхах, большое количество бронхиального секрета с примесью копоти.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.4.Инструментальная диагностика стр. 28

## Вопрос 5: Учитывая данные анамнеза, тяжесть травмы, пациента можно отнести к \_ типу больных, ассоциированных с полирезистентной внутрибольничной микрофлорой

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** I

**2:** III b

**3:** II

**4:** IV

#### Правильные ответ(ы):

III b

**Ответ:**III b

**Обоснование:**1) Длительность нахождения в стационаре > 7 дней (в ОРИТ > 3 дней) или инфекция, возникшая после оперативных вмешательств.  
  
2) Предшествующая антибактериальная терапия.  
  
3) Факторы риска MRSA, карбапенем-устойчивых энтеробактерий, P.aeruginosa/ Acinetobacter.  
  
Российские национальные клинические рекомендации «Стратегия и тактика применения антимикробных средств в лечебных учреждениях России», Москва, 2017.  
  
Приложение №2 Стратификация госпитализированных пациентов по риску наличия резистентных возбудителей  
  
и инвазивного кандидоза с целью определения тактики эмпирической АМТ, стр 129

## Вопрос 6: Укажите верный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Инфаркт правого легкого

**2:** Ателектаз средней доли правого легкого

**3:** Абсцедирующая правосторонняя пневмония

**4:** Новообразование правого легкого

#### Правильные ответ(ы):

Абсцедирующая правосторонняя пневмония

**Ответ:**Абсцедирующая правосторонняя пневмония

**Обоснование:**Недренированный абсцесс (до прорыва в бронх). На рентгенограмме характеризуется инфильтративной тенью округлой, овальной формы с нечёткими, размытыми контурами. Структура тени однородная, она может отличаться более высокой интенсивностью по сравнению с тенью обычного пневмонического инфильтрата (рисунки 3.2а, 3.7а) В случае осложненного течения пневмонии можно заподозрить формирование абсцесса, если тень инфильтрата в легком становится более интенсивной и однородной.  
  
Рентгенография в диагностике заболеваний органов грудной клетки Мельников В.В. 2017г.  
  
Раздел 3. Инфекционные деструкции легких. стр. 33-34.

## Вопрос 7: На фоне комплексной терапии состояние больного улучшилось, переведен на самостоятельное дыхание, экстубирован. Однако на 25 сутки после травмы у больного отмечается рвота с примесью неизмененной крови вишневого цвета. Наиболее вероятно у больного \_кровотечение

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** бронхиальное

**2:** носовое

**3:** из полости рта

**4:** желудочно-кишечное

#### Правильные ответ(ы):

желудочно-кишечное

**Ответ:**желудочно-кишечное

**Обоснование:**Рекомендуется ЭГДС при ожогах на общей площади более 30% п.т. и глубоких ожогах более 20% п.т. (ЭГДС проводится в первые 3 дня после поступления в стационар, а при клинических признаках желудочно-кишечного кровотечения -в экстренном порядке).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf стр 96(Приложение Г2)  
  
Язвенное кровотечение проявляется  
  
рвотой содержимым типа «кофейной гущи» (гематемезис) или черным дегтеобразным стулом (мелена). При массивном кровотечении и невысокой секреции соляной кислоты, а также  
  
локализации язвы в кардиальном отделе желудка в рвотных массах может отмечаться примесь неизмененной крови.  
  
Клинические рекомендации. Язвенная болезнь. Российская гастроэнтерологическая ассоциация. Российское общество колоректальных хирургов. 2019г.  
  
1.6 Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний). Стр. 9.

## Вопрос 8: Необходимый объем манипуляций в данном случае

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** задняя тампонада носа, проведение фибробронхоскопии

**2:** установка зонда Блэкмора, проведение фибробронхоскопии

**3:** установка назогастрального зонда, проведение эзофагогастродуоденоскопии

**4:** установка назонтестинального зонда, проведение эзофагогастродуоденоскопии

#### Правильные ответ(ы):

установка назогастрального зонда, проведение эзофагогастродуоденоскопии

**Ответ:**установка назогастрального зонда, проведение эзофагогастродуоденоскопии

**Обоснование:**Все пациенты с язвенными гастродуоденальными кровотечениями должны быть госпитализированы в хирургический стационар или ОРИТ;  
  
Возможно введение ингибиторов протонной помпы на догоспитальном этапе;  
  
Рекомендуется постоянная назогастральная интубация.  
  
Сборник методических материалов «школы хирургии РОХ» Язвенные гастродуоденальные кровотечения (клинические рекомендации) – приняты на Общероссийской согласительной конференции по принятию национальных клинических рекомендаций, 6 июня 2014 года, г. Воронеж.  
  
Раздел I. Клинические рекомендации по ведению больных на догоспитальном этапе.\* \*Стр. 5.

## Вопрос 9: По данным ЭГДС: В области гастроэнтероанастомоза определяется крупный свежий сгусток крови, из-под которого активно подтекает алая кровь. Произведены многократные попытки отмывания сгустка ледяной водой - сгусток плотно фиксирован к слизистой, большая часть фрагментирована и аспирована. После удаления сгустка, непосредственно в кольце гастроэнтероанастомоза определяется струйное артериальное кровотечение из центра линейной язвы размером около 15х4мм. Степень активности желудочно-кишечного кровотечения с учетом полученных данных по Forrest

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** IIa

**2:** III

**3:** IIb

**4:** Ia

#### Правильные ответ(ы):

Ia

**Ответ:**Ia

**Обоснование:**Универсальной и общепризнанной среди хирургов, эндоскопистов и  
  
гастроэнтерологов на данный момент считается международная классификация активности язвенного кровотечения по J.A.Forrest (1974)  
  
Forrest I. Продолжающееся кровотечение:  
  
a) массивное (струйное артериальное кровотечение из крупного сосуда);

#### Доступны новые данные:

#### Дополнительные сведения

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046255)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046254)

На 7-е сутки лечения. ИВЛ продолжается. Отмечается гипертермия. Больному проведены рентгенография и компьютерная томография органов грудной клетки.

#### Диагноз

#### Абсцедирующая правосторонняя пневмония

## Вопрос 10: Оптимальный объем манипуляций при данном типе активности кровотечения должен ограничиваться

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** установкой зонда Блэкмора

**2:** консервативным лечением (промывание желудка ледяной водой, введение гемостатиков)

**3:** лапаротомией и прошиванием язвы

**4:** эндоскопическим гемостазом (инъекции физиологического раствора со «следами» адреналина в подслизистый слой вокруг язвенного дефекта + аргоноплазменная коагуляция)

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопическим гемостазом (инъекции физиологического раствора со «следами» адреналина в подслизистый слой вокруг язвенного дефекта + аргоноплазменная коагуляция)

**Ответ:**эндоскопическим гемостазом (инъекции физиологического раствора со «следами» адреналина в подслизистый слой вокруг язвенного дефекта + аргоноплазменная коагуляция)

**Обоснование:**При продолжающемся кровотечении из язвы (FI-A, FI-B) необходим эндоскопический гемостаз;  
  
Методом выбора является комбинированный эндоскопический гемостаз: инъекционный метод + диатермокоагуляция (либо  
  
АПК или клипирование).  
  
Сборник методических материалов «школы хирургии РОХ» Язвенные гастродуоденальные кровотечения (клинические рекомендации) – приняты на Общероссийской согласительной конференции по принятию национальных клинических рекомендаций, 6 июня 2014 года, г. Воронеж.  
  
Раздел II. Диагностическая и лечебная эндоскопия. стр. 5.

## Вопрос 11: В эти сроки после травмы больному рекомендуется проведение противорубцовой терапии в объеме

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** компрессионной терапии и ультрафиолетового облучения

**2:** реконструктивно-восстановительной операции

**3:** лазерной дермабразии рубцов и силиконсодержащих гелей

**4:** компрессионной терапии и силиконсодержащих покрытий

#### Правильные ответ(ы):

компрессионной терапии и силиконсодержащих покрытий

**Ответ:**компрессионной терапии и силиконсодержащих покрытий

**Обоснование:**Поздняя реабилитация пострадавших от ожогов проводится после заживления ожоговых ран и включает:  
  
профилактику и лечение послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций:  
  
в периоде «созревания» рубцов – комплекс консервативного лечения, направленного на предотвращение избыточного роста рубцов;  
  
-Рекомендуется применение силиконсодержащих пластин или гелей не менее 2 мес.  
  
-Рекомендуется применение компрессионной терапии (ношение компрессионной одежды) в течение 6-12 мес.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
4. Реабилитация, стр. 63-68.

## Вопрос 12: Консервативная терапия послеожоговых рубцов обычно продолжается в течении \_\_\_\_\_\_ после заживления ран

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 1 года

**2:** 2 лет

**3:** 3 месяцев

**4:** 3 лет

#### Правильные ответ(ы):

1 года

**Ответ:**1 года

**Обоснование:**Консервативная профилактика и лечение послеожоговых рубцов и рубцовых деформаций:  
  
1.Рекомендуется лечебная физкультура в течение не менее 1 года.  
  
2.Рекомендуется увлажняющие и смягчающие средства для зажившей кожи.  
  
3.Рекомендуется защита от ультрафиолетового облучения (инсоляции и др.) в течение не менее 1 года после заживления ожоговых ран с помощью защитной одежды, солнцезащитных средств, а также образа жизни и поведения  
  
6.Рекомендуется применение компрессионной терапии (ношение компрессионной одежды) в течение 6-12 мес.  
  
… -Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
4. Реабилитация Приложение Г24

#### Доступны новые данные:

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046251)

На фоне лечения состояние пациента стабилизировано. Раны очищены от некротических тканей, выполнились грануляциями. Пациенту проведена аутодермопластика глубоких ожоговых ран в области кистей и нижних конечностей. Пересаженные аутодермотрансплантаты полностью прижились. Пациент выписан из стационара для продолжения реабилитации в амбулаторных условиях.

Через 2 месяца лечения.

Ран нет. Формируются послеожоговые рубцы. Имеется ограничение движений в левом и правом лучезапястном, всех пястно-фаланговых и межфаланговых суставах обеих кистей (сжать кулак не может).

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/047/001047001)

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046252)

# Ситуационная задача 79

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 37 лет доставлен автомашиной СМП в приемное отделение ожогового центра.

#### Жалобы

Боли в области ожоговых ран, сухость во рту, головную боль, озноб, тошноту.

#### Анамнез заболевания

Травма на производстве – разбилась банка с концентрированной азотной кислотой, получил ожог кожи. Сотрудники предприятия сразу вызвали бригаду СМП. Бригада приехала на вызов через 20 минут. Оказана помощь в объеме инъекция раствора кеторола 1 мл внутримышечно. Пациент госпитализирован. Длительность транспортировки в приемное отделение больницы составила 20 минут.

#### Анамнез жизни

хронические заболевания – отрицает

не курит, алкоголь употребляет редко

аллергических реакций нет

работает на химическом производстве

от столбняка привита в 17 лет в школе

#### Объективный статус

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069217)

1-е сутки после травмы. Состояние тяжелое. Вес 80 кг, рост 176 см. Температура тела 36,50С. Кожные покровы вне ран бледно-розовые, сухие. Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Правильного телосложения. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная. Участие обеих половин в акте дыхания симметричное. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД - до 20 в мин. ЧСС 102 в мин. АД 115\70мм.рт.ст. Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения.

При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, правильной формы, на пальпацию живота не реагирует. Перистальтика ослаблена. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание по катетеру, диурез сохранен, моча насыщенного желтого цвета.

Местный статус: ожоговые раны на туловище, верхних конечностей на площади 12% поверхности тела в виде деэпителизированных поверхностей, покрытых сухим струпом желто-зеленого или желто-коричневого цвета.

## Вопрос 1: По этиологии ожог у пациента относится к

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** химическому

**2:** производственному

**3:** термическому

**4:** контактному

#### Правильные ответ(ы):

химическому

**Ответ:**химическому

**Обоснование:**Этиологические факторы ожогов кожи:  
  
Термические (пламенем, кипятком, контактные).  
  
Электрические.  
  
Химические.  
  
Лучевые.  
  
Смешанные.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.2 Этиология, стр. 6

## Вопрос 2: При ожогах кислотами возникает \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ некроз кожи

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** коагуляционный

**2:** асептический

**3:** колликвационный

**4:** инфицированный

#### Правильные ответ(ы):

коагуляционный

**Ответ:**коагуляционный

**Обоснование:**Кислоты коагулируют белки тканей с образованием сухого струпа (коагуляционный некроз), который служит своеобразным барьером для дальнейшего проникновения кислоты.  
  
Кузнецов В.А., Попов С.В. Химические ожоги: патогенез, клиника, лечение. Комбустиология. 2003, №16-17.  
  
http://combustiolog.ru/journal/himicheskie-ozhogi-patogenez-klinika-lechenie/

## Вопрос 3: При определении площади ожога у пациента можно использовать

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** скицу Вилявина

**2:** планиметрию

**3:** «правило ладони»

**4:** "правило девяток»

#### Правильные ответ(ы):

«правило ладони»

**Ответ:**«правило ладони»

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади …​ при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади используется «правило ладони». По «правилу ладони» - площадь поражения определяется количеством ладоней, которые помещаются на поверхности ожога (площадьладони составляет примерно 1% поверхности тела).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2.Физикальное обследование. Стр. 23  
  
На рисунке видно, что площадь поражения приблизительно соответствует 12% поверхности тела

## Вопрос 4: По глубине поражение данный ожог у пациента является \_\_\_\_ степени

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** IIIАБ

**2:** III

**3:** IIIБ-IV

**4:** II

#### Правильные ответ(ы):

III

**Ответ:**III

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения III cтепени — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений. Отмечается геморрагическое содержимое оставшихся ожоговых пузырей, дно раны тусклое, белесоватого цвета, с мраморным оттенком, иногда с мелкоточечными кровоизлияниями.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.2. Физикальное обследование, стр. 23  
  
На рисунке видно, что ожог в основном является III степени

## Вопрос 5: Для постановки диагноза учитывается клиническая картина и

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ мочи

**2:** исследование уровня мочевины и креатинина

**3:** общий анализ крови с исследованием КЩС крови

**4:** исследование уровня билирубина и печеночных трансаминаз

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови с исследованием КЩС крови

**Ответ:**общий анализ крови с исследованием КЩС крови

**Обоснование:**Лабораторные признаки, характерные для периода ожогового шока:  
  
— метаболический ацидоз;  
  
— гиперлактатемия;  
  
— гемоконцентрация (увеличение уровня гемоглобина и гематокрита);  
  
— снижение сатурации кислорода венозной крови, увеличение артерио-венозной разницы по кислороду.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
2.3 Лабораторная диагностика, стр. 26

## Вопрос 6: Учитывая клиническую картину и данные лабораторных методов исследования у пациента, ожоговая болезнь в периоде

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ожогового шока

**2:** острой ожоговой токсемии

**3:** септикотоксемии

**4:** реконваленценции

#### Правильные ответ(ы):

ожогового шока

**Ответ:**ожогового шока

**Обоснование:**Площадь и глубина поражения определяют характер реакции организма, при этом у пострадавших при … глубоких ожогах более 10% поверхности тела… развивается ожоговая болезнь.  
  
Классификация ожоговой болезни по периодам:  
  
Ожоговый шок- патологический процесс, который развивается при обширных термических повреждениях кожи и глубже лежащих тканей вследствие нарушения кровообращения на фоне гиповолемии, проявляется, гиперлактатемией, метаболическим ацидозом и нарушением органных функций (почек, желудочно-кишечного тракта и ЦНС). Продолжительность - до 3 суток.  
  
Клиническая картина ожогового шока может развиться и при ограниченных по площади ожогах: … при глубоких субфасциальных поражениях.  
  
Для ожогового шока также характерны жалобы на жажду, озноб, снижение температуры тела, тошноту, рвоту.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
1.6 Классификация, стр. 18-19

## Вопрос 7: Пациента необходимо госпитализировать в

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** токсикологическое отделение

**2:** ожоговое отделение

**3:** хирургическое отделение

**4:** отделение реанимации и интенсивной терапии

#### Правильные ответ(ы):

отделение реанимации и интенсивной терапии

**Ответ:**отделение реанимации и интенсивной терапии

**Обоснование:**Пострадавшие с обширными ожогами более 20% поверхности тела или глубокими ожогами более 10% поверхности тела у взрослых, более 5−10% поверхности тела у детей (в зависимости от возраста и преморбидного фона), при развитии ожогового шока, термоингаляционной травмы с развитием дыхательной недостаточности, общей электротравмы с развитием сердечно-сосудистой недостаточности, а также пострадавшие с другими угрожающими жизни состояниями госпитализируются в отделение анестезиологии-реанимации ожогового центра, а при его отсутствии – в другое отделение анестезиологии-реанимации в составе медицинской организации.  
  
Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «комбустиология». П.9

## Вопрос 8: Первая помощь при ожоге у данного пациента заключалась в промывании пораженных участков обильно

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** раствором бикарбоната натрия

**2:** раствором марганцовокислого калия

**3:** раствором уксусной кислоты

**4:** проточной водой

#### Правильные ответ(ы):

проточной водой

**Ответ:**проточной водой

**Обоснование:**При химических поражениях кожи необходимо осторожно удалить одежду и порошковые химические вещества с поверхности тела. Нельзя тереть пораженный участок кожи салфетками, смоченными водой. Все химические ожоги следует промыть большим количеством проточной холодной воды не менее 10-15 минут, а если помощь начата с опозданием — не менее 1 часа. Можно принять душ. Антидоты и нейтрализующие жидкости при химических ожогах не применяют!  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Оказание первой помощи пострадавшим от ожогов, стр. 93

## Вопрос 9: На этапе оказания скорой медицинской помощи пациенту на рану нужно было наложить повязку

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** с раствором бикарбоната натрия

**2:** пленочную

**3:** с мазью левомеколь

**4:** сухую марлевую

#### Правильные ответ(ы):

сухую марлевую

**Ответ:**сухую марлевую

**Обоснование:**При наличии ограниченных ожогов могут быть использованы: индивидуальный перевязочный пакет, салфетки, бинтовые повязки… При обширных ожогах подойдут стерильные или чистые простыни (предпочтительно хлопчатобумажные одноразовые простыни)… При химических ожогах следует использовать только сухие повязки без лекарственных препаратов, т.к. они могут усилить поражающее действие химического агента.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
Оказание первой помощи пострадавшим от ожогов, стр. 94

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование | Результат |
| цвет | темно-желтый |
| прозрачность | полная |
| белок | 0,03‰ |
| глюкоза | нет |
| кетоновые тела | нет |
| билирубин | нет |
| уробилин | не повышен |
| цилиндры | нет |
| эритроциты | единичные в поле зрения |
| лейкоциты | единичные в препарате |
| соли | оксалаты - немного |
| бактерии | незначительное количество |
| слизь | умеренно |

## Вопрос 10: При первичном обращении в стационар больному показана противостолбнячная иммунизация по схеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**2:** АС 1,0

**3:** АС 0,5

**4:** ПСЧИ 250 МЕ

#### Правильные ответ(ы):

АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Ответ:**АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредка

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет, показана полная схема активно-пассивной иммунизации.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка».Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка».

## Вопрос 11: В ожоговом отделении пациенту в день поступления показано местное лечение - туалет ожоговых ран и

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** повязка с мазью Вишневского

**2:** повязка с фурацилиновой мазью

**3:** влажно-высыхающая повязка с раствором повидон-йода

**4:** открытый метод ведения ран с обработкой пеной Олазоль

#### Правильные ответ(ы):

влажно-высыхающая повязка с раствором повидон-йода

**Ответ:**влажно-высыхающая повязка с раствором повидон-йода

**Обоснование:**Местное консервативное лечение пострадавших от ожогов на этапе первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи:  
  
Рекомендуется проведение туалета ожоговых ран с наложением лечебных повязок в первые сутки после поступления пациента в стационар.  
  
Рекомендуется удалить у пациентов стационаров покрышки всех ожоговых пузырей и десквамированный эпидермис, т.к. они являются источником инфекции  
  
Использование марлевых повязок с раствором йодофоров (йодопирон, бетадин и др.) …в комплексе с дополнительными физическими методами высушивания струпа позволяют вести рану сухим способом, который показан в 1 стадию раневого процесса (некротическая и дегенеративно-воспалительная фазы), как правило, тяжелообожженным, при лечении обширных ожогов II-III степени и наличии раневой инфекции.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами, стр. 50-54

## Вопрос 12: Расчетный объем инфузионной противошоковой терапии в первые сутки лечения для данного пациента составляет \_\_\_\_\_\_\_ мл

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** 7680

**2:** 1920

**3:** 2880

**4:** 3840

#### Правильные ответ(ы):

3840

**Ответ:**3840

**Обоснование:**Рекомендуется расчет объема инфузионной терапии (V) в первые сутки после травмы проводить по формулам:  
  
— у взрослых пациентов:  
  
V(в мл) = 4 х Масса тела (в кг) х Общая площадь ожога (в % п.т.)  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
http://combustiolog.ru/wp-content/uploads/2013/07/Natsional-ny-e-klinicheskie-rekomendatsii-po-ozhogam-2017.pdf  
  
3.1.1. Лечение ожоговой болезни. Системная терапия. Стр. 36-37  
  
Для данного пациента: 4 мл х 80 х 12 = 3840 мл

# Ситуационная задача 80

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

На затруднение прохождения плотной пищи по пищеводу

#### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 1года, когда появилась дисфагия. Самостоятельно не лечился. За последние 4 месяца отмечает прогрессирование симптомов дисфагии

#### Анамнез жизни

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

Перенесённые операции: отрицает

Аллергоанамнез: Аллергию на препараты отрицает.

Развитие: рос и развивался по возрасту, от сверстников в развитии не отставал \*Гемотрансфузионный анамнез: \*не отягощен

Условия жизни: удовлетворительные.

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: Наличие жалобы больного на дисфагию говорит о заболевании

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** ободочной кишки

**2:** двенадцатиперстной кишки

**3:** пищевода

**4:** желудка

#### Правильные ответ(ы):

пищевода

**Ответ:**пищевода

**Обоснование:**При поражении собственно пищеводанаиболее важным и часто встречающимсясимптомом является дисфагия.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр.107

## Вопрос 2: Для установки диагноза в первую очередь необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** контрастную рентгеноскопию пищевода

**2:** суточную pH-метрию

**3:** видеоэндоскопическую ларингоскопию

**4:** УЗИ органов брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

контрастную рентгеноскопию пищевода

**Ответ:**контрастную рентгеноскопию пищевода

**Обоснование:**Рентгеноконтрастное исследование является наиболее  
  
широко применяемым тестом для выявления анатомических и функциональныхизменений пищевода. Оно используется первым для оценкинаиболее частого симптома — дисфагии.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр.32

## Вопрос 3: Для уточнения распространенности процесса, необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагоманометрию

**2:** видеоэндоскопическую ларингоскопию

**3:** суточную pH-метрию

**4:** мультиспиральную компьютерную томографию

#### Правильные ответ(ы):

мультиспиральную компьютерную томографию

**Ответ:**мультиспиральную компьютерную томографию

**Обоснование:**Компьютерная томография грудной клетки и верхних отделов брюшнойполости показана при больших интрамуральных опухолях, когда имеетсяподозрение на поражение средостения (саркома, агрессивныйфиброматоз и пр.).  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр. 110

## Вопрос 4: Для уточнения характера выявленного образования в пищеводе также необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагоскопию

**2:** видеоларингоскопию

**3:** суточную pH-метрию

**4:** УЗИ органов брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

эзофагоскопию

**Ответ:**эзофагоскопию

**Обоснование:**Эзофагоскопия необходима для уточнения доброкачественности выявленного образования (биопсия), одновременно позволяя точно определитьлокализацию опухоли и состояние слизистой оболочки.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр.110

## Вопрос 5: Дифференцировать выявленные изменения в пищеводе необходимо в первую очередь с

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** раком грудного отдела пищевода

**2:** глоточно-пищеводным дивертикулом

**3:** ахалазией кардии

**4:** пищеводно-трахеальным свищом

#### Правильные ответ(ы):

раком грудного отдела пищевода

**Ответ:**раком грудного отдела пищевода

**Обоснование:**При начальныхстадиях рака рентгенологически выявляется дефект наполнения различнойформы на одной из стенок пищевода Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр. 116

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Суточная pH-метрия

Эпизодов патологического рефлюкса за время наблюдения не обнаружено

#### Результаты обследования

#### Суточная pH-метрия

Эпизодов патологического рефлюкса за время наблюдения не обнаружено

#### Результаты обследования

#### УЗИ органов брюшной полости

В брюшной полости, забрюшинном пространстве, а также в малом тазу свободной жидкости не выявлено. Печень в размерах не увеличена: передне-задний размер правой доли – 133,7 мм, левой доли – 52,3 мм, контуры чёткие ровные, структура паренхимы печени диффузно уплотнена. Желчный пузырь располагается обычно, спавшийся. Стенки не утолщены, конкременты не определяются. Внутри- и внепечёночные желчные протоки не расширены. Гепатикохоледох визуализируется на всём протяжении, диаметр его составляет 8 мм, просвет свободен. Поджелудочная железа нормальных размеров и структуры. ГПП не расширен.

Площадь селезёнки - 20 см², имеет чёткие ровные контуры, структура пульпы однородна. Увеличенных регионарных лимфатических узлов не выявлено. Почки расположены обычно, нормальных размеров

## Вопрос 6: Исходя из данных осмотра и обследования, можно сформулировать окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Рубцовая стриктура грудного отдела пищевода

**2:** Глоточно-пищеводный дивертикул

**3:** Лейомиома грудного отдела пищевода

**4:** Рак грудного отдела пищевода

#### Правильные ответ(ы):

Лейомиома грудного отдела пищевода

**Ответ:**Лейомиома грудного отдела пищевода

**Обоснование:**Доброкачественные опухоли пищевода выявляются при рентгеновскоми эндоскопическом исследованиях. При рентгеноконтрастном исследованииобычно виден четко очерченный дефект наполнения овальнойформы на одной из стенок пищевода при сохранении эластичности и рельефаслизистой оболочки в том или ином отделе. Задержкибария, как правило, не бывает, хотя пищеводнад опухолью иногда можетбыть несколько расширен. Для лейомиомы характерен острый угол междуверхним контуром опухоли и стенкой пищевода (симптом ≪козырька≫).  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр. 109  
  
При интрамуральных опухолях, как правило, отмечается отчетливое  
  
выпячивание сглаженной слизистой оболочки обычной или несколькобледной окраски  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр. 110

## Вопрос 7: Исходя из данных обследования, биопсия лейомиомы

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** нецелесообразна

**2:** показана для выявления генетического типа опухоли

**3:** может быть использована для иммуногистохимической диагностики

**4:** показана для выявления морфологического типа опухоли

#### Правильные ответ(ы):

нецелесообразна

**Ответ:**нецелесообразна

**Обоснование:**При интрамуральных опухолях с сохраненной над ними слизистой  
  
оболочкой биопсия противопоказана (в отличие от внутрипросветных образований,где она необходима), т.е. она может привести к изъязвлению,препятствующему выполнению внеслизистого вылущивания опухоли состороны мышечной оболочки.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр. 110

## Вопрос 8: Лечебной тактикой у данного пациента является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** дистанционная лучевая терапия

**2:** медикаментозное лечение

**3:** хирургическое лечение

**4:** динамическое наблюдение

#### Правильные ответ(ы):

хирургическое лечение

**Ответ:**хирургическое лечение

**Обоснование:**При небольших интрамуральных опухолях, не проявляющихся  
  
клинически, особенно у больных преклонного возраста и с тяжелыми  
  
сопутствующими заболеваниями, операция не показана. В других  
  
случаях во избежание осложнений следует всегда стремиться удалить опухоль..  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр. 106

## Вопрос 9: Наиболее безопасным и оправданным вариантом хирургического лечения является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** стентирование пищевода нитеноловым стентом

**2:** эзофагэктомия с одномоментной пластикой тонкой кишкой

**3:** циркулярная резекция грудного отдела пищевода

**4:** вылущивание опухоли без вскрытия слизистой оболочки

#### Правильные ответ(ы):

вылущивание опухоли без вскрытия слизистой оболочки

**Ответ:**вылущивание опухоли без вскрытия слизистой оболочки

**Обоснование:**Основным принципом оперативного лечения доброкачественных  
  
опухолей и кист пищевода является органосохраняющий — вылущиваниебез вскрытия слизистой оболочки с рассечением только мышц. Подобныйвариант операции наиболее безопасен  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр 110-111

#### Доступны новые данные:

#### Контрастная рентгеноскопия пищевода

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046219)

При приеме бариевой взвеси акт глотания не нарушен. По задней латеральной стенке пищевода в межбронхиальном и ретрокардиальных сегментах определяется полукруглый краевой дефект наполнения с четкими ровными контурами размером 6х4 см. Определяется симптом ≪козырька≫.Дальнейший пассаж контраста не нарушен. Расширения пищевода выше указанного дефекта контрастирования не определяется.

#### Мультиспиральная компьютерная томография

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/046/001046221)

Определяется объемное образование по задней правой латеральной стенке пищевода в межбронхиальном и ретрокардиальных сегментах размером 64х38х44 мм. Образование с четкими контурами, в подслизистом слое, контрастное вещество не накапливает. Вовлечения соседних структур, лимфаденопатии не выявлено.

#### Эзофагоскопия

Пищевод свободно проходим. Контур пищевода деформирован на 23 см от резцов по правому латеральному контуру за счет подслизистого образования овоидной формы (лейомиома?). Складки и слизистая его не изменены. Кардия смыкается полностью. Z-линия четкая. Желудок не деформирован. В просвете желудка содержится небольшое количество желудочного сока с примесью слюны. Складки слизистой невысокие, извиты, хорошо расправляются воздухом. Перистальтика обычной интенсивности, прослеживается во всех отделах. Слизистая желудка гладкая, блестящая, умерено очагово гиперемирована; сосудистый рисунок не усилен. Привратник не деформирован, свободно проходим аппаратом, округлой формы, смыкается полностью.

#### Диагноз

#### Лейомиома грудного отдела пищевода

## Вопрос 10: Оптимальным хирургическим доступом в данном случае является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** передне-боковая цервикотомия

**2:** широкая стернотомия

**3:** переднебоковая торакотомия справа

**4:** лапаротомия J-образным доступом

#### Правильные ответ(ы):

переднебоковая торакотомия справа

**Ответ:**переднебоковая торакотомия справа

**Обоснование:**При опухолях грудного отдела оптимальной является переднебоковаяторакотомия справа в IV—VI межреберьях.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр. 111

## Вопрос 11: Одышка, кашель, цианоз, сердцебиение, аритмия при опухолях пищевода обусловлены

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** ишемической болезнью сердца

**2:** отдаленным гематогенным метастазированием в печень

**3:** сдавлением органов средостения

**4:** непроходимостью пищевода

#### Правильные ответ(ы):

сдавлением органов средостения

**Ответ:**сдавлением органов средостения

**Обоснование:**Симптомы, присущие медиастинальным опухолям, — одышка, кашель,цианоз, сердцебиение, аритмия — обусловлены сдавлением органовсредостения и наблюдаются чаще при больших интрамуральных опухолях,расположенных в бифуркационном сегменте пищевода, где онимогут сдавливать левый главный бронх и левый блуждающий нерв.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр. 109

## Вопрос 12: Нарушение акта глотания при раке пищевода возникает по причине поражения

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** дуги непарной вены

**2:** наддиафрагмальных лимфатических узлов

**3:** верхнего гортанного нерва

**4:** главных бронхов

#### Правильные ответ(ы):

верхнего гортанного нерва

**Ответ:**верхнего гортанного нерва

**Обоснование:**Из-за прорастания или метастазирования в область верхнего гортанногонерва нарушается акт глотания, при сохраненной, хотя и не полностью,проходимости пищевода.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. Стр. 116

# Ситуационная задача 81

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операции: аппендэктомия в детском возрасте.

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: На основании данных анамнеза и физикального осмотра можно сформулировать предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Ахалазия кардии IV стадия

**2:** Пищеводно-глоточный дивертикул

**3:** Послежоговая рубцовая стриктура пищевода

**4:** Аксиальная грыжа пищеводного отверстия диафрагмы

#### Правильные ответ(ы):

Послежоговая рубцовая стриктура пищевода

**Ответ:**Послежоговая рубцовая стриктура пищевода

**Обоснование:**На основании специфических жалоб и данных анамнеза.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С.42-46 место в источнике

## Вопрос 2: Основным синдромом, который позволил заподозрить данное заболевание, является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** эндотоксикоз в анамнезе

**2:** аэрофагия

**3:** дисфагия

**4:** дыхательная недостаточность

#### Правильные ответ(ы):

дисфагия

**Ответ:**дисфагия

**Обоснование:**При ожогах пищевода повреждается стенка пищевода, возникает некротически-язвенный эзофагит, нередко в процесс вовлекаются периэзофагеальная клетчатка и соседние структуры (плевры, перикард), в последующем закономерно развивается рубцовая стриктура.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С.42-63 – место в источнике

## Вопрос 3: Основным методом инструментальной диагностики в данном случае является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагогастродуоденоскопия

**2:** обзорная рентгенография органов грудной клетки

**3:** эндоскопическое ультразвуковое исследование пищевода

**4:** рентгеноскопия пищевода и желудка

#### Правильные ответ(ы):

рентгеноскопия пищевода и желудка

**Ответ:**рентгеноскопия пищевода и желудка

**Обоснование:**Рентген-контрастное исследование пищевода и желудка позволяет оценить наличие патологически измененной стенки, протяженность стриктуры, наличие стеноза выходного отдела желудка, наличие пищеводно-медиастинальных, пищеводно-респираторных свищей.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С.42-63 – место в источнике

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Послежоговая рубцовая стриктура пищевода

## Вопрос 4: Для уточнения объема операции пациенту необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагогастроскопию, колоноскопию, внутрижелудочную pH-метрию, компьютерную томографию брюшной полости и грудной клетки

**2:** контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ларингоскопию, ЭГДС, колоноскопию

**3:** полипозиционное рентген-контрастное исследование пищевода и желудка, ирригографию, ларингоскопию, внутрижелудочную pH-метрию

**4:** компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости с в/в контрастированием, цистографию, эзофагогастродуоденоскопию, колноскопию

#### Правильные ответ(ы):

контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ларингоскопию, ЭГДС, колоноскопию

**Ответ:**контрастную рентгеноскопию пищевода и желудка, МСКТ органов грудной клетки и брюшной полости, ларингоскопию, ЭГДС, колоноскопию

**Обоснование:**Определение степени, протяженности стриктуры, оценка наличия поражения глотки, желудка, выраженности периэзофагита, скрининг сопутствующих заболеваний.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С.42-63 – место в источнике

## Вопрос 5: На основании проведенного обследования можно сформулировать клинический диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** ожог гортаноглотки. Тотальная рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 4 степени

**2:** диффузный эзофагоспазм (синдром Барсони-Тешендорфа), дисфагия 2 степени

**3:** короткая постожоговая рубцовая стриктура пищевода, дисфагия 1 степени

**4:** протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени

#### Правильные ответ(ы):

протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени

**Ответ:**протяженная постожоговая стриктура средней и нижней трети пищевода, дисфагия 2 степени

**Обоснование:**На основании клинико-инструментальных данных.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С.42-63 – место в источнике

## Вопрос 6: Данному пациенту в плановом порядке показана

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** субтотальная резекция пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее

**2:** клапанная гастропликации по Каншину с формированнием трубки пищевода из кардиального отдела желудка

**3:** фундопликация по Тупе с внутрибрюшным формированием из передней и задней стенки фундального отдела желудка симметричной манжеты

**4:** гастропластика по Collis с формированнием трубки пищевода из малой кривизны желудка и внутригрудным анастомозом

#### Правильные ответ(ы):

субтотальная резекция пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее

**Ответ:**субтотальная резекция пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее

**Обоснование:**Учитывая наличие протяженной рубцовой стриктуры пищевода, ожидаемый непродолжительный эффект бужирования пищевода, нарастание явлений периэзофагита, высокие риски перфорации рубцово измененного пищевода, медиастинита, формирование пищеводно-медиастинальных, пищеводно-респираторных фистул.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С.42-63 – место в источнике

## Вопрос 7: Данному пациенту проведение неоднократных курсов бужирования пищевода нецелесообразно ввиду наличия

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** декомпенсированного стеноза выходного отдела желудка

**2:** протяженной рубцовой стриктуры пищевода

**3:** наличия вторичного укорочения пищевода

**4:** аспирационного синдрома

#### Правильные ответ(ы):

протяженной рубцовой стриктуры пищевода

**Ответ:**протяженной рубцовой стриктуры пищевода

**Обоснование:**Ввиду ожидаемого кратковременного эффекта бужирования, рисков перфорации, прогрессирования периэзофагита.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С.42-63 – место в источнике

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментальной диагностики

#### Эзофагогастродуоденоскопия

В средне- и нижне-грудном отделе пищевода определяются рубцовые изменения стенки, слизистая в данной области белесая, покрыта наложениями фибрина

## Вопрос 8: При выборе варианта эзофагопластики у данного пациента дополнительно необходимо оценить наличие следующих постожоговых стриктур и рубцовых поражений

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** пищеводно-глоточного кольца, привратника, баугиниевой заслонки

**2:** глотки, выходного отдела желудка, баугиниевой заслонки, ануса

**3:** глотки, трахеи, выходного отдела желудка, тощей кишки

**4:** глотки, выходного отдела желудка, двенадцатиперстной кишки и начальных отделов тощей кишки

#### Правильные ответ(ы):

глотки, выходного отдела желудка, двенадцатиперстной кишки и начальных отделов тощей кишки

**Ответ:**глотки, выходного отдела желудка, двенадцатиперстной кишки и начальных отделов тощей кишки

**Обоснование:**Прием внутрь крайне агрессивных коррозивных ядов приводит к развитию стриктур верхних отделов ЖКТ.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С.42-63 – место в источнике

## Вопрос 9: Больному выполнена субтотальная резекция пищевода с заднемедиастинальной пластикой изоперистальтической желудочной трубкой и анастомозом на шее. 3-и сутки послеоперационного периода. Больной предъявляет жалобы на чувство неудобства при глотании, тяжести при дыхании. Отмечается подъем Т тела до 37,4 С, ЧСС 86 в мин А\Д 120\70 мм рт ст. ЧД 20 в мин. Дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот не вздут, симметричный, при пальпации умеренно болезненный в зоне послеоперационных швов, перистальтика выслушивается. Для оценки состоятельности пищеводного анастомоза целесообразно выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** магниторезонансную томографию грудной клетки и брюшной полости

**2:** рентгенографию грудной клетки и брюшной полости

**3:** ультразвуковое исследование брюшной полости и средостения с пероральным контрастированием

**4:** рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

#### Правильные ответ(ы):

рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

**Ответ:**рентгеноскопию (компьютерную томографию) пищевода с пероральным контрастированием

**Обоснование:**Оценка наличия затека вне просвета пищеводного анастомоза, требующего дополнительных методов лечения, направленных на облитерацию свища.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С.42-63 – место в источнике

## Вопрос 10: К специфическим осложнениям пластики пищевода относятся

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** несостоятельность пищеводного соустья и его рубцовые стриктуры, некроз трансплантата, свищи «искусственного пищевода», повреждения возвратного гортанного нерва

**2:** тромбоэмболия легочной артерии, острый мезентериальный тромбоз, тромбоз воротной вены, острый тромбоз вен нижних конечностей с флотацией

**3:** реактивный многократно рецидивирующий серозный плеврит, гнойный трахеобронхит, пневмония, ателектазы легкого, пневмоторакс

**4:** перитонит, поддиафрагмальный абсцесс, нагноение послеоперационной раны, абсцесс легкого, острая спаечная кишечная непроходимость

#### Правильные ответ(ы):

несостоятельность пищеводного соустья и его рубцовые стриктуры, некроз трансплантата, свищи «искусственного пищевода», повреждения возвратного гортанного нерва

**Ответ:**несостоятельность пищеводного соустья и его рубцовые стриктуры, некроз трансплантата, свищи «искусственного пищевода», повреждения возвратного гортанного нерва

**Обоснование:**Послеоперационные осложнения, связанные непосредственно с характером вмешательства, формированием анастомозов, механической травмой возвратного гортанного нерва, тромбозами сосудов, питающих трансплантат и т.д.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.42-46 – место в источнике

## Вопрос 11: Бужирование стриктуры пищевода абсолютно противопоказано при наличии

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** пищеводно-медиастинальных и пищеводно-респираторных свищей

**2:** увеличения щитовидной железы 1-2 ст. по ВОЗ

**3:** острой кишечной непроходимости с наличием межкишечных свищей

**4:** язвенной болезни 12-перстной кишки с регулярными обострениями

#### Правильные ответ(ы):

пищеводно-медиастинальных и пищеводно-респираторных свищей

**Ответ:**пищеводно-медиастинальных и пищеводно-респираторных свищей

**Обоснование:**Ввиду риска прогрессирования медиастинита.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с. С.42-63 – место в источнике

## Вопрос 12: При наличии полной ожоговой стриктуры пищевода, невозможности бужирования из-за плотных рубцов, укорочения пищевода с развитием вторичной кардиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы с тяжелым рефлюкс-эзофагитом, быстро возникающим рецидивом стриктуры после бужирования (3-6 месяцев), наличии пищеводных свищей, отсутствии противопоказаний со стороны органов и систем больному показана операция

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** экстирпация пищевода

**2:** фундопликация по Ниссену

**3:** баллонная пневмокардиодилатация

**4:** гастрошунтирование

#### Правильные ответ(ы):

экстирпация пищевода

**Ответ:**экстирпация пищевода

**Обоснование:**Необходимость радикальной операции.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с. С.42-63 – место в источнике

# Ситуационная задача 82

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 70 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

#### Жалобы

На наличие опухолевидного образования в правой паховой области.

#### Анамнез заболевания

Больным себя считает около 1 года, когда появилось образование в правой паховой области.

#### Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Сахарный диабет – 2 типа, средней тяжести, субкомпенсированный.

Аллергии на препараты – Сульфаниламиды – отек Квинке.

Операции: 3 года назад грыжесечение, пластика пахового канала по Лихтенштейну справа.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 182см, масса тела 76 кг. ИМТ – 22,94. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: в правой паховой области послеоперационный рубец, по ходу рубца имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 4х3 см, вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

## Вопрос 1: На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Воспаленный лимфатический узел

**2:** Водянка оболочек яичка

**3:** Предбрюшинная липома

**4:** Правосторонняя рецидивная паховая грыжа

#### Правильные ответ(ы):

Правосторонняя рецидивная паховая грыжа

**Ответ:**Правосторонняя рецидивная паховая грыжа

**Обоснование:**Обследование больных начинается с осмотра паховой области, пальпации паховой области с пальцевым исследованием наружного пахового кольца, перкуссии грыжевого выпячивания.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 8.

## Вопрос 2: У пациента не ущемленная паховая грыжа, так как образование

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** не вправляется в брюшную полость

**2:** подвижное при пальпации

**3:** опускается в мошонку

**4:** вправляется в брюшную полость

#### Правильные ответ(ы):

вправляется в брюшную полость

**Ответ:**вправляется в брюшную полость

**Обоснование:**Выявляется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, которое в горизонтальном положении больного или при надавливании вправляется в брюшную полость, а при кашле и натуживании вновь появляется.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 11.

## Вопрос 3: Для подтверждения/опровержения ущемления используют симптом

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Щеткина-Блюмберга

**2:** «кашлевого толчка»

**3:** Кохера

**4:** поколачивания

#### Правильные ответ(ы):

«кашлевого толчка»

**Ответ:**«кашлевого толчка»

**Обоснование:**При физикальном обследование больных паховой грыжей. Симптом «кашлевого толчка» положительный.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 8.

## Вопрос 4: Инструментальным методом диагностики, позволяющим с наибольшей вероятностью подтвердить окончательный диагноз является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** МРТ передней брюшной стенки

**2:** УЗИ мягких тканей паховой области

**3:** УЗИ органов брюшной полости

**4:** КТ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ мягких тканей паховой области

**Ответ:**УЗИ мягких тканей паховой области

**Обоснование:**УЗИ высокоинформативный метод инструментального обследования пациента с различными видами грыж.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 725

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении: грыжесечение

**2:** ношении бандажа

**3:** динамическом наблюдении

**4:** ограничении физических нагрузок, диете

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: грыжесечение

**Ответ:**хирургическом лечении: грыжесечение

**Обоснование:**Устранить грыжу и предотвратить осложнения можно только хирургическим путем. Именно поэтому само по себе наличие наружной брюшной грыжи служит показанием к оперативному лечению…  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 726

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Правосторонняя рецидивная паховая грыжа

#### Результаты обследования

#### Симптом Кохера

Отрицательный

## Вопрос 6: Пациенту показано оперативное лечение в объеме грыжесечения

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** грыжесечения, пластики по Постемпскому

**2:** грыжесечения, пластики UHS (Ультрапро Герниосистема)

**3:** задней паховой герниопластики

**4:** грыжесечения, иссечения ранее имплантированного эндопротеза, пластики по Лихтенштейну

#### Правильные ответ(ы):

задней паховой герниопластики

**Ответ:**задней паховой герниопластики

**Обоснование:**При рецидивных грыжах, после пластики по Лихтенштейну целесообразно применение задней паховой герниопластики (открытая предбрюшинная пластика сеткой или эндоскопический доступ).  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С.31

## Вопрос 7: У пациента паховая грыжа сформировалась в следствии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** слабости задней стенки пахового канала

**2:** кашля

**3:** поднятия тяжестей

**4:** слабости передней стенки пахового канала

#### Правильные ответ(ы):

слабости задней стенки пахового канала

**Ответ:**слабости задней стенки пахового канала

**Обоснование:**На основании анализа огромного клинического материала общепризнано, что основной причиной формирования паховых грыж служит слабость задней стенки пахового канала. При всех видах паховых грыж поперечная фасция, образующая заднюю стенку пахового канала, растягивается, подвергается атрофии, разволокняется, снижая прочность пахового промежутка.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C.733

## Вопрос 8: Рецидивная паховая грыжа у данного пациента будет классифицирована по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** О.П. Крымову

**2:** J.P. Chevrel

**3:** L.Nyhus и R.Condon

**4:** R.Stoppa

#### Правильные ответ(ы):

L.Nyhus и R.Condon

**Ответ:**L.Nyhus и R.Condon

**Обоснование:**Определяющее значение поперечной фасции в патогенезе паховых грыж нашло свое отражение в наиболее популярной во всех странах мира классификации, представленной L.Nyhus и R.Condon в 1993 г.  
  
В.С. Савельев, А.И.Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 733

## Вопрос 9: В зависимости от пола паховой грыжей

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** женщины вообще не болеют

**2:** мужчины болеют чаще, чем женщины

**3:** женщины болеют чаще, чем мужчины

**4:** женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

#### Правильные ответ(ы):

мужчины болеют чаще, чем женщины

**Ответ:**мужчины болеют чаще, чем женщины

**Обоснование:**Паховые грыжи в 82,6% наблюдаются у лиц мужского пола. Это объясняется особенностями строения пахового канала у мужчин: глубокое паховое кольцо больше, паховый промежуток выше и т.д.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 8.

## Вопрос 10: Одной из причин рецидива грыжи у данного пациента может быть \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ эндопротеза

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** лизис

**2:** применение недостаточного размера

**3:** использование облегченного

**4:** неинтегрирование

#### Правильные ответ(ы):

применение недостаточного размера

**Ответ:**применение недостаточного размера

**Обоснование:**Операции с использованием сетчатого эндопротеза характеризуются меньшим числом рецидивов, чем вмешательства, при которых сетка не используется. Рецидивы отмечаются, по разным данным, от 0,9 до 5,25% случаев. Основной причиной рецидивов считаются технические ошибки при выполнении операции:  
  
1.Недостаточный размер эндопротеза;  
2.Неправильная фиксация эндопротеза;  
3.Плохая препаровка тканей и их неправильная идентификация.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 30-31

## Вопрос 11: Антибиотикопрофилактика у данного пациента

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** проводится в течение 15 дней

**2:** назначается на срок 10 дней

**3:** показана

**4:** не показана

#### Правильные ответ(ы):

показана

**Ответ:**показана

**Обоснование:**При наличии факторов риска развития раневой инфекции у пациентов (рецидивирование, пожилой возраст, иммунодепрессивные состояния, сахарный диабет) антибиотикопрофилактика обязательна.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 19

## Вопрос 12: У пациента возможно развитее ближайшего послеоперационного осложнения после пластики пахового канала по Лихтенштейну в виде

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** нагноения послеоперационной раны

**2:** невралгии паховых нервов

**3:** краевого некроза кожи

**4:** гематомы

#### Правильные ответ(ы):

гематомы

**Ответ:**гематомы

**Обоснование:**Частота осложнений после открытых операций по поводу паховой грыжи по данным обзоров варьирует от 15% до 28%. Самыми распространенными ранними осложнениями являются гематомы и серомы (8-22%), задержка мочеиспускания и ранняя боль.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 20

# Ситуационная задача 83

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было. Язвенная болезнь ДПК.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 180 см, масса тела 86 кг. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Периферических отеков нет. Вынужденное положение тела: на правом боку с приведенными к животу ногами. Дыхание везикулярное, ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 60 в 1 мин, АД 110/60 мм рт. ст.

Локальный статус: язык сухой, чистый. Живот не вздут, напряжен, резко болезненный в правых отделах живота и эпигастрии. Физиологические отправления не нарушены.

## Вопрос 1: На основании осмотра и физикальных данных может быть заподозрен диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** перфорация полого органа

**2:** острый аппендицит

**3:** острый панкреатит

**4:** острый холецистит

#### Правильные ответ(ы):

перфорация полого органа

**Ответ:**перфорация полого органа

**Обоснование:**На основании специфических жалоб – резкая кинжальная боль в эпигастрии с распространением по правому флангу, юный возраст пациента, вынужденное положение тела: на правому боку с приведенными к животу ногами.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 301-302

## Вопрос 2: Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом исследования является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** УЗИ брюшной полости

**2:** ЭГДС

**3:** ЭКГ

**4:** обзорная рентгенография брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

обзорная рентгенография брюшной полости

**Ответ:**обзорная рентгенография брюшной полости

**Обоснование:**Рентгеновское исследование позволяет выявить свободный газ в брюшной полости.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 301-302

## Вопрос 3: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый деструктивный аппендицит

**2:** Острый отечный панкреатит

**3:** Прободная язва двенадцатиперстной кишки

**4:** Острый бескаменный холецистит

#### Правильные ответ(ы):

Прободная язва двенадцатиперстной кишки

**Ответ:**Прободная язва двенадцатиперстной кишки

**Обоснование:**Учитывая данные анамнез (язвенная болезнь ДПК) и результаты обследований (свободный газ под правым куполом диафрагмы)  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 302, 304

## Вопрос 4: С учетом клинической картины, у данного пациента в дальнейшем высок риск развития

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** сепсиса

**2:** перитонита

**3:** деструктивной пневмонии

**4:** кишечной непроходимости

#### Правильные ответ(ы):

перитонита

**Ответ:**перитонита

**Обоснование:**Периолы (стадии) прободной язвы соответствуют стадиям развития перитонита ввиду поступления содержимого ЖК в брюшную полость  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 301-302

## Вопрос 5: Согласно диагнозу и возможным осложнениям, данному пациенту показана тактика в объеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** установки назогастрального зонда и дезинтоксиационная терапия

**2:** дезинтоксикационной и антибиотикотерапии

**3:** введения обезболивающих препаратов и динамическое наблюдение

**4:** экстренного оперативного лечения

#### Правильные ответ(ы):

экстренного оперативного лечения

**Ответ:**экстренного оперативного лечения

**Обоснование:**Диагноз прободной язвы является абсолютным показанием к неотложной операции.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 307-308

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Обзорная рентгенография брюшной полости

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069124)

Заключение: свободный газ под правым куполом диафрагмы.

Беспокойное состояние пациента при инсуфляция воздуха, исследование прекращено. При осмотре пищевода патологии не выявлено.

#### Диагноз

#### Прободная язва двенадцатиперстной кишки

## Вопрос 6: Оптимальным хирургическим объем в данном клиническом случае язва луковицы двенадцатиперстной кишки с перфоративным отверстием на передней стенке до 0,5 см является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тампонирование перфоративного отверстия прядью большого сальника (по Поликарпову)

**2:** лапароскопическое ушивание перфоративной язвы

**3:** иссечение прободной язвы с пилоропластикой и ваготомией

**4:** резекция желудка

#### Правильные ответ(ы):

лапароскопическое ушивание перфоративной язвы

**Ответ:**лапароскопическое ушивание перфоративной язвы

**Обоснование:**Лапароскопическое ушивание прободной язвы выполняют при перфоративной язве передней стенки луковиц ДПК без воспалительного инфильтрата.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 307-308

## Вопрос 7: Пациенту выполнена экстренная операция лапароскопическое ушивание язвы двенадцатиперстной. На 4-е сутки послеоперационного периода у больного двухкратная массивная рвота желудочным содержимым без примеси желчи. Состояние стабильное. При осмотре кожные покровы умеренно-бледной окраски. ЧСС 88 в мин, А\Д 120\70 мм рт ст. Живот подвздут, мягкий, болезненный в зоне послеоперационных швов. Исходя из клинической картины, у больного нельзя исключить развитие

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** поддифарагмального абсцесса

**2:** гастростаза

**3:** спаечной кишечной непроходимости

**4:** динамической кишечной непроходимости

#### Правильные ответ(ы):

гастростаза

**Ответ:**гастростаза

**Обоснование:**Нарушение эвакуации из желудка проявляется срыгиванием и рвотой. Оно может быть обусловлено функциональным состоянием ЖКТ после  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 315

## Вопрос 8: Дальнейшая тактика в связи с развившейся клинической картиной заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** установке назогастрального зонда, парентеральное питание, прокинетическая терапия

**2:** экстренном оперативном лечении в объеме резекции желудка

**3:** антибиотикотерапии и динамическом наблюдении

**4:** эзофагогастродуоденоскопии со стентированием выходного отдела желудка

#### Правильные ответ(ы):

установке назогастрального зонда, парентеральное питание, прокинетическая терапия

**Ответ:**установке назогастрального зонда, парентеральное питание, прокинетическая терапия

**Обоснование:**С диагностической и лечебной целью показано введение назогастрального зонда для эвакуации содержимого, активная борьба с послеоперационным парезом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 315

## Вопрос 9: После проведенного лечения отмечена положительная динамика: признаков застоя по зонду не отмечено. Для оценки разрешения гастростаза необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** КТ брюшной полости с внутривенным контрастированием

**2:** эзофагогастродуденоскопию

**3:** рентгенографию ЖКТ с водорастворимым контрастом

**4:** УЗИ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

рентгенографию ЖКТ с водорастворимым контрастом

**Ответ:**рентгенографию ЖКТ с водорастворимым контрастом

**Обоснование:**Рентгенография желудка с водорасторимым контрастом позволит оценить моторную функцию и оценить пассаж контраста по ЖКТ.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 315-316

## Вопрос 10: При выявлении пропитывании желчью парадуоденальной клетчатки в области нисходящего отдела двенадцатиперстной кишки следует заподозрить

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** забрюшинную перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки

**2:** острый деструктивный панкреатит

**3:** острый деструктивный холецистит

**4:** перфорацию язвы задней стенки желудка

#### Правильные ответ(ы):

забрюшинную перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки

**Ответ:**забрюшинную перфорацию язвы двенадцатиперстной кишки

**Обоснование:**Забрюшинные перфорации выявляются по наличию в парадуоденальной клетчатке воздуха и пропитывание желчью.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 311

## Вопрос 11: В случае массивного инфильтративного процесса в области язвы и прорезывании швов при попытки ушивания хирургическая тактика заключается в

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** тампонировании язвы прядью большого сальника (метод Поликарпова)

**2:** резекции зоны язвы и формировании анастомоза

**3:** установке назогастрального зонда и консервативная терапия

**4:** мобилизации по Кохеру и повторной попытке ушивания язвы

#### Правильные ответ(ы):

тампонировании язвы прядью большого сальника (метод Поликарпова)

**Ответ:**тампонировании язвы прядью большого сальника (метод Поликарпова)

**Обоснование:**При прорезывании швов используют метод Поликарпова, свободно тампонируя прободную язву прядью сальника на ножке.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 311

## Вопрос 12: Пилоропластика по Гейнеке-Микуличу выполняют состоит в

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** формировании анастомоза между желудком и тощей кишкой «бок-в-бок» на выключение

**2:** продольном рассечении пилородуоденального канала и поперечном ушивании однорядным швом

**3:** подшивании стенки двенадцатиперстной кишки к большой кривизне выходного отдела желудка, вскрытии подковообразным разрезом с формированием соустья

**4:** мобилизации двенадцатиперстной кишки по Кохеру и формированию гастродуоденоанастомоза «бок-в-бок»

#### Правильные ответ(ы):

продольном рассечении пилородуоденального канала и поперечном ушивании однорядным швом

**Ответ:**продольном рассечении пилородуоденального канала и поперечном ушивании однорядным швом

**Обоснование:**Самым тяжелым осложнением кардиодилатации является перфорация  
  
пищевода (0,5—1 % случаев), что требует экстренного оперативного лечения.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 310-311

# Ситуационная задача 84

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

В январе месяце пациентка К. 61 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

#### Жалобы

На невозможность глотания твердой пищи, снижение веса на 10 кг за период болезни

#### Анамнез заболевания

В сентябре 2019 года пациентка по ошибке приняла уксусную кислоту, в результате чего госпитализирована в стационар, где проводилась консервативная терапия (в том числе по поводу осложнения внутрибольничная пневмония). При обследовании в январе: ЭГДС– на расстоянии 27 см от резцов имеется стриктура пищевода диаметром до 8 мм, далее органических изменений не выявлено.Затруднение при глотании пищи отметила сразу после выписки, далее «становилось только хуже». Периодически отмечает тошноту, боли за грудиной, в связи с этим снижение аппетита. Проводилось в ноябре 2 курса бужирование стриктуры пищевода – временный положительный эффект. Обратилась в специализированный стационар для решения вопроса об оперативном лечении.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает. Аллергии на препараты отрицает. Аппендэктомия в юности.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 163 см, масса тела 53 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 78 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления не нарушены.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Ожоговая стриктура пищевода

**2:** Пептическая стриктура пищевода

**3:** Ахалазия кардии

**4:** Ценкеровский дивертикул

#### Правильные ответ(ы):

Ожоговая стриктура пищевода

**Ответ:**Ожоговая стриктура пищевода

**Обоснование:**Диагноз химического ожога пищевода основывается на анамнестических и клинических данных.Происходит это обычно из-за резкого рефлекторного спазма пищевода в ответ на попадание в просвет органа едкого химического вещества. Нередки множественные сужения.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 44-46 место в источнике

## Вопрос 2: Основным симптомом, который позволил заподозрить данный диагноз, является

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** дисфагия

**2:** боль за грудиной

**3:** тошнота и рвота

**4:** отсутствие аппетита

#### Правильные ответ(ы):

дисфагия

**Ответ:**дисфагия

**Обоснование:**Клиника рубцовой стриктуры зависит от степени нарушения проходимости пищевода, что в свою очередь определяется характером стриктуры (полная или неполная) и ее протяженностью, основной симптом рубцового сужения пищевода — дисфагия — бывает соответственно легкой (только на твердую пищу) и полной (не проходит даже вода).  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 46 место в источнике

## Вопрос 3: Для уточнения диагноза пациентке необходимо выполнить

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгенографию грудной клетки

**2:** гистологическое исследование

**3:** рентгенографию пищевода с контрастом

**4:** УЗИ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

рентгенографию пищевода с контрастом

**Ответ:**рентгенографию пищевода с контрастом

**Обоснование:**Для уточнения степени, локализации протяженности стриктуры, выявления сопутствующих заболеваний проводят рентгеноконтрастное исследование пищевода и желудка,  
  
Вначале используя жидкую взвесь сульфата бария, а при резко выраженных стриктурах — водорастворимое контрастное вещество. Основными рентгенологическими симптомами рубцовой стриктуры пищевода являются неравномерное сужение его просвета вплоть до полной облитерации, неровный, зазубренный контур на протяжении стриктуры, деформациярельефа слизистой, ригидность стенок, наличие супрастенотическогорасширения.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 46 место в источнике

## Вопрос 4: Учитывая результаты рентгенологического исследования, можно установить характер протяженности стриктуры у данной пациентки как

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** неполная тотальная

**2:** протяженная тотальная

**3:** протяженная субтотальная

**4:** короткая субтотальная

#### Правильные ответ(ы):

протяженная субтотальная

**Ответ:**протяженная субтотальная

**Обоснование:**Рубцовые сужения могут быть полными и неполными, короткими (менее 3—5 см) и протяженными. Среди последних можно выделить суб- и тотальные рубцовые сужения пищевода, которые, особенно плохо поддаются консервативному лечению. Их ход нередко бывает извитым, супрастенотический отдел часто расширен, особенно если сужения резко выражены. При протяженных стриктурах нередко наблюдается так называемый псевдодивертикулез пищевода.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 45 место в источнике

## Вопрос 5: Невозможность прохождения твердой пищи соответствует дисфагии \_\_\_\_ степени

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** II

**2:** IV

**3:** III

**4:** I

#### Правильные ответ(ы):

II

**Ответ:**II

**Обоснование:**При легкой (II) степени дисфагии отмечается затруднение прохождение твердой пищи.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 45 место в источнике

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Ожоговая стриктура пищевода

#### Результаты обследования

#### Рентгенография пищевода с контрастом

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/048/001048151)

Заключение: При приеме бариевой взвеси per os акт глотания не нарушен, начиная от средней и нижней трети пищевода определяется его циркулярное стойкое сужение до 8 мм на протяжении около 8 см. Контуры ровные, четкие, просвет пищевода на данном участке не расправляется. Супрастенотическое расширение пищевода до 37 мм. Контрастный препарат свободно, без задержек, проходит область сужения. Дистальнее пищевод свободно проходим, перистальтика сохранена.

## Вопрос 6: С учетом анамнеза и данных обследования, больная нуждается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** консервативной пропульсивной, гастропротекторной терапии

**2:** установке назогастрального зонда для питания

**3:** повторной попытке бужирования

**4:** оперативном лечении

#### Правильные ответ(ы):

оперативном лечении

**Ответ:**оперативном лечении

**Обоснование:**Хирургическое лечение стриктур: показания к оперативному лечению- возникающие после повторных курсов бужирования рецидивы стриктуры.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 56 место в источнике

## Вопрос 7: Оптимальным методом оперативного лечения в данном случае является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** парциальная резекция грудного отдела пищевода, эзофагопластика трансторакальным доступом справа

**2:** резекция нижней трети пищевода с проксимальной резекцией желудка трансторакальным доступом слева

**3:** клапанная гастропликации по Каншину с формированнием удлиняющей трубки пищевода из кардиального отдела желудка трансторакальным доступом слева

**4:** экстирпация грудного отдела пищевода, эзофагопластика трансхиатальным доступом

#### Правильные ответ(ы):

экстирпация грудного отдела пищевода, эзофагопластика трансхиатальным доступом

**Ответ:**экстирпация грудного отдела пищевода, эзофагопластика трансхиатальным доступом

**Обоснование:**Показания к трансхиатальной экстирпации пищевода: 1) послеожоговые протяженные рубцовые стриктуры пищевода, не поддающиеся консервативному лечению;  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 229 место в источнике

## Вопрос 8: Учитывая данную клиническую ситуацию, приоритет в выборе висцерального пластического материала отдается

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тонкой кишке

**2:** толстой кишке

**3:** желудочно-кишечному кондуиту

**4:** желудку

#### Правильные ответ(ы):

желудку

**Ответ:**желудку

**Обоснование:**При ожоговых стриктурах пищевода все чаще в настоящее время создают искусственный пищевод из желудка, используя как целый желудок, так и сформированные из него трубчатые трансплантаты.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 60 место в источнике

## Вопрос 9: После проведенного стационарного лечения отмечена положительная динамика, состояние пациентки удовлетворительное. Планируется выписка больной из стационара. Действия врача по экспертизе нетрудоспособности при выписке пациента из стационара заключаются в выдаче

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** направления на МСЭ (Формы N 088/у)

**2:** выписного эпикриза с рекомендацией пройти МСЭ

**3:** справки об установлении инвалидности

**4:** «открытого» листка нетрудоспособности

#### Правильные ответ(ы):

«открытого» листка нетрудоспособности

**Ответ:**«открытого» листка нетрудоспособности

**Обоснование:**19. При выписке гражданина после стационарного лечения листок нетрудоспособности выдается в день выписки из стационара за весь период стационарного лечения. При продолжении временной нетрудоспособности листок нетрудоспособности может быть продлен до 10 календарных дней (в ред. Приказа Минздравсоцразвития России от 24.01.2012 N 31н).  
  
Приказ Минздравсоцразвития России от 29.06.2011 N 624н "Об утверждении Порядка выдачи листков нетрудоспособности" II. Порядок выдачи листка нетрудоспособностипри заболеваниях, профессиональных заболеваниях, травмах,в том числе полученных вследствие несчастного случаяна производстве, отравлениях (некоторых другихпоследствиях воздействия внешних причин).

## Вопрос 10: Больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии через 2 недели после оперативного вмешательства. Через 1 год стала отмечать затруднение при проглатывании твердой и жидкой пищи. ИМТ 20. Обратилась на консультацию в КДЦ стационара, где при обследовании выявлена рубцовая стриктура эзофагогастроанастомоза. Больной следует рекомендовать

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** фундопликацию по Ниссену

**2:** гастрошунтирование

**3:** баллонную пневмокардиодилатацию

**4:** курс бужирования

#### Правильные ответ(ы):

курс бужирования

**Ответ:**курс бужирования

**Обоснование:**Короткая рубцовая стриктура, ожидаемый хороший клинический эффект…​  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 – 352 с С.42-46 – место в источнике

## Вопрос 11: Противопоказанием к бужированию стриктуры пищевода является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ожог желудка в анамнезе

**2:** пищеводно-бронхиальный свищ

**3:** эзофагокардиоспазм

**4:** язвенная болезнь желудка

#### Правильные ответ(ы):

пищеводно-бронхиальный свищ

**Ответ:**пищеводно-бронхиальный свищ

**Обоснование:**Бужирование пищевода противопоказано при стриктурах, осложненных пищеводно-медиастинальными и пищеводно-респираторными свищами, резко выраженном эзофагите, псевдодивертикулезе (опасность перфорации), подозрении на малигнизацию стриктуры.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 56 место в источнике

## Вопрос 12: При наличии тотальной ожоговой стриктуры в случае истощенного пациента целесообразно первым этапом с целью подготовки выполнить

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** удаление пищевода

**2:** бужирование стриктуры пищевода

**3:** илеостомию

**4:** гастростомию

#### Правильные ответ(ы):

гастростомию

**Ответ:**гастростомию

**Обоснование:**У истощенных пациентов оправдано вначале создание гастростомы для полноценного питания с целью эффективной подготовки к эзофагопластике, при ожоговом стенозе выходного отдела желудка — пилоропластика, гастродуоденостомия или экономная резекция желудка в сочетании с гастростомией.  
  
Черноусов А.Ф., Богопольский П.М., Курбанов Ф.С. Хирургия пищевода: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2000. - 352 с: ил. ISBN 5-225-04569-3 С. 57 место в источнике

# Ситуационная задача 85

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

На общую слабость, сердцебиение, обильный дегтеобразный стул

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Гинекологичекий анамнез: цикл 28 дней, 7 день цикла.

Длительное время страдает ЖКБ, хроническим калькулёзным холециститом

#### Объективный статус

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

## Вопрос 1: Обязательным физикальным исследованием при завершении осмотра пациентки является

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** бимануальное исследование внутренних половых органов

**2:** осмотр полости рта

**3:** определение границ печени

**4:** пальцевое ректальное исследование

#### Правильные ответ(ы):

пальцевое ректальное исследование

**Ответ:**пальцевое ректальное исследование

**Обоснование:**При желудочно-кишечных кровотечениях осмотр больного необходимо завершить пальцевым исследованием прямой кишки. Полученные при этом объективные данные, независимо от наличия или отсутствия анамнестических указаний на кровавую рвоту или дёгтеобразный стул, - важные признаки, обосновывающие клинический диагноз.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 320-321

## Вопрос 2: Полученные при физикальном обследовании данные свидетельствуют о наличии у пациентки

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** острой кишечной непроходимости

**2:** легочного кровотечения

**3:** мезентериальной ишемии с гангреной кишки

**4:** кишечного кровотечения

#### Правильные ответ(ы):

кишечного кровотечения

**Ответ:**кишечного кровотечения

**Обоснование:**Клинические проявления острых, особенно массивных гастродуоденальных кровотечений достаточно яркие. Они складываются из общих симптомов кровопотери и признаков поступления крови в просвет желудочно-кишечного тракта (гематомезис, мелена или гематохезия). ..обнаружение при ректальном исследовании черного жидкого либо с примесью крови содержимого служат признаками острого массивного кровотечения.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 320

## Вопрос 3: Лечебно-диагностической манипуляцией, которую необходимо немедленно выполнить данной пациентке является

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** катетеризация мочевого пузыря

**2:** суточная pH-метрия

**3:** установка желудочного зонда

**4:** эзофагоманометрия

#### Правильные ответ(ы):

установка желудочного зонда

**Ответ:**установка желудочного зонда

**Обоснование:**При подозрении на ЖКК после ректального исследования необходимо выполнить зондирование желудка.  
  
При кровотечении, локализованном в ДПК чаще возникает только мелена.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 320

## Вопрос 4: Методом инструментальной диагностики, который необходимо использовать в первую очередь является

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** эзофагогастродуоденоскопия

**2:** мультиспиральная компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным болюсным усилением

**3:** ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства

**4:** суточная pH-метрия

#### Правильные ответ(ы):

эзофагогастродуоденоскопия

**Ответ:**эзофагогастродуоденоскопия

**Обоснование:**Неотложная эзофагогастродуоденоскопия – ведущий метод диагностики источника, типа, характера кровотечения и прогноза его рецидива, а следовательно, играет важнейшую роль в определении лечебной тактики.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С.321

## Вопрос 5: Помимо выполненных ранее методов обследования, для определения тяжести кровопотери в неотложном порядке необходимо выполнить

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** общеклинический анализ крови

**2:** ультразвуковую диагностику

**3:** обзорную рентгенографию брюшной полости

**4:** морфологическую диагностику

#### Правильные ответ(ы):

общеклинический анализ крови

**Ответ:**общеклинический анализ крови

**Обоснование:**Экстренный анализ крови – ценный диагностический метод. Снижение гемоглобина, уменьшение числа эритроцитов, снижение гематокрита, лейкоцитоз, несомненно могут ориентировать в отношении тяжести кровопотери.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 322

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Бимануальное исследование внутренних половых органов

Грубой органической патологии не выявлено. Признаков маточного кровотечения не определяется

#### Результаты обследования

#### Установка желудочного зонда

По зонду отмечается поступление желудочного содержимого (слизи и желудочного сока)

#### Результаты обследования

#### Суточная pH-метрия

Эпизодов патологического рефлюкса за время наблюдения не обнаружено

## Вопрос 6: Представленные данные клинического, лабораторного и инструментального методов обследования соответствуют тяжести кровопотери

##### Тип вопроса: Диагностика

**1:** тяжелой

**2:** легкой

**3:** средней

**4:** кровопотери нет

#### Правильные ответ(ы):

средней

**Ответ:**средней

**Обоснование:**Уровень гемоглобина 83-100 г/л, количество эритроцитов 3,5 - 2,5 x1012, частота пульса в минуту 80-100, систолическое артериальное давление 100-90 мм.рт.ст., гематокритное число 25-30 % соответствуют средней тяжести кровопотери.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 323  
  
Количество эритроцитов, х10-12/л  
  
>3,5  
  
>2,5  
  
<2,5  
  
Уровень гемоглобина, г/л  
  
>100  
  
83-100  
  
<83  
  
Частота пульса в минуту  
  
<80  
  
80-100  
  
>100  
  
Систолическое АД, мм.рт.ст.  
  
>110  
  
110-90  
  
<90  
  
Гематокритное число, %  
  
>30  
  
25-30  
  
<25

## Вопрос 7: Наиболее оптимальным способом остановки кровотечения в данном случае является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** дуоденотомия, прошивание кровоточащего сосуда

**2:** эндоскопический гемостаз

**3:** резекция двенадцатиперстной кишки

**4:** трансфузия свежезамороженной плазмы

#### Правильные ответ(ы):

эндоскопический гемостаз

**Ответ:**эндоскопический гемостаз

**Обоснование:**Лечебная эндоскопия при острых желудочно-кишечных кровотечениях обладает достаточно высокой эффективностью и позволяет осуществить временный гемостаз у подавляющего числа (96-98%) больных.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 325

## Вопрос 8: Объем кровопотери у больной по предварительным данным составил 700 мл. С целью восполнения дефицита объема циркулирующей крови, коррекции водно-электролитных нарушений необходимо выполнить внутривенную инфузию

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** коллоидных растворов

**2:** эритроцитарной массы

**3:** кристаллоидных растворов

**4:** препаратов железа

#### Правильные ответ(ы):

кристаллоидных растворов

**Ответ:**кристаллоидных растворов

**Обоснование:**Лечение кровопотери 10-15% объема объема циркулирующей крови (500-700 мл) состоит только в инфузии кристаллоидных растворов в объеме 200-300% величины кровопотери.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 326

## Вопрос 9: У пациентки были выполнены неоднократные попытки эндоскопического гемостаза. Однако у больной имеет место продолжающееся массивное дуоденальное кровотечение. В связи с этим необходимо

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** только консервативное лечение

**2:** плановое хирургическое вмешательство

**3:** повторный эндоскопический гемостаз

**4:** экстренное хирургическое вмешательство

#### Правильные ответ(ы):

экстренное хирургическое вмешательство

**Ответ:**экстренное хирургическое вмешательство

**Обоснование:**В экстренном порядке оперируют больных с массивным кровотечением, для которого консервативные мероприятия, включая эндоскопические методы, неэффективны.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 329

#### Доступны новые данные:

#### Общеклинический анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 жен. 130,0-150,0 муж | 117 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 26,2% |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 7,16 |
| Эритроциты, абс. | 3,8 - 5,10 | 2,9 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 316,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 1,8 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 75,3 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 4,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,6 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 12 |

## Вопрос 10: Для осуществления доступа к двенадцатиперстной кишке, производится ее мобилизация

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** по Кохеру

**2:** по Волковичу-Дьяконову

**3:** по Федорову

**4:** по Финнею

#### Правильные ответ(ы):

по Кохеру

**Ответ:**по Кохеру

**Обоснование:**При наличии патологического процесса в нисходящей и нижней горизонтальной части двенадцатиперстной кишки их легче обнаружить после мобилизации ее по Кохеру.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 330

## Вопрос 11: Органосохраняющие операции с ваготомией и пилоропластикой применяются при

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** кровоточащей дуоденальной язве

**2:** юкстапапиллярном дивертикуле двенадцатиперстной кишки

**3:** кровоточащей желудочной язве

**4:** синдроме Золлингера-Эллисона

#### Правильные ответ(ы):

кровоточащей дуоденальной язве

**Ответ:**кровоточащей дуоденальной язве

**Обоснование:**При кровоточащей дуоденальной язве особое значение имеют органосохраняющие операции с ваготомией. Прошивание кровоточащей язвы (или ее иссечение) с пилоропластикой и ваготомией показано большинству больных, в том числе и с высокой степенью операционного риска.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 329

## Вопрос 12: Пилоропластика по Финнею выполняется при сочетании дуоденальной язвы с

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** юкстапапиллярным дивертикулом двенадцатиперстной кишки

**2:** рубцовым стенозом двенадцатиперстной кишки

**3:** каллёзной язвой антрального отдела желудка

**4:** аденомой большого дуоденального сосочка

#### Правильные ответ(ы):

рубцовым стенозом двенадцатиперстной кишки

**Ответ:**рубцовым стенозом двенадцатиперстной кишки

**Обоснование:**Этот вид пилоропластики обоснован при сочетанных осложнениях дуоденальной язвы (сочетание кровотечения с рубцово-язвенным стенозом).  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 2 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – ТII. С. 332

# Ситуационная задача 86

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Гинекологичекий анамнез: цикл 28 дней, 7 день цикла.

#### Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 165 см, масса тела 60 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается безболезненности. Отмечается шум плеска в верхних отделах живота.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** острый аппендицит. Местный перитонит

**2:** острую спаечную кишечную непроходимость

**3:** нарушение эвакуаторной функции желудка. Опухолевый стеноз. Язвенный стеноз

**4:** пищевую токсикоинфекцию

#### Правильные ответ(ы):

нарушение эвакуаторной функции желудка. Опухолевый стеноз. Язвенный стеноз

**Ответ:**нарушение эвакуаторной функции желудка. Опухолевый стеноз. Язвенный стеноз

**Обоснование:**На основании специфических жалоб и анамнеза – язва ДПК в анамнезе, тошнота и рвота непереваренной пищей.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 2: При физикальном обследовании положительный симптом позволил заподозрить нарушение эвакуаторной функции желудка

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Мебиуса

**2:** Ровзинга

**3:** Ситковского

**4:** «шум плеска» в эпигастральной области

#### Правильные ответ(ы):

«шум плеска» в эпигастральной области

**Ответ:**«шум плеска» в эпигастральной области

**Обоснование:**При сотрясении передней брюшной стенки в проекции желудка слышен характерный «шум плеска»  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII.

## Вопрос 3: Для уточнения диагноза Вы назначите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгенографию желудка с барием

**2:** фиброгастродуоденоскопию

**3:** колоноскопию

**4:** непрямую ультразвуковую эластографию печени

#### Правильные ответ(ы):

фиброгастродуоденоскопию

**Ответ:**фиброгастродуоденоскопию

**Обоснование:**Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки является золотым стандартом диагностики заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Данный инструментальный метод позволяет оценить состояние слизистой, диагностировать наличие новообразований и наличие функциональных нарушений.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 4: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Опухоль Клацкина

**2:** Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Язвенный дуоденальный стеноз луковицы

**3:** Дивертикул двенадцатиперстной кишки

**4:** Хронический панкреатит

#### Правильные ответ(ы):

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Язвенный дуоденальный стеноз луковицы

**Ответ:**Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Язвенный дуоденальный стеноз луковицы

**Обоснование:**Учитывая данные анамнеза, результатов эндоскопического исследования больному установлен диагноз язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, декомпенсированный язвенный стеноз луковицы ДПК.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Колоноскопия

Грубой органической патологии не выявлено

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** стартовая противоязвенная терапия в максимальной дозе с последующим решением об объеме хирургического лечения

**2:** хирургическом лечении: наложении холецистоэнтероанастомоза

**3:** консервативном лечении: наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

**4:** холецистэктомии

#### Правильные ответ(ы):

стартовая противоязвенная терапия в максимальной дозе с последующим решением об объеме хирургического лечения

**Ответ:**стартовая противоязвенная терапия в максимальной дозе с последующим решением об объеме хирургического лечения

**Обоснование:**В случае грубой рубцовой деформации луковицы ДПК и возникновении декомпенсрованного стеноза с нарушением эвакуаторной функции желудка больному показано выполнение хирургического лечения с целью восстановления проходимости верхних отделов ЖКТ и выполнение селективной ваготомии с целью снижения секреции желудка после стартовой противоязвенной терапии в максимальной дозе  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 6: В рамках предоперационной подготовки пациентке необходимо пройти такие лабораторные тесты как (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** раковый эмбриональный антиген

**2:** бактериальный посев мочи

**3:** общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**4:** определение скрытой крови в кале

**5:** исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**6:** углеводный антиген СА 19-9

#### Правильные ответ(ы):

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

**Ответ:**исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

**Ответ:**общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 7: В рамках предоперационной подготовки пациентке необходимо пройти такие инструментальные исследования как (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** МРХПГ

**2:** флюорография грудной клетки

**3:** МСКТ ОБП с в/в к/у

**4:** суточный мониторинг ЭКГ

**5:** денситометрию

**6:** Рh-метрия желудка

#### Правильные ответ(ы):

флюорография грудной клетки  
МСКТ ОБП с в/в к/у

**Ответ:**МСКТ ОБП с в/в к/у

**Обоснование:**КТ с в/в к/у позволяет диагностировать с высокой точностью органические заболевания органов брюшной полости.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

#### Доступны новые данные:

#### Фиброгастродуоденоскопия

Заключение: Эндоскопические признаки хронической язвы луковицы 12-перстной кишки. Грубая рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки с явлениями стеноза.

#### Диагноз

#### Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Язвенный дуоденальный стеноз луковицы

#### Общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общий анализ крови | Нормы | Значение |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 112 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 32 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 19,5 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 4,5 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 220,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 87,1 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 50 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 97 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 85 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 70,0 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 50,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 64,0 |
| Альфа-Амилаза, ед/л |  |  |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 4,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 12 мл/л |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Общий анализ мочи | Значение |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150 мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1021 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,01 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### Определение скрытой крови в кале

Скрытой крови в кале не обнаружено

**Ответ:**флюорография грудной клетки

**Обоснование:**Флюорография входит в перечень обязательных предоперационных исследований с целью исключения туберкулеза легких.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

#### Доступны новые данные:

#### Фиброгастродуоденоскопия

Заключение: Эндоскопические признаки хронической язвы луковицы 12-перстной кишки. Грубая рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки с явлениями стеноза.

#### Диагноз

#### Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Язвенный дуоденальный стеноз луковицы

#### Общеклинические анализы: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Общий анализ крови | Нормы | Значение |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0 | 112 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 32 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 19,5 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 4,5 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 220,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 87,1 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 50 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 97 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 85 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 70,0 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 50,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 64,0 |
| Альфа-Амилаза, ед/л |  |  |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 4,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 12 мл/л |

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

|  |  |
| --- | --- |
| Общий анализ мочи | Значение |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150 мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1021 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,01 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### Определение скрытой крови в кале

Скрытой крови в кале не обнаружено

## Вопрос 8: В рамках предоперационной подготовки обязательным является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** катетеризация мочевого пузыря

**2:** выполнение колоноскопии

**3:** взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой луковицы ДПК

**4:** чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха

#### Правильные ответ(ы):

взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой луковицы ДПК

**Ответ:**взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой луковицы ДПК

**Обоснование:**В случае выявление наличия злокачественного процесса тактика хирургического лечения будет изменена в сторону расширения объема.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 9: В случае подтверждения малигнизации по данным биопсии пациенту показано

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** физио-терапевтическое лечение

**2:** динамическое наблюдение

**3:** радикальное хирургическое вмешательство

**4:** назначение химиотерапии

#### Правильные ответ(ы):

радикальное хирургическое вмешательство

**Ответ:**радикальное хирургическое вмешательство

**Обоснование:**В схему консервативной терапии язвенной болезни желудка входят ингибиторы протонной помпы, которые подавляют секрецию соляной кислоты в желудке.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 10: К осложнениям язвенной болезни желудка относят

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** атрезию желчных протоков

**2:** дуоденогастральный рефлюкс

**3:** перфорацию острой язвы желудка

**4:** цирроз печени

#### Правильные ответ(ы):

перфорацию острой язвы желудка

**Ответ:**перфорацию острой язвы желудка

**Обоснование:**На фоне отсутствия терапии язвенная болезнь прогрессирует и может возникнуть перфорация острой язвы с развитие перитонита.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты инструментальных исследований

#### Флюорография грудной клетки

Очаговых и инфильтративных теней не обнаружено

#### МРХПГ

Патологии не выявлено

## Вопрос 11: Консервативная патогенетическая терапия язвенной болезни включает

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** УДХК

**2:** сандостатин

**3:** бета-блокаторы

**4:** ингибиторы протонной помпы

#### Правильные ответ(ы):

ингибиторы протонной помпы

**Ответ:**ингибиторы протонной помпы

**Обоснование:**Препараты группы ингибиторы протонной помпы снижают секрецию соляной кислоты, способствуя заживлению поврежденной слизистой.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

## Вопрос 12: Пациенту с обострением язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки показано назначение диетического стола №

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 15

**2:** 9

**3:** 1

**4:** 4

#### Правильные ответ(ы):

1

**Ответ:**1

**Обоснование:**При обострениях язвенной болезни показано назначение лечебного питания, подразумевающего максимальное механическое, физическое и химическое щажение пищи.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII.

# Ситуационная задача 87

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 50 лет доставлена после получения травмы при пожаре в доме.

#### Жалобы

Боли в области ожоговых ран.

#### Анамнез заболевания

Травма в быту – при пожаре в доме получила ожоги пламенем туловища и верхних конечностей 20% п.т. Бригадой скорой помощи госпитализирована в ЦРБ, где в отделении реанимации начата терапия.

#### Анамнез жизни

Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь II ст., 2 ст., риск ССО2

не курит, алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

не работает

от столбняка привита в 16 лет в школе

#### Объективный статус

Общее состояние тяжелое, стабильное. Сознание ясное, больная контактна, адекватна, ориентируется в месте, времени и собственной личности. Кожный покров вне ран бледной окраски, чистый. Видимые слизистые чистые, обычной влажности. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Периферических отеков нет. Сознание ясное, больная контактна, адекватна, ориентируется в месте, времени и собственной личности. Очаговой неврологической симптоматики нет. Температура 36.2°С. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Аускультативно дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД до 19/мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. ЧСС 100 уд в мин. АД 100/60 мм. рт. ст. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Живот не вздут, правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено. Стул был утром накануне травмы, оформленный. Мочеиспускание не нарушено, дизурии нет, диурез адекватен водной нагрузке.

Местный статус: ожоговые раны на площади 27% поверхности тела в области передней поверхности туловища и правой верхней конечности представлены на большей площади пузырями, деэпителизированными поверхностями ярко-розового цвета с сохраненной сосудистой реакцией и болевой чувствительностью, а на отдельных участках - в виде влажного, серого цвета струпа с мелкоточечными кровоизлияниями, сосудистая реакция и болевая чувствительность на этих участках отсутствуют.

## Вопрос 1: Для определения общей площади ожогов в данном случае можно использовать

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** «правило девяток»

**2:** планиметрию

**3:** метод Ленда и Броудера

**4:** скицы Вилявина

#### Правильные ответ(ы):

«правило девяток»

**Ответ:**«правило девяток»

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади обширных ожогов у взрослых рекомендуется использовать правило «девяток», а при ожогах, расположенных в различных частях тела и ограниченных по площади, «правило ладони».  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
2.2. Физикальное обследование, стр. 23

## Вопрос 2: Согласно данным анамнеза и физикальных методов диагностики у больной можно предположить развитие

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** острой дыхательной недостаточности

**2:** острой ожоговой токсемии

**3:** септического шока

**4:** ожогового шока

#### Правильные ответ(ы):

ожогового шока

**Ответ:**ожогового шока

**Обоснование:**Площадь и глубина поражения определяют характер реакции организма, при этом у пострадавших при общей площади ожогов более 15-20% поверхности тела и/или глубоких ожогах более 10% поверхности тела (у детей и пожилых пациентов – при площади ожогов более 5-10% поверхности тела) развивается ожоговая болезнь - сложный комплекс взаимосвязанных патофизиологических реакций и системных клинических проявлений в ответ на ожоговое поражение кожи и подлежащих тканей.  
  
Ожоговый шок - патологический процесс, который развивается при обширных термических повреждениях кожи и глубже лежащих тканей вследствие нарушения кровообращения на фоне гиповолемии, проявляется, гиперлактатемией, метаболическим ацидозом и нарушением органных функций (почек, желудочнокишечного тракта и ЦНС). Продолжительность - до 3 суток.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
3.2 стр. 18.

## Вопрос 3: По клиническим признакам ожог соответствует \_\_\_\_\_\_\_\_\_ степени (по МКБ-10)

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** IIIАБ

**2:** II-III

**3:** I-II

**4:** IIIБ-IV

#### Правильные ответ(ы):

II-III

**Ответ:**II-III

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения  
  
— II cтепень — толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены.  
  
— III cтепень — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений. Отмечается геморрагическое содержимое оставшихся ожоговых пузырей, дно раны тусклое, белесоватого цвета, с мраморным оттенком, иногда с мелкоточечными кровоизлияниями. Сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют, при выполнении волосковой пробы волоски легко удаляются.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
2.2.Физикальное обследование, стр. 23-24

## Вопрос 4: На этапе доврачебной помощи сразу после травмы пациентке было необходимо выполнить наложение на раны повязки

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** с мазью Левомеколь

**2:** гидрогелевой

**3:** стерильной без лекарственных веществ.

**4:** с аэрозолем Пантенол

#### Правильные ответ(ы):

стерильной без лекарственных веществ.

**Ответ:**стерильной без лекарственных веществ.

**Обоснование:**— При возможности быстрой транспортировки пострадавших от ожогов в медицинскую организацию на раны накладывают повязки первой медицинской помощи без каких-либо лекарственных веществ.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
Приложение Г15, стр. 104

## Вопрос 5: При поступлении в ЦРБ больной показана противостолбнячная иммунизация по схеме

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ПСЧИ 250 МЕ

**2:** АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**3:** АС 0,5

**4:** АС 1,0

#### Правильные ответ(ы):

АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**Ответ:**АС 1,0 и ПСС 3000 МЕ по Безредке

**Обоснование:**Пациент не имеет документального подтверждения о прививке от столбняка за последние 5 лет, показана полная схема активно-пассивной иммунизации.  
  
Приказ № 174 от 17 мая 1999 г. Министерства здравоохранения Российской Федерации «О мерах по дальнейшему совершенствованию профилактики столбняка». Приложение 2, п.4 «Экстренная профилактика столбняка».

## Вопрос 6: Первым этапом местного лечения ран в качестве специализированной медицинской помощи в ЦРБ необходимо

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** проведение первичного туалета ран

**2:** наложение гидрогелевой повязки

**3:** выполнение хирургической некрэктомии окаймляющим разрезом

**4:** иссечение раны с выполнением одномоментной аутодермопластики

#### Правильные ответ(ы):

проведение первичного туалета ран

**Ответ:**проведение первичного туалета ран

**Обоснование:**«После туалета ожоговых ран повторно и более точно оценивается глубина и площадь поражения, определяется дальнейшая тактика местного лечения, в том числе необходимость в выполнении ранних хирургических операций»  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
3.1.2.Местное консервативное лечение пострадавших с ожогами, стр. 52

## Вопрос 7: В пациентки диагностированы глубокие ожоги туловища и верхних конечностей, которые покрылись влажным ожоговым струпом коричневого цвета с участками нагноения на площади 6% поверхности тела. На 10-е сутки после травмы больная была переведена в специализированный ожоговый центр. У пациентки сохраняется лихорадка до 38°С. Первым этапом хирургического лечения в ожоговом центре больной необходимо провести \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ глубоких ожоговых ран

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическую некрэктомию

**2:** химических некролиз

**3:** аутодермопластику

**4:** некротомию

#### Правильные ответ(ы):

хирургическую некрэктомию

**Ответ:**хирургическую некрэктомию

**Обоснование:**Наличие глубокого ожога является показанием к хирургическому лечению независимо от сроков получения ожоговой травмы, площади поражения, других клинических и организационных факторов.  
  
Рекомендуются в качестве оптимальных сроки раннего хирургического лечения ограниченных по площади глубоких ожогов – 1-2 сутки от поступления больного. Рекомендуется при невозможности одноэтапного иссечения ожогового струпа на всей площади полное удаление нежизнеспособных тканей в течение 10-14 дней после травмы.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
3.2Хирургическое лечение стр. 59-60

## Вопрос 8: У данной больной проведение антибактериальной терапии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** показано только препаратами местного действия

**2:** показано препаратами местного и системного действия

**3:** нецелесообразно

**4:** показано только препаратами системного действия

#### Правильные ответ(ы):

показано препаратами местного и системного действия

**Ответ:**показано препаратами местного и системного действия

**Обоснование:**«Не рекомендуется профилактическое назначение системных антибиотиков, в том числе при ингаляционной травме, кроме случаев проведения у обожженных хирургических вмешательств (хирургическая некрэктомия, иссечение грануляций, обширная аутодермопластика и т.д.).  
  
Рекомендуется при общей площади ожогового поражения менее 10–15% п.т., из которых глубокие ожоги составляют менее 5% п.т., отсутствии общих признаков инфекции, использование только местных антимикробных средств.  
  
Рекомендуется использование местных антибактериальных препаратов для снижения риска развития инвазивной раневой инфекции у обожженных».  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
3.Лечение, стр. 45

## Вопрос 9: На фоне лечения состояние улучшилось. Раны очищены от некротических тканей. Оптимальным методом пластического закрытия гранулирующих ран туловища и верхних конечностей на площади 6% п.т. является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** пластика аутодермотрансплантатом на микрососудистых анастомозах

**2:** аутодермопластика расщепленным аутодермотрансплантатом

**3:** пластика местными тканями

**4:** трансплантация культивированных фибробластов

#### Правильные ответ(ы):

аутодермопластика расщепленным аутодермотрансплантатом

**Ответ:**аутодермопластика расщепленным аутодермотрансплантатом

**Обоснование:**Кожная пластика на гранулирующую рану выполняется по её готовности как воспринимающего ложа для кожного трансплантата (яркие, мелкозернистые грануляции, со скудным раневым отделяемым и оптимальными сроками подготовки).  
  
Основным методом восстановления анатомической целостности кожного покрова при глубоких ожогах является аутодермопластика (АДП) расщепленными аутодермотрансплантатами с использованием дерматома. Оптимальная толщина расщепленного аутодермотрансплантата - 0,2-0,4 мм.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
Приложение Г23, стр. 114

## Вопрос 10: При выписке из стационара пациентка направляется

##### Тип вопроса: Реабилитация, диспансерное наблюдение

**1:** в поликлинику по месту жительства

**2:** в специализированное отделение микрохирургии кисти

**3:** на санаторно-курортное лечение

**4:** домой (дальнейшее лечение не требуется)

#### Правильные ответ(ы):

в поликлинику по месту жительства

**Ответ:**в поликлинику по месту жительства

**Обоснование:**Показано проведение реабилитационных мероприятий и медико-социальная экспертиза.  
  
Прохождение МСЭ проводится по месту жительства в порядке, установленном Приказом Минтруда России от 11.10.2012 № 310н  
  
«Об утверждении Порядка организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы».  
  
п.16 Медицинская организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных или абилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами.  
  
Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 21.06.2018) "О порядке и условиях признания лица инвалидом"  
  
III. Порядок направления гражданинана медико-социальную экспертизу. Приложение

## Вопрос 11: Реабилитацию больной необходимо начинать

##### Тип вопроса: Реабилитация, диспансерное наблюдение

**1:** сразу после получения травмы с началом лечения

**2:** после проведения пластического закрытия ран

**3:** после выписки больной

**4:** после полного заживления ран

#### Правильные ответ(ы):

сразу после получения травмы с началом лечения

**Ответ:**сразу после получения травмы с началом лечения

**Обоснование:**Рекомендуются следующие принципы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов:  
  
— Раннее начало (сразу после травмы с началом лечения).  
  
— Комплексное лечение.  
  
— Непрерывность и последовательность лечебных мероприятий.  
  
— Индивидуальный подход.  
  
— Преемственность при ведении пациента.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
стр. 64

## Вопрос 12: Оптимальным методом неинвазивной профилактики образования рубцов у данной пациентки является

##### Тип вопроса: Реабилитация, диспансерное наблюдение

**1:** криохирургия

**2:** внутрирубцовое введение глюкокортикоидных препаратов

**3:** компрессионная терапия и силиконовые повязки или гели

**4:** лазеротерапия

#### Правильные ответ(ы):

компрессионная терапия и силиконовые повязки или гели

**Ответ:**компрессионная терапия и силиконовые повязки или гели

**Обоснование:**Рекомендуется применение компрессионной терапии (ношение компрессионной одежды) в течение 6-12 мес. Рекомендуется применение силиконсодержащих пластин или гелей не менее 2 мес.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
  
Клинические рекомендации Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей, 2017 г.  
  
4.Реабилитации, стр.66, Приложение Г24. Методы лечения профилактики и лечения рубцов и рубцовых деформаций, стр. 117

# Ситуационная задача 88

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Женщина 82 лет, обратилась к хирургу консультативно-диагностического отделения.

#### Жалобы

На наличие образования в левой паховой области.

#### Анамнез заболевания

Больной себя считает около полугода, когда появилось образование в левой паховой области.

#### Анамнез жизни

ОРВИ, туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты – пенициллин – отек Квинке.

ИБС, постинфарктный кардиосклероз. Гипертоническая болезнь 2 ст. СН-II.

Операции – холецистэктомия, экстирпация матки с придатками.

#### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Рост 168 см, масса тела 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 130/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный.

Локальный статус: в левой паховой области, чуть выше паховой связки имеется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, размерами 3х2 см, вправляется в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» положительный.

## Вопрос 1: На основании осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Левосторонняя паховая грыжа

**2:** Бедренная грыжа

**3:** Предбрюшинная липома

**4:** Варикозное расширение большой подкожной вены

#### Правильные ответ(ы):

Левосторонняя паховая грыжа

**Ответ:**Левосторонняя паховая грыжа

**Обоснование:**Обследование больных начинается с осмотра паховой области, пальпации паховой области с пальцевым исследованием наружного пахового кольца, перкуссии грыжевого выпячивания.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С.8.

## Вопрос 2: У пациентки не ущемленная паховая грыжа, на основании того, что образование (выберите 2)

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** подвижное при пальпации

**2:** вправляется в брюшную полость

**3:** безболезненное

**4:** симптом кашлевого толчка положительный

**5:** не вправляется в брюшную полость

#### Правильные ответ(ы):

вправляется в брюшную полость  
симптом кашлевого толчка положительный

**Ответ:**вправляется в брюшную полость

**Обоснование:**Выявляется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, которое в горизонтальном положении больного или при надавливании вправляется в брюшную полость.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред.коллегия: А.П.Эттингер, А.Л.Шестаков, Б.Ш.Гогия./ М.-2018, С.11.

**Ответ:**симптом кашлевого толчка положительный

**Обоснование:**Выявляется опухолевидное образование мягко-эластичной консистенции, которое в горизонтальном положении больного или при надавливании вправляется в брюшную полость, а при кашле и натуживании вновь появляется. Симптом «кашлевого толчка» положительный.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С.11.

## Вопрос 3: Отличительным признаком не ущемленной паховой грыжи у пациентки является симптом

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** поколачивания

**2:** Кохера

**3:** «кашлевого толчка»

**4:** Щеткина-Блюмберга

#### Правильные ответ(ы):

«кашлевого толчка»

**Ответ:**«кашлевого толчка»

**Обоснование:**Симптом «кашлевого толчка» положительный.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С.8.

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Левосторонняя паховая грыжа

## Вопрос 4: Для уточнения наличия грыжевого выпячивания и выбора тактики дальнейшего лечения наибольшую информативность имеет

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** КТ брюшной полости

**2:** МРТ передней брюшной стенки

**3:** УЗИ органов брюшной полости

**4:** УЗИ мягких тканей паховой области

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ мягких тканей паховой области

**Ответ:**УЗИ мягких тканей паховой области

**Обоснование:**УЗИ высокоинформативный метод инструментального обследования пациента с различными видами грыж.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 725

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** ношении бандажа

**2:** динамическом наблюдении

**3:** хирургическом лечении: грыжесечение

**4:** ограничении физических нагрузок, диете

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: грыжесечение

**Ответ:**хирургическом лечении: грыжесечение

**Обоснование:**Устранить грыжу и предотвратить осложнения можно только хирургическим путем. Именно поэтому само по себе наличие наружной брюшной грыжи служит показанием к оперативному лечению…  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 726

## Вопрос 6: Пациентке показано оперативное лечение в объеме грыжесечения, пластики пахового канала по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Жерару-Спасокуккоцкому

**2:** Постемпскому

**3:** Лихтенштейну

**4:** Бассини

#### Правильные ответ(ы):

Лихтенштейну

**Ответ:**Лихтенштейну

**Обоснование:**Основные виды хирургических вмешательств при паховых грыжах основаны на использовании сетчатых протезов. К ним, первую очередь, относятся операция Lichtenstein.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С.16

## Вопрос 7: У пациента грыжа возникала в следствии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** слабости передней стенки пахового канала

**2:** запора

**3:** кашля

**4:** слабости задней стенки стенки пахового канала

#### Правильные ответ(ы):

слабости задней стенки стенки пахового канала

**Ответ:**слабости задней стенки стенки пахового канала

**Обоснование:**На основании анализа огромного клинического материала общепризнано, что основной причиной формирования паховых грыж служит слабость задней стенки пахового канала. При всех видах паховых грыж поперечная фасция, образующая заднюю стенку пахового канала, растягивается, подвергается атрофии, разволокняется, снижая прочность пахового промежутка.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 733

## Вопрос 8: Паховая грыжа будет классифицирована по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** R.Stoppa

**2:** Zollinger

**3:** L.Nyhus и R.Condon

**4:** О.П. Крымову

#### Правильные ответ(ы):

L.Nyhus и R.Condon

**Ответ:**L.Nyhus и R.Condon

**Обоснование:**Определяющее значение поперечной фасции в патогенезе паховых грыж нашло свое отражение в наиболее популярной во всех странах мира классификации, представленной L.Nyhus и R.Condon в 1993 г.  
  
Клиническая хирургия: Национальное руководство. / В.С. Савельев, А.И. Кириенко. – М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. T.II. – C. 733

## Вопрос 9: В зависимости от пола паховой грыжей

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** женщины болеют чаще, чем мужчины

**2:** мужчины болеют чаще, чем женщины

**3:** женщины и мужчины болеют с одинаковой частотой

**4:** женщины вообще не болеют

#### Правильные ответ(ы):

мужчины болеют чаще, чем женщины

**Ответ:**мужчины болеют чаще, чем женщины

**Обоснование:**Паховые грыжи в 82,6% наблюдаются у лиц мужского пола. Это объясняется особенностями строения пахового канала у мужчин: глубокое паховое кольцо больше, паховый промежуток выше и т.д.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 8.

## Вопрос 10: Оперативное лечение будет проведено под

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** местным обезболиванием

**2:** спинальной анестезией

**3:** эндотрахеальным наркозом

**4:** эпидуральной анестезией

#### Правильные ответ(ы):

местным обезболиванием

**Ответ:**местным обезболиванием

**Обоснование:**В России наиболее часто используется местная инфильтрационная анестезия по Вишневскому. Ограничения к использованию инфильтрационной анестезии возникают у тревожных пациентов, при морбидном ожирении и ущемлении грыжи. Инфильтрационная анестезия во время операции приводит к снижению болевого синдрома в послеоперационном периоде.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 8.

## Вопрос 11: Антибиотикопрофилактика у данного пациента

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** назначается на 7 дней

**2:** проводится в течение 3 дней

**3:** не показана

**4:** показана за 20 минут до разреза

#### Правильные ответ(ы):

не показана

**Ответ:**не показана

**Обоснование:**Антибиотикопрофилактика не снижает частоту развития раневых инфекций при открытой пластике сеткой у пациентов с первичными грыжами. В условиях современной клиники показаний для обязательного применения антибиотикопрофилактики при проведении плановой открытой пластики паховой грыжи нет.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 19

## Вопрос 12: У пациентки в ближайшем послеоперационном периоде возможно развитие

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** нагноения

**2:** гематомы

**3:** невралгии

**4:** краевого некроза кожи

#### Правильные ответ(ы):

гематомы

**Ответ:**гематомы

**Обоснование:**Частота осложнений после открытых операций по поводу паховой грыжи по данным обзоров варьирует от 15% до 28%. Самыми распространенными ранними осложнениями являются гематомы и серомы (8-22%), задержка мочеиспускания и ранняя боль.  
  
Национальные клинические рекомендации по герниологии. Паховые и послеоперационные грыжи. Ред. коллегия: А.П. Эттингер, А.Л. Шестаков, Б.Ш. Гогия./ М.-2018, С. 20

# Ситуационная задача 89

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Мужчина 31 года находится в реанимационном отделении ожогового центра

#### Жалобы

Боли в ранах туловища, верхних конечностей, слабость, тошноту

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

хронический гастрит

не курит, алкоголь употребляет умеренно

аллергических реакций нет

работает водителем

от столбняка привит в 17 лет в школе

#### Объективный статус

2-е сутки после травмы. Состояние тяжелое. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела 36,50С. Кожные покровы вне ран бледно-розовые, сухие. Видимые слизистые бледно-розовой окраски. Правильного телосложения, повышенного питания. Грудная клетка правильной формы, нормостеническая, симметричная. Участие обеих половин в акте дыхания симметричное. При сравнительной перкуссии легочный звук одинаковый над симметричными участками. Перкуторно границы легких не нарушены. Аускультативно дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД-18/мин. ЧСС 102 в мин. АД 130\80мм.рт.ст. Область сердца не изменена. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумов нет. Пульс ритмичный, правильный, удовлетворительного наполнения и напряжения. При физикальном осмотре периферических артерий в стандартных точках: пульсация сохранена. Язык влажный, чистый. Живот умеренно вздут, правильной формы, на пальпацию живота не реагирует. Перистальтика ослаблена. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Область почек визуально не изменена, мочеиспускание по катетру, диурез сохранен, моча насыщенного желтого цвета.

Местный статус: ожоговые раны на туловище, верхних конечностей на площади 30% поверхности тела в виде пузырей, обрывков эпидермиса, деэпителизированных поверхностей розового, красного и местами серого цвета со скудным серозным отделяемым и перифокальным воспалением вокруг.

## Вопрос 1: Для определения площади ожога в данном случае используется

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** "правило ладони»

**2:** "правило девяток"

**3:** планиметрия

**4:** ИК сканирование кожи и мягких тканей

#### Правильные ответ(ы):

"правило девяток"

**Ответ:**"правило девяток"

**Обоснование:**Для ориентировочного определения площади обширных ожогов у взрослых рекомендуется использовать правило «девяток»,  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
2.2.Физикальное обследование  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 2: Состояние больного соответствует периоду

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острой ожоговой токсемии

**2:** ожогового шока

**3:** септикотоксемии

**4:** реконвалесценции

#### Правильные ответ(ы):

ожогового шока

**Ответ:**ожогового шока

**Обоснование:**Основными клиническими критериями ожогового шока спустя 6-8 часов после получения травмы являются:  
  
сухость кожи и слизистых оболочек;  
  
бледность или мраморность кожных покровов;  
  
симптом белого пятна более 3 сек;  
  
гипотермия, увеличение градиента кожно-ректальной температуры более 5 °С;  
  
нарушения гемодинамики (тахикардия, снижение артериального давления);  
  
нарушения функции почек (олигурия или анурия);  
  
нарушение ментального статуса (психомоторное возбуждение, реже угнетение сознания);  
  
нарушение функции ЖКТ (тошнота, рвота, парез кишечника).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
2.2.Физикальное обследование  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 3: Учитывая клиническую картину у больного диагностирован: Ожог пламенем туловища, верхних конечностей

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** I-II степени 30% поверхности тела. Острая ожоговая токсемия

**2:** I-II-III степени 30% поверхности тела. Септикотоксемия

**3:** I-II-III степени 30% поверхности тела. Ожоговый шок

**4:** III степени 30% поверхности тела Ожоговый шок

#### Правильные ответ(ы):

I-II-III степени 30% поверхности тела. Ожоговый шок

**Ответ:**I-II-III степени 30% поверхности тела. Ожоговый шок

**Обоснование:**Клинические признаки глубины ожогового поражения:  
  
I степень — гиперемия кожи, пастозность или нерезко выраженный отек кожи. Может быть отслоение эпидермиса с образованием тонкостенных пузырей, наполненных прозрачной, слегка желтоватой жидкостью. Болевая чувствительность сохранена или несколько повышена. Дно ожогового пузыря — розовая, влажная, блестящая ткань.  
  
II степень — толстостенные пузыри или деэпителизированная дерма ярко-розового цвета, влажная, отек кожи и подлежащих тканей. Сосудистая реакция и болевая чувствительность сохранены либо незначительно снижены. При ожогах агентами с высокой температурой может образоваться тонкий светло-желтый или коричневый струп, через который не просвечивают сосуды.  
  
III степень — некротические ткани в виде струпа, через который могут просвечивать тромбированные подкожные вены, что является достоверным признаком глубоких поражений. Отмечается геморрагическое содержимое оставшихся ожоговых пузырей, дно раны тусклое, белесоватого цвета, с мраморным оттенком, иногда с мелкоточечными кровоизлияниями. Сосудистая реакция и болевая чувствительность отсутствуют, при выполнении волосковой пробы волоски легко удаляются. При ожогах пламенем возможно обугливание кожи с разрывами ее, определяются погибшие мышцы и сухожилия с отсутствием их функции.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
2.2.Физикальное обследование  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 4: По данным анамнеза данный ожог относится к

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** химическому

**2:** лучевому

**3:** термическому

**4:** термохимическому

#### Правильные ответ(ы):

термическому

**Ответ:**термическому

**Обоснование:**Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
1.2 Этиология и патогенез заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 5: Прогноз тяжести ожоговой травмы, согласно правилу «сотни», у данного больного составляет

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** 101 неблагоприятный

**2:** 61 относительно благоприятный

**3:** 81 сомнительный

**4:** 51 благоприятный

#### Правильные ответ(ы):

61 относительно благоприятный

**Ответ:**61 относительно благоприятный

**Обоснование:**Правило «сотни» или правило Baux (индекс Бо) - прогноз тяжести ожоговой травмы, согласно которому, если сумма возраста (в годах) и общей площади ожога (в процентах) равна или превышает 101 – прогноз неблагопритятный, от 81 до 100 – сомнительный, от 61 до 80 – относительно благоприятный, до 60 - благоприятный.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
(Приложение Г10).  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

#### Доступны новые данные:

#### Диагноз

#### Ожог пламенем туловища, верхних конечностей I-II-III степени 30% поверхности тела. Ожоговый шок

## Вопрос 6: Одним из обязательных методов инструментальной диагностики у данного больного является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** УЗДС артерий нижних конечностей

**2:** фибробронхоскопия

**3:** эзофагогастродуоденоскопия

**4:** МРТ

#### Правильные ответ(ы):

эзофагогастродуоденоскопия

**Ответ:**эзофагогастродуоденоскопия

**Обоснование:**Рекомендуется ЭГДС при ожогах на общей площади более 30% п.т. и глубоких ожогах более 20% п.т.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
2.4 Инструментальные диагностические исследования  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 7: На догоспитальном этапе было необходимо выполнить перевязку ожоговых ран с использованием

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** пленочных повязок

**2:** чистых хлопчатобумажных простыней

**3:** атравматичных сетчатых повязок

**4:** биологических покрытий

#### Правильные ответ(ы):

чистых хлопчатобумажных простыней

**Ответ:**чистых хлопчатобумажных простыней

**Обоснование:**При обширных ожогах стерильные или чистые простыни (предпочтительно хлопчатобумажные одноразовые простыни) используют в качестве контурной (силуэтной) повязки.  
  
Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
3.2.1 Местное консервативное лечение на догоспитальном этапе  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 8: Объем инфузии во вторые сутки после травмы у данного пациента составляет

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** столько же, сколько в 1 сутки

**2:** 1/4 от расчётного от расчётного

**3:** 1/3 от расчётного в первые сутки

**4:** 1/2 от расчётного за первые сутки

#### Правильные ответ(ы):

1/2 от расчётного за первые сутки

**Ответ:**1/2 от расчётного за первые сутки

**Обоснование:**Рекомендуется на 2 и 3-и сутки после травмы, объем жидкостной терапии составляет половину и одну треть расчетного объема, вводимого в первые сутки соответственно.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
3.1.4 Инфузионно-трансфузионная терапия  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 9: Методом хирургического лечения ожогов на данном этапе является \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ожоговой раны

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическая некротомия

**2:** простой туалет

**3:** хирургическая обработка

**4:** химическая некротомия

#### Правильные ответ(ы):

хирургическая обработка

**Ответ:**хирургическая обработка

**Обоснование:**Рекомендуется проведение туалета или первичной хирургической обработки (ПХО) ожоговых ран с наложением лечебных повязок не позднее 24 часов от момента поступления в стационар.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
3.2.2 Местное консервативное лечение на этапе первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 10: С целью уменьшения травматизации новообразованного эпидермиса при лечении поверхностных и пограничных ожоговых ран целесообразно применить

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** атравматичные сетчатые повязки

**2:** салицилово-цинковую пасту

**3:** пену Пантенол

**4:** повязки с хлоргексидином

#### Правильные ответ(ы):

атравматичные сетчатые повязки

**Ответ:**атравматичные сетчатые повязки

**Обоснование:**Рекомендуется проводить лечение ожоговых ран I-II степени с использованием атравматичных повязок или повязок, создающих влажную раневую среду.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
3.2.2 Местное консервативное лечение на этапе  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2018 г.  
  
(1)

## Вопрос 11: Одним из критериев выхода из ожогового шока является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** повышение уровня гемоглобина

**2:** нормализация уровня креатинина

**3:** нормализация уровня гемоглобина

**4:** повышение уровня лимфоцитов

#### Правильные ответ(ы):

нормализация уровня гемоглобина

**Ответ:**нормализация уровня гемоглобина

**Обоснование:**Критериями выхода пострадавшего из ожогового шока являются:  
  
Нормализация уровня гемоглобина.  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов» 2.4.Инструментальная диагностика  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

## Вопрос 12: Медицинская реабилитация пострадавших от ожогов начинается

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** после выписки из стационара

**2:** после выполнения последней операции

**3:** после перевода из отделения реанимации

**4:** с началом лечения

#### Правильные ответ(ы):

с началом лечения

**Ответ:**с началом лечения

**Обоснование:**Принципы медицинской реабилитации пострадавших от ожогов  
  
Раннее начало (сразу после травмы с началом лечения).  
  
Национальные клинические рекомендации «Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей». Общероссийская общественная организация Объединение комбустиологов «Мир без ожогов»  
4. Медицинская реабилитация и санаторно-курортное лечение, медицинские показания и противопоказания к применению методов медицинской реабилитации, в том числе основанных на использовании природных лечебных факторов  
  
Клинические рекомендации Общероссийской общественной организации «Объединение комбустиологов «Мир без ожогов». Ожоги термические и химические. Ожоги солнечные. Ожоги дыхательных путей. 2017 г.  
  
(1)

# Ситуационная задача 90

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациентка Л. 43 лет обратилась к хирургу по месту жительства.

#### Жалобы

Тошнота и рвота съеденной накануне пищей, потерю 8 кг массы тела за 6 мес.

#### Анамнез заболевания

Считает себя больной более 5 лет, когда при плановом обследование по данным гастродуоденаскопии выявлена язва двенадцатиперстной кишки, больная прошла курс лечения у гастроэнтеролога, после чего к врачу не обращалась. При возникновении болевого синдрома лечилась самостоятельно ингибиторами протонной помпы и антацидами. Несколько месяцев назад начала отмечать появление тяжести после еды, отрыжку. Последние 3 недели больная отмечает постоянную тошноту, рвоту непереваренной пищей. Обратилась за консультацией хирурга.

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Гинекологичекий анамнез: цикл 28 дней, 7 день цикла.

#### Объективный статус

Общее состояние средней степени тяжести. Рост 168 см, масса тела 65 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 18 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 66 в 1 мин, АД 110/70 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается безболезненности. Отмечается шум плеска в верхних отделах живота.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра Вы заподозрите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** острый аппендицит

**2:** неспецифический язвенный колит

**3:** нарушение эвакуаторной функции желудка. Опухолевый стеноз. Язвенный стеноз

**4:** ЖКБ, острый холецистит, холецистолитиаз

#### Правильные ответ(ы):

нарушение эвакуаторной функции желудка. Опухолевый стеноз. Язвенный стеноз

**Ответ:**нарушение эвакуаторной функции желудка. Опухолевый стеноз. Язвенный стеноз

**Обоснование:**На основании специфических жалоб и анамнеза – язва ДПК в анамнезе, тошнота и рвота непереваренной пищей.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.  
  
Стр. 153

## Вопрос 2: При физикальном обследовании положительный симптом позволил заподозрить нарушение эвакуаторной функции желудка

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Ситковского

**2:** Ровзинга

**3:** Мебиуса

**4:** «шум плеска» в эпигастральной области

#### Правильные ответ(ы):

«шум плеска» в эпигастральной области

**Ответ:**«шум плеска» в эпигастральной области

**Обоснование:**При сотрясении передней брюшной стенки в проекции желудка слышен характерный «шум плеска»  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –TII Стр. 575.

## Вопрос 3: Для уточнения диагноза Вы назначите

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопию

**2:** непрямую ультразвуковую эластографию печени

**3:** фиброгастродуоденоскопию

**4:** рентгенографию желудка с контрастом

#### Правильные ответ(ы):

фиброгастродуоденоскопию

**Ответ:**фиброгастродуоденоскопию

**Обоснование:**Эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки является золотым стандартом диагностики заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Данный инструментальный метод позволяет оценить состояние слизистой, диагностировать наличие новообразований и наличие функциональных нарушений.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

## Вопрос 4: На основании результатов проведенного инструментального исследования можно установить окончательный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Опухоль Клацкина

**2:** Хронический панкреатит

**3:** Язвенная болезнь ДПК. Декомпенсированный язвенный стеноз луковицы ДПК

**4:** Дивертикул двенадцатиперстной кишки

#### Правильные ответ(ы):

Язвенная болезнь ДПК. Декомпенсированный язвенный стеноз луковицы ДПК

**Ответ:**Язвенная болезнь ДПК. Декомпенсированный язвенный стеноз луковицы ДПК

**Обоснование:**Учитывая данные анамнеза, результатов эндоскопического исследования больному установлен диагноз язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, декомпенсированный язвенный стеноз луковицы ДПК.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

## Вопрос 5: Ваша дальнейшая тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении; наложении холецистоэнтероанастомоза

**2:** холецистэктомии

**3:** консервативном лечении; наблюдении гастроэнтеролога по месту жительства

**4:** хирургическом лечении; больной показана операция в объеме гастродуоденостомии по Джабулею, проксимальная селективная ваготомия

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении; больной показана операция в объеме гастродуоденостомии по Джабулею, проксимальная селективная ваготомия

**Ответ:**хирургическом лечении; больной показана операция в объеме гастродуоденостомии по Джабулею, проксимальная селективная ваготомия

**Обоснование:**В случае грубой рубцовой деформации луковицы ДПК и возникновении декомпенсированного стеноза с нарушением эвакуаторной функции желудка больному показано выполнение хирургического лечения с целью восстановления проходимости верхних отделов ЖКТ и выполнение селективной ваготомии с целью снижения секреции желудка.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Фиброгастродуоденоскопия

Заключение: Эндоскопические признаки хронической язвы луковицы 12-перстной кишки. Грубая рубцово-язвенная деформация луковицы 12-перстной кишки с явлениями стеноза. Аппарат непроходим за область стеноза.

#### Диагноз

#### Язвенная болезнь ДПК. Декомпенсированный язвенный стеноз луковицы ДПК

## Вопрос 6: В рамках предоперационной подготовки пациентке необходимо пройти такие лабораторные тесты как (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** определение скрытой крови в кале

**2:** кал на яйца глист

**3:** углеводный антиген СА 19-9

**4:** исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**5:** раковый эмбриональный антиген

**6:** общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

#### Правильные ответ(ы):

исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)  
общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**Ответ:**исследование на наличие инфекции в сыворотке крови (гепатит В,С, ВИЧ, сифилис)

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

**Ответ:**общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма

**Обоснование:**Данный перечень анализов позволит исключить или заподозрить наличие спутывающих патологий, которые могут повлиять на тактику лечения и/или предоперационную подготовку.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

## Вопрос 7: В рамках предоперационной подготовки пациентке необходимо пройти такие инструментальные исследования как (выберите 2)

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** флюорография грудной клетки

**2:** суточный мониторинг ЭКГ

**3:** Рh-метрия желудка

**4:** МРХПГ

**5:** МСКТ ОБП с в/в к/у

#### Правильные ответ(ы):

флюорография грудной клетки  
МСКТ ОБП с в/в к/у

**Ответ:**МСКТ ОБП с в/в к/у

**Обоснование:**КТ с в/в к/у позволяет диагностировать с высокой точностью органические заболевания органов брюшной полости.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII СТР.575.

**Ответ:**флюорография грудной клетки

**Обоснование:**Флюорография входит в перечень обязательных предоперационных исследований с целью исключения туберкулеза легких.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

## Вопрос 8: В рамках предоперационной подготовки обязательным является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** катетеризация мочевого пузыря

**2:** выполнение колоноскопии

**3:** чрескожное чреспеченочное дренирование холедоха

**4:** взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки

#### Правильные ответ(ы):

взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки

**Ответ:**взятие биопсии из области язвенного дефекта слизистой луковицы двенадцатиперстной кишки

**Обоснование:**В случае выявление наличия злокачественного процесса тактика хирургического лечения будет изменена в сторону расширения объема.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

## Вопрос 9: Ориентиром между привратником и двенадцатиперстной кишкой является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** левая печеночная артерии

**2:** вена Мейо

**3:** гастродуоденальная артерия

**4:** воротная вена

#### Правильные ответ(ы):

вена Мейо

**Ответ:**вена Мейо

**Обоснование:**Препилорическая вена Мейо (Мауо), служащая ориентиром для определения местонахождения пилорического жома, впадает в правую желудочную вену.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

## Вопрос 10: К осложнениям язвенной болезни желудка относят

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** цирроз печени

**2:** атрезию желчных протоков

**3:** дуоденогастральный рефлюкс

**4:** перфорацию

#### Правильные ответ(ы):

перфорацию

**Ответ:**перфорацию

**Обоснование:**На фоне отсутствия терапии язвенная болезнь прогрессировать и может возникнуть перфорация язвы с развитие перитонита.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

#### Доступны новые данные:

#### Углеводный антиген СА 19-9

Углеводный антиген СА 19-9 0,5 ед/мл(норма до 37 ед/мл)

#### Кал на яйца глист

Не обнаружены

#### Результаты инструментальных исследований

#### Флюорография грудной клетки

Очаговых и инфильтративных теней не обнаружено

#### Суточный мониторинг ЭКГ

Значимых нарушений не выявлено

## Вопрос 11: Консервативная патогенетическая терапия язвенной болезни включает

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** сандостатин

**2:** бета-блокаторы

**3:** УДХК

**4:** ингибиторы протонной помпы

#### Правильные ответ(ы):

ингибиторы протонной помпы

**Ответ:**ингибиторы протонной помпы

**Обоснование:**Препараты группы ингибиторы протонной помпы снижают секрецию соляной кислоты, способствуя заживлению поврежденной слизистой.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII Стр. 575.

## Вопрос 12: Язвенный пилородуоденальный стеноз чаще встречается у

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** подростков

**2:** мужчин

**3:** женщин

**4:** одинаково

#### Правильные ответ(ы):

мужчин

**Ответ:**мужчин

**Обоснование:**Мужчины страдают данной патологией чаще,чем женщины (5:1)  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – TII. Стр.573

# Ситуационная задача 91

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

На постоянную неинтенсивную боль в правом подреберье, слабость

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Гепатит С в течение 20 лет

Цирроз печени класса А по Child -Pugh

Операций не было.

#### Объективный статус

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

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, незначительная болезненность при пальпации в правом подреберье. Пальпируется очаговое образование в правой доле печени округлой формы, диаметром до 7 см, спаянное с передней брюшной стенкой

## Вопрос 1: На основании анамнеза и осмотра может быть сформулирован предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Простые кисты печени

**2:** Адренокортикальный рак справа

**3:** Гепатоцеллюлярный рак правой доли печени

**4:** Гемангиома правой доли печени

#### Правильные ответ(ы):

Гепатоцеллюлярный рак правой доли печени

**Ответ:**Гепатоцеллюлярный рак правой доли печени

**Обоснование:**На основании особенностей появления симптомов и динамики развития заболевания, гепатит С в анамнезе можно заподозрить злокачественную опухоль печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. \*С. 540-573 \*ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 2: При физикальном обследовании симптом позволил заподозрить ГЦР

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** увеличения живота в объеме

**2:** спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

**3:** болезненности при пальпации в правом подреберье

**4:** Мюсси-Георгиевского

#### Правильные ответ(ы):

спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

**Ответ:**спаянности опухоли с передней брюшной стенкой

**Обоснование:**Как правило, злокачественные образования печени спаяны с передней брюшной стенкой при краевом расположении и обладают инфильтративным ростом  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII. \*\*С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 3: Необходимыми лабораторными методами для постановки диагноза являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**2:** общий анализ мочи

**3:** общий анализ крови

**4:** определение уровня антител к возбудителю эхинококкоза

**5:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

**6:** PSA

#### Правильные ответ(ы):

биохимический анализ крови + С-реактивный белок  
общий анализ мочи  
общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи необходим для исключения патологии мочевыводящей системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При ГЦР в общем анализе крови отмечается анемия. Для цирроза печени характерна тромбоцитопения  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ крови необходим для оценки синтетической функции печени, исключения печеночной недостаточности  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573\* \*ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 4: Необходимым инструментальным методом диагностики является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обзорная рентгенография брюшной полости

**2:** рентгенография органов грудной клетки

**3:** эзофагогастродуоденоскопия

**4:** УЗИ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости

**Ответ:**УЗИ брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, потому что позволяет оценить поражение печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 5: Необходимым дополнительным методом диагностики является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** КТ брюшной полости с контрастированием

**2:** эзофагогастродуоденоскопия

**3:** консультация гепатолога

**4:** консультация инфекциониста

#### Правильные ответ(ы):

КТ брюшной полости с контрастированием

**Ответ:**КТ брюшной полости с контрастированием

**Обоснование:**Компьютерная томография является ведущим методом диагностики опухолей печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 – 140,0 | 95 |
| Гематокрит, % | 35,0 – 47,0 | 30 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 – 9,00 | 7,5 |
| Эритроциты, абс | 4,00 – 5,70 | 3,5 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 – 320,0 | 120 |
| Лимфоциты, % | 17,0 – 48,0 | 25,1 |
| Моноциты, % | 2,0 – 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 – 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 – 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 – 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 – 20 | 15 |

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | соломенно-желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1025 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,02 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Билирубин |  |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 60 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 10 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 1,5 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 100 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 150 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 115 |
| Альфа-Амилаза, ед/л |  |  |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 4,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 0,3 мл/л |

#### Результаты обследования

#### УЗИ брюшной полости

Печень в размерах увеличена за счет округлого опухолевого образования правой доли печени диаметром до 8 см, передне-задний размер правой доли – 210 мм, левой доли – 55 мм, контуры чёткие ровные, структура паренхимы печени диффузно уплотнена. Данных за другие очаговые образования печени не выявлено

Желчный пузырь визуализируется размерами 70 х 20,5 мм, в просвете определяются конкременты диаметром до 1 см, стенки уплотнены, не утолщены. Внутрипечёночные желчные протоки не расширены. Гепатикохоледох визуализируется в воротах печени, диаметр его составляет 8 мм, просвет свободен, стенки уплотнены

Поджелудочная железа обычного строения, без особенностей.

Увеличенных регионарных лимфатических узлов не выявлено.

В полости малого таза – незначительное количество свободной жидкости.

Заключение: опухолевое образование правой доли печени.

## Вопрос 6: На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальным методов исследования можно сформулировать диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый гепатит на фоне цирроза печени вирусной этиологии, класс А. Холецистолитиаз

**2:** Гемангиома 6-7 сегментов печени ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс В

**3:** ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс В

**4:** ГЦР 6-7 сегментов печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс А

#### Правильные ответ(ы):

ГЦР 6-7 сегментов печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс А

**Ответ:**ГЦР 6-7 сегментов печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс А

**Обоснование:**Учитывая информацию, полученную во время опроса (длительность заболевания), физикального осмотра, данных УЗ и КТ исследования органов брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 7: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** хирургическом лечении: - резекции 6-7 сегментов печени, холецистэктомии

**2:** динамическом наблюдении, контроле лабораторных показателей

**3:** консервативном лечении, интенсивной инфузионной терапии

**4:** хирургическом лечении: лапаротомии, холецистэктомии, наружном дренировании желчных протоков

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении: - резекции 6-7 сегментов печени, холецистэктомии

**Ответ:**хирургическом лечении: - резекции 6-7 сегментов печени, холецистэктомии

**Обоснование:**Лечебная тактика заключается в удалении образования при сохранной функции печени и отсутствии клинически значимого цирроза печени (Child-Pugh B-C)  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 8: Необходимо использовать хирургический доступ, заключающийся в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ лапаротомии

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** тотальной

**2:** правосторонней параректальной

**3:** J-образной

**4:** срединной

#### Правильные ответ(ы):

J-образной

**Ответ:**J-образной

**Обоснование:**Доступ к правой доле печени проводится при помощи J- образного лапаротомного доступа  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573. ISBN: 978-5-9704-1544-3  
  
Хирургия печени: практическое руководство/ Б.И.Альперович – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С. 90-97 ISBN 978-5-9704-2573-2

## Вопрос 9: На основании клинической картины у пациента гепатоцеллюлярная карцинома

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** T3N1M0

**2:** T1N0M1

**3:** T3N0M0

**4:** T3N1M1

#### Правильные ответ(ы):

T3N1M0

**Ответ:**T3N1M0

**Обоснование:**Опухоль более 5 см в пределах 1-й доли и поражение лимфоузлов ГДС Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

#### Доступны новые данные:

#### КТ брюшной полости с контрастированием

Результат: Опухолевое образование правой доли печени диаметром 8 см. Гепатоцеллюлярная карцинома 6-7 сегментов печени? Лимфааденопатия ГДС. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит Умеренный асцит

#### Диагноз

#### ГЦР 6-7 сегментов печени. ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Хронический гепатит С. Цирроз печени вирусной этиологии, класс А

## Вопрос 10: Основным противопоказанием к радикальной операции при гепатоцеллюлярном раке печени является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** цирроз печени класса А по Child-Pugh

**2:** опухоль размерами более 7 см

**3:** цирроз печени класса В и С по Child-Pugh

**4:** наличие хронического гепатита С

#### Правильные ответ(ы):

цирроз печени класса В и С по Child-Pugh

**Ответ:**цирроз печени класса В и С по Child-Pugh

**Обоснование:**Наличие клинических проявлений заболевания является основным показанием к проведению оперативного лечения при гемангиоме печени  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 11: Заболеваемость гепатоцеллюлярным раком в России составляет \_\_\_\_\_\_ человек на 100 000 населения

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 100-120

**2:** 25-30

**3:** 4-5

**4:** 40-50

#### Правильные ответ(ы):

4-5

**Ответ:**4-5

**Обоснование:**Заболеваемости гепатоцеллюлярным раком в России 4-5 человек на 100000 населения  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

## Вопрос 12: Для адъювантного лечения гепатоцеллюлярного рака используется препарат

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** бевацизумаб

**2:** цисплатин

**3:** герцептин

**4:** сорафениб

#### Правильные ответ(ы):

сорафениб

**Ответ:**сорафениб

**Обоснование:**Для адъювантного лечения гепатоцеллюлярного рака используется препарат сорафениб  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С.Савельева, А.И.Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 540-573 ISBN: 978-5-9704-1544-3

# Ситуационная задача 92

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операций не было.

Гинекологичекий анамнез: цикл 28 дней, 14 день цикла.

#### Объективный статус

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

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, отмечается болезненность при пальпации в правой подвздошной области.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** прободная язва желудка

**2:** острый аппендицит

**3:** острый панкреатит

**4:** острый холецистит

#### Правильные ответ(ы):

острый аппендицит

**Ответ:**острый аппендицит

**Обоснование:**На основании особенностей появления симптомов и динамики развития болевого синдрома (наличие симптома Кохера), диспептических расстройств в первую очередь можно заподозрить острый аппендицит.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 106- место в источнике

## Вопрос 2: Учитывая пол и возраст пациентки при сборе дополнительного анамнеза, необходимо уточнить характеристику боли, а именно

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале

**2:** наличие пульсации в правой подвздошной области

**3:** иррадиацию боли в правую лопатку

**4:** иррадиацию боли в промежность при мочеиспускании

#### Правильные ответ(ы):

иррадиацию боли в промежность при мочеиспускании

**Ответ:**иррадиацию боли в промежность при мочеиспускании

**Обоснование:**На основании полученных данных анамнеза – женский пол пациентки, середина менструального цикла, необходимо уточнить характер боли и её иррадиацию с целью дальнейшей дифференциальной диагностики.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 116- место в источнике

## Вопрос 3: При физикальном обследовании положительный симптом позволяет заподозрить у пациентки острый аппендицит

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Мебиуса

**2:** Ровзинга

**3:** Кера

**4:** Ортнера-Грекова

#### Правильные ответ(ы):

Ровзинга

**Ответ:**Ровзинга

**Обоснование:**Собранными вместе пальцами левой руки надавливают на переднюю стенку живота, соответственно месту расположения нисходящей ободочной кишки; не отнимая левой руки, пальцами правой надавливают на вышележащий участок нисходящей ободочной кишки; симптом считается положительным, если при надавливании правой рукой возникает или усиливается боль в правой подвздошной области. Данный болевой синдром возникает при ретроградном перемещении газа в просвет слепой кишки и раздражением нервных окончаний воспаленного червеобразного отростка  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII. С. 107

## Вопрос 4: Учитывая пол, возраст пациентки, характеристики болевого синдрома пациентке показана дополнительная консультация \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ с целью исключения других причин абдоминальной боли

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** акушера-гинеколога

**2:** инфекциониста

**3:** уролога

**4:** терапевта

#### Правильные ответ(ы):

акушера-гинеколога

**Ответ:**акушера-гинеколога

**Обоснование:**Учитывая пол, возраст больной, отсутствие явных признаков аппендицита по данным УЗИ необходимо исключить гинекологические заболевания, которые могу давать похожую симптоматику.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 500

## Вопрос 5: Необходимыми лабораторными исследованиями для постановки диагноза являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

**2:** раковый эмбриональный антиген

**3:** общий анализ крови

**4:** общий анализ мочи

**5:** углеводный антиген СА 19-9

**6:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови  
общий анализ мочи  
биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**Общий анализ мочи необходим для дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями, а именно исключения патологии мочевыводящей системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 108-109.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Наличие пульсации в правой подвздошной области

Боль не пульсирующая

#### Результаты обследования

#### Симптом Кера

Симптом Кера отрицательный

#### Результаты обследования

#### Терапевт

Хронических соматических заболеваний нет

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При остром аппендиците в общем анализе крови отмечается лейкоцитоз и нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 108-109.

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Наличие пульсации в правой подвздошной области

Боль не пульсирующая

#### Результаты обследования

#### Симптом Кера

Симптом Кера отрицательный

#### Результаты обследования

#### Терапевт

Хронических соматических заболеваний нет

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Прирост С-реактивного белка в динамике (в течение 6часов) –диагностический признак острого аппендицита. Биохимический анализ крови входит в базовую панель лабораторных анализов  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 108-109

#### Доступны новые данные:

#### Результаты обследования

#### Наличие пульсации в правой подвздошной области

Боль не пульсирующая

#### Результаты обследования

#### Симптом Кера

Симптом Кера отрицательный

#### Результаты обследования

#### Терапевт

Хронических соматических заболеваний нет

## Вопрос 6: Необходимым инструментальным методом диагностики является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** эзофагогастродуоденоскопия

**2:** рентгенография органов грудной клетки

**3:** УЗИ брюшной полости + малого таза

**4:** обзорная рентгенография брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости + малого таза

**Ответ:**УЗИ брюшной полости + малого таза

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, потому что позволяет увидеть свободную жидкость, и аппендикс.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 114

## Вопрос 7: На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Мочекаменная болезнь, почечная колика

**2:** Острый флегмонозный аппендицит

**3:** Функциональное расстройство кишечника

**4:** Обострение хронического калькулезного панкреатита

#### Правильные ответ(ы):

Острый флегмонозный аппендицит

**Ответ:**Острый флегмонозный аппендицит

**Обоснование:**Учитывая информацию, полученную во время опроса (длительность заболевания), физикального осмотра, лабораторную картину воспаления по данным общеклинического анализа крови, косвенные признаки воспалительного процесса в нижнем этаже брюшной полости по данным УЗИ у пациентки острый флегмонозный аппендицит.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 108-109

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных обследований

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0жен. | 110 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 35 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 15,5 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 4,5 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 220,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 35 |

#### Реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

Отрицательная

#### Раковый эмбриональный антиген

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

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Обзорная рентгенография брюшной полости

[Ссылка на изображение.](https://create-multicase.mededtech.ru/fileRepository/001/069/001069137)

На обзорной рентгенограмме брюшной полости патологии не выявлено.

## Вопрос 8: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** консервативном лечении

**2:** хирургическом лечении; лапаротомии; резекции слепой кишки с червеобразным отростком

**3:** хирургическом лечении; экстренной аппендэктомии

**4:** динамическом наблюдении; контроле лабораторных анализов через 6 часов

#### Правильные ответ(ы):

хирургическом лечении; экстренной аппендэктомии

**Ответ:**хирургическом лечении; экстренной аппендэктомии

**Обоснование:**Лечебная тактика заключается в возможно более раннем удалении аппендикса.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 118

## Вопрос 9: У вас нет возможности проведения лапароскопической аппендэктомии. Необходимо использовать хирургический доступ по

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Пирогову

**2:** Спасокукоцкому

**3:** Волковичу-Дьяконову

**4:** Кохеру

#### Правильные ответ(ы):

Волковичу-Дьяконову

**Ответ:**Волковичу-Дьяконову

**Обоснование:**Типичную аппендэктомию производят с помощью косого переменного разреза в правой подвздошной области.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 118.

## Вопрос 10: На основании клинической картины иррадиации боли у пациентки можно ожидать \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ расположение червеобразного отростка

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** типичное

**2:** подпеченочное

**3:** ретроцекальное

**4:** тазовое

#### Правильные ответ(ы):

тазовое

**Ответ:**тазовое

**Обоснование:**Дизурические расcтройства, иррадиация в область промежности и диарея являются признаками тазового расположения аппендикса.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 113

#### Доступны новые данные:

#### Иррадиация боли в промежность при мочеиспускании

Боль иррадиирует в промежность

#### Симптом Ровзинга

Симптом Ровзинга положительный

#### Акушер -гинеколог

Гинекологической патологии нет

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Праметр | Значение |
| Количество | 150мл |
| Цвет (норма-соломенно-желтый) | желтый |
| Прозрачность (норма –полная) | полная |
| Реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1021 |
| Белок (в норме – до 0,033 г/л) | 0,01 г/л |
| Уробилин | отсутствует |
| Лейкоциты (норма – не более 3 у мужчин, не более 5 – у женщин) | 1-2 в поле зрения |
| Эритроциты (норма- не более 2 в п/зр) | отсутствуют |
| Цилиндры (норма – отс) | отсутствуют |
| Эпителий (норма – отс) | отсутствует |
| Бактерии (норма – отс) | отсутствуют |
| Слизь (норма – немного) | немного |
| Соли (норма – отс) | отсутствуют |

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок, г/л | 64 - 82 | 70,8 |
| Мочевина, ммоль/л | 2,5 - 6,4 | 3,0 |
| Креатинин, мкмоль/л | 53 - 115 | 89 |
| Билирубин общий, мкмоль/л | 3,0 - 17,0 | 7,2 |
| Билирубин прямой, мкмоль/л | 0,0 - 3,0 | 1,2 |
| АЛТ, ед/л | 15,0 - 61,0 | 22,0 |
| АСТ, ед/л | 15,0 - 37,0 | 18,0 |
| Щелочная фосфатаза, ед/л | 50,0 - 136,0 | 64,0 |
| Альфа-Амилаза, ед/л |  |  |
| Глюкоза, моль/л | 3,89 – 5,83 | 4,2 |
| С-реактивный белок, мг/л | Не более 0,49 мг/л | 12 мг/л |

#### УЗИ брюшной полости+малого таза

Печень в размерах не увеличена: передне-задний размер правой доли – 120,4 мм, левой доли – 51,9 мм, контуры чёткие ровные, структура паренхимы печени диффузно уплотнена.

Желчный пузырь визуализируется размерами 64,8 х 22,6 мм, в просвете определяется незначительное количество изоэхогенного мелкодисперсного сладжа, стенки уплотнены, не утолщены. Внутрипечёночные желчные протоки не расширены. Гепатикохоледох визуализируется в воротах печени, диаметр его составляет 7,0 мм, просвет свободен, стенки уплотнены, по его ходу определяется уплотнение клетчатки.

Поджелудочная железа: головка – 38,6 мм, тело – 21,6 мм, хвост — 21,4 мм, контуры чёткие, ровные, структура гиперэхогенна. ГПП не визуализируется.

Увеличенных регионарных лимфатических узлов не выявлено.

Петли кишечника умеренно пневматизированы, что затрудняет осмотр. Червеобразный отросток достоверно не определяется.

В полости малого таза – незначительное количество свободной жидкости.

Тело матки 31х28х30 мм, в правильном положении, контуры четкие, ровные, структура миометрия однородная, толщина эндометрия 4 мм.

Правый яичник – 30х16х12 мм, расположен в типичном месте, контуры ровные, четкие, фолликулы расположены по периферии с максимальным диаметром 10 мм

Левый яичник – 29х18х17 мм, расположен в типичном месте, контуры ровные, четкие, фолликулы расположены по периферии с максимальным диаметром 10 мм

Заключение: косвенные признаки воспалительного процесса в нижнем этаже брюшной полости, диффузные изменения поджелудочной железы.

#### Диагноз

#### Острый флегмонозный аппендицит

## Вопрос 11: Тазовое расположение червеобразного отростка у женщин встречается в \_\_\_\_\_ % случаев

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 7

**2:** 16

**3:** 30

**4:** 10

#### Правильные ответ(ы):

30

**Ответ:**30

**Обоснование:**Тазовое расположение червеобразного отростка у женщин встречается в 30 % случаев среди женщин.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 113

## Вопрос 12: Флегмонозное воспаление червеобразного отростка формируется через \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от начала заболевания

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 1-6 часов

**2:** 2-3 суток

**3:** 6-24 часа

**4:** 3-6 суток

#### Правильные ответ(ы):

6-24 часа

**Ответ:**6-24 часа

**Обоснование:**Как правило, формирование флегмонозного аппендицита наблюдается в течение 6-24 часов от начала заболевания.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 129

# Ситуационная задача 93

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

Пациентка Д., 59 лет доставлен бригадой СМП в приемное отделение ГКБ.

#### Жалобы

На боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами.

#### Анамнез заболевания

Больна в течение двух недель. Заболевание началось остро с резких болей в правом подреберье и эпигастрии. На следующий день болевой синдром стал меньше, отметила потемнение цвета мочи, обесцвеченный кал. Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращалась. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами. В связи с ухудшением общего состояния вызвала СМП, доставлена в ГКБ.

#### Анамнез жизни

Гипертоническая болезнь 2 ст., 2 ст., риск ССО 3.

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Аллергии на препараты отрицает.

Операции: аппендэктомия в 20-летнем возрасте.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 162 см, масса тела 84 кг. Кожный покров и склеры желтушной окраски. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 14 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 92 в 1 мин, АД 140/85 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, Симптомы Ортнера, Мерфи положительные, симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно установить предположительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** острый аппендицит

**2:** перфорация язвы двенадцатиперстной кишки, перитонит

**3:** хронический калькулезный панкреатит, обострение

**4:** ЖКБ: острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, механической желтухой

#### Правильные ответ(ы):

ЖКБ: острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, механической желтухой

**Ответ:**ЖКБ: острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, механической желтухой

**Обоснование:**На основании появления симптомов и динамики их развития, в первую очередь можно заподозрить острый холецистит.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-144

## Вопрос 2: К появлению болей в правом подреберье может привести

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** обструктивный холецистит

**2:** болезнь Крона

**3:** кишечная непроходимость

**4:** наличие аппендикулярного инфильтрата

#### Правильные ответ(ы):

обструктивный холецистит

**Ответ:**обструктивный холецистит

**Обоснование:**Обструктивный холецистит развивается из-за обструкции желчного протока конкрементами.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 152-162

## Вопрос 3: Лабораторными методами необходимыми для постановки диагноза являются (выберите 3)

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ мочи

**2:** определение СА 19-9

**3:** общий анализ крови

**4:** биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**5:** реакция микропреципитации с кардиолипиновым антигеном

**6:** определение РЭА

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ мочи  
общий анализ крови  
биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Ответ:**общий анализ мочи

**Обоснование:**ОАМ необходим для дифференциальной диагностики, в частности для исключения патологии мочевыделительной системы.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-145

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**При остром холецистите в общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-145

**Ответ:**биохимический анализ крови + С-реактивный белок

**Обоснование:**Биохимический анализ необходим для дифференциальной диагностики с другими воспалительными заболеваниями брюшной полости, в т.ч. острым аппендицитом, острым панкреатитом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-145

## Вопрос 4: Методом инструментальной диагностики необходимым для первоочередной постановки диагноза является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** колоноскопия

**2:** эзофагогастродуоденоскопия

**3:** R-графия органов брюшной полости

**4:** УЗИ брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

УЗИ брюшной полости

**Ответ:**УЗИ брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, поскольку помимо исключения патологических изменений правой почки и правого мочеточника, поджелудочной железы, позволяет обнаружить камни в желчном пузыре, утолщение стенки желчного пузыря.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-168

## Вопрос 5: На основании полученных данных анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования можно установить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый аппендицит

**2:** ЖКБ. Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, механической желтухой

**3:** Острая спаечная толстокишечная непроходимость

**4:** Острый спаечная тонкокишечная непроходимость, некроз тонкой кишки, перитонит

#### Правильные ответ(ы):

ЖКБ. Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, механической желтухой

**Ответ:**ЖКБ. Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, механической желтухой

**Обоснование:**Диагноз установлен на основании данных анамнеза, данных общего и биохимеческого анализов крови, УЗИ брюшной полости  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 154-158

## Вопрос 6: Дальнейшей лечебной тактикой является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** лапаротомия; формирование гепатоеюноанастомоза

**2:** консервативная инфузионная спазмолитическая терапия и эндоскопическое малоинвазивное удаления камней

**3:** выписка пациентки под наблюдение врачей по месту жительства

**4:** лапароскопическая санация брюшной полости

#### Правильные ответ(ы):

консервативная инфузионная спазмолитическая терапия и эндоскопическое малоинвазивное удаления камней

**Ответ:**консервативная инфузионная спазмолитическая терапия и эндоскопическое малоинвазивное удаления камней

**Обоснование:**Из лечебных мероприятий при остром холецистите назначают постельный режим, консервативную терапию. При неэффективности консервативной инфузионной спазмолитической терапии и эндоскопических малоинвазивных методов удаления камней из желчных протоков показано оперативное лечение по срочным показаниям в виду прогрессирования желтухи и интоксикации.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 162-168

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторных методов обследования

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 130,0 - 160,0 | 132 |
| Гематокрит, % | 35,0 - 47,0 | 35 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 14,3 |
| Эритроциты, абс. | 4,00 - 5,70 | 4,03 |
| Тромбоциты, абс. | 150,0 - 320,0 | 179,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 29,1 |
| Моноциты, % | 2,0 - 10,0 | 6,8 |
| Нейтрофилы | 48,00 - 78,00 | 49,3 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 1,6 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,9 |
| СОЭ по Панченкову | 2 - 20 | 50 |

#### Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Параметр | Значение |
| количество | 121 мл |
| цвет | темный |
| прозрачность | полная |
| реакция | кислая |
| Удельная плотность | 1030 |
| белок | 0,05 г/л |
| уробилин | отсутствует |
| лейкоциты | 10 в поле зрения |
| эритроциты | 0-1 в поле зрения |
| цилиндры | отсутствуют |
| эпителий | отсутствует |
| бактерии | отсутствуют |
| слизь | немного |
| соли | отсутствуют |

#### Биохимический анализ крови + С-реактивный белок

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Наименование | Нормы | Значение |
| Общий белок | 64 - 82 | 66 |
| Мочевина | 2,5 - 6,4 | 3,2 |
| Креатинин | 53 - 115 | 80 |
| Билирубин общий | 3,0 - 17,0 | 100,2 |
| Билирубин прямой | 0,0 - 3,0 | 40,9 |
| АЛТ | 15,0 - 61,0 | 50 |
| АСТ | 15,0 - 37,0 | 42 |
| Щелочная фосфатаза | 50,0 - 136,0 | 131,2 |
| Альфа-Амилаза | 25-125 | 115 |
| Глюкоза | 3,89 – 5,83 | 4,7 |
| С-реактивный белок | Не более 0,49 мг/л | 12 мг/л |

#### Результаты инструментального метода обследования

#### УЗИ брюшной полости

Заключение: острый калькулезный холецистит, холецистолитиаз, холедохолитиаз, билиарная гипертензия.

Очаговый гастрит, ГЭРБ

#### Диагноз

#### ЖКБ. Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, механической желтухой

## Вопрос 7: На фоне проведенного лечения в течение пяти дней у пациента отмечается положительная динамика – отсутствует боль в правом подреберье, отсутствует гипертермия, отмечена нормализация ОАК и биохимического анализа крови. Вашей дальнейшей тактикой является

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** санация брюшной полости

**2:** выписка пациентки с последующей рекомендацией о выполнение холецистэктомии в плановом порядке

**3:** аппендэктомия

**4:** формирование гепатикоеюноанастомоза

#### Правильные ответ(ы):

выписка пациентки с последующей рекомендацией о выполнение холецистэктомии в плановом порядке

**Ответ:**выписка пациентки с последующей рекомендацией о выполнение холецистэктомии в плановом порядке

**Обоснование:**Больным во избежание рецидива показано выполнение холецистэктомии в плановом порядке.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 162-164

## Вопрос 8: После окончания лечения при появлении болевого синдрома пациентке следует рекомендовать

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** прием спазмолитиков

**2:** прием антикоагулянтов

**3:** прием антибиотиков

**4:** прием НПВС

#### Правильные ответ(ы):

прием спазмолитиков

**Ответ:**прием спазмолитиков

**Обоснование:**Спазмолитики наиболее часто используются при купировании болевого синдрома.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 167-168

## Вопрос 9: Анатомическими структурами образующими треугольник Кало являются пузырный проток, пузырная артерия и

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** правая печеночная артерия

**2:** общий желчный проток

**3:** гастродуоденальная артерия

**4:** общий печеночный проток

#### Правильные ответ(ы):

общий печеночный проток

**Ответ:**общий печеночный проток

**Обоснование:**Треугольник Кало: общий печеночный проток, пузырный проток, пузырная артерия.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-144

## Вопрос 10: Наиболее часто встречающимся объективным симптомом при остром холецистите является симптом

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** Бартомье - Михельсона

**2:** Захарьина

**3:** Щеткина-Блюмберга

**4:** Ортнера

#### Правильные ответ(ы):

Ортнера

**Ответ:**Ортнера

**Обоснование:**Симптом Ортнера — болезненность при поколачивании по краю правой реберной дуги  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 146-148

## Вопрос 11: Дренирование холедоха через культю пузырного протока расщепленным дренажом - это способ

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** Мейо

**2:** Пиковского

**3:** Стерлинга

**4:** Каттеля

#### Правильные ответ(ы):

Пиковского

**Ответ:**Пиковского

**Обоснование:**Дренирования по Пиковскому – дренирование холедоха расщепленным дренажом.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 142-168

## Вопрос 12: Противопоказанием к лапароскопической холецистэктомии является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** флегмонозный холецистит

**2:** обширный спаечный процесс в брюшной полости

**3:** гангренозный холецистит

**4:** острый аппендицит

#### Правильные ответ(ы):

обширный спаечный процесс в брюшной полости

**Ответ:**обширный спаечный процесс в брюшной полости

**Обоснование:**Обширный спаечный процесс в брюшной полости основное противопоказание для выполнения лапароскопической холецистэктомии.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.м: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Стр. 162-168

# Ситуационная задача 94

#### УСЛОВИЕ СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ

#### Ситуация

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

#### Жалобы

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

#### Анамнез заболевания

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

#### Анамнез жизни

Туберкулез, ВИЧ, гепатиты, сифилис отрицает.

Хронические заболевания отрицает

Аллергии на препараты отрицает.

Операции: отрицает.

#### Объективный статус

Общее состояние средней тяжести. Рост 175 см, масса тела 74 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное, ЧДД 16 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 140/90 мм рт. ст.

Локальный статус: язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, болезненный при пальпации в правой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. Грыжевых выпячиваний не выявлено.

## Вопрос 1: На основании анамнеза и физикального осмотра можно поставить предварительный диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** тонкокишечная непроходимость

**2:** острый панкреатит

**3:** острый аппендицит

**4:** перфорация язвы желудка

#### Правильные ответ(ы):

острый аппендицит

**Ответ:**острый аппендицит

**Обоснование:**На основании анамнеза заболевания и клинической картины можно поставить предварительный диагноз острый аппендицит  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. Г. 43, С.-106

## Вопрос 2: У пациента определяется симптом

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** Кера

**2:** Ортнера-Грекова

**3:** Мебиуса

**4:** Кохера-Волковича

#### Правильные ответ(ы):

Кохера-Волковича

**Ответ:**Кохера-Волковича

**Обоснование:**Симптом Кохера-Волковича – появление болей в эпигастрии и дальнейшая их локализация в правой подвздошной области  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. –ТII. С.110

## Вопрос 3: Необходимым лабораторным методом обследования является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** общий анализ мочи

**2:** общий анализ крови

**3:** определение углеводного антигена СА 19-9

**4:** биохимический анализ крови

#### Правильные ответ(ы):

общий анализ крови

**Ответ:**общий анализ крови

**Обоснование:**В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз, нейтрофильный свиг  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 109

## Вопрос 4: Наиболее предпочтительным инструментальным методом для уточнения диагноза является

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** рентгенография органов грудной клетки

**2:** рентгенография органов брюшной полости

**3:** ультразвуковое исследование брюшной полости

**4:** эзофагогастроскопия

#### Правильные ответ(ы):

ультразвуковое исследование брюшной полости

**Ответ:**ультразвуковое исследование брюшной полости

**Обоснование:**УЗИ наиболее значимо, поскольку помимо исключения патологических изменений правой почки и мочеточника, желчного пузыря и желчных протоков, поджелудочной железы, матки и ее придатков позволяет обнаружить свободную жидкость в брюшной полости, а иногда и увеличенный червеобразный отросток  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 114

## Вопрос 5: Для установки точного диагноза необходима консультация врача

##### Тип вопроса: План обследования

**1:** кардиолога

**2:** невролога

**3:** уролога

**4:** гастроэнтеролога

#### Правильные ответ(ы):

уролога

**Ответ:**уролога

**Обоснование:**Чаще всего необходимо привлечение уролога для исключения мочекаменной болезни, пиелонефрита  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 118

#### Доступны новые данные:

#### Результаты лабораторного метода обследования

#### Определение углеводного антигена СА 19-9

Углеводный антиген СА 19-9 0,5 ед/мл(норма до 37 ед/мл)

#### Результаты инструментального метода обследования

#### Эзофагогастроскопия

Эндоскопические признаки аксиальной кардиальной грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Очаговый гастрит.

## Вопрос 6: На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования пациенту можно поставить диагноз

##### Тип вопроса: Диагноз

**1:** Острый холецистит

**2:** Острый аппендицит

**3:** Острый аднексит

**4:** Кишечная колика

#### Правильные ответ(ы):

Острый аппендицит

**Ответ:**Острый аппендицит

**Обоснование:**Учитывая информацию, полученную во время опроса, физикального осмотра, данные ультразвукового исследования брюшной полости у пациента наиболее вероятно острый аппендицит  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 108-109

## Вопрос 7: Ваша дальнейшая лечебная тактика заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** выписке пациента под наблюдение хирурга по месту жительства

**2:** динамическом наблюдении, контроле лабораторных анализов через 6 часов

**3:** консервативном лечении

**4:** экстренном хирургическом лечении в объеме аппендэктомии

#### Правильные ответ(ы):

экстренном хирургическом лечении в объеме аппендэктомии

**Ответ:**экстренном хирургическом лечении в объеме аппендэктомии

**Обоснование:**Лечебная тактика заключается в наиболее возможном более раннем хирургическом лечении  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред.В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 118

## Вопрос 8: Типичную аппендэктомию выполняют через разрез

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** Мебиуса

**2:** Ровзинга

**3:** Кера

**4:** Волковича-Дъяконова

#### Правильные ответ(ы):

Волковича-Дъяконова

**Ответ:**Волковича-Дъяконова

**Обоснование:**Типичную аппендэктомию производят с помощью косого переменного разреза в правой подвздошной области, известного в отечественной литературе под названием разреза Волковича-Дъяконова  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 118.

## Вопрос 9: Дальнейшая тактика, если интраоперационно подтвержден диагноз острого флегмонозного аппендицита, при ревизии брюшной полости выявлено до 300 мл мутного выпота в малом тазу и правой подвздошной области, заключается в

##### Тип вопроса: Лечение

**1:** дренировании данного скопления

**2:** санация брюшной полости. Удаление червеобразного отростка

**3:** окончании операции

**4:** санация брюшной полости. После выполнения аппендэктомии постановка дренажа в малый таз

#### Правильные ответ(ы):

санация брюшной полости. После выполнения аппендэктомии постановка дренажа в малый таз

**Ответ:**санация брюшной полости. После выполнения аппендэктомии постановка дренажа в малый таз

**Обоснование:**Наличие в брюшной полости выпота – прямое показание к оставлению в брюшной полости дренажа.  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 125

#### Доступны новые данные:

#### Общий анализ крови

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Название | Норма | Значение |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 - 140,0жен | 125 |
| Гематокрит, % | 5,0 - 47,0 | 45 |
| Лейкоциты, абс. | 4,00 - 9,00 | 16,5 |
| Эритроциты, абс | 4,00 - 5,70 | 4,5 |
| Тромбоциты, абс | 150,0 - 320,0 | 220,0 |
| Лимфоциты, % | 17,0 - 48,0 | 20,1 |
| Моноциты, % | 17,0 - 48,0 | 8,8 |
| Нейтрофилы, % | 48,00 - 78,00 | 70,10 |
| Эозинофилы, % | 0,0 - 6,0 | 0,2 |
| Базофилы, % | 0,0 - 1,0 | 0,8 |
| СОЭ мм/ч по Панченкову | 2 - 20 | 25 |

#### Ультразвуковое исследование брюшной полости

Печень, поджелудочная железа, желудок без патологии. Признаки острого аппендцита. В малом тазу до 100 мл выпота.

#### Диагноз

#### Острый аппендицит

## Вопрос 10: При типичном течении острого аппендицита гангренозный аппендицит возникает через

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** 6-12 часов

**2:** 24-48 часов

**3:** 12-24 часов

**4:** 7 суток

#### Правильные ответ(ы):

24-48 часов

**Ответ:**24-48 часов

**Обоснование:**Гангренозный аппендицит развивается спустя 24-48 часов  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 108

## Вопрос 11: Оптимальным при сомнительной клинике острого аппендицита является выполнение

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** Мак-Бернея

**2:** диагностической лапароскопии

**3:** Кера

**4:** Кохера-Волковича

#### Правильные ответ(ы):

диагностической лапароскопии

**Ответ:**диагностической лапароскопии

**Обоснование:**Большим подспорьем в затруднительных случаях диагноза при острой патологии брюшной полости служит лапаросокопия  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 118

## Вопрос 12: Оптимальной тактикой лечения аппендикулярного инфильтрата является

##### Тип вопроса: Вариатив

**1:** динамическое наблюдение и проведение консервативной терапии

**2:** лапароскопическая аппендэктомия

**3:** дренирование инфильтрата

**4:** типичная аппендэктомия

#### Правильные ответ(ы):

динамическое наблюдение и проведение консервативной терапии

**Ответ:**динамическое наблюдение и проведение консервативной терапии

**Обоснование:**Операция противопоказана при спокойном течении аппендикулярного инфильтрата  
  
Клиническая хирургия: национальное руководство: в 3 т./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – ТII. С. 130