МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ "КРОК-2. ХІРУРГІЯ" СТУДЕНТАМИ IV–VI КУРСІВ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ "КРОК-2. ХІРУРГІЯ" СТУДЕНТАМИ IV–VI КУРСІВ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ

Затверджено
вченою радою ХНМУ.
Протокол № 4 від 18.04.2019.

Харків
ХНМУ
2019

Методичні вказівки щодо розв‘язання тестових завдань ліцензійного іспиту "Крок-2. Хірургія" студентами IV–VI курсів медичних факультетів / упоряд. І. А. Криворучко, А. В. Сивожелізов. – Харків: , ХНМУ, 2019. – 20 с.

Упорядники І. А. Криворучко
А. В. Сивожелізов

ВСТУП

У вивченні різних методів контролю досягнуто значних результатів. Вченими були визначені зміст і завдання контролю, зокрема тестового, його функції в процесі навчання; створена класифікація контрольних завдань, сформульовані основні вимоги до розробки контрольних завдань, самої процедури адміністрування контролю; проаналізовані та описані особливості організації контролю різних видів знань; розглянуто специфіку контролю.

Процес контролю й оцінки навчальної діяльності студентів має спиратися на вимоги принципів систематичності, об'єктивності, диференційованості й урахування їх індивідуальних особливостей, гласності, єдності вимог та доброзичливості.

Відповідно до прийнятої методики набору екзаменаційного тесту, до нього в обов'язковому порядку включаються тестові завдання з екзаменаційних буклетів попередніх років, які мають відповідні психометричні характеристики та є якірними.

Під час підготовки використання створених завдань має на меті допомогти студенту правильно обрати вірну відповідь, що дає змогу поліпшити якість підготовки до складання ліцензійного іспиту "Крок-2".

1. У хворої на 4-у добу після оперативного втручання з приводу гнійного маститу загальний стан погіршився, зросла температура до 40 °С, частота пульсу – 110/хв, частота дихання – 24/хв, артеріальний тиск – 100/60 мм рт. ст. В аналізі крові кількість лейкоцитів – 18×10^9/л, кількість паличкоядерних форм – 19 %. Яке ускладнення можна припустити?

A. ***Сепсис.***

B. Нагноєння рани.

C. Газова гангрена.

D. Перитоніт.

E. Гостре респіраторне захворювання.

Пояснення

Дані клінічні прояви вказують на сепсис як наслідок ускладнення синдрому системної запальної відповіді, яке виникло після оперативного втручання. Вогнищем інфекції найвірогідніше є гнійний мастит. У пацієнтки визначаються 4 зі 4 критеріїв SIRS:

Синдром системної запальної відповіді (SIRS) – системна запальна відповідь на численні клінічні ураження, яка маніфестується, як мінімум двома з таких ознак:

• температура тіла > 38 °С або < 36 °С;

• тахікардія > 90 за 1 хв;

• частота дихальних рухів > 20 за 1 хв або $PaC0_2$ < 32 torr (< 4,3 кПа);

• кількість лейкоцитів > 12 000/мм^3 або < 4 000/мм^3, або > 10 % незрілих форм.

Сепсис – SIRS, спричинений інфекцією.

Хірургія : підручник / за ред. Б. П. Лисенка, В. Д. Шейка, С. Д. Хіміча. – Київ : ВСВ "Медицина", 2010. – 712 с.

2. Хвора 37 років скаржиться на постійні тупі болі в підребер'ях з іррадіацією в спину, які посилюються після їжі. Турбує здуття живота, часті випорожнення з домішками неперетравленої їжі. Хворіє понад 5років, схудла на 15 кг. Об'єктивно: помірне здуття живота, болючість в зоні Шоффара, точках Дежардена, Мейо-Робсона. Який з методів дослідження буде найбільш інформативним для підтвердження зовнішньосекреторної недостатності підшлункової залози?

A. ***Копрограма.***

B. Пероральна холецистографія.

C. Ретроградна панкреатографія.

D. ЕГДС.

E. УЗД органів черевної порожнини.

Пояснення

Копрограма (дослідження калу) належить до тих небагатьох лабораторних діагностичних тестів, які виконуються практично в будь-якій поліклініці, оснащеній власною лабораторією. Дане дослідження допома-

гає орієнтовно оцінити збереження повноцінної травної функції різних органів, включаючи підшлункову залозу.

Що оцінюється при копрологічному дослідженні?

При виконанні копрограми оцінюються як зовнішні, так і мікроскопічні характеристики калу. Фіксуються його колір, кількість, форма, запах, наявність видимих патологічних домішок (кров, слиз, гній) і сторонніх часток (наприклад, фрагментів глистів або залишків овочів, м'яса).

Мікроскопічний огляд виявляє недостатньо перетравлені харчові залишки і елементи кишкової слизової оболонки. До мікроскопічних залишків їжі відносяться змінені і незмінені м'язові волокна, неперетравлювана і перетравлювана рослинна клітковина, сполучна тканина. Для виявлення зерен крохмалю (внутрішньо- або позаклітинного) – залишку вуглеводних продуктів кал забарвлюють розчином Люголя. Щоб оцінити перетравність жирів з'їденої їжі, кал забарвлюють спеціальним барвником – Суданом III. Цей захід дозволяє проаналізувати кількість нейтрального жиру і жирних кислот.

Зміни копрограми в разі панкреатиту

Тривалий хронічний панкреатит, важкий гострий панкреатит зі втратою тканини органа або проведене через панкреатит оперативне втручання з видаленням частини підшлункової залози нерідко призводять до істотного зниження вироблення всіх панкреатичних ферментів (зовнішньосекреторної або екскреторної недостатності). Це неминуче позначається на якості перетравлення спожитої хворим їжі і відповідно на результати копрограми.

У таких пацієнтів загальна кількість калових мас збільшується (більше 200 г). Консистенція калу – кашоподібна або рідка. При вираженій екскреторній панкреатичній недостатності в калі можуть бути присутніми видимі залишки неперетравленої їжі.

Як правило, в разі важкого панкреатиту спочатку порушується адекватне перетравлення жирів, тому в копрограмі збільшується кількість нейтрального жиру. Такий стан лікарі називають стеатореєю. Потім при подальшій втраті функціонуючої панкреатичної тканини страждає перетравлення білків. Копрограма виявляє підвищення кількості м'язових волокон і сполучної тканини (креаторея). І тільки потім при триваючому прогресуванні процесу виявляється погіршення перетравлення вуглеводів. Така динаміка пояснюється тим, що недостатня робота панкреатичних амілолітичних ферментів (тих, які перетравлюють саме вуглеводи) довго компенсується кишковими амілазами. Амілорея підтверджується даними копрограми (підвищенням крохмалю, особливо позаклітинного).

Хірургія : підручник / за ред. Б. П. Лисенка, В. Д. Шейка, С. Д. Хіміча. – Київ : ВСВ "Медицина", 2010. – 712 с.

3. Хворому 25 років поставлено діагноз: перелом кісток таза. Стан тяжкий, пульс – 116/хв, артеріальний тиск – 100/60 мм рт. ст. Живіт напружений, болючий, симптоми подразнення очеревини слабко виражені. В крові: еритроцити – $3,2 \times 10^{12}$/л; Hb – 110 г/л; Ht – 0,37; лейкоцити – 10×10^{9}/л; паличкоядерні – 10 %. Який додатковий метод обстеження найбільш інформативний?

A. ***Лапароскопія****.*

B. Оглядова рентгенограма черева.

C. Ультразвукове дослідження черева.

D. Лапароцентез.

E. Фіброгастродуоденоскопія.

Пояснення

Лапароскопія може використовуватися для діагностики захворювань органів черевної порожнини і малого таза. Точність лапароскопічної діагностики наближається до 100 %.

При діагностичній лапароскопії органи живота оглядаються лапароскопом (оптичною системою), також при цьому може бути виконана біопсія ураженого органа (вилучення маленького шматочка тканини або, наприклад, пухлини) для гістологічного дослідження (під мікроскопом). Для цього виконується один маленький прокол на животі. Діагностична лапароскопія виконується під загальною анестезією.

Діагностична лапароскопія застосовується:

• у складних клінічних випадках, коли неінвазивні методики (аналізи, УЗД, КТ, МРТ та ін.) не ефективні;

• при гострому і хронічному болю в животі, причина якого не визначена;

• при пухлинах органів черевної порожнини в основному для біопсії, а також для уточнення її локалізації, розмірів, наявності метастазів та ін.;

• перед операцією у випадках "гострого живота" для уточнення діагнозу і визначення виду та обсягу операції;

• при безплідді та інших гінекологічних захворюваннях.

Якщо під час діагностичної лапароскопії буде виявлено хірургічне захворювання, при якому необхідна операція, то відразу ж може бути виконана лапароскопічна операція.

Після пробудження пацієнта йому може бути роз'яснено захворювання, і вже після цього (наприклад, наступного дня або у подальшому) виконана операція, що попередньо обмовляється. За бажанням пацієнта проводиться відеозапис діагностичної лапароскопії, з подальшим наданням її на DVD.

Оскільки діагностична лапароскопія є малоінвазивною методикою, то після її виконання пацієнт у той же день або наступного дня може піти

додому. Больовий синдром незначний, триває кілька днів і прекрасно піддається лікуванню звичайними знеболюючими препаратами.

Хірургія : підручник / за ред. Б. П. Лисенка, В. Д. Шейка, С. Д. Хіміча. – Київ : ВСВ "Медицина", 2010. – 712 с.

4. Хворий скаржиться на раптовий початок хвороби: лихоманка до 39,0 ^{o}C неправильного типу, з гострим болем у грудях. Харкотиння з гнильним запахом та домішками крові, до 400 мл за добу. У ході перкусії: над ураженою ділянкою вкорочення перкуторного звуку, посилене голосове тремтіння. У харкотинні виділений анаеробний стрептокок. Яку хворобу можна припустити в першу чергу?

A. ***Гангрена легені.***
B. Абсцес легені.
C. Туберкульоз.
D. Бронхоектатична хвороба.
E. Абсцедивна пневмонія.

Пояснення

Гангрена легені – це найбільш важка форма великої гнійної деструкції легені.

Клінічна картина. При гангрені легені рано починає відділятися велика кількість смердючого, пінистого, тришарового мокротиння, яке має гнійно-кров'янистий характер, що свідчить про анаеробний або змішаний тип інфекції. У хворих з'являється часто повторюваний болісний кашель. У гнійний процес, як правило, залучається плевра, що призводить до розвитку гнильної емпієми або піопневмоторакса. При дослідженні хворого відзначають виражену дихальну недостатність – задишку, блідість шкірних покривів, ціаноз. При перкусії визначають значну зону укорочення перкуторного звуку над ураженою легенею, замінену коробковим звуком над порожниною деструкції, що містить повітря і рідину. При аускультації вислуховують безліч вологих хрипів різного калібру.

У зв′язку з тим, що симптоми, дані в умовах ситуаційного завдання, збігаються з клінічною характеристикою гангрени легені, а так само при дослідженні мокротиння було виявлено анаеробний стрептокок, можна поставити остаточний діагноз – гангрена легені.

Диференційна діагностика.

Необхідність в диференціюванні гангрени і туберкульозної каверни виникає зазвичай при іноді торпідному початку гангрени, а також в хронічній стадії туберкульозу. Уточненню діагнозу допомагають наявність або відсутність інших характерних для туберкульозу змін, дані дослідження мокротиння на мікобактерії (при туберкульозі відзначається наявність мікобактерій туберкульозу, при гангрені – анаеробна флора, зокрема анаеробний стафілокок), а також імунологічні методи. Для гангрени на відміну

від туберкульозу в більшості випадків характерні висока лихоманка і рясне виділення смердючого мокротиння на початку захворювання.

Для бронхоектатичної хвороби характерний загальноінтоксикаційний синдром. У період загострень проявляється підвищенням температури тіла до 38 °С, слабкість, пітливість, нездужання. Клінічно відзначаються ознаки хронічної дихальної недостатності (пальці у вигляді "барабанних паличок", а нігті – "годинних скелець"). Відзначається деформація грудної клітки, асиметрія при диханні. Фізикальні дані дуже варіабельні. Залежно від шляху розвитку захворювання (з ателектазами або емфіземою) може посилюватися або послаблюватися голосове тремтіння, перкуторно відзначатися притуплення або тимпаніт. Аускультативно – вологі хрипи, які прослуховуються над вогнищем ураження.

Хирургические болезни : учебник / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин и др. ; под ред. М. И. Кузина. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 2002. – 784 с.

5. Хвора 35 років скаржиться на біль в правій гомілці, який посилюється під час ходьби. Об'єктивно: на правій гомілці за ходом варикозно розширеної малої підшкірної вени шкіра червона, гаряча на дотик, під час пальпації в верхній третині гомілки визначається довгасте болюче ущільнення розмірами 3 × 2 см. Яке ускладнення варикозної хвороби виникло у пацієнтки?

A. ***Тромбофлебіт.***

B. Тромбоз глибоких вен.

C. Фурункул.

D. Лімфангіт.

E. Лімфаденіт.

Пояснення

Основними ускладненнями варикозної хвороби є тромбофлебіт та тромбоз глибоких вен, тобто потрібно диференціювати одне захворювання від іншого.

Для тромбофлебіту характерно ураження поверхневих вен гомілки (великої та малої підшкірних вени та їх розгалуження). Основним симптомом ураження малої підшкірної вени є біль у ділянці цієї ураженої вени, під час огляду виявляється почервоніння, набряк шкіри вздовж стовбура вени, вона стає блискавичною.

При тромбозі глибоких вен з'являються судоми в литкових м'язах, минущі парестезії, швидка втомлюваність кінцівок, ціаноз шкіри, біль різної інтенсивності вздовж ураженої вени, набряк гомілки, позитивні симптоми Хоманса та Мозеса.

Хірургія (факультетська) : підручник / М. П. Захараш, О. І. Пойда, М. Д. Кучер та ін. – Київ : Медицина, 2006. – 656 с.

6. Хворий 63 років скаржиться на біль у правій пахвинній ділянці, здуття живота, слабкість, стійкі закрепи більше 7 міс. Об'єктивно: шкіра бліда, суха. У правій здухвинній ділянці пальпується утворення 5–7 см, малорухоме, неболюче. Аускультативно: підсилення кишкових шумів. У крові: еритроцити – $2{,}9 \times 10^{12}$/л, Hb – 80 г/л, швидкість осідання еритроцитів – 32 мм/год. Кров у калі. Який найбільш імовірний діагноз?

A. ***Рак сліпої кишки.***
B. Хвороба Крона.
C. Поліп сліпої кишки.
D. Рак правої нирки.
E. Спастичний коліт.

Пояснення

Треба диференціювати рак сліпої кишки з наступними хворобами:

1. Поліп сліпої кишки: характеризується болем у правій пахвинній ділянці, здуттям, слабкістю, а також наявністю крові у калі, але на відміну від раку, не пальпується у вигляді утворення розміром 5–7 см, а виявляється під час колоноскопії.

2. Спастичний коліт: характеризується болями нечіткої локалізації, чергуванням закрепів та діарей.

3. Рак правої нирки: характерні порушення з боку сечовидільної системи (гематурія), припухлість у ділянці проекції нирки.

Онкологія : підручник / за ред. Б. Т. Білинського, Ю. М. Стернюка, Я. В. Шпарина. – Львів : Кн. вид-во, 1998. – 270 с.

7. Хвора 29 років впродовж 2 міс скаржиться на болі в лівій половині грудної клітки, кашель, задишку; температура тіла – 39,6 °С. Об'єктивно: ліва половина грудної клітки відстає в акті дихання, ослаблення везикулярного дихання та вкорочення перкуторного звуку зліва. Ro-логічно визначається округла тінь у нижній частці лівої легені. Який попередній діагноз?

A. ***Абсцес легені.***
B. Гнійний плеврит.
C. Рак легені.
D. Емпієма плеври.
E. Хронічна пневмонія.

Пояснення

Абсцес легені – порожнина, заповнена гноєм і відмежована від навколишніх тканин піогенною мембраною, сформованою із грануляційної тканини і шару фіброзних волокон.

На початковому етапі розвитку абсцесу легені морфологічні зміни характеризуються ущільненням легеневої тканини внаслідок запальної інфільтрації. Пізніше в центрі інфільтрату з'являється гнійне розплавлення з формуванням порожнини, відмежованої від навколишньої тканини.

Стінка абсцесу містить клітинні елементи запалення, фіброзну і грануляційну тканини з хорошою васкуляризацією. Гострий абсцес із перифокальною запальною інфільтрацією легеневої тканини може перейти в хронічну форму з утворенням щільної піогенної оболонки (формування капсули абсцесу). У порожнині абсцесу знаходиться рідкий або пастоподібний гній. Стінка хронічного абсцесу складається з рубцевої тканини, її внутрішня поверхня гладка. Через 2 міс і більше можлива часткова епітелізація внутрішньої стінки з утворенням так званої кистоподобної порожнини, яка рідко спадає.

Процес формування абсцесу триває 10–12 днів, протягом яких клінічна картина захворювання частіше обумовлена пневмонією. У початковому періоді захворювання хворі відзначають загальне нездужання, слабкість, озноб, кашель з мізерним мокротинням, іноді кровохаркання і біль у грудній клітці. Температура тіла зазвичай висока. Навіть при невеликих абсцесах спостерігають задишку, обумовлену інтоксикацією. При гангрені легень ці ознаки більш виражені. Раптове виділення великої кількості (повним ротом) смердючого мокротиння – ознака прориву абсцесу в бронх, після якого поліпшується стан хворого, знижується температура тіла. При гангрені легені мокротиння має гнильний характер. Добова кількість мокротиння в середньому при абсцесі складає 200–500 мл, але може збільшуватися до 1 л і більше при гангрені. При зборі анамнезу важливо виявлення факторів ризику.

При зовнішньому огляді до прориву абсцесу можна виявити легкий ціаноз обличчя і кінцівок. При великому ураженні і залученні в процес плеври візуально визначають відставання ураженої половини грудної клітки в акті дихання. Хворий приймає вимушене положення на хворому боці. При хронічному абсцесі пальці приймають форму барабанних паличок, формуються ознаки правошлуночкової недостатності. Характерні тахіпное і тахікардія. Тривалість першого періоду займає від 4 до 12 днів. Перехід до другого періоду (початку спорожнення порожнин деструкції) супроводжується в типових випадках поліпшенням стану хворого.

Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки у прямій і бічний проекціях – обов'язковий компонент діагностики абсцесу легені, який частіше локалізується в задньому сегменті верхньої частки (II) і верхньому сегменті нижньої частки (VI), а також у сегментах VIII, IX і X. У першу фазу захворювання при рентгенологічному обстеженні знаходять інтенсивне інфільтративне затінення різної протяжності (від декількох сегментів до частки і більше). Міжчасточкові межі затінення часто мають опуклу форму. У другу фазу на тлі зменшення інфільтрації можна визначити порожнину округлої форми з досить рівним внутрішнім контуром і горизонтальним рівнем рідини. Іноді цих порожнин декілька. При хорошому дренуванні рівень спостерігають тільки на дні порожнини, а потім він зовсім зникає. Наявність випоту в плевральній порожнині свідчить про

залучення в процес плеври. При хронічному абсцесі порожнина має щільні стінки, оточена зоною інфільтрації; в порожнині можна побачити секвестри.

Внутренние болезни: учебник : в 2 т. / под ред. Н. А. Мухина, В. С. Моисеева, А. И. Мартынова. – Москва : Гэотар-Медиа, 2011. – 1 264 с.

8. У хворої 50 років впродовж півтора місяця спостерігається стабільне наростання жовтяниці, анемії з періодичним підвищенням температури тіла. Під час пальпації виявлено збільшений і безболісний жовчний міхур. Розвиток якого захворювання можна припустити?

A. ***Рак голівки підшлункової залози.***

B. Рак жовчного міхура.

C. Жовчнокам'яна хвороба.

D. Ехінококоз печінки.

E. Первинний склерозивний холангіт.

Пояснення

Клінічна картина залежить від локалізації пухлини. Загальними ознаками раку підшлункової залози є втрата апетиту, нудота, схуднення, загальна слабкість, тупий біль у верхній половині живота, розлад функції кишечника, підвищення температури тіла, симптом Труссо (мігруючий тромбофлебіт).

Часто першою клінічною ознакою раку підшлункової залози ("сигналом тривоги") є відсутність підвищення температури тіла і больових нападів і поява механічної жовтяниці. Остання при раку підшлункової залози зумовлена тим, що раковий вузол, збільшуючись в розмірах, спочатку розсовує "підкову" дванадцятипалої кишки і здавлює її просвіт, потім проростає її стінку, поширюється на жовчовивідні протоки, викликаючи порушення їх прохідності. Жовтяничне забарвлення шкірних покривів змінюється поступово оливковим, далі – темно-зеленим кольором; характерні жовтяничність склер очей і видимих слизових оболонок, безбарвний (ахолічний) кал, темна сеча, свербіж шкіри. Температура тіла стає субфебрильною. В цьому періоді стає помітним схуднення хворого. Тиск жовчі понад усі розташовані вище здавлення підвищується. Це супроводжується рівномірним розширенням жовчних проток і призводить до збільшення печінки і жовчного міхура.

При раку голівки підшлункової залози характерний симптом Курвуазьє – виявлення при пальпації об'ємного безболісного утворення в правому верхньому квадранті живота (розтягнутого жовчного міхура).

При раку тіла і хвоста підшлункової залози характерний постійний ниючий біль в епігастрії з іррадіацією в поперек; інтенсивність болю змінюється при зміні положення тіла. Зростаюча пухлина досягає шлунка і поперечної ободової кишки, проростає її стінку, порушуючи прохідність цих органів.

При раку підшлункової залози наростає ракова інтоксикація, порушуються всі функції залози, діяльність інших органів травної системи; можливі профузні кровотечі в уражених порожнистих органах, що проросли пухлиною.

У лабораторних аналізах крові визначаються анемія, лейкоцитоз або лейкопенія, прискорена ШОЕ, підвищений вміст білірубіну, підвищення ліпази і амілази, лужної фосфатази і трипсину. Функції печінки при раку підшлункової залози виявляються зміненими тільки через більшменш значний термін після початку хвороби. Виражене зростання активності альдолази і амінотрансфераз при жовтяниці має велике диференційно-діагностичне значення [1].

Рак голівки і дистальних відділів підшлункової залози (а в переважній кількості випадків це протокова аденокарцинома) характеризується досить низькою резектабельністю, яка не перевищує 25–30 %. У першу чергу це обумовлено порівняно пізнім появою клінічних симптомів, мізерним проявом з боку загальноклінічних лабораторних показників, малою інформативністю традиційних інструментальних методів дослідження і труднощами інтерпретації початкових змін в голівці підшлункової залози навіть при ревізії під час операції. В результаті пухлини діагностуються пізно. Роль симптомів і даних анамнезу у встановленні діагнозу та особливо його стадії при раку голівки підшлункової залози, як і в онкології в цілому, залишається спірною. Ранні клінічні прояви раку підшлункової залози, з одного боку, мізерні, а з іншого – можуть відображати аж ніяк не ранню стадію захворювання. Переважна локалізація раку в ділянці голівки залози обумовлює ранню обструкцію загальної жовчної протоки. Механічна жовтяниця при раку підшлункової залози нерідко в широкій практиці розглядається майже не як фінал захворювання. Але цей синдром можна розглядати як ознаку запущеного захворювання, хоча саме жовтяниця є, як правило, основною причиною пізнього цілеспрямованого обстеження в хірургічному стаціонарі. Переважна кількість таких хворих потрапляють в поле зору хірургів після тривалого спостереження, обстеження і безглуздого лікування в інфекційних лікарнях. Як показали A. Moossa і співавт. (1995 р.), у великій групі хворих на рак підшлункової залози резектабельними виявилися 45 % з них при наявності жовтяниці і тільки 10 % – при її відсутності. Це показує, що жовтяниця може бути досить рано і нерідко є рятівним у діагностичному відношенні симптомом. Серед радикально оперованих нами пацієнтів у 37,4 % випадків була механічна жовтяниця, хоча у переважної кількості хворих з біліарною обструкцією виявилося можливим тільки паліативне втручання. Виражена інтоксикація у більшості хворих із тривалою механічною жовтяницею, як правило, не дає можливості адекватно оцінити їх соматичний статус на початкових етапах обстеження. Однак після здійснення біліарної декомпресії в стані хворих найчастіше швидко відбувається істотне поліпшення,

покращуються функції печінки і нирок, з'являється можливість оперативного лікування[2].

1. Давыдов М. И. Онкология : учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев. – Москва : Гэотар-медиа, 2010. – 920 с.

2. Кубышкин В. А. Рак поджелудочной железы / В. А. Кубышкин, В. А. Вишневский. – Москва : Медпрактика-М, 2003. – 375 с.

9. Жінка 35 років скаржиться на слабкість, часті випорожнення з домішками крові, зменшення маси тіла на 8 кг за 6 міс; періодично – підвищення температури до 37,8 °С. Об'єктивно: температура тіла – 37,5 °С, пульс – 86/хв, артеріальний тиск – 110/70 мм рт. ст. Шкіра бліда, пальпаторно живіт помірно болючий. У крові: Hb – 92 г/л, швидкість осідання еритроцитів – 35 мм/год. Колоноскопія: слизова прямої та сигмоподібної кишок зерниста, гіперемована, набрякла, нерівномірно потовщена (псевдополіпи), кровить, на її поверхні – ерозії та виразки. Яка патологія найбільш імовірно викликала ураження кишки у хворої?

A. ***Виразковий коліт.***
B. Хвороба Крона.
C. Синдром подразненого кишечника.
D. Рак прямої кишки.
E. Поліпоз кишки.

Пояснення

При НВК ендоскопічно виявляють набряклість слизової оболонки (СО) товстої кишки, легку вразливість і кровоточивість, її почервоніння (малиново-червоного кольору), іноді зернистість, шорсткість і зникнення судинного малюнка. Можливі поверхневі, нерідко численні ерозії і виразки СО, її нерівномірне потовщення. Іноді виявляють псевдополіпи, ослизлі фібрином, гноєм. Гній і слиз виявляють також і в просвіті кишки. Виразкові дефекти виникають внаслідок зникнення поверхневих шарів СО і тому є поверхневими.

Григорян Р. А. Абдоминальная хірургія : в 2 т./ Р. А. Григорян. – Москва : ООО "Мед. информ. аг-тво", 2006. – Т. І. – 608 с.

10. Пацієнт 60 років скаржиться на практично постійне відчуття важкості та переповнення в епігастрії, що посилюється після їжі, відрижку з тухлим запахом, іноді блювання з'їденою 1–2 дні тому їжею, схуднення. 12 років тому у нього була вперше виявлена виразка пілоричного каналу. Відзначав періодичні "голодні" болі, з приводу яких приймав омепразол. Погіршення протягом 3 міс. Об'єктивно: визначається "шум плескоту" в епігастрії. Про яке ускладнення йдеться?

A. ***Стеноз пілоруса.***
B. Пенетрація виразки шлунка.
C. Функціональний спазм воротаря.
D. Стороннє тіло шлунка (безоар).
E. Малігнізація виразки шлунка.

Пояснення

Хворі відзначають відчуття тяжкості і повноти в епігастральній ділянці, з'являється відрижка з запахом тухлих яєць внаслідок тривалої затримки їжі у шлунку. Часто відзначаються переймоподібні болі, обумовлені посиленою перистальтикою шлунка, бурчання, переливання, шум плескоту, що відчувається самим хворим. Майже щодня виникає рясне блювання, що приносить полегшення, тому нерідко хворі викликають блювання штучно. Блювотні маси містять домішки їжі, прийнятої задовго до блювання. Так само характерні загальна слабкість, швидка стомлюваність, схуднення, порушення водно-сольового обміну і КОС.

Григорян Р. А. Абдоминальная хірургія : в 2 т. / Р. А. Григорян. – Москва : ООО "Мед. информ. аг-тво", 2006. – Т. І. – 608 с.

11. Хворий 62 років випадково намацав у себе в лівій підключичній ямці щільний, розміром трохи більший за горошину, рухливий, не спаяний зі шкірою вузлик. При розпитуванні з'ясувалося, що за останні 6 міс він схуд на 12 кг. Зазначає слабкість, зменшення працездатності, зниження апетиту. Яке дослідження є першочерговим для встановлення діагнозу?

A. ***ЕФГДС.***

B. Пункція лімфатичного вузла.

C. Стернальна пункція.

D. Рентгенографія органів грудної клітки.

E. УЗД органів черевної порожнини.

Пояснення

ФГДС – це метод, який не тільки дозволяє обстежити верхні відділи шлунково-кишкового тракту, але також досліджувати органи і взяти зразок тканини (біоптат) для гістологічного аналізу та виявлення хелікобактера.

Онкологія : підручник / за ред. Б. Т. Білинського, Ю. М. Стернюка, Я. В. Шпарина. – Львів : Кн. вид-во, 1998. – 270 с.

12. Хвора 52 років скаржиться на періодичний нападоподібний біль у правій поперековій ділянці, який віддає у пахвинну ділянку і внутрішню поверхню правого стегна, порушення сечовиділення, яке супроводжується різями і домішками крові у сечі. У сечі: питома вага – 1014, білок – 0,078 г/л, еритроцити – 1/2 у п/з, лейкоцити – 5–7 у п/з, велика кількість кристалів сечової кислоти. Вкажіть найбільш імовірний попередній діагноз:

A. ***Сечокам'яна хвороба.***

B. Хронічний пієлонефрит.

C. Гострий гломерулонефрит.

D. Новоутворення нирки.

E. Гострий цистит.

Пояснення

Просування каменя з нирок до уретри може призводити до відчуття болю, розвитку ниркової кольки, а також при проходженні у вузьких місцях сечовивідних протоках може травмувати їх внутрішні стінки і призвести до кровотечі.

Основи внутрішньої медицини : підручник: у 2 т. / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – Вінниця : Нова Книга, 2009. – Т. ІІ. – 640 с.

13. Потерпілий 40 років зазнав ножового поранення під праву лопатку. Об'єктивно: шкіра звичайного кольору, пульс – 96/хв, ритмічний, дихання везикулярне з обох боків, частота дихання – 20/хв, артеріальний тиск – 130/90 мм рт. ст. На спині рана – 4,0 × 0,5 см, кровить. На оглядовій рентгенограмі патології не виявлено. Якою буде тактика?

A. ***Первинна хірургічна обробка рани.***

B. Пункція плевральної порожнини.

C. Торакоцентез.

D. Торакоскопія.

E. Торакотомія.

Пояснення

У даному випадку не має сенсу в проведенні порожнинних, інвазивних досліджень, тому що глибина проникнення складає 0,5 см. Товща шкіри дорослої людини складає від 0,2 до 0,8 см. Кровотеча II, III, IV ст. відповідно до класифікації кровотеч супроводжується зниженням АТ, блідістю шкірних покривів, тахікардією, порушенням дихання тощо.

Враховуючи товщу поверхневих м'язів, шкіри дорослого чоловіка та спираючись на клінічну картину кровотечі й загального стану хворого, оглядову рентгенограму, потерпілий у додаткових методах дослідження не має потреби. Необхідно провести первинну хірургічну обробку рани.

1. Синельников Р. Д. Атлас анатомии человека / Р. Д. Синельников, В. П. Воробьев. – Москва : Медгиз, 1946–1949. – 2-е изд, стер. – 1600 с.

2. Кузин М. И. Хирургические болезни / М. И. Кузин, О. С. Шкроб, Н. М. Кузин. – Москва : Медицина, 2005. – 784 с.

14. Хвора 25 років скаржиться на наявність декількох щільних, болючих вузлів у правій пахвовій ділянці, підвищення температури тіла до 38 ^{o}C, загальну слабкість. Хворіє 3 доби. Локально: у правій пахвовій ділянці є три вузлоподібних утворення, які підвищуються над поверхнею шкіри, розмірами від 0,5 до 1,5 см у діаметрі, різко болючі при пальпації, з чіткими контурами, шкіра над ними багрово-синюшного відтінку, підняття верхньої кінцівки обмежено через біль. Поставте діагноз.

A. ***Гнійний гідраденіт.***

B. Абсцес.

C. Карбункул.
D. Фурункул.
E. Гнійний лімфаденіт.

Пояснення

Гнійний гідраденіт найбільш часто локалізується в пахвових западинах.

Кількість і активність апокринових залоз у кожної людини індивідуальні. Найбільше їх локалізовано в пахвових западинах, тому гострий гнійний пахвовий гідраденіт зустрічається найбільш часто. Сприяє його розвитку також неправильна депіляція у ділянці пахв, використання невідповідних шкірі дезодоруючих засобів, нехтування правилами гігієни.

Може проявитися гнійний гідраденіт у паху, в ділянці сосків або анального отвору, мошонки у чоловіків і великих статевих губах у жінок. У дуже рідкісних випадках запалюються залози, розташовані на волосистій частині голови.

Гостищев В. К. Общая хирургия : учебник / В. К. Гостищев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : Гэотар-медиа, 2015. – 728 с.

15. Хвора 53 років скаржиться на гострий біль в правому підреберʼї, який виник через 2 год після вечері, нудоту, блювання жовчю. Хворіє 18 год. Хвора не спокійна, метушиться в ліжку. Пульс – 98/хв, язик обкладений білими нашаруваннями, вологий. Температура тіла – 38,2 ºС. Під час огляду: права половина відстає в акті дихання, пальпаторно в правому підребір'ї напруження м'язів, болючість. Позитивні френікус-симптом та симптом Грекова-Ортнера. Симптоми подразнення очеревини негативні. Поставте діагноз.

A. ***Гострий холецистит.***
B. Гострий панкреатит.
C. Пенетрація пептичної виразки.
D. Рак ободової кишки з непрохідністю.
E. Перфорація порожнинного органа.

Пояснення

Напад гострого холециститу провокують похибки в їжі (важка, жирна, смажена, копчена), трясіння під час їзди, перенесення важких предметів, алкоголь.

Ознаки гострого холециститу: біль у правій верхній частині живота – інтенсивний, самостійно не проходить, може посилюватися при глибокому диханні і віддавати в праве плече і спину або серце, здуття живота, підвищення температури тіла (може бути значне або незначне), озноб, пітливість, відсутність апетиту, нудота, блювота (багаторазова або одноразова).

Специфічними симптомами гострого холециститу є болючість при постукуванні ребром долоні по правій реберної дузі (симптом Грекова–Ортнера), біль при глибокій пальпації в правому підреберʼї (симптом Кера),

посилення болю при пальпації на вдиху (симптом Образцова), болючість при пальпації між ніжками правого грудино-ключично-соскоподібного м'яза (симптом Мюссе–Георгієвського). Хворий не може зробити вдих при глибокій пальпації в правому підребер'ї (симптом Мерфі).

На підставі скарг хворої на болі в правому підребер'ї, блювання жовчю, підвищення температури до 38 ºС після прийому їжі, напруженість м'язів у правому підребер'ї, позитивний симптом Грекова–Ортнера, можна встановити діагноз "гострий холецистит".

Григорян Р. А. Абдоминальная хірургія : в 2 т. / Р. А. Григорян. – Москва : ООО "Мед. информ. аг-тво", 2006. – Т. І. – 608 с.

16. Хвора скаржиться на схуднення, біль у нижній частині живота, випорожнення з домішками слизу та крові до 15 разів на добу. Під час фіброколоноскопії в ділянці сигмоподібної кишки виявлені локальні псевдополіпозні розростання, плоскі поверхневі виразкові ділянки неправильної форми, що не зливаються, вкриті слизом та фібрином; контактна кровоточивість. Який діагноз найбільш імовірний?

A. ***Неспецифічний виразковий коліт.***
B. Хвороба Крона.
C. Рак товстої кишки.
D. Розповсюджений поліпоз товстої кишки.
E. Туберкульоз товстої кишки.

Пояснення

Серед кишкових симптомів неспецифічного виразкового коліту виділяють:

– частоту рідкого, кашеподібного випорожнення з різними включеннями (слиз, кров, гнійні виділення), болі в ділянці живота, переважно в лівій нижній чверті;

– порушення апетиту (частіше – зниження), втрата маси тіла, при тривалій гострій стадії аж до кахексії; при колоноскопії виявляються гіперемія і набряк слизової оболонки, виражена контактна кровоточивість, геморагії, ерозії і виразки неправильної форми, густі відкладання слизу на стінках кишки.

Григорян Р. А. Абдоминальная хірургія : в 2 т. / Р. А. Григорян. – Москва : ООО "Мед. информ. аг-тво", 2006. – Т. І. – 608 с.

17. Хворий 70 років звернувся зі скаргами на блювання з'їденим, схуднення, відсутність апетиту. При огляді тургор шкіри знижений, у лівій надключичній ділянці щільний лімфовузол 1 см у діаметрі. При пальпації живота визначається перерозтягнутий шлунок, в епігастрії пальпується пухлиноподібне утворення. Яка патологія зумовлює таку картину?

A. ***Рак шлунка.***

B. Виразкова хвороба шлунка.
C. Гастрит.
D. Панкреатит.
E. Дуоденальна виразка.

Пояснення

У даній клінічній ситуації описується залоза Вірхова (в лівій надключичній ділянці щільний лімфовузол 1 см у діаметрі), що є прогностичною ознакою новоутворення шлунка, та ознаки стенозу воротаря шлунка через новоутворення (скаргами на блювання з'їденим, схуднення, відсутність апетиту, перерозтягнутий шлунок, в епігастрії пальпується пухлиноподібне утворення).

Для виразкової хвороби шлунка та дуоденальної виразки провідним симптомом є біль (під час їжі, після неї або "голодні болі"), так само для панкреатиту – біль після порушення дієти, що має характерну локалізацію у відповідній зоні. Гастрит не викликає значних змін у загальному стані пацієнта. Диспептичні явища мають місце також залежно від характеру та ритму харчування.

А. С. Савицький (1951) об'єднав початкові прояви раку шлунка в синдром малих ознак, який включає наступні симптоми: 1) невмотивована загальна слабкість, стомлюваність, зниження працездатності; 2) зменшення або повна втрата апетиту, відраза до їжі або до деяких видів їжі, переважно м'ясної; 3) явища шлункового дискомфорту (втрата почуття задоволення після їжі, яке проявляється відчуттям переповнення і розпирання, тупим болем у надчеревній ділянці, відрижкою або блювотою). А. В. Мельников (1960) описав "ракову тріаду" – втрата апетиту, схуднення, шлунковий дискомфорт. Для раку передворітної частини характерні порушення моторно-евакуаторної функції шлунка, які проявляються відчуттям повноти, відрижкою, відрижкою прийнятою їжею. У більш виражених випадках з'являється відрижка тухлим, блювання прийнятою напередодні їжею, тобто картина стенозу воротаря.

Шалимов А. А. Хирургия пищеварительного тракта / А. А. Шалимов, В. Ф. Саенко – Київ : Здоров'я, 1987. – С. 252–264.

18. Хвора 50 років скаржиться на напад болю у правому підребер'ї, блювання з домішками жовчі. Впродовж 5 років турбував біль у епігастрії, нудота, порушення випорожнення. Об'єктивно: частота серцевих скорочень 92/хв, підвищеної повноти, язик обкладений, іктеричні склери. Живіт м'який, болючий у проекції жовчного міхура, локальне м'язове напруження у правому підребер'ї, позитивний симптом Мерфі. В загальному аналізі крові: лейкоцити – $9{,}6 \times 10^9$/л, швидкість осідання еритроцитів – 14 мм/год. Яке дослідження доцільно призначити для підтвердження діагнозу в даному випадку?

A. ***Ультразвукове дослідження жовчного міхура.***
B. Сцинтиграфію печінки.
C. Бактеріологічне дослідження жовчі.
D. Холецистографію.
E. Ретроградну холангіопанкреатографію.

Пояснення

Завдяки цій методиці УЗ-діагност спостерігає за скороченнями жовчного міхура, за виділенням жовчі і тонусом сфінктера Одді, що регулює вихід жовчі з ЖВП у дванадцятипалу кишку.

Все це дозволяє діагностувати дискінезію ЖВП (і визначити її вид), жовчнокам'яну хворобу, холецистит і холангіт, паразитарні захворювання, пухлини, аномалії розвитку (внутрішньопечінковий жовчний міхур, його агенезію, атрезію жовчних протоків тощо).

Гребенев А. Л. Пропедевтика внутренних болезней : учебник / А. Л. Гребенев. – 5-е изд., перераб. и доп. – Москва : Медицина, 2001. – 592 с.

19. Хворий 48 років госпіталізований з нападами судом. Багато років страждає на виразку 12-палої кишки (ДПК). Протягом останнього місяця щоденне блювання, схуд на 20 кг. Об'єктивно: хворий виснажений. В епігастральній ділянці визначається "шум плеску". Нижня межа шлунка на рівні гребінцевої лінії. Лабораторно: загальний білок – 47 г/л; K – 2,1 ммоль/л, Na – 118 ммоль/л, Ca – 1,6 ммоль/л, хлориди – 82 ммоль/л, гематокрит 64 %. Який попередній діагноз?

A. ***Декомпенсований стеноз воротаря.***
B. Кровоточива виразка 12-палої кишки.
C. Субкомпенсований стеноз воротаря.
D. Малігнізована виразка шлунка.
E. Компенсований стеноз воротаря.

Пояснення

Клінічна картина прогресує, виражена важкість в епігастрії, відрижка тухлим, часте щоденне блювання з неприємним запахом внаслідок бродильних процесів у шлунку. Хворі самостійно викликають блювання для полегшення стану. Больовий синдром практично відсутній, переважають ознаки порушення евакуації, хворі відмовляються від їжі, виражена спрага.

При огляді стан хворих важкий, значна втрата маси, виражене зневоднення, адинамія. Шкіра суха, тургор її різко знижений. Спостерігається також сухість язика і слизових оболонок ротової порожнини, зменшення діурезу.

При аускультації – сповільнення перистальтики над шлунком, пальпаторно-перкуторно – виражений "шум плеску" в шлунку натще, різке опущення нижньої межі шлунка, аж до входу в малий таз.

Пілородуоденальний стеноз в стадії декомпенсації може ускладнюватись гіпохлоремією внаслідок багаторазового блювання, розвиток якої зумовлений трьома факторами: зневодненням, великою втратою хлоридів і порушеннями кислотно-лужної рівноваги.

У результаті багаторазового блювання з організму хворих виводиться соляна кислота. В зв'язку з цим розвивається гіпохлоремія, підвищується резервна лужність, настає алкалоз. Втрата хлоридів призводить до розпаду тканинних білків, накопичення в організмі азотистих шлаків. Алкалоз, азотемія, порушення кальцієвого обміну призводять до підвищення нервово-м'язової збудливості. Вміст кальцію, в свою чергу, залежить від pH крові.

Гастроентерология : пер. с англ. / под ред. С. Тревиса и др. – Москва : Мед. лит., 2002. – 640 с.

20. До дільничного терапевта звернувся пацієнт 43 років зі скаргами на печію, відрижку кислим, появу болю під час ковтання їжі, а також неможливістю вживати тверду їжу. Хворий повідомив, що печія та відрижка кислим у нього спостерігається впродовж 8 років. Погіршення свого стану спостерігає останні 3 міс. Яке обстеження потрібно пацієнту в першу чергу?

A. ***Фіброезофагогастродуоденоскопія.***

B. Тест з інгібітором протонової помпи.

C. Добовий езофаго-pH-моніторинг.

D. Багатогодинний езофаго-pH-моніторинг.

E. Комп'ютерна томографія органів грудної клітки.

Пояснення

Пацієнту потрібно в першу чергу провести ФГДС (фіброгастродуоденоскопію) при таких скаргах, як печія, відрижка кислим, поява болю під час ковтання їжі і неможливості вживання твердої їжі, а також для виключення таких захворювань, як езофагіт, варикозне розширення вен стравоходу, дивертикули стравоходу, порушення прохідності стравоходу і шлунка, виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки, хронічний гастрит і дуоденіт, злоякісні або доброякісні новоутворення, гастроезофагеальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) і дуоденогастральний рефлюкс.

Гастроентерология : пер. с англ. / под ред. С. Тревиса и др. – Москва : Мед. лит., 2002. – 640 с.

Навчальне видання

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ ЩОДО РОЗВ'ЯЗАННЯ ТЕСТОВИХ ЗАВДАНЬ ЛІЦЕНЗІЙНОГО ІСПИТУ "КРОК-2. ХІРУРГІЯ" СТУДЕНТАМИ IV–VI КУРСІВ МЕДИЧНИХ ФАКУЛЬТЕТІВ

Упорядники Криворучко Ігор Андрійович
Сивожелізов Андрій Володимирович

Редактор Е. Є. Депрінда
Коректор Є. В. Рубцова
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,3. Зам. № 19-33795.

Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.