

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Федеральный исследовательский центр «Красноярский научный центр  
Сибирского отделения Российской академии наук»  
(ФИЦ КНЦ СО РАН, КНЦ СО РАН)

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ  
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ «ОБУЧАЮЩИЙ  
СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»**

**ОБЯЗАТЕЛЬНЫХ ДИСЦИПЛИН ВАРИАТИВНОЙ ЧАСТИ БЛОКА 1  
«ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛИ) ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ –  
ПРОГРАММЕ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ  
В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.70 ЭНДОСКОПИЯ**

Составитель:

д.м.н., профессор. Тимошенко В.О.

Красноярск  
2020

Контролируемая дисциплина (модуль)	Код контролируемой компетенции	Вид оценочного средства	Количество заданий
Обучающий симуляционный курс	ПК-5 ПК-6	клинические симуляционные задачи	5

### Перечень клинических симуляционных задач

#### Задача 1

Больному с неясным диагнозом «острого живота» выполнена лапароскопия, при которой выявлен геморрагический выпот в объеме 600 мл и множественные «бляшки» стеатонекроза на большом сальнике и брюшине.

Укажите:

1. Диагноз и форму заболевания.
2. Вероятные причины развития заболевания у данного больного.
3. Патогенез этого заболевания.
4. Какую рациональную тактику лечения Вы выберете в этой ситуации?
5. Цель назначения Н2-блокаторов при этом заболевании.
6. Эндокринную функцию поджелудочной железы (какие ферменты и их роль в организме).
7. Возможные осложнения ДП у Вашего больного.
8. Показания к оперативному лечению панкреанекроза.
  1. Острый деструктивный панкреатит, ферментативный перитонит.
  2. В задаче мало информации о больном, поэтому следует считать, что одна из двух – зло-употребление алкоголем (по данным американских хирургов 70%) или желчно-каменная болезнь и патология фатерова соска.
  3. Патогенез заболевания зависит от этиологического фактора. Прочитай в книге.

4. а) комплексная консервативная терапия, в том числе с назначением сандостатина, ан-тибиотиков, рекомендуемых в профилактике гнойно-септических осложнений;

б) лапароскопическое дренирование ферментативного перитонита, при гипертензии в желчных путях лапароскопическая или ЧПХ под контролем УЗИ.

5. Н2-блокаторы снижают желудочную секрецию. Попадание желудочного сока в 12-перстную кишку стимулирует панкреатическую секрецию.

6. Внутренняя секреция ПЖ связана с деятельностью островков Лангерганса, вырабаты-вающих инсулин, глюкагон, ваготонин, калекреин, соматостатин. Глюкагон стимули-рует образование глюкозы из гликогена печени. Ваготонин тормозит деятельность сердца, расширяет сосуды, усиливает перистальтику. Каликреины расширяют сосуды, особенно в

мышцах. Соматостатин снижает секрецию ферментов ПЖ, регулирует моторику желудка и тонкой кишки.

7. Осложнения острого деструктивного панкреатита:

- 1) панкреатический шок, полиорганная недостаточность и ранняя смерть;
- 2) перитонит: а) ферментативный (абактериальный); б) бактериальный;
- 3) перипанкреатический инфильтрат;
- 4) инфицированный панкреонекроз;
- 5) панкреатогенный абсцесс;
- 6) септическая флегмона забрюшинной клетчатки (парапанкреатическая, параколическая, тазовая);
- 7) псевдокисты (стерильные, инфицированные);
- 8) механическая желтуха;
- 9) эрозивные кровотечения;
- 10) внутренние и наружные дигестивные свищи.

8. Показания к оперативному лечению:

- 1) инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс, забрюшинная флегмона, гнойный перитонит;
- 2) стойкая или прогрессирующая полиорганная недостаточность;
- 3) оперативное лечение больным показано, у которых масштаб некроза по КТ превышает 50% паренхимы;
- 4) ферментативный перитонит является показанием к лапароскопическому дренированию брюшной полости.

## Задача 2

Больной 42 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на повторные рвоты с кровью и мелену. Кровотечения возникают на фоне относительного благополучия. В анамнезе вирусный гепатит. При поступлении в стационар состояние больного было расценено как удовлетворительное. Пульс 84 в минуту. АД – 130/85 мм рт.ст. ЧД – 22 в минуту.

В анализе крови Hb-100 г/л, лейкоц. –  $11,2 \times 10^9$ /л. Печень по краю реберной дуги, край её закруглен, плотный. Селезенка увеличена в размерах. На передней поверхности живота расширены подкожные вены.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования помогут Вам в подтверждении диагноза?
3. Лечебная тактика?
4. Объясните увеличение селезенки?
5. Какие нарушения гомеостаза наблюдаются у данной категории больных?
6. Каков прогноз у больного?

1. Хронический активный вирусный гепатит с исходом в цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода, осложненное кровотечением.

2. Лабораторные данные: маркеры гепатита, печеночные пробы. Эндоскопическое исследование. УЗИ печени, селезенки, портальной вены, нижней полой вены, доплерография, спленопортография, лапароскопия с биопсией ткани печени.

3. В связи с тем, что больной компенсирован показано оперативное лечение: наложение портокавальных соустьев, шунтирование, пересадка печени. В плане превентивного гемостаза показаны эндоскопические мероприятия: склеротерапия, лигирование вен пищевода.

4. При циррозе происходит сдавление ветвей воротной вены в самой печени, в результате повышается давление в воротной вене и затем в селезеночной. Из-за нарушения оттока крови из селезенки происходит увеличение последней. Также происходит функциональное увеличение селезенки счет повышенного разрушения эритроцитов в селезенке.

5. За счет выпотевания плазмы крови в свободную брюшную полость происходит значительная потеря белка, что приводит к отекам и нарушению реологии крови.

6. Прогноз неблагоприятный.

### **Задача 3**

Больной 44 лет поступил в стационар по скорой помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная рвота с примесью крови и резкая слабость. Из анамнеза известно, что пациент много лет злоупотреблял алкоголем.

При обследовании обнаружена увеличенная и плотная селезенка, печень не пальпируется.

1. Ваше мнение относительно источника кровотечения?
  2. Какие исследования наиболее показаны для подтверждения диагноза?
  3. Какие эндоскопические методы остановки кровотечения Вы знаете?
  4. Какие методы диагностики помогут окончательно подтвердить диагноз?
  5. Ваша тактика в лечении?
  6. Каков прогноз у больного?
1. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода.
  2. Эзофагогастроскопия, УЗИ печени, КТ.
  3. Интра- или экстравазальное введение склерозантов в расширенные вены пищевода, наложение петель.
  4. Инструментальное – эзофагогастроскопия, УЗИ, КТ, ангиография печеночных артерий, спленопортография, лабораторные – билирубин, белок, ALT, AST и т.д.
  5. Зонд Блэкмора или эндоскопическое интра- или экстравазальное введение склерозантов в просвет или около расширенных вен пищевода. инфузионная гемостатическая терапия, переливание нативной плазмы, эритроцитарной массы. снижение давления в системе воротной вены. после остановки кровотечения и реабилитационного периода лечение (

наложение спленоренальных или мезентерикоколевальных анастомозов) или пересадка печени

6. В большей степени неблагоприятный.

#### **Задача 4**

Больной 45 лет в течение 20 лет страдает хроническим бронхитом, в течение 10 лет приступы бронхиальной астмы. Час назад внезапно при кашле почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки и удушье.

Объективно: состояние тяжелое, положение вынужденное – больной сидит, тело покрыто холодным потом, кожные покровы цианотичны. Правая половина грудной клетки в

дыхании не участвует, перкуторно справа тимпанит, голосовое дрожание ослаблено. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева – жестко, рассеянные базовые сухие хрипы. ЧД – 36 в минуту. Левая граница сердца определяется по средней подмышечной линии, тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс – 100 в минуту. АД – 85/60 мм. рт.ст. Печеночная тупость не определяется.

1. Какое осложнение произошло?
2. Какие еще заболевания могут служить причиной развития такого состояния?
3. Как объяснить развитие дыхательной недостаточности, падение АД?
4. Метод исследования, подтверждающий данное осложнение?
5. Тактика неотложной помощи?
6. Что следует предпринять дальше?
7. Какие современные методы лечения применяют в подобных случаях?

1. Спонтанный пневмоторакс.
2. Ателектаз, инфаркт миокарда, тромбоэмболия легочной артерии.
3. Компрессионный ателектаз правого легкого, смещение средостения.
4. Рентгенография органов грудной клетки.
- 5-8. Необходимо дренировать плевральную полость и проводить аспирацию воздуха из плевральной полости. При продолжающемся в течение 48 часов выделении воздуха через дренажную трубку, показана торакоскопия и наложение швов, скрепок в области разрыва. При неэффективности этого метода, выполняется эн-доскопическая окклюзия соответствующего бронха.

Показания к операции торакостомии:

1. Продолжающееся поступление воздуха в плевральную полость в течение 7-10 суток.
2. Неполное расправление легкого.
3. Рецидивы пневмоторакса.

#### **Задача 5**

Вратарь 22 лет получил сильный удар мячом в эпигастральную область. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области. Боли

постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Он бледен. Выраженный акроцианоз. Покрит липким потом. Пульс слабого наполнения, 140 в мин. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина- Блюмберга здесь слабо выражен. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Эритроцитов в крови 4,510 мкл, гемоглобин – 140 г/л.

1. Ваш диагноз.
  2. Какие лабораторные данные должны Вас заинтересовать в первую очередь.
  3. Какие методы диагностики необходимо выполнить.
  4. Какова тактика лечения.
  5. Какие виды оперативных вмешательств при травме поджелудочной железы Вы знаете.
  6. Что нужно сделать во время операции, чтобы осмотреть поджелудочную железу.
1. Закрытая травма живота. Посттравматический панкреатит. Болевой шок.
  2. Амилаза, диастаза.
  3. УЗИ поджелудочной железы, забрюшинного пространства; компьютерная томо-графия; РХПГ, лапароскопия.
  4. Противошоковая терапия на операционном столе, экстренное хирургическое вмешательство.
  5. Дренирование сальниковой сумки парапанкреатической клетчатки, некрэктомия, резекция поджелудочной железы, панкреатэктомия, марсупилизация поджелудоч-ной железы, холецистэктомия с наружным дренированием желчных протоков.
  6. Вскрытие желудочно-ободочной связки для визуального осмотра поджелудочной железы, пальцевое исследование головки железы через Винслово отверстие.