

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.55 «КОЛОПРОКТОЛОГИЯ»

Ситуационная задача 1

Пациентка 32 года, ИМТ 30 кг/м². Доставлена бригадой СМП. Жалобы на обильное выделение алой крови после акта дефекации.

Из анамнеза известно: в течение года периодически после запора отмечала помарки крови на туалетной бумаге. Самостоятельно не лечилась, к врачам не обращалась. Последнюю неделю выделение крови после дефекации усилились, утром обильное струйное кровотечение.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. ЧДД 17 /мин. АД 124/82 мм рт.ст. Пульс 80 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Дефекация регулярная 1 р/д.

При осмотре перианальной области: анальный рефлекс сохранён. Перианальная область не изменена. Наружные геморроидальные узлы не увеличены. При натуживании отмечается выпадение внутренних геморроидальных узлов на 3 и 7 часах, самостоятельно вправляющихся после окончания натуживания.

При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера удовлетворителен, на 3 и 7 часах определяются увеличенные внутренние геморроидальные узлы. Другой патологии на высоте пальца не выявлено. На перчатке – помарки свежей крови.

При аноскопии: на 3 и 7 часах увеличенные, отечные внутренние геморроидальные узлы с эрозиванной слизистой и точечной диапедезной кровоточивостью.

При влагиалищном пальцевом исследовании: без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С чем необходимо дифференцировать данный диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
5. Определите тактику хирургического лечения.

Ситуационная задача 2

Пациент 40 лет, ИМТ 25 кг/м². Жалобы на периодическое обильное выделение алой крови при акте дефекации, выпадение геморроидальных узлов, ранее вправлявшихся ручным пособием, последние 4 недели после вправления выпадающие снова.

Указанные жалобы беспокоят в течение пяти лет, за последний месяц отмечает увеличения количества примеси крови в кале. За медицинской помощью не обращался.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров и видимые слизистые бледнорозовой окраски. ЧДД 16 /мин. АД 127/78 мм рт.ст. Пульс 84 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Дефекация регулярная 1 р/д.

При осмотре перианальной области: анальный рефлекс сохранён. На 3,7,11 часах определяются увеличенные до 1-1,5 см наружные геморроидальные узлы, мягкие без признаков воспаления. Также вне напряжения и натуживания отмечаются выпадающие внутренние узлы той же проекции, размерами более 2 см, мягкие, контактно кровоточивые.

При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера несколько снижен. На 3, 7, 11 часах определяются значительно увеличенные внутренние геморроидальные узлы. Другой патологии на высоте пальца не выявлено. На перчатке - следы кала, с примесью крови.

Вопросы:

1. Определите объем инструментального обследования.

2. Сформулируйте клинический диагноз.
3. Определите тактику хирургического лечения.
4. Каковы меры профилактики в отдаленном послеоперационном периоде.

Ситуационная задача 3

Пациент 31 год, ИМТ 22,0 кг/м². Жалуется на распирающие боли в области ануса, которые усиливаются в положении сидя, вечернюю гипертермию до 38С. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 дней, связывает с эпизодом переохлаждением.

Доставлен СМП в хирургический стационар экстренно.

Общее состояние средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. ЧДД 18 /мин. АД 130/71 мм рт.ст. Пульс 96 уд/мин, ритмичный. Т тела 37,7 С. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Дефекация регулярная 1 р/д.

При осмотре перианальной области: анальный рефлекс повышен. На 8 часах, в 1см от ануса, в мягких тканях определяется плотный инфильтрат до 2см в диаметре с размягчением в центре. Кожа над ним гиперемирована, при пальпации болевой синдром. Симптом флюктуации положительный. Локальная температура повышена. При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера повышен, имеется сглаженность складок слизистой на 8 часах. Пальпаторно пораженная крипта, внутреннее отверстие не определяется. На перчатке - следы кала обычного цвета.

Неудачная попытка аноскопии из-за выраженного болевого синдрома.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику
3. Составьте план дополнительного обследования
4. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз
5. Определите тактику хирургического лечения

Ситуационная задача 4

Пациент 41 год, ИМТ 23,0 кг/м². Жалуется на распирающие боли в области ануса, которые усиливаются в положении сидя, озноб. Указанные жалобы беспокоят в течение 5 часов. Доставлен СМП в хирургический стационар для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. Общее средней тяжести. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовой окраски. ЧДД 17 /мин. АД 130/71 мм рт.ст. Пульс 90 уд/мин, ритмичный. Т тела 38,1С. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Стул самостоятельный, без патологических примесей.

При осмотре перианальной области: анальный рефлекс повышен. На 8 часах, в 1см от ануса, в мягких тканях определяется плотный инфильтрат до 5 см в диаметре. Наружный свищевой ход достоверно не определяется. Кожа над инфильтратом гиперемирована, при пальпации болевой синдром. Симптом флюктуации положительный. Локальная температура повышена.

При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера повышен, имеется выбухание слизистой на 6 часах. Пальпаторно определяется внутреннее свищевое отверстие на 6 часах, на 3см от ануса. На перчатке - следы гноя.

Аноскопия не проводилась из-за выраженного болевого синдрома.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику
3. Определите тактику хирургического лечения
4. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз

5. Какие особенности ведения пациента в раннем послеоперационном периоде
6. При выписке из стационара, какую документацию должен заполнить врач

Ситуационная задача 5

Пациент 30 лет, ИМТ 20 кг/м². Жалобы на наличие отверстия в перианальной области, из которого периодически выделяется гнойное содержимое. Указанные жалобы беспокоят в течение 2 месяцев. 6 месяцев назад перенес вскрытие парапроктита. Явился в КДО стационара по направлению из поликлиники для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. ЧДД 16 /мин. АД 127/78 мм рт.ст. Пульс 84 уд/мин, ритмичный. Живот мягкий, не вздут, безболезненный, участвует в дыхании. Перитонеальных симптомов нет. Дизурии нет. Дефекация регулярная 1 р/д.

При осмотре перианальной области: анальный рефлекс сохранён. На 8 часах, 1 см от края ануса имеется линейный п/о рубец 1,5см. В центре рубца - наружное свищевое отверстие диаметром около 3мм. При надавливании - выделяется незначительное количество гноя. Симптом флюктуации отрицательный. Локальная температура не повышена. При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера сохранен, волевые усилия удовлетворительные, в анальном канале, на 6 часах, на 2 см от края ануса определяется углубление. На перчатке - следы кала.

При аноскопии слизистая анального канала и нижеампулярного отдела не изменены, на 6 часах, на 2 см от края ануса отёчная и гиперемированная анальная крипта.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику
3. Составьте план дополнительного обследования
4. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз
5. Определите тактику хирургического лечения

Ситуационная задача 6

Пациент 45 лет, ИМТ 22 кг/м². Жалобы на боль животе, слабость. Со слов, 8 часов назад в коммерческом центре была выполнена колоноскопия под седацией, по протоколу исследования был удален полип 0,8 см в поперечной ободочной кишке. Боли в животе возникли час назад. Доставлен СМП в хирургический стационар для дальнейшего лечения.

При осмотре:

Объективно: состоянии средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. ЧДД 17 /мин. АД 132/78 мм рт.ст. Пульс 88 уд/мин, ритмичный. Живот не вздут, мягкий болезненный в эпигастрии. Напряжение мышц передней брюшной стенки в верхних отделах. Перитонеальные симптомы слабо положительные. Дизурии нет. Стула после колоноскопии не было.

При пальцевом ректальном исследовании: тонус сфинктера достаточный; на высоте пальца патологии не определяется. На перчатке - следы кала, без патологических примесей.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план обследования
3. Сформулируйте и обоснуйте окончательный диагноз
4. Определите тактику хирургического лечения

Ситуационная задача 7

Мужчина 55 лет, доставлен в хирургическую клинику в экстренном порядке с массивным кровотечением из нижних отделов желудочно-кишечного тракта. До этого эпизода жалоб на

состояние здоровья не было. В момент госпитализации признаков продолжающегося кровотечения нет. Нв 90 г/л, АД 120/60 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Какие заболевания могут сопровождаться такой симптоматикой
2. С чего следует начать обследование
3. Какие исследования необходимы для уточнения источника кровотечения.
4. Необходима ли госпитализация в отделение реанимации, обоснуйте ответ.

Ситуационная задача 8

В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3-х лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной пробовал сам вправить грыжу.

Это ему не удалось. Состояние больного ухудшилось, появились схваткообразные боли в животе, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и без разрешения врача ушел домой. Через 5 часов был доставлен вновь с явлениями перитонита.

Вопросы:

1. Какие осложнения могут возникнуть при самопроизвольном или насильственном вправлении ущемленной грыжи.
2. Методы диагностики осложнений.
3. Тактика лечения.

Ситуационная задача 9

Больная 45 лет поступила в клинику с жалобами на боли в животе, задержку стула и газов, общую слабость. Считает себя больной в течение 6 месяцев, когда на фоне запоров у больной периодически стало отмечаться вздутие живота, боли внизу живота, задержка газов и стула. Больная принимала слабительные средства, иногда ставила клизмы.

Объективно: живот умеренно вздут, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Кишечная перистальтика хорошо прослушивается. Симптом Склярова-Матье - отрицательный. При перкуссии – тимпанит. Симптом раздражения брюшины отрицательный. При ректальном исследовании патологии не выявлено.

Больной сделана очистительная клизма. После нее отмечался обильный стул, отошли газы. Больная стала чувствовать себя лучше, была выписана домой.

После выписки из больницы больная продолжала жаловаться на общую слабость, упорные запоры, вздутие живота, периодически схваткообразные боли внизу живота. Больная поступила в клинику повторно с аналогичной клинической картиной.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Какие врачебные ошибки были допущены при первом поступлении больной в клинику
3. План обследования больной.
4. Какие варианты операций могут быть выполнены экстренно
5. В каком случае в стационаре пациенте будет оформлен паллиативный статус

Ситуационная задача 10

Больной С., 46 лет, после акта дефекации отмечает дискомфорт, зуд, а области ануса, помарки крови на туалетной бумаге. При объективном исследовании во время натуживания ниже линии Хилтона, в проекции «7 часов» определяется опухолевидное образование продолговатой формы с изъязвлениями в области верхушки и следами геморрагии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Приведите классификацию этого заболевания согласно локализации патологического процесса.
4. Составьте план дополнительного обследования пациента, необходимый для уточнения диагноза.

Ситуационная задача 11

Больной З., 18 лет предъявляет жалобы на интенсивные, острые боли в области промежности, усиливающиеся при натуживании, акте дефекации, повышение Т тела до 39,0, озноб. При осмотре анальной области отмечается гиперемия кожи справа от ануса, отечность и выбухание тканей, при пальпации резкая болезненность и флюктуация.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию этого заболевания в зависимости от локализации.
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Какова хирургическая тактика лечения данного пациента.

Ситуационная задача 12

Больной И., 30 лет, предъявляет жалобы на наличие свища с гнойным отделением в области промежности, существующего около года. При осмотре, на коже промежности обнаружен свищ с небольшим гнойным отделяемым и мацерацией кожи вокруг него. При пальпации выявляется в подкожной клетчатке плотный тяж.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию этого заболевания.
3. Назначьте обследование пациенту.
4. Какие виды оперативного пособия возможны при данной патологии.

Ситуационная задача 13

Больной 40 лет страдает хроническим геморроем в течение 6 лет. 2 суток назад после приема алкоголя и острой пищи появились резкие боли в области заднего прохода, усиливающиеся при кашле, движении. При осмотре в области анального отверстия на "7" часах - увеличенный, синюшного цвета геморроидальный узел, резко болезненный при пальпации.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию этого заболевания.
3. Определите тактику лечения.
4. Какие возможны варианты оперативного лечения при неэффективности консервативной терапии.

Ситуационная задача 14

Больной Н., 62 лет, предъявляет жалобы на боли тянущего характера в области промежности, выделение из прямой кишки слизи. При пальцевом исследовании прямой кишки в ампулярном ее отделе обнаружено несколько образований диаметром от 0,5 до 3 см. с четко определяемой ножкой. Данные образования смещаются вместе со слизистой оболочкой кишки.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию этого заболевания.

3. Определите лечебную тактику в данном случае.
4. Назовите возможные варианты оперативного лечения данной патологии.
5. Будет ли оформляться пациентке паллиативный статус, и если да, при каких обстоятельствах.

Ситуационная задача 15

Больной К., 42 лет предъявляет жалобы на выделение крови в начале акта дефекации, периодически возникающие запоры, сменяющиеся поносами. При исследовании per rectum на расстоянии 8 см от ануса на 6 часах определяется нижний край бугристого опухолевидного образования плотной консистенции, исследование умеренно болезненно, опухолевидное образование, занимает до 2/3 полуокружности прямой кишки, контактно кровоточит.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования пациента.
3. Назовите возможные варианты лечения данной нозологии.
4. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае.

Ситуационная задача 16

Больной С., 55 лет, предъявляет жалобы на боли постоянного характера в области заднего прохода, усиливающиеся перед актом дефекации, с выделением незначительного количества крови, гноя и слизи. Кал лентовидной формы. Болен в течение 1,5 лет, когда впервые появились боли при акте дефекации, по поводу которых больной никуда не обращался, самостоятельно не лечился. При пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 4 см от сфинктера обнаружено образование до 5 см в диаметре, бугристое, распространяющееся на 2/3 полуокружности ампулы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Назначьте план обследования больного.
4. Какое оперативное вмешательство показано в данном случае.
5. Кукую документацию заполняет лечащий врач, при выписке пациента из стационара.

Ситуационная задача 17

У больного А., 42 лет длительно страдающего запорами, в момент дефекации возникают режущие боли в области заднего прохода, иррадиирующие в промежность. После дефекации незначительное кровотечение в виде полос на поверхности кала. При объективном исследовании в области задней комиссуры видна рана, располагающаяся в продольном направлении, длиной 1,3-1,5 см края ее плотные, дно покрыто грануляциями.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз
3. Назначьте план обследования больного.
4. Укажите тактику лечения данного больного?

Ситуационная задача 18

Больной 18 лет предъявляет жалобы на боли в межъягодичной области. При осмотре кожа в крестцово-копчиковой области гиперемирована, отечна, при пальпации резко болезненна, в центре гиперемии имеется точечное отверстие пропускающее головку пуговчатого зонда, при надавливании на окружающие ткани из отверстия выделяется гной.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования больного.
3. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
4. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 19

Больной 44 лет, поступил в клинику с жалобами на частый стул до 20 раз в сутки, с примесью крови, температура 38оС, боли в левой подвздошной области.

Заболел остро 5 дней назад, когда появились ноющие боли в животе, затем боли усилились, стали в основном локализоваться в левой половине живота, появились тенезмы, жидкий стул с примесью крови до 20 раз в сутки, температура повысилась до 38оС. Появились общая слабость, недомогание.

Объективно: кожный покров и видимые слизистые бледные, пульс 90 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен серовато-белым налетом. Живот при пальпации мягкий болезненный по ходу ободочной кишки, кишечная перистальтика прослушивается.

Ректороманоскопия: тонус сфинктера снижен, слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, в просвете много слизи, имеются поверхностные разных размеров кровоточащие язвы.

При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение ободочной кишки, на фоне которого возникают циркулярные спастические сокращения.

Анализ крови: Нв 110 г/л, лейкоцитов 15,0x10⁹/л, сдвиг формулы влево, СОЭ 30 мм/час.

Бактериологическое исследование кала – дизентерийных бактерий, амёб не выявлено.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
3. Определите тактику лечения.

Ситуационная задача 20

Больной 50 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине живота, недомогание поносы. Считает себя больным в течение 7 дней, когда появились боли в правой половине живота, субфебрильная температура, недомогание, частый жидкий стул до 8 раз в сутки.

Объективно: пульс 84 в мин., ритмичный удовлетворительных качеств. АД 110/60 мм рт. ст. Язык влажный чистый. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется плотное болезненное, малоподвижное опухолевидное образование 5,0x4,0см. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Симптомы Ровзинга, Бартомье-Михельсона, Образцова отрицательные.

При колоноскопии выявлены язвы в виде продольных щелей, глубокие, слизистая между ними выглядит как «булыжная мостовая» с очагами гранулематозного воспаления.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию.
3. Определите тактику лечения.