

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 «ХИРУРГИЯ»

Ситуационная задача 1

Больной 55 лет после переохлаждения отметил повышение температура тела до 38,7°C, появились боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком дыхании. В последующем присоединился кашель, выделения мокроты не отмечал. Через 8 дней после начала заболевания при сильном кашле выделилось около 100 мл гнойной зловонной мокроты. В связи с чем, обратился за медицинской помощью. Выполнена рентгенография легких.



Задания:

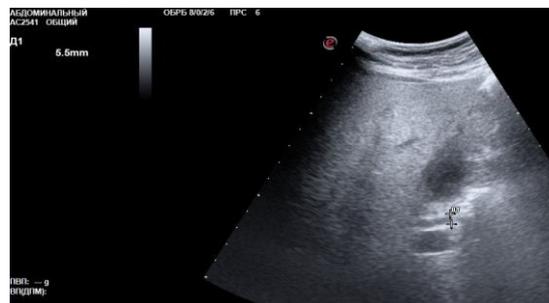
1. Опишите рентгенограмму
2. Поставьте диагноз
3. План дообследования
4. Тактика лечения

Ситуационная задача 2

В клинику поступил пациент 74 лет, у которого два дня назад появились постоянные интенсивные боли в правом подреберье и эпигастральной области, была повторная рвота желудочным содержимым, температура тела повысилась до 38,5°C.

Объективно: состояние больного средней тяжести, пульс 100 уд. в мин. Язык сухой. Живот при пальпации напряженный и болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Определяются положительные симптомы Ортнера, Мюсси, а также Мерфи и Щёткина-Блумберга (только в правом подреберье). В анализе крови лейкоциты - $16,0 \times 10^9/\text{л}$.

Выполнено УЗ-исследование органов брюшной полости (см. рис.).



Задания:

1. Опишите сканограммы
2. Поставьте диагноз
3. Сформируйте план дообследования

4. Определите оптимальную тактику лечения данного пациента

Ситуационная задача 3

У больной 45 лет спустя 7 дней после холецистэктомии, выполненной по поводу острого флегмонозного холецистита, появились постоянные интенсивные боли в правом подреберье, отмечено повышение температуры до 38,0°C, общая слабость.

Объективно: состояние больной средней тяжести, пульс 100 уд. в мин. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации напряженный и болезненный в правом подреберье и эпигастрии. В правом подреберье нечетко пальпируется малоподвижный, болезненный инфильтрат, мягкоэластической консистенции, определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Перистальтика выслушивается, не усилена. Признаков воспаления послеоперационной раны нет.

В анализе крови лейкоциты - $18,0 \times 10^9/\text{л}$.

При ультразвуковом исследовании брюшной полости установлено, что в проекции ложа желчного пузыря определяется жидкостное образование объемом до 18 см³, с четкими границами (см. рисунок). Внутривенечные желчные протоки и гепатикохоледох не расширены.



Задания:

1. Какие осложнения после холецистэктомии могут быть?
2. Предварительный диагноз
3. План дообследования
4. Определите оптимальную тактику лечения данной пациентки.

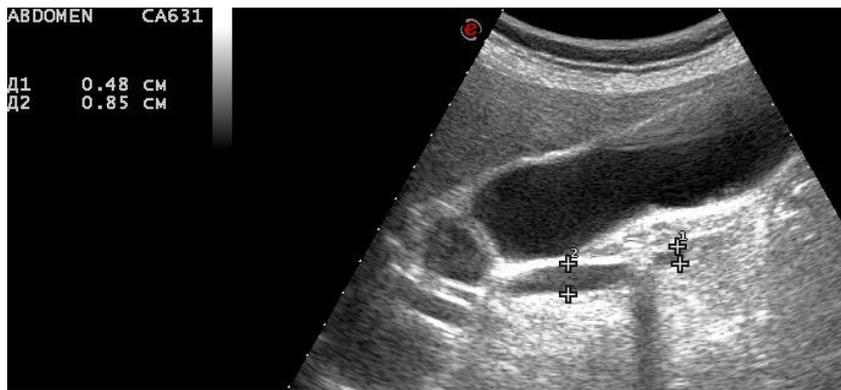
Ситуационная задача 4

В клинику поступила больная К., 62 лет. Из анамнеза удалось выяснить, что пациентка заболела пять дней тому назад, когда после приема жирной пищи появились боли в правом подреберье, слабость, тошнота. В последние два дня склеры глаз и кожный покров приобрели желтушный оттенок, отметила потемнение мочи, осветление кала.

Объективно:

Состояние больной средней тяжести. Температура тела 36,7°C. Расчёсов на коже нет. Склеры глаз и кожа желтушной окраски. Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень, желчный пузырь и селезёнка не пальпируются.

При УЗИ брюшной полости установлено: печень в размерах не увеличена, однородной структуры; желчный пузырь небольших размеров, содержит конкременты; толщина стенки желчного пузыря 3 мм; гепатикохоледох - см. рис.



Задания:

1. Опишите сканограмму.
2. Сформулируйте диагноз
3. Какие инструментальные и лабораторные методы обследования следует применить для уточнения диагноза?
4. Определите тактику лечения данной пациентки.

Ситуационная задача 5

Пациентка 56 лет поступила в клинику с жалобами на постоянные боли в правом подреберье, гипертермию до 38,5°C, желтушность кожного покрова, возникшие за 3 дня до поступления. Также беспокоит выраженная слабость, потливость. В течение последних суток отметила, что моча темная, пенная. Был однократный обесцвеченный стул. Также больная указывает, что за последние полгода дважды были кратковременные эпизоды желтухи, не сопровождавшиеся интенсивными болями и гипертермией, проходили самостоятельно в течение 2-3 дней.

При УЗИ брюшной полости выявлено, что желчный пузырь обычных размеров, полость его заполнена множественными конкрементами до 2,8 см в диаметре, стенка желчного пузыря не утолщена, без признаков воспалительных изменений; гепатикохоледох – см. рис. Больной была выполнена эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография - см. рис.



Задания:

1. О каком осложнении желчнокаменной болезни может идти речь в данном случае?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какую лечебную тактику следует избрать в данной ситуации?
4. Какие лабораторные, инструментальные и клинические признаки будут являться критериями эффективности проводимого лечения?

Ситуационная задача 6

Больной К., 42 лет, поступил в тяжелом состоянии с жалобами на общую слабость, обильную рвоту кровью. Ранее подобных явлений не отмечал. Из анамнеза стало известно, что ранее 8 лет назад перенес вирусный гепатит В. При осмотре кожный покров иктеричный. ЧСС 110-115 уд. в 1 мин, пульс слабого наполнения. АД 110/70 мм рт.ст. Живот увеличен за счет асцита; на передней брюшной стенке определяются расширенные подкожные вены. Перкуторно печень и селезенка увеличены в размерах. Ректально – геморроидальные узлы, на перчатке следы кала черного цвета.

Hb - 65 г/л, эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$.

При экстренной эзофагоскопии выявлены варикозно-расширенные вены пищевода с продолжающимся кровотечением на момент исследования.

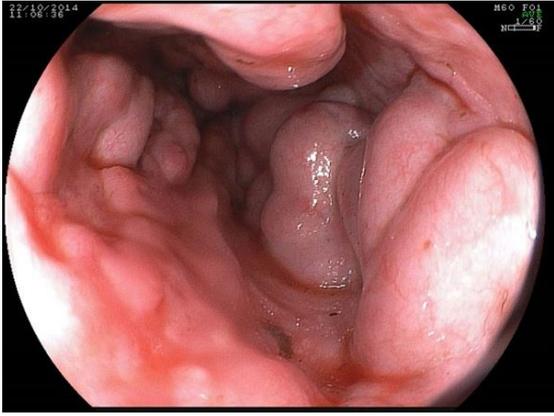


Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой метод остановки кровотечения использован при эндоскопии (см. рис.)?
3. Укажите возможные методы профилактики рецидива кровотечения.
4. Показания к операции и варианты хирургического пособия?

Ситуационная задача 7

Больной Н., 49 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, похудание, периодические эпизоды выделения крови при акте дефекации. Из анамнеза стало известно, что в течение длительного времени злоупотребляет алкогольными напитками. При осмотре: пониженного питания, на коже лица и туловища телеангиэктазии, кожный покров бледный. Живот обычной формы, не увеличен, при пальпации печень выступает на 5 см из-под края правой реберной дуги; перкуторно определяется притупление в отлогах местах. Дизурических расстройств не отмечает. Ректально – геморроидальные узлы, на перчатке следы кала коричневого цвета. Hb-55г/л. При экстренной эзофагоскопии выявлены варикозно-расширенные вены пищевода с признаками состоявшегося кровотечения. Больному выполнено эндоскопическое исследование (см. рис.).



Задания:

1. Какую патологию выявили при эндоскопическом исследовании?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Основные направления консервативной терапии.

Ситуационная задача 8

В приемное отделение доставлена пациентка Р., 66 лет. Из анамнеза известно, что в течение 2-х суток беспокоит недомогание, слабость, снижение аппетита, диффузные мышечные боли. Накануне поступления вечером отметила подъем температуры до 40°C, озноб. Утром появились резкие боли и яркое покраснение правой голени. Объективно состояние средней тяжести. Кожный покров обычной окраски, сухие. Дыхание спонтанное, частота дыхательных движений 18 в минуту. При аускультации дыхание ослабленное везикулярное, проводится во все отделы. Хрипы не выслушивается. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Пульс удовлетворительных качеств, ритмичный, 95 ударов в минуту. АД 150/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, при пальпации мягкий, безболезненный. перистальтические шумы выслушиваются. Стул оформленный, обычной окраски. Диурез адекватный. Локально: см. рис.



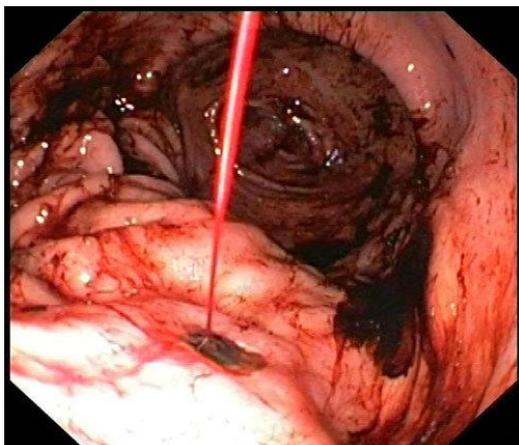
Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой вид микроорганизмов наиболее характерен для данной патологии?
3. Какие методы исследования необходимо назначить?
4. Составьте алгоритм лечебных мероприятий у данной больной.

Ситуационная задача 9

Больной С., 32 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на многократную рвоту «кофейной гущей», слабость, головокружение, жажду. В анамнезе язвенная болезнь, настоящее обострение в течение 2-х дней, боли в эпигастрии купировались самостоятельно утром. При

осмотре: кожный покров бледный. ЧДД 20 в мин. Пульс 96 уд. В мин. АД 110/60 мм рт.. ст. Животе не вздут, мягкий, безболезненный. Перистальтика выслушивается. Перитонеальных симптомов нет. Ректально – геморроидальные узлы, на перчатке следы кала черного цвета.



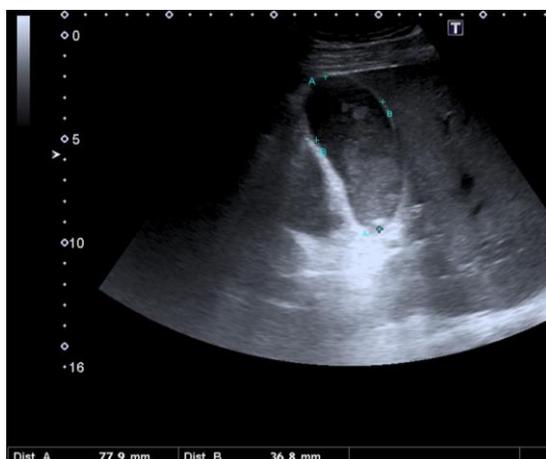
Задания:

1. Какое заболевание и осложнение можно предположить у больного?
2. Сформулируйте диагноз с учетом результатов эндоскопического исследования (см. рис.)?
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 10

Больная А., 46 лет, после приема жирной пищи отметила появление сильных болей в правом подреберье, иррадирующих в правое плечо и правую лопатку. Ранее подобных жалоб не отмечала. В последующем эпизод подъема температура тела до 37,8°C. Была многократная рвота. При осмотре – кожный покров нормальной окраски, ЧСС 80 в мин, АД 120/80 мм рт.ст.. При пальпации правого подреберья определялось дно болезненного желчного пузыря, симптомы Ортнера и Мерфи положительные, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

При поступлении выполнено УЗИ (см. рис.). После назначения консервативной терапии состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились. На вторые сутки после поступления при осмотре - желчный пузырь перестал пальпироваться, оставалась небольшая болезненность в точке желчного пузыря. Однако после купирования болевого приступа у больной появилась иктеричность кожи, показатели билирубина стали нарастать.



Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем может быть обусловлено повышение уровня билирубина и желтушность кожного покрова?
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
4. Лечебная тактика.

Ситуационная задача 11

Больная В., 47 лет, поступила в отделение для выполнения плановой лапароскопической холецистэктомии. При осмотре в отделении – кожный поров и видимые слизистые субиктеринные. ЧДД 17 в мин. ЧСС 74 в мин. АД 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный; симптомы Ортнера, Кера и Мерфи отрицательные. Перитонеальных симптомов нет.

Из анамнеза известно, что около 2-х месяцев назад стационарное лечение по поводу холедохолитиаза, механической желтухи. По УЗИ – расширение холедоха до 15 мм, в дистальном отделе конкремент до 11 мм. Выполнена ЭРХПГ, ЭПСТ, литоэкстракция. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастральной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота, симптом Воскресенского положительный. Выполнено контрольное УЗИ (см. рис.)



Задания:

1. Какое осложнение развилось у больной?
2. Опишите изменения, выявленные по данным УЗИ.
3. Какие дополнительные исследования необходимо произвести?
4. Какой должна быть лечебная тактика?

Ситуационная задача 12

Больной 55 лет, поступил в плановом порядке в отделение сосудистой хирургии с жалобами на боли по типу перемежающейся хромоты в бедрах и ягодицах с обеих сторон при ходьбе до 200 м, импотенцию. Болен в течение 3-х лет, когда появились вышеуказанные жалобы, заболевание прогрессировало постепенно. Курит длительное время.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД – 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 140/90 мм рт.ст.

Status localis: обе нижние конечности - бледные, прохладные, отмечается снижение волосяного покрова на голених. Движения и чувствительность сохранены, пульсация артерий не определяется на всем протяжении.



Задания:

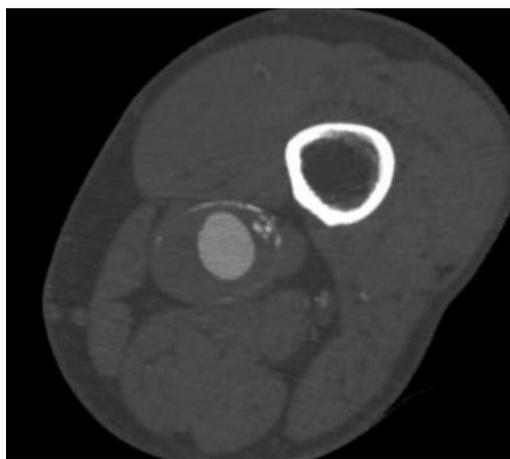
1. Опишите результат исследования.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие методы дообследования необходимо произвести?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 13

Больной 37 лет поступил в отделение сосудистой хирургии в плановом порядке с жалобами на пульсирующее опухолевидное образование в левой подколенной области. В анамнезе тупая травма левого бедра около 2-х лет назад, после чего появилось вышеописанное образование в подколенной ямке, которое постепенно увеличивалось в размерах.

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧДД – 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 130/90 мм рт.ст.

Status localis: правая нижняя конечность теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на бедренной артерии отчетливая, в подколенной ямке определяется пульсирующее опухолевидное образование 4х5 см, кожа над ним не изменена, пульсация на артериях стопы несколько ослабленная. Левая нижняя конечность теплая, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, пульсация на всем протяжении отчетливая.



Задания:

1. Опишите результаты выполненного инструментального исследования (см. рис.).
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие методы дообследования необходимо произвести?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 14

Пациент П., 50 лет, госпитализирован в плановом порядке в стационар.

Жалобы на боли в правой нижней конечности при ходьбе до 20 м, периодически - в покое.

Из анамнеза известно, что вышеуказанные жалобы беспокоят в течение длительного времени, постепенно отмечал уменьшение расстояния безболевой ходьбы. Хронические заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст., 2 ст. Вредные привычки: табакокурение.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. ЧДД 16 в мин. ЧСС 135 в мин. АД 140/80 мм рт.ст.

Сосудистый статус: Обе нижние конечности нормальной окраски, движения и чувствительность сохранены в полном объеме. Пульсация артерий нижних конечностей слева отчетливая на всех уровнях, справа определяется на общей бедренной артерии, дистальнее не определяется.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назначьте методы обследования необходимо назначить для верификации диагноза.
3. Тактика лечения.
4. Показания к операции и варианты хирургического пособия?

Ситуационная задача 15

Пациент М., 70 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на боли, отек в правой нижней конечности в течении 5 дней.

Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь, сахарный диабет II типа. Вредные привычки: отрицает. В анамнезе 3 месяца назад перелом голени справа.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. ЧДД 16 в мин. ЧСС 76 в мин. АД 150/80 мм рт.ст.

Сосудистый статус: Обе нижние конечности нормальной окраски, движения и чувствительность сохранены в полном объеме. Отек правой голени +2,0 см, на бедре отека нет. Пульсация артерий нижних конечностей отчетливая на всех уровнях с обеих сторон.



Задания:

1. Опишите результат УЗ-исследования (см. рис.).
2. Сформулируйте основной диагноз
2. Назначьте дополнительные методы обследования для верификации диагноза
3. Тактика лечения.

Ситуационная задача 16

Пациент С, 34 лет, 3-е суток назад перенес первичную хирургическую обработку раны нижней трети правого бедра по поводу травмы в быту (напоролся на доску с торчащими ржавыми гвоздями). Сегодня состояние больного резко ухудшилось. Развилась гипертермия до

40°C, тахикардия, одышка, расстройство сознания по типу делирия. В области послеоперационных ран в средней и нижней трети правого бедра определяется отек мягких тканей, при пальпации в окружности раны определяется крепитация мягких тканей.

Выполнены УЗИ и КТ (см. рис.).



Задания:

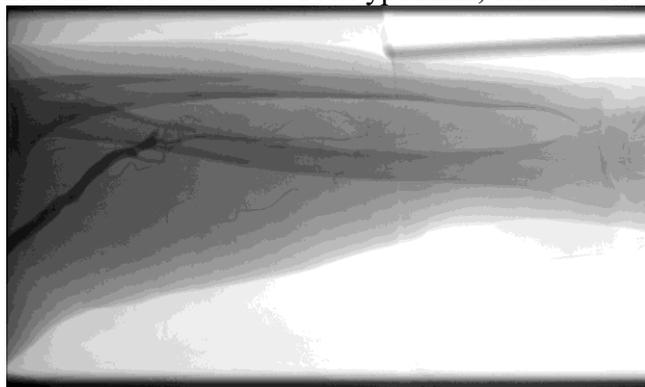
1. Сформулируйте диагноз.
2. Опишите результаты УЗ-исследования и КТ.
3. Какой вид микроорганизмов наиболее характерен для данной патологии?
4. Ваша лечебная тактика.

Ситуационная задача 17

Пациентка Б., 32 лет, поступила в клинику с жалобами на боли, чувство онемения, похолодания в левой верхней конечности. Заболела остро, около 18 часов назад. Вскоре боли несколько стихли, остались чувство онемения и «ползание мурашек» в левой кисти и части предплечья.

Объективно: общее состояние относительно удовлетворительное, сознание ясное. ЧДД 16 в 1 минуту. ЧСС 76-102 ударов в 1 мин. АД 130/80 мм рт. ст.

Сосудистый статус: Обе верхние конечности нормальной окраски, движения и чувствительность сохранены в полном объеме, отека нет. Пульсация артерий правой верхней конечности отчетливая на всех уровнях; слева – не определяется дистальнее локтевой ямки.



Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Назовите возможные причины заболевания.
2. Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
3. Ваша лечебная тактика.

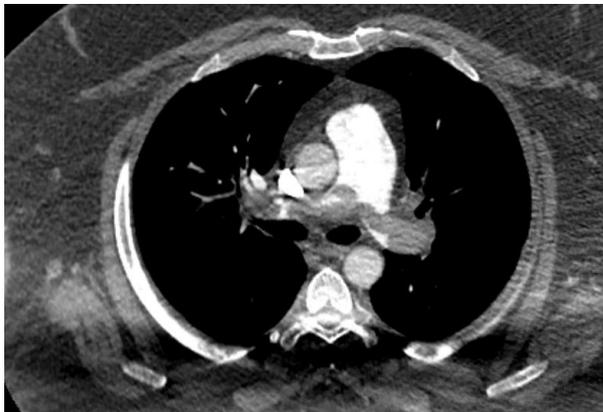
Ситуационная задача 18

Пациентка Б., 30 лет, 7 дней назад упала во время катания на горных лыжах. Диагностирован перелом медиальной лодыжки левой голени. Была выполнена иммобилизация

левой голени. Со вчерашнего вечера отмечает появление отека и распирающих болей в левой голени. Сегодня утром при вставании с кровати возникла резкая одышка, потеряла сознание. Вызвана бригада СМП.

При осмотре в приемном отделении – состояние тяжелое. ЧДД 25 в мин. ЧСС 120 в мин. АД 90/50 мм рт.ст. В легких дыхание проводится с обеих сторон равномерно, хрипов нет.

Выполнена МСКТ (см. рис.).



Задания:

1. В чем причина развития данного патологического состояния?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какую лечебную тактику следует избрать в данной ситуации?
4. Какие лабораторные, инструментальные и клинические признаки будут являться критериями эффективности проводимого лечения?

Ситуационная задача 19

Больной, 28 лет. Заболел два дня назад, когда отметил появление болей в эпигастральной области, которые вскоре переместились в правую подвздошную область. Была тошнота, однократная рвота. Никуда не обращался, лечился самостоятельно (НПВС, спазмолитики) боли стихли, но сегодня возобновились в правой нижней половине живота, поднялась температура до 38°C, газы стали плохо отходить, стул задержан.

При осмотре в приемном отделении – состояние средней степени тяжести. Температура 38,6°C. Кожный покров нормальной окраски. Язык сухой, обложен белым налетом, живот резко болезненный в правой подвздошной области. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.



Задания:

1. Опишите изменения на КТ (см. рис.).
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо провести?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 20

Девушка, 26 лет. Заболела около 20 часов назад, когда появились боли в эпигастральной области, которые спустя некоторое время переместились в правую половину живота, больше в правую подвздошную область.

При осмотре - Температура – 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

Лейкоциты – $14,5 \times 10^9/\text{л}$.



Задания:

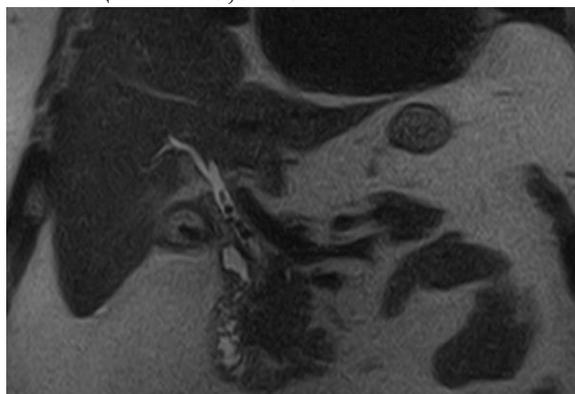
1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие заболевания следует исключить?
3. Опишите изменения, выявленные при УЗИ?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 21

Больная М., 45 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в верхних отделах. Которые возникли около 3-х дней назад после погрешности в диете. В анамнезе оперативное лечение по поводу желчнокаменная болезнь 8 лет назад.

Объективно: состояние больной удовлетворительное, хорошего питания, субиктеричность склер и кожи. Со стороны органов грудной клетки без особенностей. Язык влажный. Живот симметричный, при пальпации болезненный в эпигастрии и правом подреберье. Пульсация аорты выше пупка определяется. Перистальтика отчетливая. Перитонеальных симптомов нет. Дизурических и диспептических расстройств не отмечает, кал светлее обычного.

Лейкоциты – $10,0 \times 10^9/\text{л}$.



Задания:

1. Опишите изменения, выявленные при МРТ.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие заболевания следует исключить?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 22

Пациент Т., 78 лет, поступила в хирургическое отделение через 2 часа от начала заболевания. Из анамнеза известно, что заболел остро, когда внезапно отметил появление интенсивных болей в эпигастрии. Была однократная рвота, однократный жидкий стул. Страдает ревматическим пороком сердца, мерцательной аритмией, язвенной болезнью желудка.

Объективно: состояние тяжёлое. Температура тела нормальная. Беспокоен, садится в постели, меняет положение тела. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс – 102 удара в минуту, АД – 190/100 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный во всех отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Печёночная тупость сохранена. Перистальтика кишечника усилена. «Шум плеска» не определяется.

Лейкоциты – $24,6 \times 10^9/\text{л}$.



Задания:

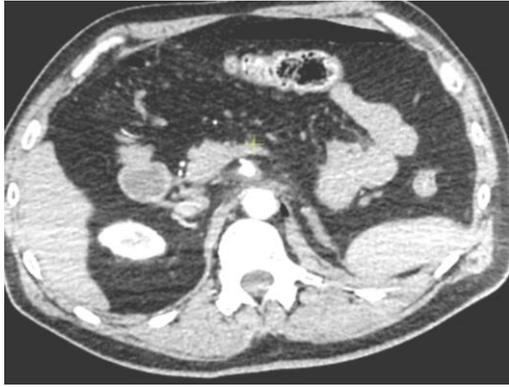
1. Опишите изменения, выявленные при КТ.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие заболевания следует исключить?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 23

Пациент П., 28 лет, пострадал в результате ДТП. Водитель ударился животом о руль. Потери сознания не было. Предъявляет жалобы на боли в животе.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Температура тела $36,5^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы бледные, влажные. Пульс 98 в мин, АД 110/75 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, болезненный во всех отделах. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника определяется.

Лейкоциты – $9,6 \times 10^9/\text{л}$.



Задания:

1. Опишите изменения, выявленные при КТ.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 24

У больного 58 лет за шесть часов до поступления в клинику внезапно появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, была многократная рвота. Стул был за несколько часов до заболевания. В анамнезе: 7 дней назад перенес оперативное лечение по поводу пупочной грыжи, диастаза прямых мышц живота (ПРОМ); выписан на 4 сутки.

Объективно: Состояние тяжелое, беспокоен, часто меняет положение в постели, бледен, пульс 110 в мин., АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, живот умеренно вздут в верхних отделах, в области пупка пальпируется овальной формы плотноэластическое образование, перкуторно над которым определяется тимпанит. Перистальтика кишечника ослаблена.



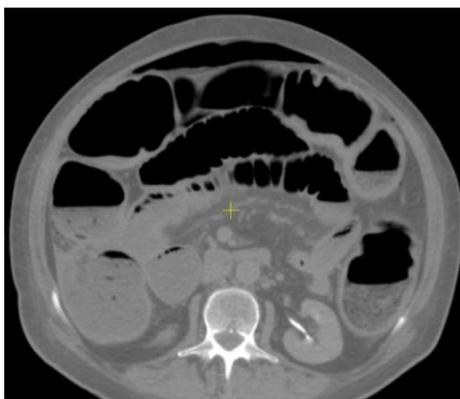
Задания:

1. Опишите изменения на КТ-граммах.
2. Какое заболевание можно заподозрить?
3. Какова лечебная тактика?
4. Необходима ли предоперационная подготовка больному?

Ситуационная задача 25

Пациент С., 74 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, рвоту, отсутствие стула и газов. В анамнезе: полипэктомия из сигмовидной кишки.

Объективно: Состояние тяжелое, сонлив, кожный покров бледный, сухой. Пульс 110 в мин, АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен налетом коричневого цвета. Живот вздут во всех отделах, болезненный во всех отделах, перкуторно тимпанит. Перистальтика кишечника не определяется. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный в нижних отделах.



Задания:

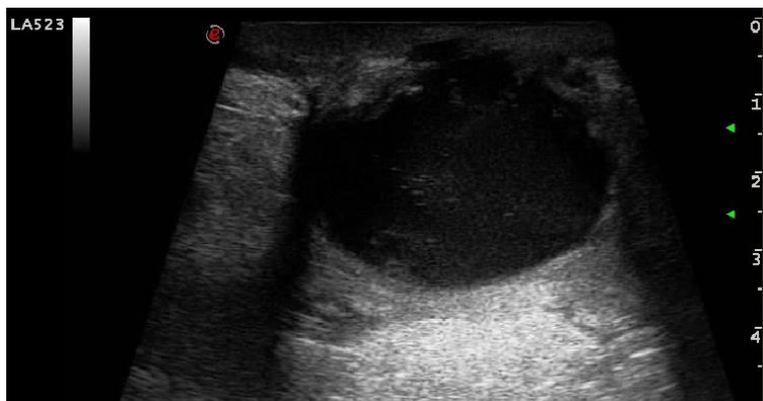
1. Опишите изменения, выявленные при КТ.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 26

Пациент З., 54 лет, поступил в клинику с жалобами на появление болезненного уплотнения по передней поверхности брюшной стенки, которое появилось около 3-4 дней назад. В анамнезе: операция по поводу рака сигмовидной кишки 3 недели назад.

Объективный статус: кожный покров обычной окраски. ЧДД 18 в мин. АД 140/90 мм рт.ст. Пульс 88 в мин. Язык влажный, чистый. Живот симметричен, не вздут, мягкий, безболезненный. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника определяется. По средней линии живота послеоперационный рубец, в нижней трети которого определяется округлое образование, примерным размером 4,5x5,0x3,0 см, несколько болезненное при пальпации.

Лейкоциты (WBC) - $10,1 \times 10^9$ /л; Глюкоза из капиллярной крови - 11,50 ммоль/л.



Задания:

1. Опишите изменения, выявленные при УЗИ.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
4. Тактика лечения.

Ситуационная задача 27

У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок.

Объективно: полость рта, шея, грудина без особенности. ЧДД 18 в мин. АД 110/75 мм рт.ст. Пульс 88 в мин. Язык влажный, чистый. Живот симметричен, не вздут, мягкий, безболезненный. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника определяется.



Задания:

1. Опишите рентгенограмму.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какие виды лечения применяют при данном заболевании?

Ситуационная задача 28

Больная А., 22 лет, обратилась с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся 5 дня назад. Изначально боли локализовались в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,9°C. Затем боли мигрировали в правую подвздошную область и постепенно стихли, но совсем не прошли. Нарушения стула и мочеиспускания не было.

При осмотре: язык влажный, температура 37,0°C. ЧДД 19 в мин. АД 120/75 мм рт.ст. Пульс 98 в мин. При пальпации отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, где определяется плотное малоподвижное опухолевидное образование около 10,0 см в диаметре. Напряжения мышц нет. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника определяется.

Анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$ /л.

Задания:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие инструментальные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Тактика ведения данного больного.

Ситуационная задача 29

Больная В., 59 лет, 4 дня назад отметила появление сильных болей в верхних отделах живота опоясывающего характера, иррадиирующие в спину. Была многократная рвота. Подобные

жалобы впервые. Лечилась самостоятельно, принимала ибупрофен и дротаверин, без эффекта. Из анамнеза известно, что больная страдает желчнокаменной болезнью.

При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, видимые слизистые субиктеричны. Температура – 36,7°C. Пульс 110 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области и правом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Пульсация аорты в эпигастриальной области не определяется, на артериях нижних конечностей – отчетливая. Нарушений стула и мочеиспускания не было.

Задания:

1. Какими заболеваниями может быть обусловлена данная клиническая картина?
2. Какие лабораторные показатели необходимы для установки диагноза?
4. Какова дальнейшая тактика?
5. Профилактику каких осложнений необходимо проводить?

Ситуационная задача 30

Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания. В анамнезе: плановое оперативное лечение по поводу левостороннего коксартроза около 1,5 месяцев назад. Постоянной терапии не получает, после операции принимала только НПВС при болях.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, нехватку воздуха, одышку при минимальной нагрузке.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. Отмечается набухание шейных вен. ЧДД 23 в мин. АД 90/40 мм рт.ст., пульс 120 в мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, перистальтика сохранена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Имеется послеоперационный рубец на левой нижней конечности. Отек левой нижней конечности (разница периметра с контралатеральной +2,0-3,0 см).

Задания:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения.
4. Какие мероприятия после травматологического пособия позволили бы предотвратить данное состояние?

Ситуационная задача 31

Больной С., 34 л., доставлен в приемное отделение бригадой СМП. Известно, что упал с велосипеда во время катания в парке. Со слов, ударился животом о руль.

При осмотре выявлены множественные экхимозы на коже верхних отделов живота. Живот в размерах не увеличен, при пальпации мягкий, определяется умеренно выраженное мышечное напряжение в эпигастриальной области.

При проведении мультиспиральной компьютерной томографии брюшной полости без внутривенного контрастирования каких-либо патологических изменений не обнаружено.

Задания:

1. Ваш диагноз?
2. Какие повреждения органов брюшной полости могут произойти при такой травме.
3. Какие методы инструментальной диагностики позволят его подтвердить?
4. В чем состоит лечебная тактика в данной ситуации?

Ситуационная задача 32

Больной Р., 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы.

Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в мин, удовлетворительного наполнения. АД 110/60 мм рт.ст. При ректальном исследовании: на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
3. Лечебная тактика в данной ситуации.
4. Какие факторы привели к развитию данного заболевания?

Ситуационная задача 33

Больной У., 38 лет, поступил в клинику с жалобами на слабость и головокружение после приема пищи. Из анамнеза: 1,5 года назад оперирован по поводу кровоточащей язвы двенадцатиперстной кишки, произведена резекция желудка. Через 2-3 месяца после операции начали беспокоить приступы слабости, головокружения после приема сладких и молочных блюд, супов. Приступы возникают через 20-30 мин после приема пищи, сопровождаются потливостью и сердцебиением, чувством переполнения желудка. После приема пищи вынужденно принимает горизонт. положение, которое приносит некоторое облегчение. Последние полгода периодически беспокоит диарея, стул жидкий водянистый, до 3-4 раз в сутки, иногда – с примесью непереваренной пищи. Похудел на 10 кг.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Обычного питания. Определяется красный дермографизм. Пульс 70 в мин. АД 120/70 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается. Дизурических расстройств нет.

Через 20 мин после приема внутрь 150 мл 50% раствора глюкозы появилась резкая слабость, потливость. АД снизилось до 100/60 мм рт.ст., тахикардия до 90 в мин.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Чем обусловлено развитие подобной симптоматики?
3. Лечебная тактика в данной ситуации?
4. Какие факторы привели к развитию данного заболевания?

Ситуационная задача 34

Сержант Т., 27 лет, получил слепое осколочное ранений мягких тканей левого плеча. Товарищами ему была наложена повязка из индивидуального пакета. В связи с тем, что повязка сильно промокла кровью оказывающие первую помощь, наложили жгут в средней трети плеча, использовав для этого кусок шпагата. Попутной машиной раненый был доставлен в медицинский пункт.

При поступлении пострадавший несколько бледен, пульс на здоровой руке 92 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Раненая рука подвешена на пояском ремне. Повязка промокла подсохшей кровью. Импровизированный жгут затянут туго, кисть холодная, тыльная флексия кисти и пальцев отсутствует.

Задания:

1. Чем обусловлено развитие подобной симптоматики?
2. Сформулируйте диагноз.

3. Лечебная тактика в данной ситуации?
4. Какие факторы привели к развитию данного состояния?

Ситуационная задача 35

Больной С. 30 лет поступил в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в правом предплечье. Из анамнеза: четыре дня назад на производстве он поранил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекала, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья, температура тела повысилась до 38°C. На третьи сутки отек и гиперемия распространились до локтевого сустава, движения правой рукой стали вызывать значительную болезненность, температура тела повысилась до 40°C, появились головные боли и сухость во рту.

При объективном обследовании: кожные покровы несколько бледные. Температура тела 39,5°C. Пульс 110 в мин. АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Правое предплечье и кисть сильно отечны, наблюдается гиперемия кожи. При пальпации в средней трети предплечья определяется участок флюктуации.

В общем анализе крови отмечается высокий лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
3. Лечебная тактика в данной ситуации.
4. Какие факторы привели к развитию данного заболевания?

Ситуационная задача 36

Больная П., 48 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний – язвенная болезнь желудка.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, чувствительный в эпигастрии. Перистальтика резко ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Стула не было в течение 10 дней.

ОАК: Эритроциты $2,1 \times 10^{12}/л$, НЬ - 50 г/л.

ЭГДС - в желудке большое количество содержимого, в антральном отделе резкое сужение, в двенадцатиперстную кишку пройти не удалось.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
3. Лечебная тактика в данной ситуации.
4. Какие факторы привели к развитию данного заболевания?

Ситуационная задача 37

Больной Н., 65 лет, трое суток назад при резком торможении автобуса упал и ударился правой половиной грудной клетки. Врач травмпункта установил наличие перелома VII – VIII ребер справа по передне-подмышечной линии, наложил давящую повязку на грудь, рекомендовал больному принимать анальгин. Самочувствие больного не улучшалось, оставалась боль при дыхании, присоединился кашель с мокротой, стала нарастать одышка, повысилась температура.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Температура 38,4°C. ЧДД 20 в мин. В легких: резкое ослабление дыхания справа, рассеянные влажные хрипы. Пульс до 94 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет.

Задания:

1. Чем обусловлено развитие подобной симптоматики?
2. Сформулируйте диагноз.
3. Лечебная тактика в данной ситуации?
4. Какие факторы привели к развитию данного состояния?

Ситуационная задача 38

Пациент М., 28 лет доставлен в приемное отделение через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди.

При осмотре: состояние тяжелое, сознание ясное. Покрыт холодным потом, кожа бледная. ЧДД 21 в мин. В легких дыхание слева резко ослаблено, при перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (осмотр в положении лежа. ЧСС 120 в мин, АД 80/40 мм рт.ст. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется.

В четвертом межреберье по среднеключичной линии слева рана 1,5x0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь.

ЭКГ – зона ишемии в передне-боковых отделах левого желудочка.

Рентгенограмма ОГК - в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Тактика лечения.
3. Принцип выполнения оперативного пособия.
4. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?

Ситуационная задача 39

Пациент В., 42 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. ЧДД 24 в мин. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится. ЧСС 94 в мин. АД 100/70 мм рт.ст.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
3. Лечебная тактика.
4. Показания и техника выполнения плевральной пункции.

Ситуационная задача 40

Пациент В., 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характера за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, повышение температуры тела до 40°C, озноб, сопровождающийся

проливным потом. Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 С. За медицинской помощью не обращался. Накануне заболевания ел рыбу. Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость.

При осмотре: состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженного питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. ЧДД 26 в мин. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько ослаблено, хрипов нет. ЧСС 120 в мин. Ритм правильный. АД 90/60 мм рт.ст. Язык влажный. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика ослаблена. Перитонеальные симптомы не определяются. Дизурических расстройств нет.

ОАК: лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг формулы влево.

ЭГДС: на уровне С6 - С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 - 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

Задания:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
3. Лечебная тактика.
4. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?