Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Косенок Сергей Михайлович
Должность: ректор
Дата подписания: 16.06.2026 09:21:32
Уникальный программный ключ:
e3a68f3eaa1e62674b54f4998099d3d6bfdcf836

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

Госпитальная хирургия, детская хирургия

Код, направление подготовки	31.05.01 Лечебное дело
Направленность (профиль)	Лечебное дело
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	хирургических болезней
Выпускающая кафедра	Внутренних болезней

Этап проведения контрольной работы.
Семестр 9.
Контрольная работа включает в себя:
-тестирование с применением дистанционных технологий (интернет платформа Moodle).

Перечень тестовых заданий:
Тестовые задания

1.ПОЛЫЙ ОРГАН СОСТАВЛЯЕТ ОДНУ ИЗ СТЕНОК ГРЫЖЕВОГО МЕШКА:
А. В грыже Рихтера.
Б. Ущемленной грыже.
В. Скользящей грыже

2.ВАША ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ:
А. Очистительная клизма.
Б. Введение спазмолитиков.
В. Экстренная операция.
Г. Наблюдение за больным.
Д. Попытаться вправить грыжевое выпячивание.

3.ПЛАСТИКА ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ ПРОВОДИТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СПОСОБАМИ, КРОМЕ:
А. Пластика по Постемпскому.
Б. Операция Лексера.
В. Аллопластические способы.
Г. Способ Мейо.
Д. Способ Сапежко.

4.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:
А. Инфаркт миокарда.

Б. Почечная колика.
В. Пневмония.
Г. Синдром Золлингера – Эллиссона.
Д. Мезентериальный лимфаденит.

5. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ПЕРВИЧНЫЙ АФФЕКТ ВОЗНИКАЕТ:
А. В подслизистом слое червеобразного отростка
Б. В мышечном слое червеобразного отростка
В. В слизистой оболочке червеобразного отростка
Г. В серозной оболочке червеобразного отростка
Д. В брыжейке червеобразного отростка

6.ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ В ПРАВУЮ ПОЯСНИЧНУЮ ОБЛАСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА:
А. Ретроцекально
Б. Медиально
В. Тазовое
Г. Подпеченочно

7.ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА?
А. Боли в правом подреберье, сопровождающиеся появлением желтухи.
Б. Наличие опухолевидного образования в правой подвздошной области с болевым приступом в анамнезе.
В. Боли в эпигастральной области, сопровождающиеся появлением дегтеобразного стула.
Г. Исчезновение боли в животе в сочетании с нарастающей тахикардией.

8.ВАША ТАКТИКА ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ:
А. Эндолимфатическое введение лекарственных препаратов.
Б. Экстренное оперативное вмешательство.
В. Физиотерапевтическое лечение.
Г. Лапароскопия с последующим введением антибактериальных препаратов.

9.ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ:
А. Вскрытие и дренирование полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки или задний свод влагалища.
Б. Нижнесрединная лапаротомия.
В. Разрез Волковича – Дьяконова с расширением до-ступа одним из методов.
Г. Среднесрединная лапаротомия.

10.ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН ПЕРИТОНИТ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ТО НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:
А. Разрез Волковича-Дьяконова
Б. Разрез Ленандера
В. Нижнесрединную лапаротомию
Г. Среднесрединную лапаротомию

11.ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:
А. Физическая нагрузка
Б. Аномалия развития желчевыводящих путей
В. Нарушение диеты и режима питания
Г. Гематогенная инфекция
Д. Травма органов брюшной полости

12. ДЛЯ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:
А. Тошноты, рвоты

Б. Положительного симптома Ортнера
В. Положительного симптома Хоманса
Г. Повышения температуры тела до 38
Д. Положительного симптома Мерфи

13.СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:
А. Острого калькулезного холецистита
Б. Рака головки поджелудочной железы
В. Опухоли большого дуоденального соска
Г. Опухоли холедоха

14.У БОЛЬНОГО НА ФОНЕ ОСТРЫХ БОЛЕЙ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ ПОЯВИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, ПАЛЬПИРУЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?
А. Острый гепатит
Б. Дискинезия желчевыводящих путей
В. Острый холецистит, холедохолитиаз
Г. Рак желчного пузыря
Д. Эхонококкоз печени.

15.ДЛЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:
А. Гектическая температура
Б. Опоясывающие боли в животе
В. Желтуха
Г. Неустойчивый жидкий стул
Д. Рвота

16.КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:
А. Напряжение мышц в правом подреберье
Б. Положительный симптом Мейо-Робсона
В. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу
Г. Положительный симптом Ситковского
Д. Симптом Пастернацкого

17.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБО-ЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕ-ТОД ИССЛЕДОВАНИЯ:
А. Ангиография
Б. Лапароскопия
В. Рентгеноскопия желудка
Г. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ)
Д. Фиброгастроскопия

18 ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:
А. Тошнота, рвота
Б. Дизурия
В. Положительный симптом Боаса
Г. Постоянные тупые боли в правом подреберье и эпигастрии
Д. Слабость, примесь крови в рвотных массах.

19. ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ:
А. Боли в верхних отделах живота
Б. Тошнота

В. Боли в надчревной области натощак, усиливающиеся в ночное время, изжога
Г. Боли в правом подреберье, иррадиирующие в поясничную область
Д. Боли в правой подвздошной области

20. У БОЛЬНОГО ИМЕЮТСЯ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, СЛАБОСТЬ, ПОХУДАНИЕ, ОТРЫЖКУ, РВОТУ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?
А. Обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
Б. Опухоль ободочной кишки.
В. Язвенная болезнь желудка
Г. Желчнокаменная болезнь
Д. Язвенная болезнь, осложненная стенозом привратника.

21. ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ПИЛОРОДУОДЕ-НАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ:
А. Гипохлоремия
Б. Гиперхлоремия
В. Гипохлоремия и гипокалиемия
Г. Гиперхлоремия и гиперкалиемия
Д. Гиперхлоремия и гипокалиемия

22. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ И ПОЯВЛЕНИЕ МЕЛЕНЫ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:
А. Пилородуоденального стеноза
Б. Перфорации язвы
В. Малигнизации язвы
Г. Кровотечения
Д. Пенетрации язвы в поджелудочную железу

23. ГЕМАТУРИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А.Уролитиаза
Б.Туберкулеза мочевых путей
В.Опухолей яичек
Г.Опухолей мочевых путей
Д.Синдрома Гудпасчера

24. ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТА ВОЗНИКАЕТ НАИБОЛЬШАЯ УГРОЗА ПОЛНОЙ ОБТУРАЦИИ?
А.Камень верхней чашечки
Б. Коралловидный камень лоханки
В.Камень мочеточника
Г. Камень мочевого пузыря

25. САМЫЙ БЕЗОПАСНЫЙ, НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ
А. УЗИ почек
Б. Экскреторная урография
В. Инфузионная урография
Г. Компьютерная томография
Д. Хромоцистоскопия

26. ГЕМАТУРИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А. Уролитиаза
Б. Туберкулеза мочевых путей
В.Опухолей яичек
Г. Опухолей мочевых путей
Д. Синдрома Гудпасчера

27. СКРИНИНГ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ
А. Общего анализа мочи
Б. ПСА
В. СА19-9
Г. РЭА
Д. Альфафетопротеина

28. МОРФОЛОГИЮ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИССЛЕДУЮТ МЕТОДОМ
А. Экскреторной урографии
Б. Цистоскопии
В. Допплерометрии
Г. Трансректальной УЗД с биопсией

29. КРИПТОРХИЗМ ЭТО
А. Отсутствие яичка
Б. Дистопия яичка
В. Воспаление яичка
Г. Норма

30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А. Врожденная патология паренхимы почки
Б. Нефролитиаз
В. Травмы брюшной полости
Г. Рак почки

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ
1-в, 2-в, 3-а, 4-г, 5-в, 6-а, 7-б, 8-б, 9-а, 10-в, 11-в, 12-в, 13-а, 14-в, 15-г, 16-д, 17-д, 18-б, 19-в, 20-д 21-в, 22-г, 23-д, 24-в, 25-а, 26-д, 27-б, 28-г, 29-б, 30-б.

Этап проведения контрольной работы.
Семестр 10.

Контрольная работа- тестирование с применением дистанционных технологий (интернет платформа Moodle).
Перечень тестовых заданий.

1. ПРИ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЕ ХОЛЕДОХА ВРЕМЕННЫЙ ВАРИАНТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАССАЖА:

А. Холедоходуоденостомия
Б. Холецистостомия
В. Гепатикоеюностомия
Г. Операция Уипла
Д. Трансплантация печени

2. ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА
А. Ретроцекального
Б. Подпеченочного
В. Тазового
Г. Мезоцелиакального
Д. Забрюшинного

3. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО С
А. Острым сальпингитом
Б. Острым холециститом
В. Острым мезаденитом
Г. Прободной язвой

4.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ БЫСТРГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ
А. Подвижность аппендикса
Б. Недоразвитие большого сальника
В. Незавершенный поворот кишечника
Г. Размеры аппендикса.

5.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЗДНЕГО ОБРАЩЕНИЯ ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А. Плохая организация хирургической помощи
Б. Скудная симптоматика в связи с низкой реактивностью организма
В. Энцефалопатия

6. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БОЛЬШИНСТВО АППЕНДЭКТОМИЙ ПРОИЗВОДЯТСЯ
А. Традиционно
Б. С использованием малоинвазивных хирургических технологий

7. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ДЛЯ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ АППЕНДИКСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СПОСОБ
А. Лигатурный
Б. Русанова
В. Аппаратный

8.СОВРЕМЕННЫМ СПОСОБОМ ИССЛЕДОВАНИЯ КИСЛОТНОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД
А. Фракционного исследования желудочного сока
Б. ФГДС
В. Рентгеноскопия желудка
Г. Лапароскопия
Д. Внутрипросветная pH-метрия

9.МОТОРНОЭВАКУАТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА ИССЛЕДУЮТ МЕТОДОМ
А. Фракционного исследования желудочного сока
Б. ФГДС
В. Рентгеноскопии желудка
Г. Лапароскопии
Д. Внутрипросветной pH-метрии

10. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А. Консервативный
Б. Оперативный

11. ОСНОВОЙ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
А. Антацидов
Б. Антисекреторных средств – блокаторов протонной помпы
В. Антигеликобактерной терапии

Г. Симптоматических средств

12.ЕДИНСТВЕННЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А. Желание больного
Б. Желание хирурга
В. Социальные показания
Г. Неэффективность полноценной и длительно проводимой комплексной противоязвенной терапии

13. КАЛЛЕЗНАЯ ЯЗВА – ЭТО
А. Язва больших размеров
Б. Глубокая язва
В. Щелевидная язва
Г. Длительно не заживающая язва с омозолелыми краями

14.ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ИМЕЕТ
А. Натяжная герниопластика
Б. Ненатяжная герниопластика

15.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПЛАСТИКОЙ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД
А. Жирара
Б. Кимбаровского
В. Постемпского
Г. Лихтенштейна
Д. Шолдайса

16.ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ ЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДАЕТ ПЛАСТИКА ПО МЕТОДУ
А. Руджи-Парлавеччо
Б. Бассини

17.ОБНАРУЖЕНИЕ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ 2 И БОЛЕЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПЕТЕЛЬ КИШЕЧНИКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ
А. Разущемлении
Б. Рихтеровском ущемлении
В. Ретроградном ущемлении
Г. Наличии грыжи Литтре

18.ПРИ НЕКРОЗЕ УЩЕМЛЕННОГО ОРГАНА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЕГО
А. Резекция
Б. Вправление в брюшную полость
В. Оставление в грыжевом мешке.

19.НЕ ОТНОСТИСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГРЫЖ
А. Ущемление
Б. Воспаление
В. Невправимость
Г. Водянка

20.НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРИЗНАКАМ ЯВНОЙ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ КИШЕЧНОЙ ПЕТЛИ
А. Отсутствие перистальтики
Б. Отек стенки кишки
В. Отсутствие пульсации сосудов
Г. Черный цвет и истончение кишечной стенки

Ответы: 1-г,2-в, 3-б, 4-б, 5-б, 6-а, 7-д, 8-в, 9-а, 10-б, 11-г, 12-г,13-б, 14-г, 15-а, 16-в, 17-а, 18-г, 19-б, 20-в

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине (зачет) за 10 семестр
Проведение промежуточной аттестации происходит в виде зачета
Задание на зачет состоит из решения тестовых заданий

Перечень тестовых заданий

1. Укажите изменения внутренних органов при хроническом сепсисе:
1. Гиалиноз.
2. Гемохроматоз.
3. Кальциноз.
4. Гемосидероз.
5. Атрофия.

2. Назовите диспротеиноз, осложняющий течение хронического сепсиса:
1. Мукоидное набухание.
2. Фибриноидное набухание.
3. Антракоз.
4. Амилоидоз.
5. Гиалиноз.

3. Укажите, характерные для септического эндокардита, изменения кровеносных сосудов:
1. Гемосидероз.
2. Альтеративно-продуктивный васкулит.
3. Гиалиноз.
4. Склероз.
5. Амилоидоз.

4. Укажите локализацию первых метастатических очагов при септикопиемии:
1. Лимфатические узлы.
2. Селезенка.
3. Легкие.
4. Миокард.
5. Кожа.

5. Укажите изменения почек, характерные для септического эндокардита:
1. Гломерулонефрит.
2. Инфаркт.
3. Рубцы.
4. Пиелонефрит.
5. Жировая дистрофия.

6. Укажите наиболее частую локализацию септического очага при септическом эндокардите:
1. Митральный клапан.
2. Трехстворчатый клапан.
3. Клапаны аорты.
4. Клапаны легочной артерии.
5. Эндокард ушка левого предсердия.

7. Назовите характерное для септического очага изменение:
1. Гиалиноз.
2. Гнойное воспаление.
3. Продуктивное воспаление.
4. Фибринозное воспаление.
5. Амилоидоз.

8. Назовите изменения паренхиматозных органов, которые возникают при септицемии:

1. Дистрофия.
2. Гранулематоз.
3. Интерстициальное воспаление.
4. Амилоидоз.
5. Гнойное воспаление.

9. Укажите изменение в почках, которое возникает при септическом эндокардите, обусловленное тромбоэмболией:

1. Гломерулонефрит.
2. Амилоидоз.
3. Эмболический гнойный нефрит.
4. Пиелонефрит.
5. Инфаркты почек.

10. Укажите наиболее частые возбудители при септическом эндокардите:

1. Стрептококк.
2. Туберкулезная палочка.
3. Брюшнотифозная бактерия.
4. Синегнойная палочка.
5. Стафилококк.

Этап проведения контрольной работы.
Семестр 11.

Контрольная работа- тестирование с применением дистанционных технологий (интернет платформа Moodle).
Перечень тестовых заданий.

1. ПРИ ПРОТЯЖЕННОЙ СТРИКТУРЕ ХОЛЕДОХА ВРЕМЕННЫЙ ВАРИАНТ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ПАССАЖА:

А. Холедоходуоденостомия
Б. Холецистостомия
В. Гепатикоеюностомия
Г. Операция Уипла
Д. Трансплантация печени

2. ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА

А. Ретроцекального
Б. Подпеченочного
В. Тазового
Г. Мезоцелиакального
Д. Забрюшинного

3. ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ НЕОБХОДИМО ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ ПРЕЖДЕ ВСЕГО С

А. Острым сальпингитом
Б. Острым холециститом
В. Острым мезаденитом
Г. Прободной язвой

4.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ БЫСТРГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ В БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

А. Подвижность аппендикса
Б. Недоразвитие большого сальника
В. Незавершенный поворот кишечника
Г. Размеры аппендикса.

5.ОСНОВНОЙ ПРИЧИНОЙ ПОЗДНЕГО ОБРАЩЕНИЯ ЛИЦ СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОСТРЫМ АППЕНДИЦИТОМ ЯВЛЯЕТСЯ
А. Плохая организация хирургической помощи
Б. Скудная симптоматика в связи с низкой реактивностью организма
В. Энцефалопатия

6. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ БОЛЬШИНСТВО АППЕНДЭКТОМИЙ ПРОИЗВОДЯТСЯ
А. Традиционно
Б. С использованием малоинвазивных хирургических технологий

7. ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ЛАПАРОСКОПИЧЕСКОЙ АППЕНДЭКТОМИИ ЧАЩЕ ВСЕГО ДЛЯ ОБРАБОТКИ КУЛЬТИ АППЕНДИКСА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СПОСОБ
А. Лигатурный
Б. Русанова
В. Аппаратный

8.СОВРЕМЕННЫМ СПОСОБОМ ИССЛЕДОВАНИЯ КИСЛОТНОВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ ФУНКЦИИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД
А. Фракционного исследования желудочного сока
Б. ФГДС
В. Рентгеноскопия желудка
Г. Лапароскопия
Д. Внутрипросветная pH-метрия

9.МОТОРНОЭВАКУАТОРНУЮ ФУНКЦИЮ ЖЕЛУДКА ИССЛЕДУЮТ МЕТОДОМ
А. Фракционного исследования желудочного сока
Б. ФГДС
В. Рентгеноскопии желудка
Г. Лапароскопии
Д. Внутрипросветной pH-метрии

10. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ЯВЛЯЕТСЯ
А. Консервативный
Б. Оперативный

11. ОСНОВОЙ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАЗНАЧЕНИЕ
А. Антацидов
Б. Антисекреторных средств – блокаторов протонной помпы
В. Антигеликобактерной терапии
Г. Симптоматических средств

12.ЕДИНСТВЕННЫМ ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕОСЛОЖНЕННОЙ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ЯВЛЯЕТСЯ
А. Желание больного
Б. Желание хирурга
В. Социальные показания
Г. Неэффективность полноценной и длительно проводимой комплексной противоязвенной терапии

13. КАЛЛЕЗНАЯ ЯЗВА – ЭТО
А. Язва больших размеров
Б. Глубокая язва
В. Щелевидная язва
Г. Длительно не заживающая язва с омозолелыми краями

14.ПРЕИМУЩЕСТВО ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИЯ ИМЕЕТ
А. Натяжная герниопластика
Б. Ненатяжная герниопластика

15.НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПЛАСТИКОЙ ПРИ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД
А. Жирара
Б. Кимбаровского
В. Постемпского
Г. Лихтенштейна
Д. Шолдайса

16.ПРИ ГРЫЖЕСЕЧЕНИИ БЕДРЕННОЙ ГРЫЖИ ЛУЧШИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ДАЕТ ПЛАСТИКА ПО МЕТОДУ
А. Руджи-Парлавеччо
Б. Бассини

17.ОБНАРУЖЕНИЕ В ГРЫЖЕВОМ МЕШКЕ 2 И БОЛЕЕ УЩЕМЛЕННЫХ ПЕТЕЛЬ КИШЕЧНИКА СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ В ПОЛЬЗУ
А. Разущемлении
Б. Рихтеровском ущемлении
В. Ретроградном ущемлении
Г. Наличии грыжи Литтре

18.ПРИ НЕКРОЗЕ УЩЕМЛЕННОГО ОРГАНА ВЫПОЛНЯЕТСЯ ЕГО
А. Резекция
Б. Вправление в брюшную полость
В. Оставление в грыжевом мешке.

19.НЕ ОТНОСТИСЯ К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГРЫЖ
А. Ущемление
Б. Воспаление
В. Невправимость
Г. Водянка

20.НЕ ОТНОСИТСЯ К ПРИЗНАКАМ ЯВНОЙ НЕЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ УЩЕМЛЕННОЙ КИШЕЧНОЙ ПЕТЛИ
А. Отсутствие перистальтики
Б. Отек стенки кишки
В. Отсутствие пульсации сосудов
Г. Черный цвет и истончение кишечной стенки

Ответы: 1-г,2-в, 3-б, 4-б, 5-б, 6-а, 7-д, 8-в, 9-а, 10-б, 11-г, 12-г,13-б, 14-г, 15-а, 16-в, 17-а, 18-г, 19-б, 20-в

Этап: проведение промежуточной аттестации по дисциплине (экзамен)
Проведение промежуточной аттестации происходит в виде экзамена
Задание на экзамен состоит из нескольких заданий:

1. Тестирование
2. Решение ситуационных задач

Перечень тестовых заданий:
Тестовые задания

1.ПОЛЫЙ ОРГАН СОСТАВЛЯЕТ ОДНУ ИЗ СТЕНОК ГРЫЖЕВОГО МЕШКА:
А. В грыже Рихтера.
Б. Ущемленной грыже.
В. Скользящей грыже

2.ВАША ТАКТИКА ПРИ УЩЕМЛЕННОЙ ГРЫЖЕ:
А. Очистительная клизма.
Б. Введение спазмолитиков.
В. Экстренная операция.
Г. Наблюдение за больным.
Д. Попытаться вправить грыжевое выпячивание.

3.ПЛАСТИКА ПУПОЧНЫХ ГРЫЖ ПРОВОДИТСЯ ВСЕМИ ПЕРЕЧИСЛЕННЫМИ СПОСОБАМИ, КРОМЕ:
А. Пластика по Постемпскому.
Б. Операция Лексера.
В. Аллопластические способы.
Г. Способ Мейо.
Д. Способ Сапежко.

4.ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНУЮ ДИАГНОСТИКУ ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ СЛЕДУЕТ ПРОВОДИТЬ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, КРОМЕ:
А. Инфаркт миокарда.
Б. Почечная колика.
В. Пневмония.
Г. Синдром Золлингера – Эллиссона.
Д. Мезентериальный лимфаденит.

5. ПРИ ОСТРОМ АППЕНДИЦИТЕ ПЕРВИЧНЫЙ АФФЕКТ ВОЗНИКАЕТ:
А. В подслизистом слое червеобразного отростка
Б. В мышечном слое червеобразного отростка
В. В слизистой оболочке червеобразного отростка
Г. В серозной оболочке червеобразного отростка
Д. В брыжейке червеобразного отростка

6.ИРРАДИАЦИЯ БОЛИ В ПРАВУЮ ПОЯСНИЧНУЮ ОБЛАСТЬ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА С РАСПОЛОЖЕНИЕМ ЧЕРВЕОБРАЗНОГО ОТРОСТКА:
А. Ретроцекально
Б. Медиально
В. Тазовое
Г. Подпеченочно

7.ЧТО ХАРАКТЕРНО ДЛЯ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ИНФИЛЬТРАТА?
А. Боли в правом подреберье, сопровождающиеся появлением желтухи.
Б. Наличие опухолевидного образования в правой подвздошной области с болевым приступом в анамнезе.
В. Боли в эпигастральной области, сопровождающиеся появлением дегтеобразного стула.
Г. Исчезновение боли в животе в сочетании с нарастающей тахикардией.

8.ВАША ТАКТИКА ПРИ АППЕНДИКУЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ:

А. Эндолимфатическое введение лекарственных препаратов.
Б. Экстренное оперативное вмешательство.
В. Физиотерапевтическое лечение.
Г. Лапароскопия с последующим введением антибактериальных препаратов.

9.ПРИ ЛЕЧЕНИИ АБСЦЕССА ДУГЛАСОВА ПРОСТРАНСТВА ВЫПОЛНЯЕТСЯ:

А. Вскрытие и дренирование полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки или задний свод влагалища.
Б. Нижнесрединная лапаротомия.
В. Разрез Волковича – Дьяконова с расширением до-ступа одним из методов.
Г. Среднесрединная лапаротомия.

10.ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ДИАГНОСТИРОВАН ПЕРИТОНИТ АППЕНДИКУЛЯРНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ, ТО НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

А. Разрез Волковича-Дьяконова
Б. Разрез Ленандера
В. Нижнесрединную лапаротомию
Г. Среднесрединную лапаротомию

11.ПРИЧИНОЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

А. Физическая нагрузка
Б. Аномалия развития желчевыводящих путей
В. Нарушение диеты и режима питания
Г. Гематогенная инфекция
Д. Травма органов брюшной полости

12. ДЛЯ ОСТРОГО ОБТУРАЦИОННОГО ХОЛЕЦИСТИТА ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

А. Тошноты, рвоты
Б. Положительного симптома Ортнера
В. Положительного симптома Хоманса
Г. Повышения температуры тела до 38
Д. Положительного симптома Мерфи

13.СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ НЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

А. Острого калькулезного холецистита
Б. Рака головки поджелудочной железы
В. Опухоли большого дуоденального соска
Г. Опухоли холедоха

14.У БОЛЬНОГО НА ФОНЕ ОСТРЫХ БОЛЕЙ В ПРАВОМ ПОДРЕБЕРЬЕ ПОЯВИЛАСЬ ЖЕЛТУХА, ПАЛЬПИРУЕТСЯ УВЕЛИЧЕННЫЙ БОЛЕЗНЕННЫЙ ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

А. Острый гепатит
Б. Дискинезия желчевыводящих путей
В. Острый холецистит, холедохолитиаз
Г. Рак желчного пузыря
Д. Эхонококкоз печени.

15.ДЛЯ КЛИНИКИ ОСТРОГО ХОЛАНГИТА НЕ ХАРАКТЕРНО:

А. Гектическая температура
Б. Опоясывающие боли в животе
В. Желтуха
Г. Неустойчивый жидкий стул

Д. Рвота

16.КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ОСТРОГО ХОЛЕЦИСТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ПЕРИТОНИТОМ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

А. Напряжение мышц в правом подреберье
Б. Положительный симптом Мейо-Робсона
В. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу
Г. Положительный симптом Ситковского
Д. Симптом Пастернацкого

17.ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ НАИБО-ЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ СЛЕДУЮЩИЙ МЕ-ТОД ИССЛЕДОВАНИЯ:

А. Ангиография
Б. Лапароскопия
В. Рентгеноскопия желудка
Г. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости (УЗИ)
Д. Фиброгастроскопия

18 ДЛЯ ОБОСТРЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ХАРАКТЕРНО ВСЕ, КРОМЕ:

А. Тошнота, рвота
Б. Дизурия
В. Положительный симптом Боаса
Г. Постоянные тупые боли в правом подреберье и эпигастрии
Д. Слабость, примесь крови в рвотных массах.

19. ХАРАКТЕРНЫМИ ЖАЛОБАМИ БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

А. Боли в верхних отделах живота
Б. Тошнота
В. Боли в надчревной области натощак, усиливающиеся в ночное время, изжога
Г. Боли в правом подреберье, иррадиирующие в поясничную область
Д. Боли в правой подвздошной области

20. У БОЛЬНОГО ИМЕЮТСЯ ЖАЛОБЫ НА БОЛИ В ВЕРХНИХ ОТДЕЛАХ ЖИВОТА, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ ПОСЛЕ ПРИЕМА ПИЩИ, СЛАБОСТЬ, ПОХУДАНИЕ, ОТРЫЖКУ, РВОТУ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫЙ ДИАГНОЗ?

А. Обострение язвенной болезни двенадцатиперстной кишки
Б. Опухоль ободочной кишки.
В. Язвенная болезнь желудка
Г. Желчнокаменная болезнь
Д. Язвенная болезнь, осложненная стенозом привратника.

21. ПРИ ДЕКОМПЕНСИРОВАННОМ ПИЛОРОДУОДЕ-НАЛЬНОМ СТЕНОЗЕ РАЗВИВАЕТСЯ:

А. Гипохлоремия
Б. Гиперхлоремия
В. Гипохлоремия и гипокалиемия
Г. Гиперхлоремия и гиперкалиемия
Д. Гиперхлоремия и гипокалиемия

22. ИСЧЕЗНОВЕНИЕ БОЛЕЙ И ПОЯВЛЕНИЕ МЕЛЕНЫ ПРИ ДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

А. Пилородуоденального стеноза
Б. Перфорации язвы
В. Малигнизации язвы

Г. Кровотечения
Д. Пенетрации язвы в поджелудочную железу

23. ГЕМАТУРИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А.Уролитиаза
Б.Туберкулеза мочевых путей
В.Опухолей яичек
Г.Опухолей мочевых путей
Д.Синдрома Гудпасчера

24. ПРИ КАКОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ КОНКРЕМЕНТА ВОЗНИКАЕТ НАИБОЛЬШАЯ УГРОЗА ПОЛНОЙ ОБТУРАЦИИ?
А.Камень верхней чашечки
Б. Коралловидный камень лоханки
В.Камень мочеточника
Г. Камень мочевого пузыря

25. САМЫЙ БЕЗОПАСНЫЙ, НЕИНВАЗИВНЫЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ ПРИ НЕФРОЛИТИАЗЕ
А. УЗИ почек
Б. Экскреторная урография
В. Инфузионная урография
Г. Компьютерная томография
Д. Хромоцистоскопия

26. ГЕМАТУРИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ
А. Уролитиаза
Б. Туберкулеза мочевых путей
В.Опухолей яичек
Г. Опухолей мочевых путей
Д. Синдрома Гудпасчера

27. СКРИНИНГ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОСУЩЕСТВЛЯЮТ ПО ПОКАЗАТЕЛЯМ
А. Общего анализа мочи
Б. ПСА
В. СА19-9
Г. РЭА
Д. Альфафетопротеина

28. МОРФОЛОГИЮ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИССЛЕДУЮТ МЕТОДОМ
А. Экскреторной урографии
Б. Цистоскопии
В. Допплерометрии
Г. Трансректальной УЗД с биопсией

29. КРИПТОРХИЗМ ЭТО
А. Отсутствие яичка
Б. Дистопия яичка
В. Воспаление яичка
Г. Норма

30. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ПРИЧИНОЙ ГИДРОНЕФРОТИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ
А. Врожденная патология паренхимы почки
Б. Нефролитиаз

В. Травмы брюшной полости
Г. Рак почки

ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

1-в, 2-в, 3-а, 4-г, 5-в, 6-а, 7-б, 8-б, 9-а, 10-в, 11-в, 12-в, 13-а, 14-в, 15-г, 16-д, 17-д, 18-б, 19-в, 20-д 21-в, 22-г, 23-д, 24-в, 25-а, 26-д, 27-б, 28-г, 29-б, 30-б.

Перечень ситуационных задач.

Ситуационная задача №1

Больной К., 36 лет, поступил в экстренном порядке в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, изжогу, рвоту съеденной пищей с примесью крови.

Из анамнеза выяснено, что болен около 4 дней. Начало заболевания связывает с приемом острой пищи, алкоголя. Беспокоили боли жгучего характера средней интенсивности в эпигастральной области, чувство дурноты, тошноты, изжога. В течение этих дней отказался от приема пищи, в связи с усилением боли после еды. Отмечает постепенное ухудшение состояния - боли носят постоянный характер, усиливаясь к вечеру и в ночное время. Дефекация оформленным калом коричневого цвета. Ухудшение за 7 часов до поступления, после еды боли усилились, появилась тошнота, была двукратно рвота съеденной пищей с прожилками крови. Был доставлен каретой скорой помощи.

При обследовании: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту, АД 120/80 мм рт ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык подсушен, густо обложен зеленоватым налетом. Живот участвует в акте дыхания, мягкий слегка болезненный в эпигастрии. Мышечный дефанс отсутствует, перистальтика активная. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1400 мл.

Per rectum: тонус сфинктера хороший. В ампуле прямой кишки каловые массы оформленные, на перчатке кал черного цвета, оформленный.

Анализ крови: Hb - 110 г/л; эритроциты – 3,2 х 1012, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 15,9 х 109, э–0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; эритроциты – 3-4; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-15; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; бактерии ++++. Биохимический анализ: общий биллирубин - 17,8 мколь/л, прямой - 12,3 мколь/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевина – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

При ФГДС: пищевод свободно проходим. При обследовании пищевод свободно проходим, в нижней трети гиперемия, отечность слизистой, небольшие эрозии. Отмечается грубая складчатость и набухание слизистой оболочки желудка, множественные подслизистые кровоизлияния и эрозии слизистой оболочки, покрытые серым налетом, участки слизистой покрытые черными налетом. Подтекание крови из участков эрозий. Контактная кровоточивость слизистой, в

желудке большое количество слизи и «кофейной гущи», небольшая примесь свежей крови.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте правильность Ваших предположений.
3. Сформулируйте диагностическую программу.
4. Определите тактику лечения.
5. Какие осложнения могут развиться на фоне данного заболевания.
6. Показания к оперативному лечению.
7. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача №2

Больной О., 42 лет обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи и, особенно, в ночное время, изжогу, отрыжку.

Из анамнеза выявлено, что страдал язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице ДПК. Неоднократно лечился в гастроэнтерологическом отделении в периоды обострений. За три года до обращения был оперирован по поводу перфоративной язвы ДПК. Беспокоили голодные боли, изжога, отрыжка тухлым. При лечении антацидными средствами симптоматика уменьшалась. После операции, в течение 6 месяцев, к имеющимся симптомам присоединилась рвота съеденной пищей, похудание, слабость. Оперирован по срочным показаниям один год назад. Объем операции неизвестен. Настоящее ухудшение состояния в течение последней недели. Возобновились боли в эпигастрии, боли интенсивные, не купирующиеся приемом пищи или антацидными средствами, появилась изжога, отрыжка, боли в ночное время. Отмечает общее ухудшение самочувствия.

При обследовании: больной истощен. Кожные покровы слегка бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-76 уд в мин, АД 120/80 мм рт ст. Язык влажный, у корня густо обложен белым налетом. Живот ладьевидной формы, по средней линии имеется послеоперационный рубец 18 х 0,5 см без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Перистальтика активная. Стул ежедневно кашицеобразный 2-3 раза в сутки коричневого цвета. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

Анализ крови: Hb- 100 г/л; эритроциты – 3,8 х 1012, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 6,9 х 109, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++.

Биохимический анализ: общий биллирубин – 19,5 мколь/л, прямой – 10,5 мколь/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевина – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ммоль/л.

При рентгеноскопии: пищевод свободно проходим, стенки его эластичны. Культя желудка натощак содержит большое количество жидкости, имеет воронкообразную форму, складки плохо визуализируются, сглажены. Эвакуация в отводящую петлю несколько замедлена. Просвет анастомоза 1,5 см, сразу за анастомозом определяется стойкое депо бария 1,0 х 1,0см (язвенная ниша).
Вопросы:
1. Какой предварительный диагноз может быть поставлен больному.
2. Какие методы исследования необходимо провести для постановки диагноза.
3. С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз.
4. Какое осложнение развились у больного после ушивания перфоративной язвы.
5. Тактика лечения больного.
6. Прогноз лечения.
7. Программа реабилитации

Ситуационная задача №3
Больной В., 37 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на тупые ноющие распирающие боли в правом подреберье, тошноту и рвоту.
Из анамнеза известно, что больной страдает язвенной болезнью в течение 12 лет. Лечился регулярно в стационаре в периоды обострения. Последние 3 года участились рецидивы язвенной болезни, консервативная терапия давала непродолжительный эффект, а поддерживающая терапия была для пациента слишком дорога. В связи с этим больной оперирован год назад. В послеоперационном периоде отмечает значительное улучшение состояния. Боли, изжога, отрыжка полностью прекратились. Через 3 месяца после операции после еды стали появляться тупые ноющие боли в правом подреберье, которые проходили самостоятельно. Постепенно боли стали более интенсивными, распирающими и проходили лишь после приема спазмолитиков. В последующем присоединилось чувство дурноты, переполнения, в связи, с чем больной провоцировал рвоту, приносящую облегчение. Стал прибегать к этому способу регулярно для облегчения состояния. Отмечает наличие большого количества желчи в рвотных массах. Последнее время прием любой пищи вызывает перечисленную симптоматику, больной голодает, похудел.

При обследовании: больной истощен, общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы с сероватым оттенком, тургор кожи снижен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18 в мин.; ЧСС-78 уд в мин.; АД-110/70 мм рт ст. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот при осмотре ладьевидной формы. Послеоперационный рубец по средней линии размером 15х0,5 см. При пальпации в эпигастральной области эластической консистенции образование 12х6 см, подвижное. Перистальтика активная. Стул 1 раз в 3-4 суток. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.
Анализ крови: Hb - 104 г/л; эритроциты - 4,2 х 1012, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 7,9 х 109, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения.
Биохимический анализ: общий биллирубин - 27,8 мколь/л, прямой - 15,3 мколь/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевина – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.
При УЗИ: печень неоднородная, внутрипеченочные протоки не расширены, холедох 0,8 см, терминальный отдел холедоха не лоцируется. Поджелудочная железа: головка 29 мм, тело 22 мм и хвост 17 мм. Структура железы неоднородная, повышенной плотности. Желчный пузырь: размеры 12 х 8 см, стенка утолщена – 0,4 см, имеет двойной контур, в просвете множественные конкременты от 0,5 до 1,0 см.
Рентгеноскопия натощак: в культе желудка жидкость. Отмечается массивный заброс контрастной массы в приводящую петлю, последняя неравномерно расширена, местами до 3,5 – 4,0 см. Контрастная масса не сохраняется в ней в течение длительного времени.
Вопросы:
1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие методы исследования необходимо провести больному.
3. Какие осложнения после операции развились и его причины.
4. Сформулируйте лечебные программы.
5. Сформулируйте показания к хирургической коррекции осложнения.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Ситуационная задача №4
Больная У., 32 лет поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, периодическую возникающую желтуху с ознобами и лихорадкой.
Из анамнеза: за год до поступления оперирована в экстренном порядке по поводу деструктивного калькулезного холецистита. Течение послеоперационного периода тяжелое, сформировался желчный наружный свищ. При фистулографии контрастное вещество поступало в печеночные протоки и в ДПК. Через 5 месяцев отделяемое по свищу уменьшилось, а затем и полностью прекратилось. Больную начали беспокоить боли в правом подреберье, периодические ознобы с лихорадкой, после приступов отмечено потемнение цвета мочи и обесцвеченный кал. Боли и лихорадка участились, временами появлялась желтуха. При поступлении состояние средней степени тяжести. Легкая иктеричность склер и кожи, имеются следы расчесов. В легких дыхание жесткое при аускультации, единичные сухие рассеянные хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 96 в мин, АД-120/90 мм рт ст. Язык обложен у корня белым налетом, подсушен. Живот: на передней брюшной стенке рубец 19 х 0,8 см, в правом подреберье до 4 см в диаметре без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезнен в правом подреберье, определяется плотная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 3 см. Перистальтика активная. Стул ежедневный, кал окрашен.

Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 900 мл.
Анализ крови: Hb- 100 г/л; эритроциты – 3,8 х 1012, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 8,9 х 109, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 56 мм/ч.
Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++.
Биохимический анализ: общий биллирубин – 64,5 мколь/л, прямой – 40,5 мколь/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 1,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевина – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ед.акт.\л.
УЗИ: структура печени плотная, внутрипеченочные протоки умеренно расширены, холедох до 1,2 см.
Вопросы:
1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Определите тактику лечения.
4. Вид хирургической коррекции, обоснование.
5. Опасности послеоперационного периода, особенности в ведении пациентки.
6. Прогноз заболевания
7. Программа реабилитации.

Ситуационная задача №5
Больной П., 77 лет поступил в клинику с жалобами на незначительные тупые боли в правом подреберье, слабость, пожелтение кожи, кожный зуд, похудание, потемнение мочи и светлый кал.
Из анамнеза известно, что болен в течение 2 месяцев. Со слов больного появилось желтушное окрашивание склер, легкая иктеричность кожных покровов. Желтушность уменьшалась и увеличивалась вновь, появился кожный зуд. Обследован в инфекционном отделении, где был исключен инфекционный гепатит. Постепенно появились тупые боли в правом подреберье, слабость. Отмечает снижение аппетита. За последнее время похудел на 8 кг. В связи с усиливающейся желтухой направлен на обследование.
При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры желтушные, имеются участки расчесов. В легких дыхание ослаблено в нижнебоковых отделах, влажные многопузырчатые хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс-78 в мин, АД-130/80 мм рт ст. Язык подсушен, обложен желтоватым налетом. Живот впалый участвует в акте дыхания. При пальпации печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, плотный слегка болезненный край. Определяется дно желчного пузыря. Последний увеличен, безболезнен. Симптом Ортнера, Мейо-Робсона, Мерфи-Георгиевского отрицательные. Перистальтика хорошая. Стул 1 раз в три дня оформленным калом серого цвета. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не

определяется. Мочеиспускание свободное, моча темного цвета, суточный диурез 1 900 мл.
Анализ крови: Hb- 108 г/л; эритроциты – 3,8 х 1012, гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 8,9 х 109, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 56 мм/ч.
Анализ мочи: желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++.
Биохимический анализ: общий биллирубин – 264,5 мколь/л, прямой – 176,5 мколь/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевина – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 7,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 468 ед.акт.\л.
ЭКГ: горизонтальное расположение электрической оси сердца, синусовая тахикардия, гипертрофия левого желудочка. ЧСС – 78 в мин.
УЗИ: печень увеличена в размерах, эхоплотная, внутрипеченочные протоки расширены. Холедох 2,5 см, терминальный отдел холедоха не визуализируется. Желчный пузырь размером 18 х 10 см, стенка его истончена, атоничен. Головка поджелудочной железы 52 мм, тела 41 мм, хвост 17мм.

Вопросы:
1. Какое заболевание можно заподозрить.
2. С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз.
3. Сформулируйте диагностическую программу.
4. Сформулируйте план предоперационной подготовки.
5. Показания к операции, объем операции, факторы, влияющие на объем вмешательства.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Ситуационная задача №6
Больная Ф., 65 лет, бригадой "СП" была доставлена в приёмное отделение хирургического стационара через 3 часа с момента начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие боли в животе постоянного характера, без чёткой локализации, сухость во рту.
Больная громко стонет, мечется. Наблюдалась рвота с запахом кишечного содержимого не приносящая облегчения.
В анамнезе – гипертоническая болезнь: лечится бесконтрольно гипотензивными препаратами.
Общее состояние тяжёлое. Лицо бледное, покрыто холодным потом. Кожный покров с сероватым оттенком. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, выслушивается систолический шум над аортой, верхушкой. ЧСС 112 в 1 минуту. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Температура 36,60С. Язык суховат, обложен "грязным" налётом. Живот не вздут, участвует в дыхании, мягкий, боль при пальпации не усиливается. Печень – по краю рёберной дуги, безболезненна.

Селезёнка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Аускультативно – перистальтика не выслушивается. Стул – частый, водянистый, с примесью крови. При ректальном исследовании нависания, болезненности стенок прямой кишки нет, патологических образований не выявлено, на перчатке – следы водянистого стула с примесью крови. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.
Из дополнительных методов диагностики:
общий анализ крови: Hb – 119 г/л; Эр. – 5,0 × 1012/л; Ht – 35%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 18 мм/ч; L – 2,1 × 109/л; э – 1, п – 18, с – 53, л – 22, м – 6.
общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1022; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 3 – 4 в п/зр.; эп. – 5 – 6 в п/зр.
биохимическое исследование: О/бел. – 68 г/л; О/бил. – 15,8 ммоль/л; ЩФ – 425 ед; L-амилаза – 169 г×ч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 8,8 мкмоль/л; Креат. – 278 мкмоль/л; К+ - 5,2 мкмоль/л; Na++ - 138 мкмоль/л; Cl- - 103 мкмоль/л.
Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно дифференцировать?
3. Объем дополнительного обследования.
4. Какова лечебная тактика?

Ситуационная задача №6
Больная Т., 28 лет, была доставлена в приёмное отделение хирургического стационара бригадой "СП" с жалобами на интенсивную боль в животе схваткообразного характера, без чёткой локализации, тошноту, многократную рвоту с примесью жёлчи в рвотных массах, сухость во рту.
Из анамнеза: 3 года назад больной была произведена правосторонняя аднексэктомия. С тех пор было 5 приступов острых болей в животе, которые легко купировались после консервативных мероприятий. Настоящее ухудшение в течении 4 часов (связывает с выполнением физических нагрузок), на этот раз начало заболевания более резкое и протекает значительно тяжелее предыдущих (по оценке больной).
Общее состояние тяжёлое. Больная беспокойна, мечется, меняет положение. Кожный покров обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, дополнительных шумов нет. ЧСС 100 в 1 минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот вздут, в дыхании участвует ограниченно, слева от пупка – асимметричное выпячивание, при пальпации мягкий, болезнен в области выпячивания. Печень – не увеличена, безболезненна. Селезёнка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Перкуторно – локальный тимпанит над выпячиванием, тупости в отлогих местах нет. При аускультации отмечается ослабление перистальтики. Вначале заболевания был однократный стул. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.
Из дополнительных методов диагностики:
общий анализ крови: Hb – 152 г/л; Эр. – 4,5 × 1012/л; Ht – 48%; Цв. п. – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч; L – 12,8 × 109/л; э – 0, п – 12, с – 50, л – 33, м – 5.

общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.
биохимическое исследование: О/бел. – 86 г/л; О/бил. – 12,4 ммоль/л; ЩФ – 333 ед; L-амилаза – 169 г×ч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 7,8 мкмоль/л; Креат. – 98 мкмоль/л; К+ - 3,5 мкмоль/л; Na++ - 138 мкмоль/л; Cl- - 92 мкмоль/л.
Вопросы:
1. Сформулируйте диагноз.
2. Что нужно сделать для подтверждения диагноза?
3. Какие симптомы описаны при осмотре и перкуссии живота?
4. Чем объяснить отличие настоящей клинической картины от предыдущих приступов?
5. Лечебная тактика?

Ситуационная задача №8
В приёмное отделение поступила больная Т., 52 лет, с жалобами на боль в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения, слабость.
Боль появилась резко сегодня утром (накануне обильно поужинала), локализуясь в левом подреберье, с иррадиацией в левую половину грудной клетки, затем присоединилось затруднённое дыхание
Больная в течении длительного времени страдает гипертонической болезнью; ИБС, стенокардией напряжения (наблюдается и лечится у терапевта).
Больная доставлена бригадой "СП" через 2 часа от начала заболевания. При осмотре состояние тяжёлое. Температура 37,00С. Питание избыточное. Кожные покровы бледны, отмечается акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. В лёгких дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во II точке и на верхушке. ЧСС 140 в 1 минуту, слабого напряжения. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот умеренно равномерно вздут, ограниченно участвует в акте дыхании, мягкий, резко болезненный в эпигастральной области. Печень не пальпируется (в связи с избыточным подкожно-жировым слоем брюшной стенки). Селезёнка не определяется. Симптомов раздражение брюшины нет. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительны. Печёночная тупость сохранена, притупления в отлогих местах нет. Аускультативно определяется снижение перистальтики. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.
Из дополнительных методов диагностики:
общий анализ крови: Hb – 139 г/л; Эр. – 4,8 × 1012/л; Ht – 38%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 15 мм/ч; L – 12,5 × 109/л; э – 1, п – 7, с – 53, л – 32, м – 7.
общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.; диастаза мочи 1024 ед.
биохимическое исследование: О/бел. – 82 г/л; О/бил. – 18,4 ммоль/л; ЩФ – 255 ед; L-амилаза – 325 г×ч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 6,8 мкмоль/л; Креат. – 78 мкмоль/л; К+ - 3,5 мкмоль/л; Na++ - 138 мкмоль/л; Cl- - 96 мкмоль/л.
ЭКГ: ритм синусовый, 86 в мин. ЭОС отклонена влево; диффузные изменения в миокарде; в V3-6 инверсия зубца Р.

Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз?
2. С чем нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Какими методами исследования можно подтвердить диагноз?
4. Тактика лечения?

Ситуационная задача №9

В приёмное отделение поступил больной С., 49 лет, с жалобами на интенсивную боль в эпигастральной области, иррадиациирующую в поясничную область и левое надплечье, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, сухость во рту.
Резкая боль появилась внезапно 2 часа назад. Накануне вечером отмечал день рождения друга.
В анамнезе больного язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – в течении 6 лет, лечился нерегулярно.
При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы бледны, отмечается акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. В лёгких дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 98 в 1 минуту, слабого напряжения. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот обычной формы, в акте дыхания не участвует, резко напряжён и болезнен в верхних отделах живота. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона сомнительны. Печёночная тупость сохранена, притупления в отлогих местах нет. Аускультативно определяется ослабление перистальтики. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.
Из дополнительных методов диагностики:
общий анализ крови: Hb – 139 г/л; Эр. – 4,8 × 1012/л; Ht – 38%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 15 мм/ч; L – 12,5 × 109/л; э – 1, п – 7, с – 53, л – 32, м – 7.
общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.; диастаза мочи 512 ед.
биохимическое исследование: О/бел. – 82 г/л; О/бил. – 18,4 ммоль/л; ЩФ – 255 ед; L-амилаза – 325 г×ч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 6,8 мкмоль/л; Креат. – 78 мкмоль/л; К+ - 3,5 мкмоль/л; Na++ - 138 мкмоль/л; Cl- - 96 мкмоль/л.
обзорная R-гр. орг. брюшной пол.: воздуха в свободной брюшной полости не определяется.
ФГДС: обнаружена рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК, на её задней стенке имеется язвенный дефект, дно прикрыто фибрином.
УЗИ: осмотреть поджелудочную железу в связи с интерпозицией поперечно-ободочной кишки не представляется возможным.
Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Какими методами исследования можно уточнить диагноз?
4. Тактика лечения?

Ситуационная задача №10

В приёмное отделение санавиацией из геологической партии доставлен больной Ф., 29 лет. В связи с тяжестью состояния с трудом вступает в контакт, не может сообщить о начале и течении заболевания.
Известно, что болеет в течение 3 суток.
При осмотре состояние крайне тяжёлое. Больной вял, апатичен, адинамичен. Имеется лицо Гиппократа. Температура 39,20С. Кожные покровы с серым оттенком, цианотичны, сухие на ощупь. Дыхание поверхностное, до 36 в 1 мин. В лёгких в нижних отделах дыхание ослабленное, сухие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 в 1 минуту, слабого напряжения. Артериальное давление 80/40 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налётом. Живот резко равномерно вздут, в связи с чем в дыхании практически не участвует, умеренно болезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не определяются. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный. Печёночная тупость отсутствует, в отлогих местах отмечается тупость. Аускультативно перистальтика не выслушивается. Через зияющий сфинктер выделяется жидкий зловонный кал. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Диурез резко снижен.
Из дополнительных методов диагностики:
общий анализ крови: Hb – 109 г/л; Эр. – 4,2 × 1012/л; Ht – 55%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 65 мм/ч; L – 22,5 × 109/л; э – 0, п – 25, с – 57, л – 18, м – 0.
общий анализ мочи: жёл; мутн.; кисл.; 1028; сах. – отр.; бел. – 2,66.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 5 – 6; гиал. цил. – 10-12 в п/зр.; диастаза мочи 256 ед.
биохимическое исследование: О/бел. – 52 г/л; О/бил. – 26,4 ммоль/л; ЩФ – 255 ед; L-амилаза – 325 г×ч/л; Alt – 1,5; Ast – 1,7; Тим. – 3,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 12,8 мкмоль/л; Креат. – 278 мкмоль/л; К+ - 2,5 мкмоль/л; Na++ - 125 мкмоль/л; Cl- - 82 мкмоль/л.
Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования дополнительно надо провести.
3. Тактика лечения?
4. Если решили оперировать, то укажите объем предоперационной подготовки, вид обезболивания, доступ, основные этапы операции.

Ситуационная задача №11
Больной И. 56 лет поступил в хирургическое отделение в неотложном порядке с жалобами на наличие болезненного образования в паховой области справа, на тошноту, рвоту, неотхождение газов. Начало заболевания связывает с физической нагрузкой (перебрасывал снег). За медицинской помощью обратился через 22 часа от начала заболевания.
При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледной окраски. В легких дыхание везикулярное. Отмечается тахикардия до 112 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Язык – подсушен, обложен по центру грязным налетом. Живот вздут, ограниченно участвует в дыхании, при пальпации напряжен и болезненный в правой подвздошной и паховой области. В паховой области справа определяется болезненное подвижное образование размерами 4х3 см плотноэластической консистенции. Кожа над образованием не изменена. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. При ректальном исследованиии в просвете прямой кишки кал

обычной консистенции и цвета. В общем анализе крови лейкоциты-14,5х10 9/л, п-10, с-72, л-16, э-2., СОЭ - 38 мм/час, Нв – 142 г/л. При рентгенологическом исследовании брюшной полости определяются чаши Клойбера. Был выставлен диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа. Через 1 час после поступления больному выполнена операция. Косым разрезом в правой паховой области справа обнажено грыжевое выпячивание. Грыжевой мешок вскрыт, при этом выделилось до 10 миллилитров мутной грыжевой воды без запаха. Содержимое – 2 петли тонкой кишки, гиперемированы. После рассечения ущемляющего кольца и согревания кишки перистальтика кишки в зоне странгуляционной борозды восстановлена, пульсация артерий сохранена. Кишка признана жизнеспособной, погружена в брюшную полость. Произведена пластика передней стенки пахового канала по методике Жирара – Спасокукоцкого. Через 8 часов после операции состояние больного ухудшилось. Гипертермия до 39С, одышка, тахикардия до 124 уд. в минуту, пульс слабого наполнения. Живот вздут, при пальпации болезненность во всех отделах, симптом Щеткина –Блюмберга положителен. При перкуссии определяется тимпанит, аускультативно перистальтика не выслушивается. В общем анализе крови лейкоцитоз возрос до 18400 в 1 мл., усугубился сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появилась токсическая зернистость.
Вопросы:
1. О каком осложнении раннего послеоперационного периода у данного больного идет речь?
2. Предполагаемая причина данного осложнения?
3. Имели ли место тактические ошибки оперирующего хирурга? Если имели, то какие?
4. Ваши дальнейшие действия?

Ситуационная задача №12
Больной И. 38 лет поступил в хирургическое отделение МГБ №1 с жалобами на слабость, боли в животе, наличие болезненного образования в паховой области слева, на тошноту, рвоту, высокую температуру тела, ознобы. Заболел на работе (работает строителем) за 3 суток до поступления, когда после физической нагрузки отметил появление болезненного образования в паховой области слева. Постепенно присоединились боли в животе. Перестали отходить газы. В течение последних суток состояние ухудшилось, присоединилась лихорадка, ознобы. За медицинской помощью не обращался в связи с употреблением алкоголя и ослаблением в связи с этим болевого синдрома. При поступлении общее состояние тяжелое. Кожный покров бледной окраски. Т тела 38,0 гр. С. Пульс 120 ударов в 1 мин. АД 100/60 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот умеренно равномерно вздут, ограниченно участвует в дыхании, при пальпации брюшная стенка регидная, болезненный во всех отделах, слабо положителен симптом Щеткина-Блюмберга. В паховой области слева визуализируется образование 6х4 см, спускающиеся в мошонку, кожа над образованием отечна, гиперемирована. Местная гипертермия и выраженная болезненность. Наружное паховое кольцо слева не определяется. Симптом кашлевого толчка отрицателен.

В общем анализе крови Нв – 128 г/л, эр. 4,0х10 12/л, лейкоциты – 14,5х10 9/л, п-24, с-62, л- 14. СОЭ – 32 мм/час. В общем анализе мочи – с/желт, мутная, белок – 0,66 г/л, лей 4-5 в п/зрения, эритр. – 1-2 в п/зрения, сахар отр.

Вопросы:
1. Ваш диагноз?
2. С какими нозологиями необходимо дифференцировать установленное Вами заболевание?
3. Ваша тактика?
4. Если показано хирургическое лечение, определитесь с предполагаемым объемом операции?

Ситуационная задача №13
Больной П. 32 лет обратился в центр амбулаторной хирургии с жалобами на периодически возникающее выпячивание, дискомфорт в паховой области слева при длительной ходьбе и физической нагрузке. Больным себя считает в течение 3 лет. Ранее за медицинской помощью не обращался.
При объективном осмотре кожные покровы обычной окраски. Патологии со стороны органов дыхательной и сердечно-сосудистой патологии не выявлено. Живот не вздут, участвует в дыхании, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. В вертикальном положении больного имеется выпячивание брюшной стенки, подвижное, мягкоэластической консистенции, в горизонтальном положении исчезает. Наружное паховое кольцо расширено до 3 см. Симптом кашлевого толчка положителен.
Вопросы:
1. Ваш диагноз?
2. Ваша тактика?
3. Если показано хирургическое лечение, какой объем операции Вы выберете?
4. Программа реабилитации?
Прогноз заболевания? Трудовой прогноз?

Ситуационная задача №14
Больная К., 42 лет. Поступила с жалобами на тошноту, рвоту кровью темно-вишевого цвета, общую слабость, головокружение, потерю сознания, периодические жгучие боли в правом подреберье, похудание, увеличение объема живота.
Больна в течение 5 лет. Начало заболевания связывает с перенесенным в послеродовом периоде гепатитом. В последующие годы беспокоили периодические боли в правом подреберье, провоцирующиеся приемом жирной пищи, тошнота. При некотором ухудшении самочувствия появлялась иктеричность кожи и склер, регрессирующая в течение 1-2 недель. В последнее время боли носят постоянный тупой, ноющий характер, присоединилась тошнота, метеоризм, увеличение объема живота. За 4 часа до поступления появилась тошнота, двукратно рвота кровью, слабость. Отмечает кратковременную потерю сознания. Доставлена каретой скорой помощи.
При поступлении: общее состояние тяжелое. Кожные покровы слегка бледные, с желтушным оттенком, сухие. Тургор кожи снижен, имеются участки петехиальных

кровоизлияний. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, дыхание в нижних боковых отделах ослаблено, ЧДД-22 в мин, ЧСС-98 уд в мин. АД-100/60 мм рт ст. Язык сухой, обложен у корня бурым налетом. Живот при осмотре округлый, несколько увеличен в объеме. При пальпации мягкий, определяется край печени, выступающий на 12 см ниже реберной дуги, округлый бугристый, умеренно болезненный при исследовании. Селезенка выступает из-под реберного края на 8 см. По средней линии на передней брюшной стенке видна широкая извитая вена. Перистальтика вялая. При перкуссии притупление в отлогих местах. При ректальном осмотре тонус сфинктера удовлетворительный, передняя стенка прямой кишки нависает в просвет прямой кишки, безболезненна. На перчатке кал черного цвета.

Анализ крови: Hb- 100 г/л; эритроциты – 3,0 х 1012, гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 6,9 х 109, э–0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 2-3; эпителий плоский – 4-8 в поле зрения; оксалаты - ++ +.

Биохимический анализ: общий биллирубин - 64,8 мколь/л, прямой - 32,3 мколь/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 56 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевина – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 268 ммоль/л.

При ФГДС: пищевод свободно проходим. Начиная с границы средней и нижней трети пищевода, гиперемия, контактная кровоточивость, в просвет пищевода пролабируют варикозно расширенные вены пищевода. Слизистая на поверхности варикозных узлов истончена, имеюся надрывы слизистой с умеренной кровоточивостью. В кардии отек, гиперемия, множественные варикозно расширенные вены.

Рентгеноскопия: пищевод расширен, в нижней трети его определяются варикозно расширенные вены. На спленопортограмме контрастируется резко расширенная умбиликальная вена. На цилиакограмме обеднение артериального рисунка печени резко расширенная селезеночная артерия.

При УЗИ: печень увеличена, структура неоднородная, внутрипеченочные протоки не расширены, холедох 1,0 см. Поджелудочная железа: головка 20 мм, тело и хвост не лоцируются. Желчный пузырь размером 8 х 4 см. Стенка пузыря 0, 2 см, атоничен. В брюшной полости большое (до 1000мл) жидкости.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Сформулируйте диагностический алгоритм.
3. Определите тактику лечения.
4. Обоснуйте принципы консервативной терапии.
5. Какими будут показания к операции.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации

Ситуационная задача №15

Больной З., 47 лет, доставлен в экстренном порядке каретой скорой помощи с жалобами на боли в верхней половине живота, тошноту, позывы на рвоту, слабость, головокружение.

Болеет в течение суток. Со слов родственников последние 4 дня принимал в большом количестве спиртные напитки. За сутки до поступления была многократная рвота съеденной пищей, желудочным содержимым с примесью желчи, в последующем в рвотных массах появились прожилки крови. После рвоты появились боли в верхней половине живота, изжога. За 3 часа до поступления рвота «кофейной гущей» с примесью свежей крови. Был однократно кашицеобразный стул черного цвета. Появилась слабость, головокружение. Упал в обморок, в связи, с чем родственники вызвали «скорую помощь».

При обследовании: Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные. В легких по всем полям жесткое дыхание, рассеянные сухие хрипы. ЧДД 18 в мин, ЧСС 110 в мин, АД 100/70 мм рт ст. Язык сухой, обложен зелено-коричневым налетом. Живот участвует в акте дыхания. При пальпации болезненный, умеренно напряжен в эпигастрии, перистальтика активная, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Область почек не изменена, при пальпации болей нет. Мочеиспускание свободное, рези нет.

Per rectum: тонус сфинктера хороший, в ампуле прямой кишки – остатки каловых масс, кашицеобразной консистенции, на перчатке кал черного цвета.

Алкогольный статус: больной возбужден, изо рта запах алкоголя, в позе Ромберга неустойчив, пальце-носовую пробу выполняет неуверенно.

Анализ крови: Hb - 82 г/л; эритроциты – 2,8 х 1012, гематокрит – 28%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты - 4,9 х 109, э–0, п- 4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 18 мм/ч.

Анализ мочи: соломенно-желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; эритроциты – 3-4; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-15; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; бактерии ++++. Биохимический анализ: общий биллирубин - 30,8 мколь/л, прямой - 12,3 мколь/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 1,6 ммоль/л; AST-0,8 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевина – 28,0 ммоль/л; креатинин – 289 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

ФГДС: пищевод свободно проходим. Начиная с границы средней и нижней трети пищевода, гиперемия, контактная кровоточивость, в кардии отек, гиперемия, раны слизистой 1,3-1,5 см с умеренной кровоточивостью из ран, слизистая желудка отечна, складки расправляются с трудом, множественные эрозии, сливающиеся между собой.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Сформулируйте диагностический алгоритм.
3. Определите тактику лечения больного.
4. Показания к оперативному вмешательству.

5. Перечислите современные способы консервативного лечения, охарактеризуйте каждый из них.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

Ситуационная задача №16

Больной Т., 56 лет, бригадой "СП" был доставлен в приёмное отделение хирургического стационара с жалобами на боль в правом подреберье постоянного характера с иррадиацией в область сердца, тошноту, рвоту с примесью жёлчи, сухость во рту, подъём t до 38,50С.

Приступообразная боль в правом подреберье периодически беспокоит в течение 5 лет. Настоящее обострение возникло более 2 суток назад после употребления в пищу консервированных продуктов. В течение суток больной находится в стационаре, где проводилась инфузионная, спазмолитическая, антибактериальная терапия, несмотря на это болевой синдром несколько усилился и стал постоянным.

В анамнезе: ИБС, стенокардия напряжения; сахарный диабет, II тип.

Общее состояние тяжёлое. Кожные покровы обычной окраски, склеры субиктеричны. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены, с акцентом II тона над аортой. ЧСС 92 в 1 минуту. Артериальное давление 130/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот обычной формы, участвует в дыхании, напряжён и болезнен в правом подреберье. Из-за ригидности пропальпировать печени и жёлчный пузырь не удаётся. Селезёнка не определяется. Симптом Щёткина – Блюмберга слабоположительный в правом подреберье. Аускультативно – перистальтика не изменена. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет, моча обычной окраски.

Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Hb – 129 г/л; Эр. – 5,5 × 1012/л; Ht – 47%; Цв. п. – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч; L – 14,8 × 109/л; э – 0, п – 9, с – 55, л – 30, м – 6.

общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.

биохимическое исследование: О/бел. – 82 г/л; О/бил. – 32,4 ммоль/л; ЩФ – 315 ед; L-амилаза – 169 г×ч/л; Alt – 1,2; Ast – 1,0; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 6,8 мкмоль/л; Креат. – 78 мкмоль/л; К+ - 4,2 мкмоль/л; Na++ - 138 мкмоль/л; Cl- - 103 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 86 в мин. ЭОС отклонена влево; диффузные изменения в миокарде; в V3-6 инверсия зубца Р.

Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз?
2. Чем обусловлено такое течение заболевания?
3. Какими дополнительными методами можно подтвердить диагноз?
4. Тактика и объём лечения?

Ситуационная задача №17

Больная З, 65 лет, обратилась к хирургу с жалобами на одышку инспираторного характера, по ночам более выраженную, что больная боится внезапно задохнуться. Приступы удушья связывает с резким изменением положения тела, особенно при

запрокидывании головы. Обследовалась у участкового терапевта. Заподозрена бронхиальная астма, проводимое лечение без эффекта. Из анамнеза известно, что около 6 лет назад при обследовании у эндокринолога диагностирован зоб, но так как он особых беспокойств не вызывал более к врачам по этому поводу не обращалась.

Общее состояние удовлетворительное. Больная избыточного питания (избыток массы 18 кг), низкого роста 156 см. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-суставной аппарат без видимой деформации. Т-36,6 гр.С, пульс 80 ударов в 1 мин, АД 130/80 мм рт.ст. Шея короткая, при пальпации в области левой доли щитовидной железы пальпируется образование до 5 см в диаметре, уходящее за грудину, с кожей не спаяно, при глотании смещается вместе с щитовидной железой. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, экскурсия легочного края не ограничена, границы – в норме. Тоны сердца приглушены, шумы не прослушиваются, границы – в пределах возрастной нормы. Язык чистый влажный. Живот – не вздут, активно участвует в дыхании, при пальпации – мягкий, безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации – патологии не обнаружено.

ОАК – Нв-149 г/л, эр. – 4,5х10 12/л, лейкоциты-6,4х10 9/л, СОЭ – 12 мм/час э-4, с-68, м-1, л-27. Сахар крови – 5,4 ммоль/л, ОАМ – с/ж, прозр, уд.в.-1018, эпит.- 2-3 в п.зрения. Рентгенография шеи – трахея на уровне шеи представляет собой изогнутую щель шириной 4 мм, в тени левой доли щитовидной железы – очаги обызвествления. УЗИ щитовидной железы – узел в проекции левой доли до 5,5 см в диаметре с гипоэхогенными включениями.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какие методы исследования не включены в диагностическую программу данной больной.
3. С чем связано возникновение одышки.
4. Какой метод и объем лечения следует предпочесть.
5. Если будете оперировать, какие особенности обезболивания и техники операции у данной больной.

Ситуационная задача №18

Больной Г., 55 лет, поступил с жалобами на прогрессирующее снижение веса (за 4 месяца похудел на 50 кг), боли в области сердца, сердцебиение, психоэмоциональную нестабильность, отеки нижних конечностей. Ухудшение состояния в течении последнего полугода, когда начал отмечать постепенно нарастающую слабость, нервозность, похудание. 2 месяца назад в течение 2 недель находился на обследовании в терапевтическом отделении в связи с подозрением на опухоль поджелудочной железы. Инструментальные методы исследования (УЗИ брюшной полости, КТ) позволили исключить эту патологию. Проводилась инфузионная, ферментная терапия, спазмолитики. Особого эффекта от проводимого лечения не отметил. 1 месяц назад в связи с пароксизмальной мерцательной аритмией и появлением отеков на нижних конечностях вновь лечился в терапевтической клинике по поводу заболевания сердца. Начались психотические явления, консультирован психиатром.

Общее состояние больного средней тяжести. На лице выражение испуга, отмечается блеск глаз. Больной пониженного питания, тургор кожи снижен, кожа сухая. Тремор пальцев рук, век. Пульс 124 удара в минуту. АД 145/80 мм рт.ст. Костно-суставной аппарат без видимой деформации. Шея округлой формы, короткая, над вырезкой грудины вправо от средней линии пальпируется образование мягкой консистенции, уходящее за грудину, с кожей не спаяно. В легких дыхание везикулярное, границы легких в норме. Тоны сердца приглушены, тахикардия, расширение границ сердца влево на 1 см. Язык влажный, обложен по центру белесоватым налетом. Живот не вздут – мягкий, но болезненный в эпигастрии. Каких-либо патологических образований в животе определить не удается. Печень – по краю реберной дуги. Стул – склонность к запорам. Область почек безболезненна.
ОАК Нв – 147 г/л, эр. – 4,1х10 12/л, лейкоциты- 8,6х10 9/л, э- 2, п-2, с – 58, л-38, СОЭ – 20 мм /час. Сахар крови 6,0 ммоль/л. Белок – 52 г/л. На рентгенограмме шеи и верхней половины грудной клетки - трахея смещена влево. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка, тахикардия, нарушение трофики миокарда. Исследование гормонов Щ.Ж. – тироксин 470 нмоль/л (норма 65-160), трийодтиронин – 8,6 нмоль/л (норма 1,0-2,5).
Вопросы:
1. Ваш предварительный диагноз.
2. Сформулируйте полноценную диагностическую программу.
3. В чем трудности диагностики.

Обоснуйте программу лечения (если выбираете хирургический, то - предоперационная подготовка, обезболивание, доступ, объем операции).

Ситуационная задача №19

Больной Е., 69 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на сильные распирающие боли в правой голени, отек стопы и голени, повышение температуры тела до 38,70 С. Боли усиливаются при передвижении.

Заболел три дня назад, когда появились судорожные сокращения икроножной мышцы, а позже боли в ней. Отек возник на третьи сутки.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной краски. Пальпируются подчелюстные и паховые лимфоузлы, небольшие, подвижные, плотноэластической консистенции, безболезненные. Опорно-двигательный аппарат без видимой патологии, суставы не изменены. Больной повышенного питания. Рост 168 см., масса тела 92 кг. Индекс массы тела 32, 59 кг/м2 . Пульс ритмичный, 86 в минуту. АД 150/90 мм рт. ст. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень, селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки, оформленный, без патологических примесей. Дизурии нет. Поколачивание по поясничной области безболезненно с обеих сторон.

Анализ крови: гемоглобин-155г/л, лейкоциты-15.IxlO9 /л, палочкоядерные нейтрофилы-10%, эозинофилов-2%, сегментоядерных-72%, лимфоцитов-13%, моноцитов-3%, СОЭ-34 мм/ч. Глюкоза-4,5 ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность-1026; цвет- соломенно-желтый, прозрачная; реакция- слабокислая; белок-следы; сахар, ацетон, желчные пигменты-отсутствуют; эритроциты- отсутствуют; лейкоциты-0-1 в поле зрения,

эпителиальные клетки -0-3 в поле зрения; цилиндры, слизь- отсутствуют; оксалаты + +.

Коагулограмма; тромбоцитов-296хlО9 /л, время кровотечения-1мин; время свертывания-4 мин; рекальцинации плазмы-115 сек; толерантность плазмы к гепарину-10 мин; протромбиновое время-10 сек; протромбиновый индекс-106%антитромбиновая активность-110%, фибриноген плпзмы-2,4 г/л.

Кожа на правой голени и стопе слегка гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность средней трети правой голени больше на 6 см окружности левой голени на этом уровне. Движения в левом голеностопном суставе сохранены, но болезненны. При пальпации голени отмечается болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Симптом Хоманса положительный (появление болей в икроножной мышце при максимальном сгибании в голеностопном суставе). Появляется резкая болезненность при сдавливании икроножной мышцы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какое назначите дополнительное обследование?
3. Ваш план лечебных мероприятий, лечение амбулаторное или стационарное?

Ситуационная задача №20

В поликлинику на прием к хирургу обратилась 45-летняя женщина с жалобами в правой голени, головную боль, слабость, разбитость. Более 2 суток, начало заболевания связывает с простудным фактором. Температура тела по вечерам повышалась до 39° С.

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окра¬ски. Пальпируется подчелюстные и паховые лимфоузлы, небольшие, подвижные, плотноэластической консистенции, безболезненные. Опорно-двигательный аппарат без видимой патологии, суставы не изменены. Больная повышенного питания, гиперстенического тело¬сложения. Рост 168 см., масса тела 92 кг. Индекс массы тела 32, 59 кг/м2 . Пульс ритмич¬ный, 76 в минуту. АД 140/90 мм рт.ст. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Часто¬та дыхания 17 в минуту. Живот мягкий, безболезненный, симптомов раздрожения брюши¬ны нет. Печень, селезенка не увеличены. Стул 1 раз в сутки, без патологических примесей. Дизурии нет. Поколачивание по поясничной области безболезненное с обеих сторон.

На передненаружной поверхности нижней и средней третей голени имеется обширное, ярко-красного цвета пятно с несколькими мелкими наполненными серозно-геморрагическим экссудатом пузырями. Границы гиперемии четкие, неровные (в виде географической карты). На месте гиперемии кожа тестоватая, резко болезненная при паль¬пации.

Анализ крови: гемоглобин-124 г\л, лейкоциты-15.1хЮ9/л, палочкоядерные нейтро-филы-7%, эозинофилов-2%, сегментоядерных-62%, лимфоцитов-26%, моноцитов-3%, СОЭ-34 мм/ч. Глюкоза-6,5ммоль/л.

Анализ мочи: относительная плотность-1026; цвет соломенно-желтый, прозрачная; реакция - слабокислая; белок-следы; сахар, ацетон, желчные пигменты -отсутствуют; эрит¬роциты -единичные в препарате; лейкоциты-3-4 в поле зрения, эпителиальные клетки-0-3 в поле зрения; цилиндры, слизь - отсутствуют; оксалаты+ +.

Коагулограмма: тромбоцитов- 185хЮ9/л, время кровотечения-1 мин; время свертывания-8 мин; время рекальцинации плазмы-115 сек; толерантность плазмы к гепарину-12 мин; протромбиновое время-15 сек; протромбиновый индекс-104% антитромбиновая ак¬тивность-106%, фибриноген плазмы-2,4г/л.
Вопросы:
1. Ваш диагноз?
2. Следует ли больную при госпитализации изолировать от других больных в отделении?
3. Какое лечение Вы назначите больной?
Ситуационная задача №21
У больного с чётко ограниченным аппендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и значительно улучшившимся в процессе лечения состоянием на 5-е сутки поступления и на 10-в сутки от начала заболевания внезапно появились сильные боли в животе, температура стала повышаться, появилась жажда, тахикардия, язык стал сухим. Была однократная рвота. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании, определяется симптом Щёткина-Блюмберга. Лейкоцитоз возрос с 10, 0 до 18, 0. Какое осложнение наступило у больного? Что следует предпринять?