

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЕ ВОПРОСЫ (ЗАДАЧИ)

на 2019-2020 учебный год

по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»

для специальности 31.05.01 Лечебное дело

УТВЕРЖДАЮ

проректор по учебной работе

д.м.н., доцент И.А. Соловьева



2020 г.

ВОПРОСЫ:

1. Основные артерии желудка. Осложнения язвенной болезни. Стеноз: клиника, диагностика, лечение.
2. Отделы желудка. Осложнения язвенной болезни. Пенетрация: клиника, диагностика, лечение.
3. Кровоснабжение прямой кишки. Геморрой: этиология, патогенез, классификация.
4. Аппендикулярный инфильтрат: клиника, диагностика, лечение.
5. Абсцедировавший аппендикулярный инфильтрат: клиника, диагностика, лечение.
6. Кровоснабжение печени. Пилефлебит: клиника, диагностика, лечение.
7. Анатомическое расположение червеобразного отростка. Интраабдоминальные осложнения после аппендэктомии: клиника, диагностика, лечение.
8. Анатомия печени и желчного пузыря. Осложнения острого холецистита. Околопузырный инфильтрат, абсцесс: клиника, диагностика, лечение.
9. Эндоскопическая классификация желудочно-кишечного кровотечения, её значимость.
10. Анатомия внепечёночных желчных протоков. Осложнения острого холецистита. Механическая желтуха: клиника, диагностика, лечение.
11. Анатомия пахового канала. Принципы хирургического лечения паховых грыж: методы пластики, обоснования.
12. Анатомия поджелудочной железы. Осложнения острого панкреатита: клиника, диагностика, лечение.
13. Острая кишечная непроходимость: классификация, клиника, диагностика.
14. Перитонит: классификация, объём операции, показания к программированной релапаротомии.
15. Невправимые и ущемлённые грыжи живота: клиника, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
16. Какие протоки впадают в ДПК? Осложнения язвенной болезни. Перфорация: клиника, диагностика, лечение.
17. Кровоснабжение желчного пузыря. Острый холецистит: классификация, клиника, диагностика, лечебная тактика.
18. Кровоснабжение кишечника. Острое нарушение мезентериального кровообращения: клиника, диагностика, лечебная тактика.
19. Дивертикул Меккеля: анатомия; патология: клиника, диагностика, лечебная тактика.
20. Острый панкреатит лёгкой степени тяжести: клиника, диагностика, лечение.

21. Анатомия тонкой кишки. Интраоперационная оценка жизнеспособности кишки. Интраоперационные мероприятия при сомнительной жизнеспособности кишки.
22. Методы детоксикации при распространённом гнойном перитоните.
23. Классификация перитонита. Объективная оценка тяжести состояния больных и прогноза при абдоминальном сепсисе.
24. Болезнь Крона: клиника, диагностика, лечение.
25. Анатомия толстой кишки. Дивертикулёз ободочной кишки: клиника, диагностика, осложнения.
26. Неспецифический язвенный колит: клиника, диагностика, лечение.
27. Анатомия поджелудочной железы. Консервативное лечение острого панкреатита.
28. Кровоснабжение кишечника. Острые нарушения мезентериального кровообращения: клиника, диагностика, лечение.
29. Анатомия прямой кишки. Острая и хроническая анальная трещина: клиника, диагностика, лечение.
30. Болезни оперированного желудка. Синдром приводящей петли: причины, клиника, диагностика, лечение.
31. Анатомия желудка. Болезни оперированного желудка. Демпинг-синдром: причины, клиника, диагностика, лечение.
32. Строение печёочно-дуоденальной связки. Лечебная тактика при остром холецистите.
33. Анатомия илеоцекального угла. Особенности клиники острого аппендицита у детей, стариков и беременных.
34. Хирургическая тактика при остром аппендиците: виды аппендэктомий, оперативные доступы, показания и методы дренирования брюшной полости.
35. Вентральные грыжи: классификация, причины возникновения, диагностика, лечение.
36. Перфоративные гастродуоденальные язвы: виды перфораций, клиника, диагностика, лечение.
37. Ущемлённые вентральные грыжи: виды ущемления, клиника, лечебная тактика.
38. Инвагинация: определение, клиника, диагностика, лечение.
39. Анатомия поджелудочной железы. Острый панкреатит: понятие, патогенез, классификация.
40. Лечебная тактика при острой обтурационной кишечной непроходимости.
41. Кровоснабжение червеобразного отростка. Интраабдоминальные и раневые инфекционные осложнения после аппендэктомии: диагностика, лечебная тактика.
42. Анатомия желудка. Синдром Маллори-Вейсса: причины, диагностика, лечебная тактика.
43. Топография кишечника. Объём операции при острой кишечной непроходимости.
44. Варианты локализации червеобразного отростка и их клиническое значение.
45. Кровоснабжение желудка. Варианты хирургического лечения язвенной болезни желудка и ДПК. Послеоперационное ведение больных, перенесших резекцию желудка.
46. Перфоративные гастродуоденальные язвы: классификация, клиника, диагностика, лечение.
47. Топография толстой кишки. Ишемический колит: патогенез, клиника, диагностика, лечение.
48. Принципы антибактериальной терапии при перитоните.
49. Топография ДПК. Осложнения язвенной болезни. Стеноз: клиника, диагностика, лечение.
50. Ранние послеоперационные осложнения после аппендэктомии.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ:

Ситуационная задача 1

На приёме у хирурга поликлиники больная 30 лет. После срочных родов около года назад заметила в области паховой складки выпячивание округлой формы размером 3х3 см, исчезающее в горизонтальном положении. Образование безболезненное, мягко-эластической консистенции, легко вправляемое в брюшную полость.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Лечебная тактика?
4. Послеоперационное ведение больной?
5. В чём заключается профилактика осложнений данного заболевания?

Ситуационная задача 2

Больной 40 лет доставлен бригадой «скорой медицинской помощи» в хирургическое отделение по поводу ущемлённой паховой грыжи. От момента ущемления прошло 4 часа. На операции: в грыжевом мешке выпота нет, обнаружены две петли тонкой кишки, петли жизнеспособные (отмечается слабая перистальтика, пульсация сосудов). Произведено рассечение ущемляющего кольца, петли погружены в брюшную полость, выполнена пластика. Через сутки развилась клиника перитонита.

1. Какова причина перитонита?
2. В чём ошибка хирурга?
3. Способы реанимации ущемлённой петли кишки?
4. Границы резекции при некрозе тонкой кишки вследствие ущемления?
5. Профилактика заболевания, реабилитация после хирургического лечения?

Ситуационная задача 3

В скорую помощь обратился больной 29 лет с жалобами на общую слабость, тошноту, головокружение. В течение 2 месяцев больного беспокоили изжога, боли в желудке через 1-1,5 часа после приёма пищи. Изредка, чтобы купировать боли, употреблял соду. Около суток назад боли в животе исчезли, была рвота типа «кофейной гущи». Объективно: сознание ясное, кожные покровы бледные. Живот мягкий, безболезненный. Аускультативно хорошо прослушивается перистальтика кишечника. Пульс 98 уд/мин, АД 115/75 мм рт. ст.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика врача скорой помощи? Что следует выяснить в анамнезе?
3. Как уточнить диагноз?
4. Тактика врача стационара?
5. В чём заключается первичная и вторичная профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача 4

Больной 52 лет доставлен бригадой «скорой медицинской помощи» в хирургический стационар по поводу ущемлённой паховой грыжи. От момента ущемления прошло более суток. При осмотре: кожные покровы в области грыжевого выпячивания отёчны, резко гиперемированы; при пальпации определяются признаки флюктуации. На операции: в грыжевом мешке выпот с запахом калового содержимого, произведено рассечение ущемлённого кольца.

1. Ваш диагноз?
2. В чём ошибка хирурга?
3. Тактика лечения?
4. Границы резекции некротизированной кишки при её ущемлении?
5. Профилактика заболевания, реабилитация после хирургического лечения?

Ситуационная задача 5

Больной 50 лет внезапно после сильной физической нагрузки почувствовал резкую боль в области уже имеющегося грыжевого выпячивания в правой паховой области. Спустя 2 часа вызвал бригаду «скорой помощи», диагностировали признаки острой кишечной непроходимости. При осмотре: грыжевое выпячивание в паховой области стало невправимым в брюшную полость, болезненным.

1. Что произошло у больного?
2. План обследования?
3. Лечебная тактика?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Профилактика заболевания, реабилитация?

Ситуационная задача 6

В стационар доставлен больной 19 лет с жалобами на общую слабость, тошноту, головокружение. Из анамнеза: изредка беспокоила изжога. Вчера и сегодня заметил дёгтеобразный стул. Состояние относительно удовлетворительное. Активный. Эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 130 г/л. Пульс 90 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. При фиброгастроскопии: язва 0,4х0,3 см в диаметре на передней стенке ДПК, на дне язвы затромбированный сосуд с налётом фибрина, края язвы без инфильтрации, кровотечения нет.

1. Ваш диагноз?
2. Ваша лечебная тактика?
3. Назовите и напишите гемостатические препараты.
4. Оцените кровотечение по классификации Forrest.
5. В чём заключается первичная и вторичная профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача 7

Больной 25 лет обратился с жалобами на выделение следов слизи из прямой кишки, боль в левой ягодице, повышение температуры тела к вечеру до 38 °С, выраженную слабость. Болеет в течение суток. Объективно: кожные покровы бледные, сухие, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин. При осмотре анальной области виден умеренный отёк и гиперемия кожи на 3 часах. При пальцевом исследовании прямой кишки: тонус сфинктера повышен, резкая болезненность при пальпации, в параректальной клетчатке на 3 часах пальпируется инфильтрат 4х4 см с флюктуацией, на перчатке слизь. RRS до 15 см, далее осмотр резко болезненный. Видимая слизистая с признаками воспаления.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Назовите классификацию данной патологии.
3. Лечебная тактика?
4. В чём суть радикального лечения?
5. В чём заключается профилактика осложнений данного заболевания?

Ситуационная задача 8

Врач выездной бригады скорой помощи осматривает женщину 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, не приносящую облегчения. Боли связывает с употреблением в пищу жирной рыбы. При осмотре: состояние больной средней тяжести, кожные покровы обычной окраски, температура тела 36,7 °С, пульс 110 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст., язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Нарушений стула и мочеиспускания больная не отмечает.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика врача скорой помощи?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Обоснуйте лечение в данном случае.
5. В чём заключается первичная профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача 9

Врач скорой помощи осматривает больную 55 лет. Из анамнеза: в течение последних 2-х лет отмечает периодические ухудшения самочувствия, проявляющиеся в виде чувства тошноты, тяжести в правом подреберье, привкуса горечи во рту. Диету не соблюдает. 3 дня назад, после употребления жареной картошки с салом, появились резкие боли в правом подреберье, тошнота, рвота, вначале желудочным содержимым, затем желчью, не приносящая облегчения, сухость во рту.

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы следует проверить, их интерпретация?
3. Тактика врача скорой помощи?
4. Тактика врача стационара? Обоснуйте лечение?
5. В чём заключается первичная и вторичная профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача 10

Больная 19 лет взята в операционную с клиникой острого аппендицита. Доступом

Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, в брюшной полости до 30 мл серозного выпота, червеобразный отросток не изменён.

1. Дальнейшие действия хирурга?
2. Какие заболевания возможны?
3. Как избежать подобной ошибки?
4. Послеоперационное ведение больной?
5. Сроки реабилитации?

Ситуационная задача 11

Врач скорой помощи осматривает больного 60 лет, который в течение 2 дней отмечает резкие периодические боли в правом подреберье, принявшие затем постоянный характер. Температура тела 38,2 °С. Пульс 90 уд/мин. АД 140/80 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налётом. При пальпации живота отмечается явная болезненность в правом подреберье, здесь же есть напряжение мышц брюшной стенки. Положительный симптом Ортнера. В других отделах живот безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет.

1. Предполагаемый диагноз? Какие симптомы еще следует проверить?
2. Тактика врача скорой помощи?
3. Какие исследования необходимо выполнить?
4. Тактика врача стационара?
5. В чём заключается консервативное лечение?

Ситуационная задача 12

Больной 20 лет обратился с жалобами на понос до 3 раз в сутки, выделение крови с гноем из прямой кишки, боль в левой половине живота. Болеет в течение 8 месяцев. Ухудшение состояния после стрессовой ситуации. Кожные покровы бледные. АД 130/70 мм рт. ст., пульс 88 уд/мин. Пальпаторно: толстый кишечник спазмирован, болезненный в левых отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера сохранён, на перчатке кровь со слизью. RRS до 25 см: осмотр резко болезненный, видимая слизистая покрыта гнойным налётом с примесью крови, после снятия налёта единичные язвы, при контакте легко кровоточат.

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Дифференциальная диагностика?
3. План обследования?
4. Лечение?
5. Профилактика?

Ситуационная задача 13

На приём явился допризывник, направленный из военкомата. Во время обследования установлено, что в правой паховой области имеется опухолевидное образование 5х5 см, вправимое в брюшную полость. Кроме того, пациент жалуется на учащенное мочеиспускание, рези, дискомфорт в уретре и боли над лоном, исчезающие либо уменьшающиеся после вправления образования в брюшную полость.

1. Сформулируйте диагноз.
2. На что могут указывать жалобы пациента?
3. Какова Ваша тактика?
3. Сформулируйте показания к операции и назовите операцию.
4. Особенности лечения?
5. Реабилитация и прогноз данного заболевания?

Ситуационная задача 14

Больной 25 лет доставлен скорой помощью. Жалобы на выделение крови с гноем из прямой кишки. Болеет в течение 4 месяцев. Объективно: кожные покровы бледные, сухие. АД 130/70 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Пальпаторно толстый кишечник спазмирован, болезненный во всех отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера резко повышен, резкая болезненность при пальпации, за сфинктером на 3 часах определяется кратер. На коже наружное свищевое отверстие на 5 часах в 5 см от ануса, на перчатке кровь с гноем.

1. Какой диагноз Вы поставите?

2. Какими обследованиями подтвердить диагноз?
3. План лечения?
4. От чего зависит выбор и метод лечения?
5. В чём заключается профилактика и реабилитация данного заболевания?

Ситуационная задача 15

Пациенту 40 лет 7 дней назад произведена аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита, местного серозного перитонита. На 6 сутки после операции отмечено повышение температуры до 39 °С, озноб, боли внизу живота, тенезмы, учащенное мочеиспускание.

1. Чем объяснить появление данной симптоматики?
2. Что нужно сделать для уточнения диагноза?
3. Что могло послужить причиной данной патологии?
4. Ваша тактика?
5. Возможная профилактика осложнения?

Ситуационная задача 16

Больной 46 лет в течение 10 лет страдает геморроем, часто бывают геморроидальные кровотечения. 2 дня назад после приёма алкоголя больной почувствовал боли в области заднего прохода, появились плотные болезненные наружные геморроидальные узлы.

1. Ваш клинический диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Ваши действия как врача-проктолога?
4. Лечение данного заболевания?
5. Профилактика заболевания?

Ситуационная задача 17

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 5 лет. Последнюю неделю отмечает интенсивные голодные и ночные боли. Сегодня появилась резкая боль в эпигастрии по типу «кинжальной». При осмотре: больной в положении на правом боку с поджатыми ногами, несколько возбуждён. Пальпаторно: резкая болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки. АД 80/60 мм рт. ст., пульс 56 уд/мин.

1. Ваш диагноз?
2. Что будет определяться у данного больного при перкуссии живота?
3. Какое исследование необходимо выполнить для уточнения диагноза? Что при этом будет определяться?
4. Лечение?
5. Прогноз?

Ситуационная задача 18

В участковую больницу обратился мужчина 20 лет, который предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, сухость во рту. Боли появились 3 суток назад, но были не очень интенсивными, к врачам не обращался. Сегодня боли несколько усилились. При обследовании: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,6 °С, живот обычной формы, при пальпации болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется плотное болезненное опухолевидное образование, неподвижное, размерами 8х8 см, симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. Диагноз?
2. Какими методами подтвердите Ваш диагноз?
3. Лечебная тактика?
4. Прогноз, реабилитация?
5. Профилактика?

Ситуационная задача 19

В клинику доставлен больной 44 лет в тяжёлом состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Много лет страдает язвенной болезнью ДПК. В последние 2 месяца ежедневно беспокоит рвота съеденной накануне пищей. За это время похудел на 12 кг. Больной истощён. В эпигастриальной области определяется «шум плеска», нижняя граница желудка на уровне гребешковой линии. В анализе крови: эритроциты $6,8 \times 10^{12}/л$,

гемоглобин 174 г/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 12 мм/ч, общий белок 44 г/л, калий 2,1 ммоль/л, кальций 1,6 ммоль/л, натрий 118 ммоль/л, хлориды 82 ммоль/л.

1. Какое осложнение язвенной болезни наступило у больного?
2. Что является причиной появления клонических судорог?
3. Чем подтвердите Ваш диагноз?
4. Как будете лечить больного?
5. В чём заключается профилактика и реабилитация данного состояния?

Ситуационная задача 20

У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При ультразвуковом исследовании выявлены признаки абсцедирования инфильтрата.

1. Что называется аппендикулярным инфильтратом?
2. Ваш диагноз в данном случае?
3. Тактика врача?
4. Прогноз, реабилитация больного?
5. Профилактика?

Ситуационная задача 21

У больной 56 лет 4 дня назад появились боли в эпигастрии, сместившиеся затем в правую подвздошную область. Однократно рвота, температура тела 37,6 °С. Принимала тетрациклин и баралгин, обратилась в связи с сохраняющимися болями. Состояние средней тяжести. Температура тела 37,4 °С, пульс 88 уд/мин. Язык влажный, слегка обложен. Справа над лобком пальпируется умеренно болезненное образование 10x12 см, плотное, с нечётким контуром. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный, в анализе крови лейкоциты $8,6 \times 10^9$ /л. Вагинальный осмотр не был выполнен.

1. Предположительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Диагностические исследования?
4. Тактика врача в зависимости от результатов исследования?
5. Реабилитация больной?

Ситуационная задача 22

Больному 24 лет около 2,5 часов назад выполнена аппендэктомия. Жалуется на слабость, головокружение. Бледен, пульс 100 уд/мин, температура тела 37,3 °С. Живот слегка вздут, мягкий, болезненный в области раны, укорочение перкуторного звука в отлогих местах. В анализе крови лейкоциты 11×10^9 /л.

1. Ваш диагноз?
2. Какими методами можно уточнить диагноз?
3. Лечебная тактика?
4. Принципы лечения в послеоперационном периоде?
5. Прогноз, нетрудоспособность?

Ситуационная задача 23

Больная 19 лет поступила в отделение через 10 часов от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. В анамнезе аппендэктомия. Боли появились после приёма растительной пищи. Состояние больной средней тяжести. Пульс 92 уд/мин. Живот умеренно вздут, отмечается западение правой подвздошной области. В проекции восходящей ободочной кишки пальпируется мягко-эластическое опухолевидное образование овальной формы. Перистальтика усилена, с резонирующим оттенком. При ректальном исследовании имеются кровянистые выделения из прямой кишки. Выполнена ирригоскопия, при этом определяется симптом «двузубца».

1. Предварительный диагноз?
2. Какие объективные и дополнительные данные подтвердят Ваш диагноз?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Хирургическая тактика и объём лечебных мероприятий?
5. Первичная профилактика, реабилитация?

Ситуационная задача 24

Больной 49 лет оперирован по поводу перфоративной язвы желудка, распространённого серозно-фибринозного перитонита. Было выполнено ушивание перфорации, дренирование брюшной полости. На 3 сутки после операции появилось вздутие живота, тошнота, была однократная рвота. Газы не отходят. При осмотре: состояние больного средней степени тяжести. Пульс 88 уд/мин. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика вялая, единичными волнами, «шум плеска» не определяется. По дренажам из брюшной полости отделяемого нет. При рентгенографии брюшной полости определяются единичные чаши Клойбера.

1. Какое осложнение возникло в раннем послеоперационном периоде?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Объём консервативных мероприятий?
4. Показания к оперативному лечению при данном осложнении?
5. Первичная профилактика?

Ситуационная задача 25

Больной предъявляет жалобы на сильные «опоясывающие» боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. При осмотре отмечается акроцианоз, ЧДД 28 в мин, пульс 100 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Амилаза мочи 1180 Ед/л. Заподозрен геморрагический панкреонекроз, который и был подтверждён при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через 2 суток отмечено снижение активности амилазы до нижних границ нормы. Однако, состояние больного остаётся тяжёлым, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослаблены.

1. Каково Ваше мнение о течении заболевания?
2. Чем при этом можно объяснить снижение активности амилазы?
3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Объём лечения?
5. Реабилитация и диспансеризация?

Ситуационная задача 26

Больная 52 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами: на схваткообразные боли в животе, рвоту, задержку газов. Боли появились около 3 часов назад, после физической нагрузки. Из анамнеза известно: год назад операция «ампутация матки» по поводу миомы. Объективно: состояние средней степени тяжести, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 100 уд/мин, язык сухой, живот мягкий, слабо болезненный в нижних отделах. В области живота имеется рубец после нижней срединной лапаротомии. В середине рубца пальпируется плотно-эластическое образование, болезненное, не вправимое в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный.

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести больной?
3. Ваша лечебная тактика?
4. Какой метод пластики дефекта следует использовать?
5. Профилактика заболевания и реабилитация больной?

Ситуационная задача 27

Врач бригады «скорой медицинской помощи» вызван к пациенту 44 лет, который жалуется на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, лопатку, тошноту, однократную рвоту желчью. Приступ возник 2 суток назад после погрешности в диете. Ранее подобных болей не было. Из анамнеза: 2 года назад при диспансерном осмотре, по данным УЗИ, выявлены мелкие камни в желчном пузыре. Объективные данные: кожные покровы чистые, бледноватые, температура тела 38 °С, пульс 90 уд/мин. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот болезненный и напряжённый в правом подреберье, где удаётся пропальпировать инфильтрат 8х6 см. Печень не увеличена. Положительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского, слабо положительный симптом Щёткина-Блюмберга. При УЗИ брюшной полости в правом подреберье

определяется очаговое образование 10х8 см, неоднородной структуры, предлежащее к желчному пузырю. Стенки желчного пузыря утолщены, с двойным контуром.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Тактика врача бригады «скорой медицинской помощи»?
3. Какие обследования необходимо сделать для уточнения диагноза? С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Сроки нетрудоспособности, прогноз?

Ситуационная задача 28

Больной 52 лет доставлен в хирургический стационар машиной «скорой помощи». Из анамнеза установлено: сутки назад появились боли в эпигастрии, тошнота, однократная рвота съеденной пищей. За медицинской помощью не обращался, самостоятельно принял по одной таблетке пенталгина и но-шпы, прикладывал тёплую грелку на живот. Боли не прошли, но переместились в правую подвздошную область. На второй день боли распространились по всему животу. При осмотре: эффоричен, температура тела 37,8 °С, пульс 118 уд/мин, АД 95/60 мм рт. ст., язык сухой, живот напряжённый и болезненный во всех отделах, больше справа внизу, симптом Щёткина-Блюмберга положительный, лейкоциты крови $18,5 \times 10^9/\text{л}$.

1. Ваш диагноз?
2. Что явилось причиной данного осложнения?
3. Тактика лечения?
4. Перечислите методы активной детоксикации.
5. Сроки нетрудоспособности и пребывания на больничном листе?

Ситуационная задача 29

Больной 33 лет госпитализирован с жалобами на боль в эпигастрии «опоясывающего» характера, резкую слабость, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Болеет около 6 часов. Заболел после приёма жирной пищи. Пульс 100 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. В клиническом анализе крови: амилаза 452 Ед/л, общий билирубин 50 мкмоль/л. Амилаза мочи 1652 Ед/л. Объективно: живот вздут за счёт верхних отделов, при пальпации болезненный и напряжённый в эпигастрии и левом подреберье. Симптомы Боаса, Мейо-Робсона положительные. Пульсация брюшного отдела аорты не определяется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы обследования?
3. Ваша лечебная тактика?
4. Показания к оперативному лечению при данной патологии?
5. Сроки нетрудоспособности?

Ситуационная задача 30

«Скорую помощь» вызвал пациент 20 лет. Врач «скорой помощи» увидел его лежащим на правом боку, стонущим и скрежещущим зубами. Заболел час назад. Последнюю неделю жаловался на сильную изжогу. При осмотре: стонет, бледен, колени приведены к животу, холодный пот, глаза выражают испуг. Пульс 58 уд/мин. АД 90/40 мм рт. ст. Дыхательные экскурсии неглубокие. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов не слышно. Попытка уложить на спину увенчалась успехом на короткое время, больной принимает прежнее положение. Передняя брюшная стенка в дыхании не участвует, пальпация живота болезненная, резкое напряжение мышц передней брюшной стенки во всех отделах. При перкуссии живота чётко определить печёночную тупость не удаётся.

1. Ваш диагноз?
2. Действия врача скорой помощи?
3. Объём диагностических мероприятий в стационаре?
4. Лечебные мероприятия?
5. Вторичная профилактика?

Ситуационная задача 31

Участковый врач приглашён домой к мужчине 58 лет. 3 недели назад пациент был

выписан из неврологического отделения городской больницы, где он находился на лечении с инсультом с правосторонним гемипарезом. Со слов дочери, состояние его резко ухудшилось сутки назад, стал беспокойным, пытается что-то сказать, указывая на живот. Температура тела 38,1 °С. Состояние больного тяжёлое. При осмотре: черты лица заострены, вокруг глаз тёмные круги. В контакт вступает плохо. Кожные покровы с сероватым оттенком. Пульс 120 уд/мин, АД 110/90 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, о чём свидетельствует реакция на пальпацию и напряжение мышц передней брюшной стенки. Глубокую пальпацию провести не удаётся. Печёночная тупость отсутствует. Перкуторно отмечается притупление звука в отлогих местах живота. При уточнении анамнеза установлено, что данное состояние развилось остро. Пациент изредка жаловался на изжогу после употребления кислой и острой пищи.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Действия участкового врача?
3. Объём диагностических мероприятий?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Прогноз для жизни?

Ситуационная задача 32

При оперативном вмешательстве по поводу острого деструктивного аппендицита из разреза Волковича-Дьяконова обнаружено большое количество гнойного экссудата в брюшной полости.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши дальнейшие мероприятия?
3. Объём оперативного вмешательства в данном случае?
4. Возможные методы ведения брюшной полости при данной патологии?
5. Первичная и вторичная профилактика?

Ситуационная задача 33

Врач скорой помощи осматривает больную 62 лет спустя 2 часа после употребления последней жирной пищи. Жалобы на резкие, нестерпимые боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и шею. Одновременно с болями появилась тошнота, была однократно рвота. После приёма но-шпы боль утихла.

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы подтвердят диагноз?
3. Тактика врача скорой помощи?
4. Тактика врача стационара?
5. В чём заключается первичная и вторичная профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача 34

Во время грыжесечения по поводу паховой грыжи после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

1. К какому виду относится данная грыжа?
2. Дальнейшая тактика хирурга?
3. Профилактика подобных осложнений?
4. Виды пластики пахового канала?
5. Сроки нетрудоспособности, реабилитационные мероприятия?

Ситуационная задача 35

В приёмное отделение хирургического стационара доставлен больной с жалобами на схваткообразную боль в животе, задержку газов и стула. Боль появилась 4 часа назад после обильного приёма пищи. Два года назад он был оперирован по поводу острого аппендицита. В течение этого времени неоднократно беспокоили схваткообразные боли в животе, которые проходили самостоятельно.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие диагностические мероприятия помогут уточнить диагноз?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Тактика хирурга стационара и объём лечебных мероприятий?

5. Вторичная профилактика, диспансеризация?

Ситуационная задача 36

Больной 47 лет поступил в клинику с жалобами на острую схваткообразную боль в животе, возникшую 2 часа назад, тошноту, рвоту. Газы не отходят. Объективно: состояние больного средней степени тяжести, перкуторно определяется тимпанит, симптом «Обуховской больницы» положительный. Живот вздут, ассиметричен за счёт выбухания левой половины живота, симптомы раздражения брюшины сомнительные, ректально определяется слизь с примесью крови.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Объём дополнительных методов обследования?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Тактика хирурга и объём лечебных мероприятий?
5. Прогноз, диспансеризация?

Ситуационная задача 37

Больной 25 лет обратился с жалобами на выделение алой крови из прямой кишки после дефекации, боль в перианальной области. Болеет в течение суток. Объективно: кожные покровы бледно-розовый, сухие. АД 110/70 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин. При пальпации живота патологии не определяется. При пальцевом исследовании прямой кишки определяются внутренние геморроидальные узлы, умеренно болезненные, на перчатке кал с примесью алой крови.

1. Ваш диагноз?
2. Объём дополнительного обследования?
3. Объём лечебных мероприятий?
4. Показания к оперативному лечению при данной патологии?
5. Сроки нетрудоспособности, профилактика?

Ситуационная задача 38

В стационар доставлен больной 50 лет с признаками желудочного кровотечения. Из анамнеза: в течение 5 лет страдает язвенной болезнью, находится на диспансерном наблюдении, лечится в санаторно-курортных условиях, отмечает улучшение самочувствия. В день поступления: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. На ФГДС в желудке в большом количестве имеются сгустки крови, после промывания обнаружена язва антрального отдела желудка по малой кривизне 1 см в диаметре с тромбированным сосудом на дне язвы. Кровотечение остановилось. В течение 3 дней проводилось консервативное лечение, на 3 сутки состояние резко ухудшилось, открылась рвота с кровью, больной бледен, холодный пот, коллапс. АД 70/45 мм рт. ст., пульс частый, нитевидный. В анализах крови: эритроциты $2,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 72 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. Диагностические мероприятия?
3. Лечебная тактика?
4. Каков объём оперативного вмешательства возможен в данном случае?
5. Реабилитация?

Ситуационная задача 39

Больная 30 лет обратилась с жалобами на периодически возникающие выделения крови при дефекации и боль в течение 20 мин после стула. Болеет в течение 40 дней. При исследовании прямой кишки на 6 часах в области переходной линии определяется подрытый дефект стенки 0,3x1,0 см с перифокальной гиперемией, бледными грануляциями, рубцовыми краями, при контакте кровоточит, резко болезненный.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Объём диагностических мероприятий?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Сроки нетрудоспособности, диспансеризация?

Ситуационная задача 40

Женщина 50 лет поступила в стационар с жалобами на слабость, тошноту,

головокружение. Из анамнеза: в течение 8 лет страдает ревматоидным артритом, по поводу чего неоднократно лечилась в условиях стационара, на курорте, различными медикаментозными препаратами, в том числе преднизолоном, аспирином и др. Язвенный анамнез отсутствует. Сегодня утром, среди полного благополучия, проснулась от тошноты и тут же появилась рвота со сгустками крови. Бригадой «скорой помощи» больная доставлена в стационар, где ей проведена экстренная ФГДС, обнаружены язвенный дефект в ДПК 1,0 см в диаметре, продолжающееся кровотечение.

1. Ваш диагноз?
2. Что могло послужить причиной данной патологии?
3. Какие методы гемостаза Вы знаете?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Профилактика?

Ситуационная задача 41

Женщина 42 лет обратилась в приёмный покой стационара с жалобами на боли в правом подреберье с иррадиацией в руку, правую лопатку, тошноту, однократную рвоту желчью. Боли возникли 2 часа назад после еды. Ранее подобные приступы были, но носили кратковременный характер, к врачам не обращалась. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,5 °С. Пульс 90 уд/мин. Язык влажный, слегка обложен беловатым налётом. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации – выраженная локальная болезненность в правом подреберье, напряжение мышц, положительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского. Желчный пузырь не пальпируется. Печень не увеличена. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. В клиническом анализе крови лейкоциты $8,0 \times 10^9/\text{л}$. Живот мягкий, слегка болезненный при глубокой пальпации в точке желчного пузыря.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика врача приёмного отделения?
3. Объём дополнительных методов исследования?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Сформулируйте показания к операции при данной патологии.

Ситуационная задача 42

Больной 19 лет обратился к дежурному врачу районной больницы с жалобами на боли в правой подвздошной области, которые появились 6 часов назад. Сначала возникла боль в эпигастрии, затем боли локализовались в правой подвздошной области, была однократная рвота. Температура 37,6 °С, Стул нормальный. При осмотре: язык влажный, обложен белым налётом, температура тела нормальная. В правой подвздошной области при пальпации болезненность, напряжение мышц. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется. Лейкоциты крови $12 \times 10^9/\text{л}$. В общем анализе мочи без изменений.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Объём диагностических мероприятий?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Лечебная тактика?
5. Прогноз для жизни и трудоспособности? Сроки нетрудоспособности?

Ситуационная задача 43

Мужчина, 40 лет, обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в области заднего прохода, резко усиливающиеся при акте дефекации. Боли появились 3 дня назад. При пальцевом исследовании прямой кишки пальпируется инфильтрат размером 5,0 см в диаметре, распространяющийся на область ануса. При осмотре: на 5 часах краевая гиперемия ануса, при введении пальца в прямую кишку отмечается резкая болезненность и определяется инфильтрат, распространяющийся на слизистую прямой кишки на протяжении 4 см выше анального жома. Верхний полюс хорошо доступен пальпации. В середине инфильтрата определяется размягчение.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика хирурга в условиях поликлиники?
3. Алгоритм действий врача стационара?
4. Принципы лечения?
5. В чём заключается вторичная профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача 44

На приём к хирургу поликлиники обратился больной 39 лет с жалобами на наличие грыжевого выпячивания в правой паховой области, «двухэтапное» мочеиспускание. Объективно: в правой паховой области имеется выпячивание округлой формы размером 5х5 см, безболезненное, мягкоэластической консистенции, исчезающее в горизонтальном положении.

1. Предварительный диагноз? Тактика хирурга поликлиники?
2. Причина дизурических расстройств?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Сроки и порядок диспансеризации при данной патологии?

Ситуационная задача 45

В поликлинику обратился шофёр 59 лет с жалобами на периодические боли в области прямой кишки при акте дефекации и кровотечения из заднего прохода в виде капель алой крови. Объективно: больной избыточного веса, со стороны органов брюшной полости патологии не найдено, при осмотре промежности определяются 2 увеличенных наружных геморроидальных узла на 7 и 11 часах, узлы цианотичного цвета, напряжены, при попытке вправить их возникает резкая боль.

1. Какой диагноз можно поставить больному?
2. Нужны ли какие-либо дополнительные исследования в условиях поликлиники?
3. Ваша дальнейшая тактика как врача поликлиники?
4. Как лечить больного?
5. В чём заключается вторичная профилактика заболевания?

Ситуационная задача 46

В поликлинику к хирургу обратился пациент 30 лет с жалобами на небольшое выпячивание в области пупка размером 0,5х0,5 см мягко-эластической консистенции, появляющегося при натуживании. Страдает запорами. В горизонтальном положении при спокойном состоянии это образование самостоятельно исчезает, после чего можно установить, что пупочное кольцо круглое, диаметр его около 1 см.

1. Ваш диагноз?
2. Что порекомендуете больному?
3. Объём обследований?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. В чём заключаются первичная и вторичная профилактика?

Ситуационная задача 47

Больной 37 лет обратился в скорую помощь через 12 часов с момента появления многократной рвоты и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приёмом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжёлое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограничено участие в дыхании, напряжён и резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительный симптом Щёткина-Блюмберга и Мейо-Робсона. Пульс 96 уд/мин, слабого наполнения. АД 95/60 мм рт. ст.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Тактика врача скорой помощи?
3. Какие симптомы и дополнительные обследования подтвердят диагноз?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. В чём заключается первичная и вторичная профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача 48

Больной 38 лет доставлен скорой помощью в больницу. Жалобы на резкие боли в эпигастральной области опоясывающего характера, многократная рвота, не приносящая

облегчения. Приступ развился после приёма алкоголя и жирной пищи. При осмотре: беспокоен, стонет от боли, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт. ст., живот не вздут, при пальпации напряжён и болезненный в эпигастрии, положительные симптомы Керте, Мейо-Робсона, Воскресенского. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. В анализах: лейкоциты крови $12,0 \times 10^9/\text{л}$, амилаза мочи 1240 Ед/л; общий билирубин 26,4 мкмоль/л.

1. Ваш диагноз?
2. Как Вы оцениваете полученные результаты анализов?
3. Назовите нормальные показатели амилазы мочи и билирубина крови.
4. Какие дополнительные методы обследования Вы назначите?
5. В чём заключается первичная и вторичная профилактика данного заболевания?

Ситуационная задача 49

Больная К. 37 лет обратилась в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в прямой кишке, усиливающиеся при акте дефекации. В течение 2 дней по вечерам озноб. Температуру тела не измеряла. Объективно: при осмотре промежности патологических изменений не отмечается. При пальцевом исследовании прямой кишки область ануса без патологии, но при исследовании на короточках пальпируется нижний полюс инфильтрата, отмечается болезненность при пальпации. Пальпировать его верхний полюс не удаётся. При вагинальном исследовании незначительная болезненность задней стенки влагалища. При пальпации живота небольшая болезненность над лобком.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Объём диагностических мероприятий?
4. Объём лечебных мероприятий?
5. Прогноз заболевания, сроки нетрудоспособности?

Ситуационная задача 50

К врачу скорой помощи обратился больной 30 лет через час после начала сильных болей в эпигастриальной области, которые распространились по всему животу. Ранее подобных болей не отмечал. Положение вынужденное: лежит на правом боку с согнутыми в коленях и поджатыми к животу ногами. Лицо бледное, покрыто холодным потом, выражение страха. Пульс 58 уд/мин, отмечается брадикардия, гипотония. Живот ладьевидно втянут и напряжён. Перкуторно верхняя граница печени не определяется.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика врача скорой помощи?
3. Какие обследования подтвердят диагноз?
4. Тактика врача стационара. Назовите возможные варианты лечения?
5. В чём заключается первичная и вторичная профилактика данного заболевания?

Утверждены на заседании кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского, протокол № 10 от «18» мая 2020 г.

Заведующий кафедры и клиники хирургических болезней им. проф. Ю.М. Лубенского д.м.н., доцент  / Д.Э. Здзитовецкий /

Декан лечебного факультета к.м.н., доцент  / А.А. Газенкампф /