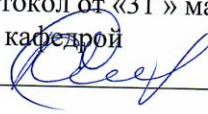


Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bffa79172809ca3b11c57b9c2

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»
(ГУП)

Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН
на заседании кафедры
Протокол от «31 » мая 2023г. №11
Зав. кафедрой
 Асташов В.Л.

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Факультетская хирургия

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Мытищи
2023

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	6
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	48

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Текущий контроль: реферат, устный опрос Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания реферата, устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владеть: навыками использования хирургического инструментария.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач
ОПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение. Уметь на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.	Текущий контроль: реферат, устный опрос Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания реферата, устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение. Уметь на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования. Владеть навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач
ОПК-7	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.	Текущий контроль: реферат, устный опрос Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания реферата, устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств. Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач
--	-------------	--	--	--	--

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Пороговый уровень

Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий.

- 1) Современные методы лечения хронического калькулезного холецистита (лапароскопия, минилапаротомия);
- 2) Нарушения кислотно-щелочного и водно-электролитного обмена при язвенном стенозе
- 3) Классификация, клиника и диагностика рака желудка.
- 4) Острый тромбоз мезентериальных артерий.
- 5) Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены.

Продвинутый уровень

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

- 1) Роль эндоскопии в диагностике и лечении язвенной болезни
- 2) Современные способы пластики передней брюшной стенки
- 3) Абсцессы брюшной полости
- 4) Предраковые заболевания ободочной кишки
- 5) Неспецифический язвенный колит

Владеть: навыками использования хирургического инструментария

1) У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре. Кожные покровы бледные, сухие. Больная резко истощена. При обследовании диагностирована опухоль кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода, имеющая строение аденокарциномы. Над левой ключицей пальпируется плотное округлое опухолевидное образование до 3 см.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. О чем свидетельствует пальпируемое опухолевидное образование над левой ключицей?
3. Какие дополнительные методы следует применить для оценки распространенности процесса?
4. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

2) При поступлении в хирургическое отделение больной предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Пациент в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре: акроцианоз, частота дыхательных движений – 28 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, АД = 110-70 мм. рт. ст. Отмечена высокая, до 1200 ЕД/л, амилаземия. Заподозрен панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток выявлено снижение активности амилазы до нижних границ нормы, однако при этом состояние больного оставалось тяжелым, поведение неадекватное, 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 ослабленные.

Вопросы:

1. Каково Ваше мнение о течение заболевания?
2. О чем может свидетельствовать снижение активности амилазы мочи?
3. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
4. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
5. Возможные варианты лечебных действий.

3) При поступлении в хирургическое отделение больной предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Пациент в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре: акроцианоз, частота дыхательных движений – 28 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, АД = 110-70 мм. рт. ст. Отмечена высокая, до 1200 ЕД/л, амилаземия. Заподозрен панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток выявлено снижение активности амилазы до нижних границ нормы, однако при этом состояние больного оставалось тяжелым, поведение неадекватное, 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 ослабленные.

Вопросы:

1. Каково Ваше мнение о течение заболевания?
2. О чем может свидетельствовать снижение активности амилазы мочи?
3. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
4. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
5. Возможные варианты лечебных действий.

4) У больного 48 лет на третьи сутки после резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрировавшей в поджелудочную железу, отмечено ухудшение состояния. Появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, рвота. Пульс 116 ударов в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, болезненный в верхних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы ослабленные. Газы отходят, был стул. Гемоглобин 112 г/л. Лейкоциты: $8,4 \times 10^9$ /л; б – 3%, п – 4%; с – 76%; м – 8%; л – 9%. Амилаза крови 86 мг/(ч мл).

Вопросы:

1. О каком осложнении послеоперационного периода можно думать?
2. Какие неинвазивные дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. Назначьте консервативное лечение.
4. Ваши действия при неэффективности консервативной терапии и ухудшении состояния больного.
5. Что возможно было предпринять с целью профилактики подобного осложнения?

5) Женщина 40 лет поступила в клинику с жалобами на наличие болезненного воспалительного инфильтрата слева от заднего прохода. Отмечаются признаки общей интоксикации, температура при поступлении 39,30С. При осмотре в области заднего прохода имеется воспалительный инфильтрат 6X5 см с участком размягчения в центре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Наиболее вероятная причина.
3. Необходимые методы исследования.
4. Какое лечение показано больному?
5. Что является основным этапом операции?

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Пороговый уровень

Знать: топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение

- 1) Аппендикулярный инфильтрат
- 2) Желчнокаменная болезнь
- 3) Тактика оперативного лечения при мезентериальном тромбозе.
- 4) Илиофеморальный венозный тромбоз.
- 5) Тромбоэмболия лёгочных артерий

Продвинутый уровень

Уметь: на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

- 1) Острая ишемия нижних конечностей
- 2) Водянка и эмпиема желчного пузыря
- 3) Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода при ОКН
- 4) Принципы хирургического лечения перитонита
- 5) Послеоперационный перитонит

Владеть: навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

- 1) Больная 56 лет поступила в стационар с клинической картиной острого холецистита на 2 сутки от начала заболевания. Общее состояние больной средней тяжести. Температура 38,10С. Пульс 92 удара в 1 минуту. Живот болезненный

только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Остальные отделы живота безболезненные. При ультразвуковом исследовании: желчный пузырь 12 x 6 см, стенка его утолщена до 0,5 см с двойным контуром, перивезикально выявляется ограниченное жидкостное скопление до 30,0 мл. Анализ крови: гемоглобин – 146 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, панкреатическая амилаза – 30 ЕД/л. Больной назначена консервативная терапия (инфузионно-детоксикационная, антибактериальная, симптоматическая). Через 10 часов внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота. Пульс 120 ударов в 1 минуту. Лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9$ /л. При осмотре живот вздут, при пальпации определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине живота.

Вопросы:

1. Ваше мнение о правомерности начатого при поступлении консервативного лечения?
2. Соответствуют ли выявленные ультразвуковые данные воспалению желчного пузыря?
3. Развитие какого осложнения можно предположить?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

2) Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 4 лет, находящейся в настоящее время в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8° С.

Вопросы:

1. Какие симптомы из данной клинической ситуации характерны для аппендицита?
2. Как называется симптом перемещения болей из эпигастрия в правую подвздошную область живота?
3. Рвота, не приносящая облегчения при остром аппендиците характерна при?
4. Какие данные анамнеза могут быть использованы для подтверждения диагноза - острый аппендицит?
5. Какие методы исследования необходимо использовать в обследовании больного?

3) У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная. Состояние больного удовлетворительное; кожные покровы обычной окраски; над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 72 удара в 1 минуту, АД = 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый; живот не вздут, мягкий, при пальпации в эпигастральной области пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размером 10 x 10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и мочи существенных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Возможные варианты оперативного вмешательства.

4) У больного 46 лет около суток назад появились сильные боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Температура тела не повышалась. При осмотре отмечена желтушность склер. В крови выявлено повышение активности амилазы до 63 мг/(ч мл) и билирубина до 52 мкмоль/л за счет его прямой фракции. При ультразвуковом исследовании установлен диагноз – хронический калькулезный холецистит, отечный панкреатит.

Вопросы: 1. Какой вид желтухи следует предположить?

2. Каковы наиболее вероятные причины желтухи?

3. Какой метод позволит точно установить причину желтухи?

4. Что возможно предпринять для ликвидации желтухи?

5. Укажите возможные нехирургические методы коррекции гипербилирубинемии.

5) Четыре месяца назад больному произведена операция по поводу острого парапроктита. Операция проводилась без предварительного введения в гнойную полость красящего препарата. В настоящее время имеется параректальный свищ с постоянным гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.

2. В чем состоит причина образования свища?

3. Необходимые методы исследования?

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

5. Какое лечение показано.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Пороговый уровень:

Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения.

1) Послеоперационная вентральная грыжа

2) Рак прямой кишки. Заболеваемость. Классификация. Фоновые заболевания.

Клиника и диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы лечения.

Радикальные и паллиативные операции

3) Варикозная болезнь нижних конечностей.

4) Классификация острой артериальной непроходимости.

5) Абсцесс и гангрена легких. Определение понятий. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.

Продвинутый уровень:

Уметь на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

1) Острый парапроктит

2) Консервативное и хирургическое лечение облитерирующих заболеваний нижних конечностей

3) Осложнения острого панкреатита

4) Спаечная болезнь брюшной полости

5) Патогенез острой кишечной непроходимости

Владеть навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

1) Четыре месяца назад больному произведена операция по поводу острого парапроктита. Операция проводилась без предварительного введения в гнойную полость красящего препарата. В настоящее время имеется параректальный свищ с постоянным гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.

2. В чем состоит причина образования свища?
 3. Необходимые методы исследования?
 4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
 5. Какое лечение показано.
- 2) При осмотре в поликлинике установлено, что больного беспокоят выделения крови и слизи при дефекации, боли в промежности до и после акта дефекации. При внешнем осмотре, а также при пальцевом исследовании прямой кишки никаких изменений не обнаружено.

Вопросы:

1. Какое исследование необходимо данному больному в первую очередь?
 2. При установлении диагноза рака прямой кишки куда следует направить пациента?
 3. Какой объем дообследования необходим для уточнения диагноза?
 4. Назовите наиболее эффективный метод лечения при рецидиве рака прямой кишки?
 5. Назовите пути лимфооттока для прямой кишки?
- 3) У больного геморрагическим панкреонекрозом на 12 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, ухудшилось общее состояние, появилась гектическая температура с вечерними цифрами до 39,5°C. Состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 108 ударов в 1 минуту. Язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастриальной области и в левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Пальпация в левом реберно-позвоночном углу резко болезненная. Лейкоциты крови – 20×10^9 /л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
 2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
 3. Ваша тактика лечения?
 4. Возможные варианты оперативного пособия?
 5. Определите объем консервативной терапии при данном осложнении.
- 4) Больной поступил на третьи сутки от начала заболевания. Заболел остро, когда после погрешности в диете появились сильные боли в эпигастрии и левом подреберье, неукротимая рвота. При осмотре состояние больного тяжелое. Температура 37,0°C. Кожные покровы бледные, акроцианоз, фиолетовые пятна на лице и на боковых стенках живота. Пульс 130 ударов в мин. АД 90/50 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и левом подреберье, где определяется слабopоложительный симптом Щеткина – Блюмберга. Перистальтические шумы ослабленные. Больному была выполнена срочная лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружено до 1000 мл геморрагического выпота, кровоизлияния на париетальной брюшине, геморрагическая имбибция забрюшинного пространства, на большом сальнике – бляшки жирового стеатонекроза, увеличенный напряженный желчный пузырь без признаков воспаления.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические проявления заболевания помогли бы установить данную форму заболевания до выполнения лапароскопии?
3. Какие лапароскопические манипуляции целесообразно выполнить в данном случае?
4. С помощью какого метода можно установить распространенность некроза в поджелудочной железе?
5. Какова должна быть тактика лечения?

5) Больной 61 года обратился к врачу с жалобами на боли в области заднего прохода, зуд в области промежности, выпадение из заднего прохода узлов во время акта дефекации, которые затем постепенно вправляются в прямую кишку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. С каким фактором могут быть связаны боли.
4. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза.
5. Какое лечение показано больному.

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Хроническая венозная недостаточность
2. Профилактика венозных тромбозмболических осложнений в хирургии
3. Современные принципы лечения варикозной болезни
4. Острая ишемия нижних конечностей
5. Консервативное и хирургическое лечение облитерирующих заболеваний нижних конечностей
6. Острый тиреоидит
7. Хронические тиреоидиты
8. Дисгормональные заболевания молочной железы
9. Ущемленная грыжа
10. Послеоперационные грыжи
11. Современные способы пластики передней брюшной стенки
12. Патогенез и патологическая анатомия острого холецистита
13. Водянка и эмпиема желчного пузыря
14. Острый гнойный холангит
15. Атипичные формы острого аппендицита
16. Дифференциальная диагностика острого аппендицита
17. Особенности острого аппендицита у беременных, детей и лиц пожилого возраста
18. Дифференциальная диагностика желудочно-кишечного кровотечения
19. Современные аспекты лечения язвенной болезни желудка и ДПК
20. Роль эндоскопии в диагностике и лечении язвенной болезни
21. Предраковые заболевания желудка
22. Дифференциальная диагностика рака желудка
23. Патогенез острого панкреатита
24. Современные аспекты диагностики острого панкреатита
25. Осложнения острого панкреатита
26. Спаечная болезнь брюшной полости
27. Патогенез острой кишечной непроходимости
28. Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода при ОКН
29. Принципы хирургического лечения перитонита
30. Послеоперационный перитонит
31. Абсцессы брюшной полости
32. Предраковые заболевания ободочной кишки
33. Неспецифический язвенный колит
34. Острый парапроктит
35. Хронический парапроктит
36. Роль анестезиологии и реанимации в современной хирургии
37. Оценка тяжести состояния больного
38. Тактика хирурга при остром аппендиците
39. Болезнь Рейно
40. Виды макрогематурии

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

1. Этиология и патогенез острого аппендицита, патологическая анатомия.
2. Клиника типичного острого аппендицита, особенности у беременных женщин, детей и стариков.
3. Принципы лечения острого аппендицита и его осложнения.
4. Классификация кишечной непроходимости.
5. Механическая кишечная непроходимость – обтурационная, странгуляционная, смешанная.
6. Динамическая непроходимость спастическая и паралитическая.
7. Рентгенологические и УЗИ признаки кишечной непроходимости.
8. Предоперационная подготовка и оперативное лечение кишечной непроходимости.
9. Аппендикулярный инфильтрат.
10. Осложнения острого аппендицита - пилефлебит.
11. Острый аппендицит у беременных второй половины беременности.
12. Особенности течения острого аппендицита у детей и стариков.
13. Особенности клинической картины острого аппендицита при тазовом расположении червеобразного отростка.
14. Желчнокаменная болезнь.
15. Механическая желтуха.
16. Современные методы лечения хронического калькулезного холецистита (лапароскопия, минилапаротомия)
17. Острый холецистит
18. Консервативное лечение острого панкреатита.
19. Национальные клинические рекомендации при остром панкреатите.
20. Особенности обследования больных с заболеваниями органов брюшной полости.
21. Диагностический алгоритм при острой патологии сосудов нижних конечностей.
22. Острая спаечная кишечная непроходимость.
23. Хроническая кишечная непроходимость.
24. Тактика лечения абсцессов брюшной полости.
25. Лапаротомия при распространенном перитоните.
26. Этиология, патогенез, клиника паховых грыж, показания и противопоказания к операции.
27. Послеоперационная вентральная грыжа.
28. Нарушения кислотно-щелочного и водно-электролитного обмена при язвенном стенозе.
29. Язвенные гастродуоденальные кровотечения.
30. Рак желудка.
31. Классификация, клиника и диагностика рака желудка.
32. Острый тромбоз мезентериальных артерий.
33. Тактика оперативного лечения при мезентериальном тромбозе.
34. Иллиофemorальный венозный тромбоз.
35. Восходящий тромбофлебит большой подкожной вены.
36. Тромбоэмболия лёгочных артерий
37. Варикозная болезнь нижних конечностей.
38. Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей.
39. Аневризма аорты.
40. Классификация острой артериальной непроходимости.
41. Абсцесс и гангрена легких. Определение понятий. Классификация. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, лечение.
42. Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика, принципы лечения.

43. Методы исследования прямой кишки. Этиология и патогенез геморроя. Классификация геморроя. Клиника и диагностика.
44. Осложнения геморроя – тромбоз, ущемление. Консервативные и оперативные способы лечения. Анальная трещина. Клиника, диагностика, лечение.
45. Рак прямой кишки. Заболеваемость. Классификация. Фоновые заболевания. Клиника и диагностика. Дифференциальный диагноз. Методы лечения. Радикальные и паллиативные операции.
46. Варикозная болезнь нижних конечностей. Этиология и патогенез. Клиника в зависимости от стадии процесса. Диагностика – оценка состояния клапанного аппарата. Осложнения варикозной болезни. Лечение – консервативное и оперативное.
47. Венозные тромбозы системы нижней полой вены. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика, консервативное и оперативное лечение.
48. Посттромботическая болезнь нижних конечностей. Патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Принципы лечения, профилактика.
49. Расстройства мочеиспускания.
50. Виды анурии. Этиопатогенез.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза.

Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий.

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

Владеть: навыками использования хирургического инструментария.

- 1) Ущемленная грыжа. Хирургическая тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи. Мнимое вправление ущемленной грыжи
- 2) Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение
- 3) Спаечная болезнь брюшной полости
- 4) Прямая паховая грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.
- 5) Диагностические (клинические, морфологические) критерии язвы - рак желудка

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Знать: топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение.

Уметь: на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

Владеть: навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

- 1) Виды ущемления грыж. Механизм ущемления. Патологические изменения в ущемленном органе.
- 2) Абсцесс дугласова пространства. Причины, клиника, диагностика, лечение
- 3) Современные аспекты диагностики острого панкреатита
- 4) Предоперационная подготовка и ведение послеоперационного периода при ОКН
- 5) Язвенная болезнь желудка, осложненная онкопроцессом, ранняя диагностика. Предраковые состояния.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения.

Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.

Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.

- 1) Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Патогенез, клиника, причины неудач консервативного лечения. Группы риска.
- 2) Острый панкреатит. Показания к хирургическому лечению. Характероперативных вмешательств и их исходы. Видеолапароскопические операции
- 3) Патогенез острой кишечной непроходимости
- 4) Косая паховая грыжа, клиника, диагностика. Методы операций.
- 5) Стеноз привратника. Причины, патогенез водно-электролитных и других нарушений, клиника, лечение.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Методика обследования хирургического больного. Роль лапароскопических технологий в диагностическом и лечебном процессе на современном этапе.
2. Острый аппендицит. Этиология, патогенез, классификация, клиника, лечение.
3. Клиника острого аппендицита в зависимости от расположения червеобразного отростка. Видеолапароскопическая диагностика острого аппендицита.
4. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с заболеваниями органов мочеполовой системы.
5. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с заболеваниями органов пищеварительной системы.
6. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз с заболеваниями органов дыхательной и сердечно-сосудистой систем.
7. Острый аппендицит. Лечение. Подготовка к операции. Послеоперационное ведение больных. Пути снижения летальности.
8. Обезболивание при аппендэктомии, техника операции, показания к дренированию и тампонаде брюшной полости. Лапароскопическая аппендэктомия.
9. Операционные осложнения у больных острым аппендицитом. Послеоперационные осложнения у больных острым аппендицитом, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
10. Осложнения острого аппендицита. Классификация, причины, диагностика, лечение, профилактика.
11. Аппендикулярный инфильтрат. Причины, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
12. Аппендикулярный абсцесс. Причины, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Пилефлебит.
13. Особенности острого аппендицита в пожилом и старческом возрасте. Диагностика, лечение.
14. Особенности острого аппендицита у детей. Диагностика, лечение.
15. Особенности острого аппендицита у беременных, дифференциальный диагноз, диагностика, лечение.
16. Хронический аппендицит. Классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
17. Паховые грыжи. Анатомия пахового канала. Этиопатогенез, классификация, диагностика, дифференциальный диагноз.

18. Косая паховая грыжа, клиника, диагностика. Методы операций.
19. Прямая паховая грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, методы операций.
20. Принципы пластики пахового канала при косой и прямой паховых грыжах.
21. Грыжа врожденная и приобретенная. Особенности операции при врожденной паховой грыжи.
22. Бедренная грыжа. Анатомия бедренного канала. Диагностика, дифференциальный диагноз.
23. Анатомические и клинические особенности скользящих грыж, диагностика, особенности операции.
24. Грыжи белой линии живота, клиника, диагностика, лечение.
25. Пупочная грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз
26. Послеоперационные вентральные грыжи. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
27. Невправимые грыжи. Причины, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
28. Осложнения грыж. Клиника ущемленной грыжи, дифференциальный диагноз, диагностика, лечение. Ложное ущемление.
29. Ущемленная грыжа. Хирургическая тактика при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи. Мнимое вправление ущемленной грыжи.
30. Осложнения при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи.
31. Ущемленная паховая грыжа, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, особенности операции.
32. Ущемленная бедренная грыжа, диагностика, дифференциальный диагноз, особенности операции.
33. Виды ущемления грыж. Механизм ущемления. Патологические изменения в ущемленном органе.
34. Оперативное вмешательство при ущемленной грыже, особенности. Признаки нежизнеспособности ущемленного органа.
35. Флегмона грыжевого мешка, диагностика, характер оперативного вмешательства.
36. Анатомо-физиологические сведения о желудке и 12-перстной кишке.
37. Методы обследования больных с заболеваниями желудка и 12-перстной кишки. Эндоскопическая картина язв желудка и 12-перстной кишки. Морфологические признаки доброкачественной язвы.
38. Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки. Патогенез, клиника, причины неудач консервативного лечения. Группы риска.
39. Показания к хирургическому лечению язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Показания к хирургической терапии по С.С.Юдину.
40. Предоперационная подготовка больных с заболеваниями желудка, возможные противопоказания к операции.
41. Методы оперативных вмешательств при язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. Виды желудочно-кишечных анастомозов при резекции желудка. Видеолапароскопическая резекция желудка.
42. Послеоперационное ведение больных после операций на желудке, возможные осложнения и их профилактика.
43. Ранние послеоперационные осложнения при резекции желудка. Их профилактика и лечение.
44. Поздние осложнения после операции на желудке. Синдром приводящей петли. Их клиника, причины, профилактика, лечение.
45. Болезни оперированного желудка, классификация, лечение.

- 46.Гастродуоденальные кровотечения (язвенная болезнь, эрозивный гастрит, синдром Маллори-Вейса, варикозное расширение вен пищевода, опухоли), клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
- 47.Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная кровотечением, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз. Показания к консервативному и оперативному лечению.
- 48.Язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки, осложненная перфорацией. Клиника, Клиника, диагностика, эндоскопическая и видеолапароскопическая картина, дифференциальный диагноз, лечение. Виды операций.
- 49.Прикрытая перфоративная язва. Клиника, эндоскопическая и видеолапароскопическая картина, особенности лечения.
- 50.Стеноз привратника. Причины, патогенез водно-электролитных и других нарушений, клиника, лечение.
- 51.Язвенная болезнь желудка, осложненная онкопроцессом, ранняя диагностика. Предраковые состояния.
- 52.Диагностические (клинические, морфологические) критерии язвы - рак желудка.
- 53.Методы обследования больных с заболеваниями желчного пузыря и желчных протоков.
- 54.Желчно-каменная болезнь. Патогенез камнеобразования, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
- 55.Острый холецистит, классификация, клиника различных форм, диагностика, дифференциальный диагноз. Консервативное лечение острого холецистита.
- 56.Хирургическое лечение острого холецистита. Показания к оперативному вмешательству, предоперационная подготовка, типы операций. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии.
57. Желчно-каменная болезнь: осложнения (холедохолитиаз, свищи желчевыводящих путей, синдром Миризи, стриктура фатерова сосочка и др.), диагностика, лечение, профилактика.
- 58.Холедохолитиаз. Клиника, диагностика. Показания и виды дренирования желчных путей.
- 59.Механическая желтуха. Причины, патогенез расстройств, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
- 60.Механическая желтуха. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных желтухой. Особенности оперативных вмешательств и профилактика осложнений.
- 61.Холангиты. Причины, клиника, диагностика, лечение.
- 62.Хронический холецистит. Патанатомия. Клиническое течение, диагностика, показания к операции. Показания и противопоказания к лапароскопической холецистэктомии.
- 63.Анатомо-физиологические сведения о поджелудочной железе. Современное представление об этиологии и патогенезе острого и хронического панкреатита. Классификация.
- 64.Острый панкреатит, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лапароскопическая картина.
- 65.Острый панкреатит. Консервативное лечение. Методы неспецифической детоксикации (форсированный диурез, лимфосорбция и др.). Профилактика рецидивов (диета, режим, санаторно-курортное лечение, трудовая реабилитация).
- 66.Острый панкреатит. Показания к хирургическому лечению. Характерооперативных вмешательств и их исходы. Видеолапароскопические операции.
- 67.Острый панкреатит. Осложнения, клиника, диагностика, лечение.
- 68.Панкреонекроз: жировой, геморрагический, смешанный. Клиника, диагностика, лечение. Роль видеолапароскопии в диагностике панкреонекроза.

69. Хронический панкреатит (свищи, кисты, опухоли). Этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
70. Хронический панкреатит. Показания к оперативному лечению, виды операций.
71. Кишечная непроходимость, классификация, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
72. Динамическая кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение.
73. Обтурационная кишечная непроходимость. Причины, патогенез, особенности нарушений водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного состояния, дифференциальный диагноз, диагностика.
74. Странгуляционная кишечная непроходимость, этиопатогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
75. Инвагинация. Причины, патогенез, клиника, диагностика, дифференциальный диагноз, лечение.
76. Заворот тонкой кишки. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
77. Узлообразование. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
78. Заворот сигмовидной кишки. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
79. Заворот слепой кишки. Причины, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
80. Спаечная кишечная непроходимость. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, лечение. Роль видеолaparоскопии в диагностике и лечении.
81. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных острой кишечной непроходимостью.
82. Хирургическая тактика при острой кишечной непроходимости. Виды операций. Показания к резекции кишки.
83. Острый перитонит. Классификация. Анатомо-физиологические сведения о брюшине. Этиология. Пути распространения инфекции. Роль защитных механизмов.
84. Острый перитонит. Клиника, диагностика, дифференциальный диагноз.
85. Современные принципы комплексного лечения больных острым перитонитом. Пути снижения летальности.
86. Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение больных перитонитом. Борьба с нарушениями гемодинамики, интоксикацией, парезом кишечника.
87. Острый разлитой гнойный перитонит. Особенности оперативных вмешательств. Показания к дренированию брюшной полости. Показания к программным санированиям брюшной полости.
88. Туберкулезный перитонит. Клинические формы, диагностика, лечение.
89. Поддиафрагмальный абсцесс. Причины, клиника, диагностика, лечение.
90. Межкишечный абсцесс. Причина, клиника, диагностика, лечение.
91. Абсцесс дугласова пространства. Причины, клиника, диагностика, лечение.
92. Анатомо-физиологические сведения о толстой кишке. Методы исследования. Неспецифический язвенный колит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
93. Неспецифический язвенный колит. Осложнения. Клиника, диагностика, лечение.
94. Дивертикулез толстой кишки. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, осложнения, лечение.
95. Полип и полипоз толстой кишки. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
96. Болезнь Гиршпрунга. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
97. Кишечные свищи. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
98. Анатомо-физиологические сведения о пищеводе. Методы исследования. Врожденные аномалии развития пищевода. Лечение.
99. Повреждения пищевода. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.
100. Эзофагит. Классификация. Этиопатогенез. Клиника, диагностика, лечение.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ)

Задача 1.

Больной 58 лет, в течение 10 лет страдавший язвенной болезнью желудка, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время похудел, что связывает с боязнью принимать пищу из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. Анализ крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено умеренное повышение общей кислотности и связанной соляной кислоты. При рентгенологическом исследовании обнаружено ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром около 2 см; стенка желудка вокруг ниши ригидна, складки слизистой оболочки не выражены.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие рентгенологические признаки не характерны для язвы?
4. Определите необходимые дополнительные методы обследования.
5. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?

Задача 2.

У больного 40 лет, более 10 лет страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в течение 2 недель отмечались боли в эпигастральной области, возникающие через 1 – 1,5 часа после приема пищи. Лечился самостоятельно – принимал альмагель перед едой. Последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появились слабость и головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Тошноты, рвоты не было. Стул был накануне, кал – обычной окраски. При осмотре. Кожные покровы бледные. Пульс 96 ударов в 1 минуту. АД 90 – 60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. При пальпации в эпигастральной области определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит – 38%, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,8.

Вопросы:

1. Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили?
2. Каковы действия врача поликлиники в данной ситуации?
3. Какие исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?
4. Определите показания к гемотрансфузии.
5. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?

Задача 3.

У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре. Кожные покровы бледные, сухие. Больная резко истощена. При обследовании диагностирована опухоль кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода, имеющая строение аденокарциномы. Над левой ключицей пальпируется плотное округлое опухолевидное образование до 3 см.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. О чем свидетельствует пальпируемое опухолевидное образование над левой ключицей?
3. Какие дополнительные методы следует применить для оценки распространенности процесса?
4. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

Задача 4.

Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся 5 дня назад. Изначально боли локализовались в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,90С. Затем боли мигрировали в правую подвздошную область и постепенно стихли, но совсем не прошли. Нарушения стула и мочеиспускания не было. При осмотре: язык влажный, температура 37,00С. При пальпации отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, где определяется плотное малоподвижное опухолевидное образование около 10 см в диаметре. Напряжения мышц нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, гематокрит - 38%, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $9,2 \times 10^9 /л$.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какой симптом, характерный для данного заболевания, выявляется при сборе анамнеза?
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какова в данном случае должна быть лечебная тактика?

Задача 5.

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром появились сильные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость. Доставлена через 4 часа от начала заболевания. Температура 36,80С. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы отходят. Раньше подобного не отмечалось. При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, акроцианоз. Пульс 120 ударов в 1 мин. АД=100-60 мм рт ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтические шумы вялые. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Керте положительные. Анализ крови: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $12,8 \times 10^9 /л$, панкреатическая амилаза – 750 ЕД/л.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Опишите симптомы, приведенные в задаче, и раскройте механизм их действия.
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Определите объем лечебных манипуляций в условиях приемного отделения.

Задача 6.

Больная 56 лет поступила в стационар с клинической картиной острого холецистита на 2 сутки от начала заболевания. Общее состояние больной средней тяжести. Температура 38,10С. Пульс 92 удара в 1 минуту. Живот болезненный только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Остальные отделы живота безболезненные. При ультразвуковом исследовании: желчный пузырь 12 x 6 см, стенка его утолщена до 0,5 см с двойным контуром, перивезикально выявляется ограниченное жидкостное скопление до 30,0 мл. Анализ крови: гемоглобин – 146 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \times 10^9 /л$, панкреатическая амилаза – 30 ЕД/л. Больной назначена консервативная терапия (инфузионно-дезинтоксикационная, антибактериальная, симптоматическая). Через 10 часов внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота. Пульс 120 ударов в 1 минуту. Лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9 /л$. При осмотре живот вздут, при

пальпации определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине живота.

Вопросы:

1. Ваше мнение о правомерности начатого при поступлении консервативного лечения?
2. Соответствуют ли выявленные ультразвуковые данные воспалению желчного пузыря?
3. Развитие какого осложнения можно предположить?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

Задача 7.

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания при пальпации в эпигастральной области стал определяться умеренно болезненный плотный инфильтрат без четких границ. На фоне проводимой консервативной терапии (инфузионной и антисекреторной) он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания боли усилились, ухудшилось самочувствие, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре состояние больного тяжелое; кожные покровы бледные; над легкими выслушивается везикулярное дыхание без хрипов; пульс 96 ударов в 1 минуту, АД = 120 - 80 мм. рт. ст. Язык сухой, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, где определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные. Нб – 105 г/л, лейкоциты крови – 18×10^9 /л, э – 3, ю – 1, п – 29, с – 52, л – 8, СОЭ – 48 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назовите этапы развития заболевания.
3. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
4. Назначение каких препаратов на этапе консервативного лечения могло бы избежать развития подобной ситуации?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 8.

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 12 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, ухудшилось общее состояние, появилась гектическая температура с вечерними цифрами до 39,5°C. Состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 108 ударов в 1 минуту. Язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастральной области и в левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Пальпация в левом реберно-позвоночном углу резко болезненная. Лейкоциты крови – 20×10^9 /л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Возможные варианты оперативного пособия?
5. Определите объем консервативной терапии при данном осложнении.

Задача 9.

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная. Состояние больного удовлетворительное; кожные покровы обычной окраски; над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 72 удара в 1 минуту, АД = 120-80

мм. рт. ст. Язык влажный, чистый; живот не вздут, мягкий, при пальпации в эпигастральной области пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размером 10 x 10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и мочи существенных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Возможные варианты оперативного вмешательства.

Задача 10.

При поступлении в хирургическое отделение больной предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Пациент в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре: акроцианоз, частота дыхательных движений – 28 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, АД = 110/70 мм. рт. ст. Отмечена высокая, до 1200 ЕД/л, амилаземия. Заподозрен панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток выявлено снижение активности амилазы до нижних границ нормы, однако при этом состояние больного оставалось тяжелым, поведение неадекватное, 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 ослабленные.

Вопросы:

1. Каково Ваше мнение о течение заболевания?
2. О чем может свидетельствовать снижение активности амилазы мочи?
3. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
4. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
5. Возможные варианты лечебных действий.

Задача 11.

При поступлении в отделение больной 42 лет предъявлял жалобы на периодические боли в животе (больше в верхних его отделах) схваткообразного характера, многократную рвоту. Боли появились остро за 4 часа до госпитализации после приема жирной и острой пищи. Через 1 час после появления болей началась рвота, рвотные массы носили «дуоденальный» характер. Из анамнеза известно, что 2 года назад больному произведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Год назад находился на обследовании с подозрением на холедохолитиаз, хронический панкреатит – результаты обследования неизвестны. При осмотре в отделении состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,8°C. Частота дыхательных движений 20 в 1 минуту. Пульс 92 удара в 1 минуту. АД = 120 – 80 мм. рт. ст. Язык влажный. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и подреберьях. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Шума плеска нет. Печеночная тупость сохранена. Анализы: гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – $8,8 \times 10^9$ /л, амилаза мочи – 156 мг/чхмл.

Вопросы:

1. Какие заболевания следует дифференцировать между собой при такой клинической картине?
2. Укажите на патологические изменения в анализах.
3. Различна ли тактика лечения при этих заболеваниях?

4. Какие неинвазивные методы исследования следует применить при проведении дифференциальной диагностики?

5. Что позволит окончательно установить диагноз?

Задача 12.

Вы, врач выездной бригады “скорой помощи”, осматриваете больную 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, практически не приносящую облегчения. Подобное состояние впервые. Из анамнеза известно, что больная страдает желчнокаменной болезнью. При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура – 36,7оС. Пульс 110 ударов в 1 минуту. АД = 100-60 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Пульсация аорты в эпигастральной области не определяется, на артериях нижних конечностей – отчетливая. Нарушений стула и мочеиспускания не отмечалось. Вопросы: 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации. 3. Каков объем Ваших лечебных манипуляций на месте? 4. Возможно ли введение наркотических анальгетиков с целью обезболивания? 5. Какова Ваша дальнейшая тактика? Задача 13. Пациент 58 лет был оперирован по поводу эмболии левой бедренной артерии с хорошим результатом. Через 1 месяц вновь госпитализирован по поводу эмболии правой бедренной артерии, был оперирован. Через 1,5 месяца при ультразвуковом исследовании выявлено мешотчатое расширение брюшного отдела аорты с пристеночными тромботическими массами.

Вопросы:

1. Какова причина имевших место эмболических окклюзий артерий?

2. Какие заболевания являются наиболее частой причиной эмболических осложнений по большому кругу кровообращения?

3. Насколько вероятно развитие эмболии артерий верхних конечностей у данного больного?

4. Что не было сделано в первую госпитализацию?

5. Что нужно сделать для предотвращения повторных эмболий?

Задача 14

Больной при поступлении предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту. Болен около суток. Заболевание началось внезапно. При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 96 ударов в 1 мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах. Где определяется поперечная резистентность мышц. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Пульсация аорты в эпигастральной области не определяется. При пальпации в левом реберно – позвоночном углу отмечается болезненность. Перистальтические шумы выслушиваются, ослабленные.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какие симптомы, описанные у больного, помогли Вам поставить правильный диагноз?

3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования следует применить на первом этапе для подтверждения диагноза?

4. Какие методы исследования следует применить для выявления причины заболевания?

5. Какие методы исследования следует применить для определения клинико – анатомической формы заболевания?

Задача 15.

Больной поступил на третьи сутки от начала заболевания. Заболел остро, когда после погрешности в диете появились сильные боли в эпигастрии и левом подреберье, неукротимая рвота. При осмотре состояние больного тяжелое. Температура 37,0°C. Кожные покровы бледные, акроцианоз, фиолетовые пятна на лице и на боковых стенках живота. Пульс 130 ударов в мин. АД 90/50 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и левом подреберье, где определяется слабopоложительный симптом Щеткина – Блюмберга. Перистальтические шумы ослабленные. Больному была выполнена срочная лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружено до 1000 мл геморрагического выпота, кровоизлияния на париетальной брюшине, геморрагическая имbibия забрюшинного пространства, на большом сальнике – бляшки жирового стеатонекроза, увеличенный напряженный желчный пузырь без признаков воспаления.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические проявления заболевания помогли бы установить данную форму заболевания до выполнения лапароскопии?
3. Какие лапароскопические манипуляции целесообразно выполнить в данном случае?
4. С помощью какого метода можно установить распространенность некроза в поджелудочной железе?
5. Какова должна быть тактика лечения?

Задача 16.

У больного 46 лет около суток назад появились сильные боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Температура тела не повышалась. При осмотре отмечена желтушность склер. В крови выявлено повышение активности амилазы до 63 мг/(ч мл) и билирубина до 52 мкмоль/л за счет его прямой фракции. При ультразвуковом исследовании установлен диагноз – хронический калькулезный холецистит, отечный панкреатит.

Вопросы: 1. Какой вид желтухи следует предположить?

2. Каковы наиболее вероятные причины желтухи?
3. Какой метод позволит точно установить причину желтухи?
4. Что возможно предпринять для ликвидации желтухи?
5. Укажите возможные нехирургические методы коррекции гипербилирубинемии.

Задача 17.

У больного 48 лет на третьи сутки после резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрировавшей в поджелудочную железу, отмечено ухудшение состояния. Появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, рвота. Пульс 116 ударов в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, болезненный в верхних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы ослабленные. Газы отходят, был стул. Гемоглобин 112 г/л. Лейкоциты: $8,4 \times 10^9$ /л; б – 3%, п – 4%; с – 76%; м – 8%; л – 9%. Амилаза крови 86 мг/(ч мл).

Вопросы:

1. О каком осложнении послеоперационного периода можно думать?
2. Какие неинвазивные дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. Назначьте консервативное лечение.
4. Ваши действия при неэффективности консервативной терапии и ухудшении состояния больного.
5. Что возможно было предпринять с целью профилактики подобного осложнения?

Задача 18.

Больной 52 лет оперирован по поводу перитонита неясной этиологии. На операции обнаружено, что в брюшной полости около 1,2 л серозного выпота, на малом и большом сальнике пятна стеатонекроза. После вскрытия желудочно–ободочной связки установлено, что поджелудочная железа резко отечна, дольчатый рисунок железы отсутствует. Желчный пузырь резко напряжен, при надавливании плохо опорожняется, конкрементов не содержит, серозный покров его не изменен.

Вопросы:

1. С каким заболеванием встретился хирург?
2. О какой форме заболевания свидетельствуют выявленные бляшки стеатонекроза и характер выпота?
3. Каковы причины изменений, выявленных при осмотре желчного пузыря?
4. Что должен предпринять хирург?
5. Назначьте комплекс консервативной послеоперационной терапии.

Задача 19.

Больной 54 лет, поступившей с клинической картиной перитонита неясной этиологии, с диагностической целью выполнена лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружен геморрагический выпот, на сальнике - пятна стеатонекроза, имбиция кровью брыжейки поперечно-ободочной кишки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз
2. Что можно предпринять во время лапароскопии для уточнения диагноза?
3. Чем надо завершить лапароскопию?
4. Какие дополнительные методы исследования позволят уточнить локализацию и распространенность процесса в пораженном органе?
5. Назначьте консервативное лечение.

Задача 20.

У больной 66 лет через 1,5 часа после приема жирной пищи появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину. Несколько раз была рвота дуоденальным содержимым. При осмотре в отделении через 6 час от начала заболевания состояние больной средней тяжести. Температура 36,90С. Больная стонет от болей в животе. Пульс 96 ударов в 1 мин. АД 115 – 70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется выраженная болезненность в эпигастральной области и левом подреберье. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Перистальтические шумы выслушиваются. Положительный симптом Мейо – Робсона. Лейкоциты крови $8,8 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Опишите симптом Мейо – Робсона и укажите причину его появления.
3. Какими лабораторными исследованиями крови и мочи можно подтвердить диагноз?
4. Какие неинвазивные методы исследования помогут уточнить диагноз?
5. Что можно предпринять с целью обезболивания у этой больной?

Задача 21.

Больной 54 лет оперирован в экстренном порядке по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита. На операции помимо острого флегмонозного калькулезного холецистита отмечено наличие бляшек стеатонекроза по большому и малому сальнику, поджелудочная железа отечная, увеличена, дольчатость ее не выражена. Была выполнена холецистэктомия, операция закончена дренированием подпеченочного пространства. На пятые сутки после операции состояние больного ухудшилось, развилась механическая желтуха.

Вопросы:

1. С каким заболеванием встретился хирург на операции?
2. Насколько полон, с Вашей точки зрения, объем хирургического вмешательства?

3. Каковы вероятные причины развития механической желтухи?
4. С помощью какого исследования можно уточнить причину желтухи?
5. Что возможно выполнить для разрешения желтухи?

Задача № 22.

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 4 лет, находящейся в настоящее время в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8о С.

Вопросы:

1. Какие симптомы из данной клинической ситуации характерны для аппендицита?
2. Как называется симптом перемещения болей из эпигастрия в правую подвздошную область живота?
3. Рвота, не приносящая облегчения при остром аппендиците характерна при?
4. Какие данные анамнеза могут быть использованы для подтверждения диагноза - острый аппендицит?
5. Какие методы исследования необходимо использовать в обследовании больного?

Задача № 23

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота, первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8о С. При объективном исследовании больного выявлены симптомы Кохера-Волковича, Ситковского, Бартомье- Михельсона, Образцова, Блюмберга. При исследовании per rectum выявлена болезненность и нависание передней стенки rectum с симптомом флюктуации.

Вопросы:

1. Какие симптомы характерны в данной ситуации для острого аппендицита?
2. Как называется симптом болезненности и флюктуации в области передней стенки прямой кишки?
3. Объясните патогенетическую сущность болезненности и нависания передней стенки rectum с симптомом флюктуации.
4. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику в данной ситуации.

Задача № 24.

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота, первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8о С. При объективном исследовании больного выявлены симптомы Кохера-Волковича, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова, Блюмберга. При мануальном исследовании per rectum выявлена болезненность и нависание передней стенки rectum с симптомом флюктуации.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
2. Какие изменения могут быть выявлены при анализе крови?
3. Какие изменения могут быть выявлены при анализе мочи?

4. Какие симптомы могут быть выявлены при лапароскопии?
5. Какие изменения могут быть выявлены при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости?

Задача 25.

Больная 36 лет, страдающая упорными запорами, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в области заднего прохода, которые появляются после акта дефекации и длятся около 1,5 ч после акта дефекации. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах. В возрасте 28 лет перенесла дизентерию.

Вопросы:

1. Какому заболеванию в большей степени соответствует указанная клиническая картина?
2. С каким заболеванием, прежде всего, следует дифференцировать данное заболевание?
3. Какой метод исследования с целью уточнения диагноза следует провести в первую очередь?
4. Показана ли данной больной фиброколоноскопия?
5. Какой фактор лежит в основе данного заболевания?

Задача 26

. Больной 61 года обратился к врачу с жалобами на боли в области заднего прохода, зуд в области промежности, выпадение из заднего прохода узлов во время акта дефекации, которые затем постепенно вправляются в прямую кишку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. С каким фактором могут быть связаны боли.
4. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза.
5. Какое лечение показано больному.

Задача 27.

Четыре месяца назад больному произведена операция по поводу острого парапроктита. Операция проводилась без предварительного введения в гнойную полость красящего препарата. В настоящее время имеется параректальный свищ с постоянным гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. В чем состоит причина образования свища?
3. Необходимые методы исследования?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение показано.

Задача 28.

Женщина 40 лет поступила в клинику с жалобами на наличие болезненного воспалительного инфильтрата слева от заднего прохода. Отмечаются признаки общей интоксикации, температура при поступлении 39,30С. При осмотре в области заднего прохода имеется воспалительный инфильтрат 6X5 см с участком размягчения в центре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Наиболее вероятная причина.
3. Необходимые методы исследования.
4. Какое лечение показано больному?
5. Что является основным этапом операции?

Задача 29.

У больного 48 лет имеется выпадение всех слоев прямой кишки, которая самостоятельно вправляется после дефекации. Длина выпадающего участка около 15 см. Имеются анамнестические указания на перенесенный неспецифический язвенный колит.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. С каким заболеванием следует дифференцировать данное заболевание?
3. Какие методы дополнительного исследования необходимы?
4. Какое значение имеет анамнез заболевания?
5. Какое лечение показано больному?

Задача 30. У мужчины 32 лет, который 2 года страдает геморроем, после погрешности в диете возникли острые боли в области заднего прохода. Выпавшие геморроидальные узлы перестали вправляться в прямую кишку, отмечаются явления воспаления и отека в области выпавших узлов. Температура тела повысилась до 38,10С.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Почему заболевание обострилось после погрешности в диете?
4. Какие методы инструментального обследования показаны больному?
5. В каком лечении нуждается данный больной?

Задача 31. Мужчина 72 лет жалуется на слабость, потерю аппетита, похудание на 12 кг за последние два года, частые ложные позывы на стул.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. От каких факторов зависит выбор радикального метода лечения?
4. Какой метод является основным в постановке диагноза?
5. Какие методы дополнительного исследования необходимы?

Задача 32. При осмотре врачом выездной бригады «скорой помощи» у пациентки 96 лет в области пупка определяется округлое выпячивание диаметром до 8 см, резко болезненное при пальпации, плотно-эластическое, не вправляемое в брюшную полость, кожа над ним слегка гиперемирована. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Давность заболевания - 1 час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Каковы должны быть действия врача?
4. Применение каких обезболивающих препаратов допустимо при этой патологии?
5. Возможно ли, учитывая старческий возраст пациентки и небольшую давность заболевания, попытаться «вправить» это образование в брюшную полость?

Задача 33. У пациента 65 лет в течение 5 лет имела место правосторонняя паховая грыжа, свободно вправляющаяся в брюшную полость. Последние 2 месяца грыжа перестала вправляться в брюшную полость. Болевого синдрома не было. При осмотре в правой паховой области определяется грыжевидное выпячивание 7 x 8 см, мягко-эластическое, не вправляемое в брюшную полость, симптом кашлевого толчка положительный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует положительный симптом кашлевого толчка?
3. Необходимо ли вправить грыжу в брюшную полость?
4. Ваши рекомендации по лечению.

5. Ваше отношение к использованию грыжевого бандажа в данной ситуации.

Задача 34.

У пациента 63 лет, находящегося в кардиологическом отделении по поводу острого инфаркта миокарда, развилось ущемление левосторонней бедренной грыжи. Состояние пациента тяжелое, кожные покровы бледные, пульс - 100 ударов в 1 минуту, АД = 90 - 55 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Какие специальные методы исследования следует применить для подтверждения диагноза ущемленной бедренной грыжи?
2. Возможно ли, учитывая наличие острого инфаркта миокарда и тяжесть состояния больного, попытаться вправить ущемленную грыжу в брюшную полость?
3. Назовите методы консервативного лечения ущемленной бедренной грыжи.
4. Какова должна быть лечебная тактика?
5. Какой вид обезболивания целесообразно применить в случае оперативного лечения?

Задача 35.

Больная 63 лет, предъявляет жалобы на схваткообразные боли в животе, возникшие 6 часов назад, многократную рвоту, не приносящую облегчения (сначала съеденной пищей, а затем слизью). Стула не было, газы отходят скудно. Из анамнеза известно, что больная длительное время страдает хроническим рецидивирующим калькулезным холециститом. В желчном пузыре диагностировано наличие конкремента диаметром до 4 см (по данным УЗИ). Последнее обострение холецистита, которое отмечено больной 6 дней назад, характеризовалось выраженным болевым синдромом, повышением температуры и интоксикацией. Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 104 удара в минуту, слабого наполнения, ритмичен. АД - 160/100 мм. рт. ст. Живот вздут неравномерно, асимметричен. Временами видна видимая перистальтика, во время которой больная стонет от боли. В области правого подреберья отмечается дефанс и нечеткие симптомы раздражения брюшины. Кроме этого, в брюшной полости определяется инфильтрат размером 20 x 15 см малоподвижный и болезненный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования больного.
3. Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать патологическое состояние больной.
4. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
5. Составьте план лечения.

Задача 36.

Мужчина 41 года голодал в течение суток, а затем очень плотно пообедал. Через 30 минут появились сильные боли в животе, постоянного характера, сопровождающиеся многократной рвотой. Госпитализирован через 6 часов от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичные. Пульс - 112 ударов в 1 минуту слабого наполнения и напряжения, АД - 85 - 60 мм. рт. ст., температура тела - 37,0°C, лейкоциты крови - 21×10^9 /л. Стула нет, газы не отходят, язык сухой. Живот асимметрично вздут в правой половине. В отлогих местах живота определяется притупление перкуторного. Симптомы раздражения брюшины положительные. Определяется шум плеска. При мануальном ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования.
3. Назовите эпонимные транскрипции описанных в ситуации симптомов.

4. Составьте план лечения больного.

5. Опишите действия во время операции.

Задача 37. Больная поступила в хирургическое отделение с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Болеет более суток. Из анамнеза известно, что ранее оперирована по поводу спаечной кишечной непроходимости. Состояние средней тяжести, язык суховат. Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичный. АД 100/70 мм рт. ст. Живот вздут, перистальтика вялая, газы не отходят. Перитонеальные симптомы отрицательные. Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?

4. Определите тактику лечения больной.

5. Какой вид оперативного вмешательства, при необходимости такового, предпочтителен в данном случае, и почему?

Задача 38.

У больного 58 лет, перенесшего 4 дня назад субтотальную резекцию желудка в модификации Бильрот – 2 по поводу рака желудка, внезапно появились резкие боли в животе схваткообразного характера, сопровождающиеся рвотой «застойным» содержимым. Состояние средней тяжести, живот вздут неравномерно, перистальтические шумы ослабленные, газы не отходят, хотя до этого наблюдалось отхождение газов и был скудный стул. Амбула прямой кишки расширена, пуста, тонус анального сфинктера снижен. Температура - 37,8°C, лейкоциты крови – 14×10^9 /л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.

3. Укажите необходимые лабораторные исследования.

4. Перечислите дополнительные неинвазивные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.

5. Что позволит не только уточнить диагноз, но в ряде случаев выполнить необходимые вмешательства в полном объеме без повторного чревосечения.

Задача 39.

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

Вопросы:

1. Каким по происхождению является варикозное расширение вен у этой больной?

2. Каким является данное расширение вен по направлению?

3. Ваш предварительный диагноз?

4. Укажите степень (стадию) хронической венозной недостаточности и назовите проявления характерные для этой степени.

5. Достаточно ли имеющейся информации для постановки окончательного диагноза и определения лечебной тактики? Если нет, то какую дополнительную информацию Вы хотели бы иметь?

Задача 40.

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют. Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности. I стадия хронической венозной недостаточности.

Вопросы:

1. Какие вопросы необходимо решить, прежде всего, для определения лечебной тактики?
2. Назовите основные методы исследования венозной системы нижних конечностей при варикозной болезни?
3. Назовите функциональные пробы, используемые при исследовании поверхностных вен.
4. Назовите пробы, используемые для определения проходимости глубоких вен.
5. Какие пробы используются для оценки функционального состояния перфорантных вен?

Задача 41. Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют. Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, I стадия хронической венозной недостаточности. По данным проведенного исследования имеет место несостоятельность остиального и нижележащих клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные состоятельны. Больной предложено операция – типичная флебэктомия, на которую она дала согласие.

Вопросы:

1. Назовите основные виды операций, применяемых в повседневной практике при (магистральном типе) варикозной болезни в ситуациях, подобных нашей.
2. Назовите основные проксимальные притоки большой подкожной вены.
3. Чем отличается операция Троянова-Тренделенбурга-Дитерихса от операции Троянова-Тренделенбурга?
4. Есть ли альтернатива операции Бебкокка?
5. Есть ли альтернативы операции Нарата?

Задача 42

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют. Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, I стадия хронической венозной недостаточности. По данным проведенного исследования имеет место

несостоятельность остиального и нижележащих клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные состоятельны. Больной предложено операция – типичная флебэктомия, на которую она дала согласие.

Вопросы:

1. С какой операции обычно начинается типичная флебэктомия при варикозной болезни и какое основное назначение этой операции?
2. Что необходимо сделать при проведении этой операции, чтобы она выполнила свое назначение?
3. Назовите наиболее опасные осложнения, наблюдаемые при проведении этой операции.
4. Назовите возможные осложнения раннего и отдаленного послеоперационного периода этой операции.
5. Какое осложнение очень часто наблюдается в раннем послеоперационном периоде после операции Бебкокка и какова причина его развития?

Задача 43

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают. При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют. Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, I стадия хронической венозной недостаточности. По данным проведенного исследования имеет место несостоятельность остиального и нижележащих клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные состоятельны. Больной предложено операция – типичная флебэктомия, от которой больная отказалась.

Вопросы:

1. Назовите возможные альтернативы типичной флебэктомии и хирургическому лечению варикозной болезни вообще.
2. В чем смысл склерохирургического метода лечения варикозной болезни?
3. Что включается в понятие «комплексная консервативная терапия» варикозной болезни и чем определяется ее объем?
4. Что является основным компонентом консервативного лечения варикозной болезни?
5. Назовите наиболее эффективные и безопасные флебосклерозирующие препараты, используемые в настоящее время.

Задача 44.

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости.

Вопросы:

1. Сформулируйте Ваш предварительный и по возможности более полный (развернутый) диагноз.
2. Назовите метод диагностики, который обычно используется первым в подобных ситуациях. Из какого принципа Вы исходите, определяя последовательность применения специальных методов диагностики?
3. Какие методы исследования должны быть следующими, исходя из Вашего принципа определения последовательности их применения, если первый не подтвердит Вашего диагноза?
4. Какой метод диагностики может быть использован, если ни одним из применяемых в современной клинике Вы не располагаете?
5. Назовите последний метод диагностики, который используют хирурги при клинике острого живота.

Задача 45. Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные, постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости. При обзорной рентгенографии живота выявлен пневмоперитонеум (свободный газ под правым куполом диафрагмы), что позволяет предположить наличие перфорации полого органа.

Вопросы:

1. Перфорацию какого органа Вы предполагаете? Обоснуйте свое предположение.
2. Назовите главные симптомы перфорации язвы в свободную брюшную полость.
3. О какой перфорации по классификации клинических форм данного осложнения может идти речь?
4. Какой период клинического течения осложнения наблюдается в данном случае?
5. Какой метод исследования позволит на данном этапе сформулировать окончательный предоперационный диагноз?

Задание 45. Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости. При обзорной рентгенографии живота выявлен пневмоперитонеум. Заподозрена перфорация гастродуоденальной язвы. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена свежая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Вопросы:

1. Определите лечебную тактику у этого больного.
2. К какой группе показаний к хирургическому лечению относится данная ситуация?
3. Основная цель операции при перфорации гастродуоденальной язвы?

4. Чем определяется успех хирургического лечения гастродуоденальной язвенной перфорации?

5. Назовите факторы, определяющие объем операции при перфорации.

Задача 46.

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные, постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем кроме детских инфекций не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости. При обзорной рентгенографии живота выявлен пневмоперитонеум. Заподозрена перфорация гастродуоденальной язвы. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена свежая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Вопросы:

1. Назовите основные методы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв.

2. Назовите показания к ушиванию перфорировавшей язвы.

3. Назовите показания к резекции желудка при перфорации и условия для ее выполнения.

4. Какая частота рецидива гастродуоденальных язв после ушивания?

5. Наиболее вероятный объем операции у нашего больного?

Задача 47.

Пациент 51 года поступил в стационар с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, чувство быстрого насыщения, отрыжку тухлым, резкое похудание. Из анамнеза известно, что в течение 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями. За три недели до госпитализации появились вышеописанные жалобы, лечился амбулаторно теми же лекарственными средствами, которые ранее принимал при обострении заболевания. Однако эффекта не было, периодически стала возникать обильная рвота остатками пищи, съеденной накануне. Объективно: Сознание ясное. Кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Отмечается бледность кожных покровов и слизистых. Истощен. В левой надключичной области пальпируется безболезненное неоднородное плотное образование 1,0x1,6 см. Пульс 100 в мин., ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 90/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, определяется “шум плеска” натепошак ниже уровня пупка. Диурез 500 мл. Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит - 35%, эритроциты – 3,2x10¹²/л, лейкоциты – 9,2x10⁹ /л. К⁺ - 2,3 ммоль/л, Na⁺ - 139,0 ммоль/л, мочеви́на 12,3 ммоль/л, креатинин 145 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз. Причина значительной потери массы тела.

2. Дайте интерпретацию клинико-лабораторным и инструментальным методам обследования

3. План обследования, ожидаемые изменения при инструментальных исследованиях

4. План лечебных мероприятий. Коррекция водно-электролитных нарушений.

5. Оцените прогноз

Задача 48.

В приемное отделение доставлена беременная 28 лет с жалобами на боли в правых отделах живота, тошноту, однократную рвоту. Больна в течение 12 часов. Боли

появились в эпигастральной области, затем сместились в правую половину живота, была однократно рвота, температура 37,5 С. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, пульс 94 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правой мезогастральной области. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные в правой мезогастральной области. Матка в нормальном тонусе увеличена до 30 недель беременности. Положение плода продольное, предлежание тазовое, сердцебиение плода 150 уд/мин, ясное, ритмичное, шевеление плода активное. Выделения из половых путей светлые слизистые.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз
2. Необходимые дополнительные методы исследования
3. Лечебная тактика
4. Оцените состояние плода
5. Возможные осложнения беременности при данной патологии

Задача 49.

Родильница 20 лет, 11-е сутки после родов. Роды первые, срочные, в головном предлежании. Выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. С 9-х суток отметила повышение температуры до 38,50С, озноб, слабость, боль в молочных железах. Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,80С, пульс 100 ударов в 1мин. Матка соответствует срокам послеродового периода, плотная, лохи серозно-геморрагические. При осмотре молочных желез – в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы имеется инфильтрат размером 6х5 см, резко болезненный при пальпации с участком флюктуации в центре. Кожа отечна гиперемирована. Пальпируются увеличенные, умеренно болезненные регионарные лимфоузлы.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования
3. Входные ворота инфекции
4. Лечебная тактика
5. Ваши действия по отношению к лактации.

Задача 50. На приеме в поликлинике к Вам обратился больной 68 лет с жалобами на резкие боли в левой голени, онемение стопы. 5 лет пациент страдает ишемической болезнью сердца, около года отмечает нарушение сердечного ритма. При осмотре левая голень и стопа бледные, отека нет, холодные на ощупь. Пульсация на передней и задней больше берцовых артериях не определяется. Трофических нарушений на коже нет.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы заболевания подтверждают Ваш диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какой метод исследования подтверждает Ваш диагноз?
5. Какое лечение показано больному?

Задача 51.

В клинику доставлена женщина 47 лет через 2 часа после возникновения острых болей в левой ноге. Страдает митральным пороком сердца, мерцательной аритмией. При осмотре: больная стонет, беспокойна. Левая стопа и голень мраморной окраски, наступать на ногу не может, стопа холодная. Пульс на артерии голени не определяется, на бедренной артерии усилен. Тактильная и болевая чувствительность снижены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
3. С помощью применения, какого метода можно подтвердить диагноз?
4. Каковы особенности комплексной терапии?
5. Какую операцию по экстренным показаниям показано выполнить больному?

Задача 52

Больная 56 лет, поступила с подозрением на аппендицит с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясницу, гипертермию до 38,2, учащенное мочеиспускание через 10 часов от начала заболевания. Заболевание началось остро, перемещения болей не отмечала. Живот не вздут, симметричен, мягкий, незначительно болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Симптом поколачивания слабopоложительный справа.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
2. Какие дополнительные анамнестические данные необходимо выявить?
3. Какие лабораторные методы обследования надо назначить?
4. Какие инструментальные методы обследования надо провести?
5. Консультация каких специалистов необходима?

Задача 53

Больная Н., 20 лет, поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, субфебрильную гипертермию через 2 часа от начала заболевания. У больной беременность сроком 20-21 неделя. Живот увеличен в объеме за счет матки, в акте дыхания равномерно участвует всеми отделами, при пальпации мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. . Симптомы Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Вопросы:

1. Ваш дифференциальный диагноз?
2. Ваша тактика лечения на ближайшие 6 часов?
3. Какие дополнительные лабораторные методы обследования надо назначить?
4. Какие дополнительные инструментальные методы обследования надо провести?
5. Консультация каких специалистов необходима?

Задача 54

Больной 41 года, поступил через неделю от начала заболевания с жалобами на незначительные боли в правой подвздошной области, субфебрильную гипертермию. Заболевание началось с болей в эпигастриальной области, которые спустя несколько часов переместились в правую подвздошную область, была 1-кратная рвота. За мед. помощью не обращался, лечился самостоятельно анальгетиками. Спустя 3 дня интенсивность болей уменьшилась, появилась субфебрильная гипертермия. В связи с сохраняющимися болями в животе, обратился в приемный покой. Живот не вздут, мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области, где пальпируется опухолевидное образование без четких размеров и границ. Симптом Щеткина отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исходы данного заболевания вам известны?
3. Какие дополнительные методы исследования надо провести?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 55

Больной 34 лет, поступил с клинической картиной аппендикулярного инфильтрата через неделю от начала заболевания. Диагноз подтвержден при УЗИ. При пальпации в

правой подвздошной области определялось плотное, умеренно болезненное, малоподвижное образование без четких границ, отмечалась субфебрильная гипертермия. Начата консервативная антибактериальная, противовоспалительная терапия. Однако, спустя трое суток, состояние больного ухудшилось, боли в правой подвздошной области усилились, гипертермия приобрела гектический характер, отмечено нарастание лейкоцитоза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика лечения?
4. Характер операции?
5. Дальнейшая тактика лечения больного?

Задача 56

Больной Б., 57 лет, поступил с подозрением на о. аппендицит с жалобами на периодически возникающие незначительные боли в правой подвздошной области, тошноту, слабость, потерю аппетита, похудание. Отмечает указанные жалобы в течение полугода. За мед. помощью не обращался. При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется плотное, неподвижное, безболезненное опухолевидное образование около 5 см в диаметре. В клиническом анализе крови гемоглобин- 86 г/л, лейкоциты – 8000.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
4. Какие осложнения данного заболевания возможны?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 57

Больной 68 лет обратился к врачу с жалобами на чувство неудобства и болевые ощущения внизу живота, запоры. При осмотре в паховой области справа выше пупартовой связки выявляется припухлость округлой формы размером 4 х 6 см, мягкой консистенции, вправимое в брюшную полость.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какой целью проводят перкуссию и аускультацию грыжевого образования?
3. Что такое симптом кашлевого толчка?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Показано ли оперативное лечение?

Задача 58

Больной 46 лет обратился с жалобами на болевые ощущения в левом паху. При осмотре выше паховой связки выявлена припухлость овальной формы размером 5 х 3 х 3 см, увеличивающаяся в положении стоя и при натуживании. При осмотре и пальпации установлено косое направление пахового канала. Симптом «кашлевого толчка» положительный, элементы семенного канатика располагаются медиальнее грыжевого выпячивания.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы консервативного лечения?
4. Какие методы хирургического лечения?
5. Опишите пластику по Лихтенштейну.

Задача 59 У больного 30 лет внезапно появились сильные боли в правой паховой области, многократная рвота. В анамнезе у больного в течение 20 лет имеется паховая грыжа. Самостоятельно вправить содержимое грыжи в брюшную полость, что ранее с легкостью выполнялось больным, на этот раз не удалось. Грыжевое выпячивание увеличилось в размерах, стало напряженным и болезненным при пальпации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какой целью проводят перкуссию и аускультацию грыжевого образования?
3. Какие осложнения встречаются при наружных грыжах живота?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Какие виды натяжной пластики при паховых косых грыжах проводятся?

Задача 60

У больной 30 лет во время операции по поводу ущемленной пупочной грыжи обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые имели жизнеспособный вид.

Вопросы:

1. Как называется этот вид ущемления?
2. Что должен сделать хирург во время операции?
3. Что называется ложным ущемлением?
4. Что такое скользящая грыжа?
5. Опишите этапы лечения ущемленных грыж.

Задача 61

Больной 22 лет обратился к врачу по поводу болезненного овоидного образования, расположенного в правой половине мошонки. Верхний полюс этого образования хорошо прощупывается. Оно не вправляется в брюшную полость и при натуживании и кашле не меняется в размерах. Перкуссия его выявляет тупой звук, а пальпация – тугую эластичность.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие органы брюшной полости могут быть содержимым мешка при ущемленной паховой грыже?
3. От чего зависит невправимость грыжи?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Ваш план лечения?

Задача 62

Больная, 56 лет, доставлена в клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела. Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приёма жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы болей. При осмотре: больная повышенного питания, кожа и слизистые оболочки розового цвета. Частота дыхания 20/мин, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 92/ мин, температура тела 37,80 С. Язык суховат, обложен желтым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 5х8 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

1. Какие заболевания приводят к возникновению острых болей в правом подреберье?
2. Что следует исключить в первую очередь?
3. Какие данные объективного осмотра кажутся Вам наиболее значимыми?

4. Какие методы обследования следует провести?

5. Дальнейшая тактика хирурга?

Задача 63

У больного 62 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,50 С, напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от $15,0 \cdot 10^9$ /л до $18,0 \cdot 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие методы обследования следует провести?

3. Тактика лечения?

4. Дайте обоснование избранной тактики лечения?

5. Какие варианты хирургического лечения возможны?

Задача 64

У больной 48 лет, после жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38,30С, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Ортнера. Лейкоцитов в крови $12,0 \cdot 10^9$ /л. После назначения спазмолитиков, инфузионной терапии состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность осталась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов в крови стало $6,0 \cdot 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какие дополнительные методы обследования надо провести?

3. Дальнейшая тактика?

4. Какие варианты хирургического лечения возможны?

5. В чем состоят назначения в послеоперационном периоде?

Задача 65

Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38,30 С. Заболела 3 дня назад после приема жирной пищи. Пульс 112 в мин. Язык сухой, Кожа и склеры субиктеричны. В правом подреберье в точке Кера определяется резко болезненное напряженное округлое образование 12х8х6 см. Положительные симптомы Ортнера. Мерфи, Мюсси и симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Что представляет собой определяемое образование в правом подреберье?

3. Расскажите об имеющихся симптомах?

4. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?

5. Тактика хирурга?

Задача 66

У больного 43 лет 5 часов назад появились выраженные схваткообразные боли, преимущественно в верхних отделах живота, многократная рвота «дуоденального характера». Два года назад больному произведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Год назад находился на обследовании с подозрением на холедохолитиаз, хронический панкреатит. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела – 36,80 С. ЧД – 20 в минуту, пульс – 92 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота, живот мягкий, болезненный в эпигастрии

и в подреберьях. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Симптомы Склярова и Валя – отрицательные, симптом Кёртэ – положительный. Печеночная тупость сохранена. Анализ крови: Нв – 138 г/л, лейкоциты – $8,8 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Какие заболевания следует предполагать при такой клинической картине?
2. Какова тактика лечения предполагаемых заболеваний?
3. Расскажите об определяемых симптомах
4. Какие методы исследования следует применить для проведения дифференциальной диагностики?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз острого панкреатита?

Задача 67

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела – нормальная. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Пульс – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, над пупком пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размерами 10×10 см. Перитонеальных симптомов нет. Выслушиваются шумы обычной перистальтики. В анализах крови и мочи изменений нет.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Какие варианты возможны в лечении кист поджелудочной железы?

Задача 68

У больного с панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39,50 С. При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо-Робсона резко положительный. Лейкоциты крови 20×10^9 /л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Методы лечения?
5. Что такое симптом Мейо-Робсона?

Задача 68

У больного 37 лет после употребления алкоголя и жареного мяса появились сильные опоясывающие боли в верхней части живота, многократная рвота с примесью желчи, не приносящая облегчения. Поступил через сутки от начала заболевания. При осмотре часто меняет положение, стонет. Имеются синюшно-багровые пятна на коже брюшной стенки, ригидность брюшных мышц в эпигастрии, симптом Щеткина сомнительный, печеночная тупость сохранена. При обзорной рентгенографии в брюшной полости свободного газа нет, поперечно-ободочная кишка умеренно вздута газами, лейкоцитоз 12×10^9 /л, активность уроамилазы 1024 ЕД. В анамнезе 3 подобных приступа, указания на гастродуоденит, язвенную болезнь.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Основные направления лечения?

Задача 69

Больная 45 лет, страдающая калькулезным холециститом, поступила в клинику с болями в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера. Отмечает повторную рвоту. Состояние средней тяжести, иктеричность склер и кожного покрова. Тахикардия, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. Из лабораторных данных обращает на себя внимание лейкоцитоз и высокий уровень амилазы крови.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы инструментального исследования следует применить в первую очередь?
3. Ваша тактика лечения?
4. Рациональный способ лечения?
5. Дальнейшее ведение больной?

Задача 70

Больную 30 лет беспокоят выраженные боли, тяжесть в левой ноге, ее быстрая утомляемость, особенно при вертикальном положении без движения. Около года назад появилось расширение поверхностных вен на левой голени, которое вскоре стало сопровождаться названными симптомам.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Назначения в послеоперационном периоде?

Задача 71

Больную 35 лет беспокоит чувство тяжести в левой ноге, особенно к концу рабочего дня, а также наличие варикозно расширенных вен на этой ноге. Варикоз появился около 10 лет назад и начался с бедра и верхней 1/3 голени, чувство тяжести появилось около года назад. При объективном обследовании обнаружили магистральный тип варикозного расширения большой п/к вены на бедре и голени.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Расскажите о выбранном методе лечения?

Задача 72

Больной 43 лет, перенес 3 года назад тромбоз глубоких вен подвздошно-бедренного сегмента справа. В настоящее время беспокоят тяжесть, отек правой ноги. При обследовании выявлен умеренный отек голени, бурая индурация кожи в нижней 1/3 голени, варикозно расширенные поверхностные вены на голени.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия и форма заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?

5. Суть операции?

Задача 73

Больной, 72 лет, страдающий в течение многих лет варикозной болезнью вен нижних конечностей, предъявляет жалобы на повышение температуры и боли в правом бедре. Три года назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда и с тех пор у больного отмечается мерцательная аритмия. Общее состояние тяжелое, имеются признаки выраженной сердечной недостаточности. На правой нижней конечности определяется варикозное расширение поверхностных вен. На медиальной поверхности правого бедра от уровня коленного сустава до верхней трети его видна полоса гиперемии, пальпируется плотный, болезненный шнуровидный тяж. Отека конечности нет. Симптомы Хоманса и Мозеса отрицательные.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Расскажите о выбранном методе лечения?

Задача 74

У больной 40 лет на 4 день после аборта появились резкие боли в левой ноге, ее массивный отек и цианоз кожных покровов при вертикальном положении. При обследовании обнаружен резкий отек на бедре и голени слева, цианоз кожи, болезненность по ходу магистрального сосудистого пучка на голени, бедре, подвздошной области слева. Симптом Хоманса - положительный

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что такое симптом Хоманса?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Тактика лечения?
5. Суть лечения?

Задача 75

В приемное отделение больницы обратился больной 68 лет с жалобами на резкие боли в левой голени и онемение стопы. При осмотре левая голень и стопа бледные, отека нет, холодные на ощупь. Пульсация на передней и задней большеберцовых артериях стопы отсутствует.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Нужна ли госпитализация.
4. Тактика лечения?
5. Принципы лечения?

Задача 76

Больной 36 лет поступил с жалобами на перемежающуюся хромоту через 150 метров, похолодание конечностей, парестезии стоп, облысение голеней. Болен в течение 6 месяцев, много курит, отмечает переохлаждение. При обследовании пульс на бедренной и подколенной артериях ослаблен, шум не выслушивается. Проба Оппеля 30 секунд. На термограммах отмечается тепловая ампутация пальцев стоп.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. Круг дифференциальной диагностики?
4. Методы дополнительного обследования?
5. Тактика лечения?

Задача 77

Больной 60 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянные боли в стопах и голеньях, усиливающиеся при ходьбе. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и ИБС. При осмотре пульс на бедренной артерии справа не определяется, слева резкий систолический шум. Проба Оппеля справа 30 секунд, слева 1 минута и 30 секунд. Реографический индекс справа 0.22, слева 0.3. На правой нижней конечности имеется участок в области 1 пальца некротизированных тканей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. С какими заболеваниями будете дифференцировать?
4. Методы дополнительных исследований?
5. Тактика лечения?

Задача 78 Больной К., 42 лет, поступил с жалобами на боли по всему животу, тошноту. Заболел накануне, когда после злоупотребления алкоголем появились опоясывающие боли в эпигастрии, многократная рвота. Сегодня боли распространились по всему животу. При осмотре выявляется напряжение мышц и болезненность по всему животу, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Мейо-Робсона. При обзорной рентгеноскопии отмечается пневматоз поперечно-ободочной кишки, свободного газа, кишечных уровней не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 79

Больная Н., 80 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли по всему животу. При осмотре живот вздут, в акте дыхания не участвует, напряженный и болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Из анамнеза известно, что накануне больная поступала в стационар с клинической картиной правосторонней ущемленной бедренной грыжи через 10 часов от начала заболевания. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлены тонкокишечные уровни. В процессе транспортировки из приемного отделения грыжевое выпячивание самостоятельно вправилось. Больная была осмотрена повторно и отпущена домой.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие тактические ошибки были допущены?
3. Какого осложнения следует опасаться в первую очередь при состоянии после ущемления?
4. Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?
5. Ваше лечение?

Задача 80 У больного В., 56 лет, на 6-е сутки после резекции желудка по Ру по поводу язвенной болезни, осложненной кровотечением, состояние внезапно ухудшилось. Появились боли по всему животу. Пульс 120 в минуту. АД-120/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот в акте дыхания не участвует, отмечается резкое напряжение мышц, болезненность во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу. Кишечные шумы не выслушиваются. Лейкоцитоз -14000, сдвиг формулы влево.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение послеоперационного периода произошло у данного больного?
3. Ваша тактика?
4. Характер операции?
5. Принципы послеоперационной терапии?

Задача 81

Больной Н., 46 лет, поступил через 12 часов от начала заболевания с жалобами на интенсивные боли по всему животу. Заболевание началось остро с резких болей в эпигастрии. Страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 20 лет, неоднократно проходил курсы стационарного и санаторно-курортного лечения, в анамнезе трижды эпизоды желудочно-кишечного кровотечения. При осмотре отмечается вынужденное положение с приведенными к животу коленями, живот в акте дыхания участие не принимает, резко напряжен и болезнен во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость не определяется.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
3. Ваша тактика лечения?
4. Характер операции?
5. Принципы послеоперационной терапии?

Задача 82

У больного 48 лет с диагнозом “рак желудка” во время лапаротомии обнаружена опухоль, прорастающая все слои передней стенки тела желудка и распространяющаяся до кардии. В большой кривизне определяются плотные увеличенные лимфатические узлы. На соседние органы опухоль не распространяется, отдаленные метастазы не обнаружены.

Вопросы:

1. Стадия заболевания по международной классификации?
2. Что такое метастаз Вирхова?
3. Какого объема операцию надлежит выполнить у больного?
4. Какие полиативные операции выполняются при раке желудка?
5. Кто должен наблюдать больного после выписки из стационара?

Задача 83

У больного 58 лет обнаружен рак антрального отдела желудка с явлениями резкого сужения выхода из него. Во время операции при ревизии обнаружено, что опухоль размером 12 x 10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен.

Вопросы:

1. Стадия заболевания по международной классификации?
2. Какую операцию необходимо выполнить?
3. Что такое метастаз Крукенберга?
4. Какие радикальные операции выполняются при раке желудка?
5. Какое лечение порекомендуете в послеоперационном периоде по основному заболеванию?

Задача 84

Больному 50 лет. Почувствовал себя больным 1,5 мес. назад. Появилась дисфагия, которая быстро нарастала, вскоре присоединилась одышка, усиливающаяся при наклоне больного вперед. При обследовании больного диагностирован рак кардиального отдела желудка. Протяженность опухоли небольшая, в других органах и системах никакой патологии выявить не удалось, в том числе и увеличенных подключичных лимфатических узлов. Единственно, что обращало на себя внимание,

это некоторая одутловатость лица. При наклоне туловища вперед лицо приобретало синюшно-багровую окраску, отмечалось значительное набухание шейных вен, которое длительно сохранялось и в вертикальном положении.

Вопросы:

1. Стадия заболевания по международной классификации?
2. Как называют совокупность выявленных у больного симптомов?
3. Что в данном случае служит их причиной?
4. Какое можно произвести дополнительное исследование, чтобы подтвердить Ваше предположение?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 85

Больной 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослабел. Утром у него появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул - кал дегтеобразный. После этого был доставлен в хирургическое отделение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Чем вызвано подобное состояние больного?
3. С помощью каких исследований можно уточнить диагноз?
4. Что следует предпринять?
5. При неэффективности консервативных мероприятий Ваши действия?

Задача 86

Больной 56 лет страдающего язвенной болезнью желудка в течение 20 лет, доставлен по «ОЗ» по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Данное кровотечение возникло впервые. За последнее 0.5 года резко похудел (на 10 кг.), появилось отвращение к «мясному», ослаб, отмечает увеличение в объеме живота. При осмотре: кахектичен, бледен, склеры желтушны, печень увеличена из-под реберной дуги на 3 см., определяется асцит. Гемоглобин 70 г/л, на перчатке кал «мелена».

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия заболевания по международной классификации?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Что такое синдром Савицкого?
5. Ваша тактика лечения?

Задача 87 У больного 56 лет при ирригографии выявлен дефект складок прямой кишки в верхнеампулярном отделе, с ригидностью стенок кишки на протяжении 8 см. и сужение просвета кишки.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какими специальными методами можно подтвердить диагноз?
3. С какими заболеваниями проведете дифференциальный диагноз?
4. Ваш план лечения?
5. К какому врачу направите больного после выписки из стационара?

Задача 88

Больной Н. 48 лет заболел два часа назад. Со слов больного боли возникли внезапно, носят невыносимый характер, по всему животу, беспокоит многократная рвота,носящая каловый характер. Газы не отходят. При осмотре больной беспокоен, мечется. Живот вздут. При пальпации живота обращает на себя внимание его ассиметрия, симптом Валя, Склярова положительные, локальная болезненность в пупочной области, кишечные шумы не выслушиваются. Ps – 110 уд в мин., ритимичный. АД 130/80 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Факторы, предрасполагающие к развитию заболевания?
3. Клиника заболевания?
4. Диагностика?
5. Лечение?

Задача 89

Больной 60 лет поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, рвоту. Данные жалобы в течение 2 дней. Последние 5 месяцев отмечает запоры и затруднение в акте дефекации, кал с примесью слизи и гноя. При осмотре живот вздут, асимметричен. Видна перистальтика во время схваткообразных болей. При пальпации определяется болезненность в левой мезо - гипогастриальной области, где определяется плотное, бугристое образование размерами 8 x 6 см. Рентгенологически определяются чаши Клойбера. Ампула прямой кишки пуста, анальное отверстие зияет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Клиника заболевания?
4. Предоперационная подготовка?
5. Тактика лечения?

Задача 90

Больной Н 40 лет поступил с жалобами на постоянные боли в животе. Многократную рвоту калового характера, задержку стула и газов. Заболел более 24 часов назад, когда появились схваткообразные боли по всему животу, через 12 часов боли приобрели постоянный характер. Живот при осмотре вздут, асимметричен, кишечные шумы ослаблены. Симптом Валя – положительный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваше обоснование диагноза?
3. О какой стадии заболевания можно думать?
4. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Ваше лечение?

Задача 91

Больной 20 лет доставлен в клинику с жалобами на резкие схваткообразные боли по всему животу, многократную рвоту. Из анамнеза: боли возникли 2 часа назад, интенсивность их постепенно нарастала, боли вне схваткообразного приступа полностью не исчезали. Больной при осмотре бледен. Покрит холодным липким потом, ЧСС 90 в минуту, АД 100/60 мм рт ст. Живот не вздут, во время болевого приступа видна перистальтика, кишечные шумы выслушиваются на расстоянии. Симптомов раздражения брюшины нет. Рентгенологически выявляется газовый пузырь в желудке. Уровней нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваше обоснование диагноза?
3. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Ваша хирургическая тактика?
5. Какое хирургическое лечение возможно выполнить?

Задача 92

Больной 24 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в правой подвздошной области, тошноту, задержку стула и газов. Заболел остро 12 часов назад. Внезапно появились схваткообразные боли в правой половине живота. В дальнейшем боли

стали нарастать. Появилась тшнота. Живот асимметричен, отмечается вздутие левой верхней половины живота. Определяется симптом Валя. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой латеральной области. Отмечается положительный симптом Шиманса – Данса, Спасокукоцкого.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Ваша тактика лечения?
5. Последовательность хирургических действий?

Задача 93

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на острую схваткообразную боль в животе, возникшую 2 часа назад. Позывы на рвоту. Стула нет. Газы не отходят. Больной беспокоен, громко кричит. Живот вздут, больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительны. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы образование эластическо – плотной консистенции.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие клинические данные указывают на это?
3. План дополнительных исследований?
4. Ваша тактика?
5. Последовательность хирургических мероприятий?

Задача 94

При осмотре в поликлинике установлено, что больного беспокоят выделения крови и слизи при дефекации, боли в промежности до и после акта дефекации. При внешнем осмотре, а также при пальцевом исследовании прямой кишки никаких изменений не обнаружено.

Вопросы:

1. Какое исследование необходимо данному больному в первую очередь?
2. При установлении диагноза рака прямой кишки куда следует направить пациента?
3. Какой объем дообследования необходим для уточнения диагноза?
4. Назовите наиболее эффективный метод лечения при рецидиве рака прямой кишки?
5. Назовите пути лимфооттока для прямой кишки?

Задача 95

Женщина 70 лет, обратилась к колопроктологу с жалобами на наличие «шишки» в области заднего прохода. При осмотре анального канала выявлено плотное бугристое образование диаметром 2 см, контактно кровоточащее. Окружающие ткани не изменены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика обследования?
3. Предполагаемый результат биопсии?
4. Тактика лечения данной пациентки?
5. Назовите важные принципы хирургического лечения рака прямой кишки?

Задача 96

Больная 46 лет, поступила с жалобами на чувство тяжести в подложечной области, отрыжку, резкое похудание. Недели три назад появилась обильная периодическая рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью ДПК с частыми обострениями. Объективно: истощена, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, шум плеска натошак ниже уровня пупка.

Вопросы:

1. О каком осложнении можно думать?
2. Что ожидается при рентгеноскопии желудка?

3. Оцените состояние водно-электролитного обмена?
4. Какие ожидаются изменения гематокрита, остаточного азота, относительной плотности мочи?
5. Тактика лечения?

Задача 97

Больной 36 лет, поступил в хирургическую клинику с диагнозом: язвенная болезнь ДПК. В анамнезе язвенная болезнь ДПК в течение 10 лет. При обследовании обнаружена язва желудка и ДПК. При исследовании желудочной секреции имеет место непрерывное кислотообразование высокой интенсивности. Учитывая длительность заболевания и малую эффективность проводимой консервативной терапии принято решение оперировать больного.

Вопросы:

1. Какая операция показана этому больному?
2. Каким должен быть объем операции?
3. Какой способ операции предпочтительнее и почему?
4. Какие противопоказания существуют к резекции желудка по Бильрот 1 и Бильрот 2?

Задача 98

У больного 23 лет, около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа «кофейной гущи». До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета.

Вопросы:

1. Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение?
2. Что нужно сделать для установления источника кровотечения?
3. Какие критерии степени тяжести кровотечения?
4. Что Вы можете сделать для остановки кровотечения?
5. Какие показания для экстренной операции?

Задача 99

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 6 лет. Последнюю неделю отмечает интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм. рт.ст. Анализ крови Нв- 130 г/л. При пальцевом исследовании прямой кишки кал нормального цвета.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. С чем связано исчезновение болей?
3. Как объяснить нормальные показатели анализа крови?
4. Какой кал будет через сутки?
5. Как подтвердить диагноз?

Задача 100

В приемное отделение доставлен больной 35 лет с жалобами на сильные боли в эпигастриальной области. В течение нескольких лет отмечает боли в животе, изжогу. Во время поездки в машине внезапно почувствовал резкие боли в верхних отделах живота. Доставлен через 10 часов от начала заболевания. Язвенного анамнеза нет. При осмотре: положение больного на кушетке – лежит на правом боку, приведя колени к животу, боится шевельнуться. Язык сухой. При пальпации живот напряжен. Печеночная тупость не определяется.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования надо провести?
3. Ваша тактика лечения?
4. Объем хирургической операции?
5. Лечение в послеоперационном периоде?

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- посещение учебных занятий (максимум 20 баллов)
- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);
- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Посещение учебных занятий оценивается накопительно, следующим образом: максимальное количество баллов, отводимых на учет посещаемости, делится на количество занятий по дисциплине. Полученное значение определяет количество баллов, набираемых студентом за посещение одного занятия.

Оценка за посещение учебных занятий (ПУЗ) определяется по следующей формуле:

$$\text{ПУЗ} = 20 \frac{n}{N},$$

где n – количество учебных занятий, в реализации которых участвовал студент,

N – количество учебных занятий по плану.

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\text{ТК} = 40 \frac{v+uz}{v+uz},$$

где V , UZ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

v , uz - количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\text{ТР} = 30 \frac{пз+реф}{ПЗ+РЕФ},$$

Где $ПЗ$, $РЕФ$ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

$пз$, $реф$ – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$РА = ПУЗ + ТК + ТР$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентируемость, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании

выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;
- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными

образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.

- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;
- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствует поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	30
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на	15

поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	10
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	5
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	2
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценивания решения ситуационных задач

Критерии оценивания	Баллы
Верно решено 5 задач	10
Верно решено 4 задачи	5
Верно решено 3 задачи	2
Верно решено 0,1,2 задачи	0

Шкала оценивания практической подготовки

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не менее 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(не менее 3) или сформирован клинический навык	5
средняя активность на практической подготовке,	2

выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве от 1 до 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(от 1 до 3)	
низкая активность на практической подготовке, осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0

Шкала оценивания ответов на экзамене

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	30
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	20
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	10
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0

Итоговая шкала выставления оценки по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа студента в течение всего срока освоения дисциплины, а также баллы, полученные на промежуточной аттестации.

Баллы, полученные обучающимся в течение освоения дисциплины	Оценка по дисциплине
81-100	Отлично
61-80	Хорошо
41-60	Удовлетворительно
0-40	Неудовлетворительно