Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Куижева Саида Казбековна
Должность: Ректор
Дата подписания: 10.04.2025 10:45:38
Уникальный программный ключ:
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

МИНОБРНАУКИ РОССИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Майкопский государственный технологический университет»
Медицинский институт

Факультет Послевузовского профессионального образования

Кафедра Госпитальной хирургии и последипломного образования

УТВЕРЖДАЮ:
Проректор по научной работе
и инновационному развитию
_____ Т.А. Овсянникова
«30» 06 2025 года

ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 ХИРУРГИЯ (ОРДИНАТУРА)

Майкоп

Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения производственной (клинической) практики №2 (поликлиническая)

В процессе прохождения практики «Производственная (клиническая) практика № 2» (поликлиническая), ординаторы должны овладеть следующими компетенциями:

Универсальные компетенции (УК) характеризуются:

УК-1 - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

УК-2 - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

УК-3 - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:

в профилактической деятельности:

ПК-1 - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

ПК-2 - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

ПК-3 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной остановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

ПК-4 - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

в диагностической деятельности:

ПК-5 - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

в лечебной деятельности:

ПК-6 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;

ПК-7 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

в реабилитационной деятельности:

ПК-8 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

в психолого-педагогической деятельности:

ПК-9 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

в организационно-управленческой деятельности:

ПК-10 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

ПК-11 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

ПК-12 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами «Производственная (клиническая) практика № 2»

Фонды оценочных средств дисциплины включает:

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- ситуационные клинические задачи для текущего контроля знаний и для контроля остаточных знаний.

Критерии оценки знаний ординатора на зачете:

«Зачтено» - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

«Не зачтено» - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если ординатор показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации по практике «Производственная (клиническая) практика № 2»

1. Организация амбулаторно-поликлинической медицинской помощи и ее основополагающие принципы.
2. Функциональные обязанности участкового врача-хирурга.
3. Основные медицинские документы, используемые в работе врачом-хирургом (перечислить).
4. Паспорт врачебного участка (форма № 30/у.) - как важный документ, характеризующий деятельность участкового врача-хирурга, его разделы и порядок оформления.
5. Основные виды амбулаторно-поликлинических учреждений городского и сельского звена.
6. Организационно-штатная структура поликлиники.
7. Медицинская карта амбулаторного больного (УФ-025/ у), ее характеристика и порядок заполнения.
8. Медицинская карта для подростков (УФ-025/ю), ее характеристика и порядок заполнения.
9. Лист добровольного информированного согласия, ее характеристика и порядок заполнения.
10. Лист записи на прием к врачу (УФ-040/у), талон амбулаторного пациента (УФ 025-10/у-97), их характеристика и порядок заполнения.
11. Направление на консультацию, госпитализацию и во вспомогательные кабинеты, его характеристика и порядок заполнения.
12. Статистический талон для регистрации заключительного (уточненного) диагноза (УФ 025-8/у-95), его характеристика и порядок заполнения.
13. Контрольная карта диспансерного наблюдения (УФ-030/у), ее характеристика и порядок заполнения.
14. Книга записи вызовов врача на дом (УФ-031/у), ее характеристика и порядок заполнения.
15. Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром, профессиональном отравлении, необычной реакцией на прививку (УФ-058/у), его характеристика и порядок заполнения.
16. Журнал учета инфекционных больных (УФ-060/у), его характеристика и порядок заполнения.
17. Справка для получения путевки (УФ-070/у), ее характеристика и порядок заполнения.
18. Санаторно-курортная карта (УФ-072/у), ее характеристика и порядок заполнения.
19. Направление на медико-социальную экспертизу (УФ-088 /у), его характеристика и порядок заполнения.
20. Установление факта временной утраты трудоспособности, листок нетрудоспособности, его характеристика, порядок заполнения и выдачи.
21. Справка о временной нетрудоспособности студента, учащегося техникума, профессионально-технического училища по болезни (УФ-095/у), ее характеристика и порядок заполнения.
22. Журнал регистрации умерших на дому (УФ-279/у), его характеристика и порядок заполнения.
23. Дневник работы врача поликлиники (амбулатории, диспансера, консультации) (УФ), его характеристика и порядок заполнения.
24. Сводная ведомость заболеваний, подлежащих диспансерному наблюдению (УФ), его характеристика и порядок заполнения.

25. Врачебное свидетельство о смерти, его характеристика и порядок заполнения.

26. Журнал записи заключений КЭК, его характеристика и порядок заполнения.

27. Книга регистрации листков нетрудоспособности, ее характеристика и порядок заполнения.

28. Предназначение, срок действия рецептурного бланка формы №148-1/у-88 и порядок его выписывания (приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175 н).

29. Предназначение, срок действия рецептурного бланка формы №148-1/у-04 л, и № №148-1/у-06 л и порядок их выписывания (приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175 н).

30. Предназначение, срок действия рецептурного бланка формы №107-1/у и порядок его выписывания (приказ МЗ РФ от 20.12.2012 г. №1175 н).

31. Порядок хранения рецептурных бланков в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

32. Методы общеклинического обследования больного в амбулаторно-поликлиническом учреждении.

33. Структура и содержание клинического диагноза: формулировка предварительного и окончательного диагнозов в соответствии с «Международной статистической классификацией болезней».

34. Определение показаний для госпитализации больных хирургического профиля амбулаторно-поликлинического звена в плановом и экстренном порядке.

35. Порядок составления плана лечения конкретного больного и проведения профилактических и реабилитационных мероприятий.

36. Составление программы реабилитации больного.

37. Организация и проведение диспансеризации населения.

48. Критерии эффективности диспансеризации, оформление документации по итогам диспансеризации.

49. Организация работы дневного стационара и стационара надому амбулаторно-поликлинического учреждения.

44 .Составление плана обследования и лечения больного с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки.

45. Основные принципы послеоперационного ведения больных.

46. Профилактика и лечение некоторых послеоперационных осложнений (пневмония, аспирационная пневмония, инфаркт, тромбоэмболические осложнения и т.д.)

47. Шок, определение, современная концепция об этиологии и патогенезе.

48. Классификация шока, клиника, лечение.

49. Анафилактический шок, причины, классификация. Клиника, лечение, осложнения.

50. Эндотоксический шок. Классификация. Клиника.

51. Принципы лечения эндотоксического шока.

52. Современная классификация и лечение методов детоксикации организма.

53. Геморрагический шок. Патофизиология. Диагностика. Лечение.

54. Классификация хирургической инфекции.

55. Возбудители и условия развития гнойной инфекции в организме.

56. Клинические аспекты течения гнойных ран.

57. Иммунитет. Методы его коррекции.

58. Общие принципы лечения и профилактики хирургической инфекции.

59. Ноздкомиальная инфекция. Особенности клиники, лечение, профилактика.

60. Специфическая иммунная профилактика раневой инфекции.

61. Основные принципы антибактериальной терапии в хирургии.

62. Основные принципы выбора антибактериальных препаратов.

63. Современная классификация антисептиков.

64. Основные принципы асептики.

65. Основные лечения гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.

66. Фурункул, фурункулез. Этиология, патогенез. Клиника. Современные методы лечения.

67. Карбункул. Причины. Клиника. Лечение.

68. Гидраденит. Этиология, патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.

69. Рожистое воспаление. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.

70. Лимфангоит, классификация. Клиника. Лечение.

71. Лимфаденит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.

72. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Современные принципы лечения.

73. Хронический остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.

74. Гнойный артрит. Этиология, патогенез. Клиника. Лечение.

75. Панариций. Классификация. Клиника. Лечение.

76. Флегмона кисти. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.

77. Сепсис. Современная концепция. Классификация. Клиника. Современные методы лечение. Осложнения.

78. Столбняк. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные методы лечение. Профилактика.

79. Анаэробная гангрена. Этиология, патогенез. Диагностика. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.

80. Гнойные заболевания молочной железы. Классификация. Диагностика Клиника. Лечение.

Ситуационные задачи для текущего контроля и контроля остаточных знаний ординаторов по «Производственной (клинической) практике №2»

Задача №1

У женщины 35 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно возникли сильные боли в правой руке. Осмотрена через час дома. Объективно: Правая рука бледная в области кисти и предплечья, холодная на ощупь. Пальпация этих отделов руки резко болезненная, мышцы умеренно напряжены. Активные движения в пальцах правой руки снижены в объеме, пассивные движения в полном объеме. Тактильная и болевая чувствительность резко снижена. Пульсация магистральных артерий правой руки определяется только на уровне подмышечной артерии, дистальнее она отсутствует.

Вопросы к задаче:

1. Этиология и патогенез развития данного заболевания. Ваш диагноз.
2. Клиническая классификация этого заболевания.
3. План обследования пациентки.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную
5. патологию?
6. Какова должна быть лечебная тактика, в зависимости от стадии заболевания?
7. Объем медицинской помощи.
8. Возможные осложнения в послеоперационном периоде.
9. Меры профилактики повторения этого заболевания.

Эталон ответа:

1. Диагноз – митральный порок сердца, мерцательная аритмия. Осложнение – эмболия правой подмышечной артерии, острая ишемия 2-а ст.

2. Классификация предусматривает этиологию заболевания (свыше 95% кардиопатии);

необходимо оценить тяжесть острой ишемии (1, 2, 3 ст.);

локализацию окклюзии.

3. План обследования:

1) - общепринятый объем; анализ крови, мочи, ЭКГ;

2) доплерографическая оценка состояния сосудов.

4. Тромбоз подключичной вены; острый неврит, острый миозит.

5. Лечебная тактика – экстренная операция – эмболэктомия.

6. Объем операции: при компенсированной ишемии – эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ишемии тоже самое плюс детоксикационные мероприятия.

7. Возможные осложнения после операции: тромбоз артерии, некроз части мышц конечности; гангрена конечности; осложнения со стороны сердца, легких, почек.

8. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы; медикаментозная терапия антиагрегантами.

Задача №2

Больной 40 лет обратился с жалобами на дефект кожи по медиальной поверхности нижней трети левой голени, существующий более 3 лет. При осмотре левая голень толще правой. Имеется отек в области стопы, нижней и средней третей голени. Кожа нижней трети голени блестящая, коричневого цвета, лишена волос, сухая, плотная, в складку не берется. Имеется варикозное расширение вен по передней и медиальной поверхности голени. Над медиальной лодыжкой округлый дефект кожи диаметром около 3 см, дно покрыто фибрином, некротическими тканями.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Клиническая классификация данной патологии?
3. Дифференциальная диагностика причин возникновения дефекта кожи?
4. План обследования больного?
5. Возможности инструментальных методов исследования?
6. Направления консервативной терапии?
7. Этапы хирургического лечения? Возможности малоинвазивных технологий?

Эталон ответа:

1. Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, хроническая венозная недостаточность III степени, открытая венозная трофическая язва левой голени.

2. Классификация варикозной болезни (Москва, 2000г.) учитывает форму заболевания, степень ХВН и её осложнения:

- Формы варикозной болезни:

1. Внутрикожный и подкожный сегментарный варикоз без патологического веновенозного сброса (рефлюкса).

2. Сегментарный варикоз с рефлюксом по поверхностным или перфорантным венам.

3. Распространенный варикоз с рефлюксом по поверхностным и перфорантным венам.

4. Варикозное расширение при наличии рефлюкса по глубоким венам.

- Хроническая венозная недостаточность: 0 – III степень.

0 Признаки отсутствуют

I Синдром «тяжелых ног», преходящий отёк

I Стойкий отёк, гипер- или гипопигментация,

I липодерматосклероз, экзема

I Венозная трофическая язва (открытая или

II зажившая)

- Осложнения: кровотечение, тромбофлебит, трофическая язва

3. Дифференцировать трофические язвы при варикозной болезни, посттромбофлебитической болезни, хронической артериальной недостаточности, сахарном диабете, нейротрофических расстройствах.

4. -Функциональные пробы на клиническом этапе обследования.

-Инструментальная диагностика: ультразвуковая допплерография, ультразвуковое дуплексное сканирования вен, радионуклиднаяфлебосцинтиграфия, посев с язвы на флору и чувствительность к антибиотикам.

5. Ультразвуковая допплерография, как метод скрининговой диагностики признаков варикозной болезни. Ультразвуковое дуплексное ангиосканирование и радионуклиднаяфлебосцинтиграфия дают исчерпывающую информацию о состоянии подкожных, глубоких и перфорантных вен.

6. Компрессионная терапия (эластичные бинты, компрессионный трикотаж), медикаментозное лечение (флеботоники, дезагреганты, НПВС, антибиотики, стимуляторы репаративных процессов, местное лечение).

7. Первый этап – ликвидация рефлюкса по несостоятельным перфорантным венам (эндоскопическая субфасциальнаядиссекция, эндовазальная лазерная коагуляция, склерозирование). Второй этап – венэктомия, (кроссэктомия, удаление стволов подкожных вен и притоков) после восстановления трофики или заживления язвы.

Задача №3

Больная, 52 лет, обратилась к врачу с жалобами на высокую температуру тела до 39^0С, покраснение, отек правой стопы и голени, наличие пузырей на коже правой голени.

Из анамнеза: год назад находилась на стационарном лечении по поводу идентичной патологии.

При осмотре: кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. PS – 96 в минуту, ритмичный. Артериальное давление – 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Statuslocalis: правая голень резко отечна, с переходом на стопу, кожные покровы ярко гиперемированы с четкими границами, имеются множественные пузыри с серозным содержимым и участки диэпителизации.

В области I межпальцевого промежутка правой стопы – инфицированная трещина.

Вопросы к задаче:

1. Клинический диагноз.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Клиническая классификация данного заболевания.
4. Основные принципы лечения данной патологии.

Эталон ответа:

1. Рожистое воспаление голени.
2. Чаще стрептококковая инфекция. Входные ворота обычно острые травматические повреждения, либо трещины в зоне межпальцевых промежутков, возможно грибковые повреждения пальцев и ногтей.
3. Стадии: эритематозная, булезная, гангренозная.
4. Антибактериальная, детоксикационная терапия, местно повязки с антисептическими средствами. Специфическое лечение первичного очага инфекции.

Задача №4

У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии.

Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 х 4 см с неизмененной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Классификация этой патологии.
3. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
4. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
5. Какую тактику лечения следует избрать?
6. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
7. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
8. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

Эталон ответа:

1. Эпифренальный пульсионный дивертикул пищевода.
2. По механизму возникновения выделяют пульсионные и тракционные дивертикулы, релаксационные и спаечные, по локализации – глоточно-пищеводные (дивертикулы Ценкера), дивертикулы средней трети (бифуркационные) и наддиафрагмальные.
3. В данном случае ведущим механизмом возникновения дивертикула, по-видимому, является затруднение прохождения пищи в нижележащих отделах пищевода.

4. Обязательный метод обследования – рентгеноскопия пищевода. Для углубленной диагностики причин возникновения дивертикула – гастроскопия, рентгенография легких, спиральная компьютерная томография средостения.

5. Лечебная тактика зависит от причины дивертикула и тяжести его проявлений. В наиболее тяжелых случаях, при развитии осложнений или большом (более 10 см) размере дивертикула – резекция пищевода, дивертикулэктомия, инвагинация дивертикула (доступ – чаще левосторонняя заднебоковая торакотомия).

6. Курс консервативного лечения включает диету (исключение горячей или очень холодной, грубой, острой и кислой пищи), прием растительного или облепихового масла, атропин, антациды, сон в определенном положении тела (для дренирования содержимого дивертикула).

7. Воспаление (дивертикулит), изъязвление, кровотечение, перфорация с развитием медиастинита, сегментарный эзофагит.

Задача №5

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 ^{0}С, стала затруднительной ходьба.

При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?
5. Осложнения при данном заболевании?
6. Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболевания и объем пособия?

Эталон ответа:

1. Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, осложненная острым восходящим поверхностным тромбофлебитом (варикотромбофлебитом) в бассейне большой подкожной вены.

2. Триада Вирхова - изменение реологии крови (состояние гиперкоагуляции), травма стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз). Способствующие факторы - возраст, ожирение, операции и травмы, длительная иммобилизация, беременность и роды, онкологические заболевания, тромбофилические состояния (генетические изменения факторов коагуляции) и др. В большинстве случаев осложняет течение варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни.

3. -по распространенности: сегментарный (локальный), восходящий;

4. -по локализации: в бассейне большой или малой подкожных вен;

5. -по характеру воспаления: асептический (негнойный), гнойный.

6. С лимфангоитом, рожистым воспалением и аллергическим дерматитом, с ущемленной бедренной грыжей при локализации процесса в варикозной аневризме терминального отдела большой подкожной вены.

7. Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии (при восходящем тромбофлебите).

8. При сегментарном тромбофлебите на голени – консервативное лечение амбулаторно, при первичной локализации тромбоза на бедре консервативное лечение и

наблюдение в стационаре, при восходящем тромбофлебите – операция Троянова-Тренделенбурга (разобщение сафено-феморального соустья, кроссэктомия) в экстренном порядке с возможным одномоментным удалением ствола тромбированной вены и последующим решением вопроса об устранении варикозного синдрома.

Задача №6

Больной 40 лет обратился к хирургу с жалобами на распирающую боль в области мизинца правой руки. Трое суток назад уколол палец гвоздем, тогда же рану обработал раствором йода. Постепенно интенсивность болей нарастала, появился выраженный отек тканей всего пальца.

Объективно отмечается отечность и болезненность 5 пальца правой кисти, на ладонной его поверхности в области основной фаланги имеется рана 2х2 мм, покрытая коркой. Движения в пальце ограничены из-за усиливающейся при этом боли.

Вопросы к задаче:

1. Варианты диагноза?
2. Какие условия необходимо соблюдать при лечении данной патологии?
3. Какой вид оперативного вмешательства целесообразен в данной ситуации?
4. Развитие каких осложнений возможно при данном заболевании?
5. Определите трудоспособность.

Эталон ответа:

1. Подкожный или сухожильный панариций 5-го пальца правой кисти.
2. Правило пяти О:
3. - обстановка,
4. - обезболивание,
5. - обескровливание,
6. - отток (операция)
7. - обездвиживание.
8. В скрытие и дренирование по Клапу.
9. Костный панариций, пандактилит, гнойный тенобурсит 5-го пальца, перекрестная и Пироговская флегмоны.
10. Выдача больничного листа с учетом профессии.

Задача № 7

К врачу обратилась женщина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу, повышенное слюнотечение. Назначено 0,1 % раствор атропина перед приемом пищи. Состояние здоровья нормализовалось. Через 3 дня при рентгеноскопии патологии не обнаружено.

Вопросы к задаче:

Какая последующая тактика врача?

Эталон ответа:

Направление на фиброэзофагоскопию.

Задача № 8

При рентгенологическом исследовании желудка у больного с подозрением на рак рентгенолог обнаружил сужение просвета тела желудка (с-м "песочных часов").

Вопросы к задаче:

Какой макроскопической форме роста рака отвечает данная картина?

Эталон ответа:

Рентгенологическая картина отвечает инфильтративной форме роста (скир).

Задача № 9

Больной 59 лет. Жалобы на тупую боль в эпигастрии, не связанную с приёмом пищи, отрыжку воздухом. Считает себя больным в течение 9 лет. Лечился по поводу атрофического гастрита, последний курс лечения прошел месяц назад без эффекта. Объективно: кожа бледная, периферические л/в не увеличены; живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень – около края рёберной дуги. Пальцевое исследование прямой кишки – в параректальній клетчатке обнаружено плотно-эластичное образование до 3 см в диаметре.

Вопросы к задаче:

Какой предварительный диагноз?

Эталон ответа:

Рак желудка.

Задача № 10

Больная 30 лет, обратилась по поводу постоянных запоров в течение многих лет. Оправляется с трудом 1 раз в 3-4 дня, каловые массы твердые, без примеси слизи и крови. В течение 2 месяцев принимает слабительные (пурген). Объективно: без особенностей, за исключением снижения тонуса брюшных мышц. Пальцевое исследование прямой кишки, ирригография без патологических изменений.

Вопросы к задаче:

1. Вероятная причина запоров?
2. Ваше мнение о приеме слабительных?
3. Ваши рекомендации по медикаментозному лечению и их обоснование?
4. Ваши советы по диете?
5. Какие другие рекомендации?

Эталон ответа:

1. Хронический запор функционального происхождения.

2. Прекратить прием пургена и других раздражающих слабительных (касторовое масло, солевые слабительные, экстракты крушины и др.)

3. Можно рекомендовать периодический прием вазелинового масла во время еды. Парафиновое масло улучшает кишечный транзит без раздражения кишечника и не препятствует всасыванию жирорастворимых витаминов.

4. Продукты, богатые клетчаткой, при каждой еде: хлеб с отрубями, зеленые овощи, салат, свежие фрукты, сухофрукты, обильное питье.

5. Ежедневные гимнастические упражнения для брюшного пресса; питье холодной воды натощак; дефекация в одно и то же время.

Задача №11

Девушка 18 лет, поступила по поводу отеков на голенях и общую слабость. 3 года назад поносы, находили анемию, назначенное лечение (диета) со-блюдала нерегулярно. Отеки появились 3 недели назад. Объективно: пониженного питания (рост - 165 см, масса тела - 46 кг), бледная. Отеки голеней и стоп мягкие, безболезненные, без признаков воспаления. Пульс - 100 в минуту, на верхушке систолический шум без ирра-диации. АД - 100/75 мм рт. ст. Анализ крови: Hb - 90 г/л, железо - 6 мкмоль/л, общий белок - 46 г/л, натрий - 144 ммоль/л, калий - 2.8 ммоль/л, кальций - 1.6 ммоль/л. Анализ мочи: норма.Экг: диффузное уплощение зубцов Т. Рентгенография грудной клетки без особенностей.

Вопросы к задаче:

1. Возможная причина отеков?
2. Какая возможная причина гипопротеинемии?

3. Как объединить все симптомы? О каком заболевании можно думать?
4. Какие дополнительные исследования требуются?
5. Ваши назначения по лечению

Эталон ответа:

1. Отеки означают гипергидратацию и могут происходить от трех основных причин. Тахикардия, систолический шум на верхушке и изменения ЭКГ позволяют думать о возможности заболевания сердца с застойной правожелудочковой недостаточностью. Однако, нормальные размеры сердца, отсутствие гепатомегалии это предположение исключают. Декомпенсированный цирроз печени исключается в силу отсутствия других признаков портальной гипертензии и патологии печени. Нефротический синдром может быть установлен в связи с отсутствием протеинурии.

2. При отсутствии болезни печени, почек и достаточном питании наиболее вероятной причиной гипопротеинемии может быть заболевание тонкого кишечника с развитием синдрома мальабсорбции. В этой связи следовало бы при сборе анамнеза обратить большее внимание на поносы и их характер.

3. Синдром мальабсорбции, похудание, гипопротеинемия, отеки. О железодефицитной анемии, дистрофии миокарда.

4. Анализ кала, диастаза мочи, колоноскопии с биопсией слизистой подвздошной кишки (энтерит, целиакия).

5. Больной требуется коррекция нарушенного метаболизма: внутривенное введение глюкозы, хлорида калия, глюконата кальция, витаминов группы В. Показано переливание смеси аминокислот, парентеральное введение препаратов железа. В последующем - подбор диеты, заместительные ферментативные препараты.

Задача № 12

В клинику поступил больной 62 лет. Из анамнеза выявлено, что в течении ряда лет больной страдает запорами, а в последнее время появились кровотечения из прямой кишки при дефекации. Они непостоянные и необильные. Кровь темная, иногда с примесью слизи. Признаков кишечного дискомфорта и болей внизу живота нет.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для его уточнения?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз опухоль толстой кишки, геморрой

2. Ректороманоскопия, колоноскопия с биопсией, ирригоскопия, рентгеноскопия кишечника, кал на копрологию и дисбактериоз, анализы крови общий и биохимические.

Задача № 13

У больной 25 лет появились проблемы со стулом: частый, жидкий стул в течении нескольких последних недель периодически сменяется запором. Предпринятая медикаментозная терапия неэффективна. Похудела, стала уставать. Случайно обнаружила повышение температуры. Объективно: кожные покровы бледноваты, сухие. Тахикардия 85 уд/мин, систолический шум на верхушке. Живот при пальпации слегка напряжен и болезнен в области пупка.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Назначьте план исследований?

Эталон ответа:

1. Синдром раздраженной кишки с поносами и запорами

2. Анализы крови общий и биохимические, кал на копрологию, сахар крови, ЭКГ, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия, УЗИ органов брюшной полости, кал на дисбактериоз, ЭхоКГ, консультация невропатолога.

Задача № 14

У больной 60 лет на фоне немотивированной слабости стали появляться боли в суставах, их припухлость. При обследовании в крови: НЬ 70 г/л, СОЭ 52 мм/ч. В роду по материнской линии отмечаются раковые заболевания.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования больного?

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз – опухоль неуточненной локализации.
2. Необходимо углубленное обследование внутренних органов, в том числе – гинекологическое для поиска неоплазмы.

Задача № 15

Больной, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возникает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились 1/2 года назад, имеют тенденцию к прогрессированию.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД — 18 в 1 минуту. Пульс — 76 в 1 минуту, ритмичный. АД — 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Вопросы к задаче:

1 О каком заболевании можно думать?

2 Классификация данного заболевания?

3 Вариабельность клинической картины в зависимости от различии в этиопатогенезе?

4 Какие методы исследования подтвердят Ваш диагноз?

5 Какие могут развиться осложнения?

6 Методы лечения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Травматическая диафрагмальная грыжа
2. Классификация диафрагмальных грыж (К.Д.Тоскин, 1990)

— Грыжи собственно диафрагмы:

а) *врожденные* : реберно-позвоночные, грудинно-реберные, грыжи купола диафрагмы, аплазия диафрагмы

б) травматические

в) релаксация диафрагмы (невропатические грыжи)

— *Грыжи естественных отверстий диафрагмы*:

а) короткий пищевод (врожденный, приобретенный)

б) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы

в) параэзофагеальные грыжи

3. Для грыж собственно диафрагмы характерны кардиореспираторные (одышка, цианоз, тахикардия) и гастроинтестинальные симптомы (боли в эпигастрии, рвота, задержка стула и газов)

Для грыж естественных отверстий диафрагмы характерны симптомы рефлюкс-эзофагита (чувство жжения за грудиной, изжога, усиливающиеся при работе нагнувшись)

4. Обзорная и контрастная рентгенография, ФГДС и УЗИ.

5. Ущемление

6. Оперативное лечение – пластика диафрагмы собственными тканями или аллопластическим материалом.

Задача № 16

У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии.

Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 х 4 см с неизмененной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Классификация этой патологии.
3. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
4. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
5. Какую тактику лечения следует избрать?
6. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
7. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
8. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

Эталон ответа:

1. Эпифренальныйпульсионный дивертикул пищевода.

2. По механизму возникновения выделяют пульсионные и тракционные дивертикулы, релаксационные и спаечные, по локализации – глоточно-пищеводные (дивертикулы Ценкера), дивертикулы средней трети (бифуркационные) и наддиафрагмальные.

3. В данном случае ведущим механизмом возникновения дивертикула, по-видимому, является затруднение прохождения пищи в нижележащих отделах пищевода.

4. Обязательный метод обследования – рентгеноскопия пищевода. Для углубленной диагностики причин возникновения дивертикула – гастроскопия, рентгенография легких, спиральная компьютерная томография средостения.

5. Лечебная тактика зависит от причины дивертикула и тяжести его проявлений. В наиболее тяжелых случаях, при развитии осложнений или большом (более 10 см) размере дивертикула – резекция пищевода, дивертикулэктомия, инвагинация дивертикула (доступ – чаще левосторонняя заднебоковая торакотомия).

6. Курс консервативного лечения включает диету (исключение горячей или очень холодной, грубой, острой и кислой пищи), прием растительного или облепихового масла, атропин, антациды, сон в определенном положении тела (для дренирования содержимого дивертикула).

7. Воспаление (дивертикулит), изъязвление, кровотечение, перфорация с развитием медиастинита, сегментарный эзофагит.

Задача № 17

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

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Какова этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Опишите рентгенологическую семиотику заболевания.
6. Какие стадии заболевания по Б. В. Петровскому следует различать?
7. Какие виды лечения применяются при данном заболевании?
8. Каковы показания к оперативному лечению, варианты операций?

Эталон ответа:

1. Ахалазия пищевода
2. Рентгеноконтрастное исследование, фиброэзофагоскопия, эзофагоманометрия.
3. В основе заболевания лежит поражение парасимпатического отдела вегетативной нервной системы (ауэрбахово сплетение), волокон блуждающего нерва (Уоллеровская дегенерация) и гиперчувствительная реакция к холинэргической стимуляции и гастрину. В результате последовательных нарушений изменяется рефлекс раскрытия кардии, появляется нескоординированная непропульсивная моторика пищевода. Большое значение в развитии заболевание придается общим психоневротическим факторам.
4. Дифференцировать данную патологию необходимо с диффузным эзофагоспазмом, другими заболеваниями пищевода, проявляющимися дисфагией (дивертикулы, рак, рубцовый стеноз).
5. Основные рентгенологические признаки – расширение пищевода и наличие узкого сегмента в области физиологической кардии (симптом «клюва»), отсутствие газового пузыря желудка.
6. По классификации Б.В. Петровского различают 4 стадии ахалазии.
7. Нитраты, антихолинергические препараты, β-адреномиметические средства, блокаторы кальциевых каналов, баллонная пневмодилятация.

Оперативное лечение показано при отсутствии стойкого эффекта после кардиодилятации, невозможности провести кардиодилятацию при IV стадии заболевания. Операцией выбора является эзофагокардиомиотомия с пластикой дефекта мышечного слоя лоскутом диафрагмы на ножке по Б.В. Петровскому или передней стенкой желудка по Т.А. Суворовой.

Задача № 18

Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38^0С. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя. Объективно: В области ануса на 5 – 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2 х 3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.

Вопросы к задаче:

1. О каком заболевании идет речь?

2. Клиническая классификация этого заболевания?

3. Характерен ли для данной патологии продормальный период?

4. Какие методы дополнительного обследования необходимо выполнить, в чем заключается подготовка к ним и почему это должно выполняться в дневное время?

5. Назначьте лечение при данном заболевании?

6. Перечислите клинико-патогенетические формы хронического и острого вариантов течения данной патологии?

7. В чем заключается профилактика данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Острый парапроктит

2. Подслизистый, подкожный, ишиоректальный и пельвиоректальный парапроктиты.

3. Да, характерен

4. При наличии свищевого хода необходимо выполнить фистулографию

5. Вскрытие парапроктита, с иссечением пораженной анальной крипты, антибиотикотерапия, перевязки с мазевыми тампонами

6. Острый парапроктит: подкожный, подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный. Хронический парапроктит: интрасфинктерный, транссфинктерный, экстрасфинктерный свищ прямой кишки (полный или неполный)

7. Соблюдение правил личной гигиены

Задача № 19

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

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

Вопросы к задаче:

Каков Ваш диагноз?

1. Клиническая классификация этого заболевания?

2. Этиопатогенез данного заболевания?

3. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?

4. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации?

5. Методы и объем неотложной помощи при этой патологии? Методы лечения данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Диагноз: Тромбоз наружных геморроидальных узлов. Кровопотеря средней степени тяжести.

2. *Классификация*:

I. По этиологии: — врожденный

— приобретенный

— первичный

— вторичный

II. По локализации: — внутренний (подслизистый)

— наружный (подкожный)

— межуточный (под переходной складкой)

III. По течению: — острый

— хронический

3. Этиопатогенез: возможно появление связано с конституционально-обусловленной слабостью соединительной ткани. Важное значение имеют дисфункция сосудов, усиление притока артериальной крови по улитковым артериям и снижение оттока по кавернозным венам, что приводит к увеличению размеров кавернозных телец и появлению геморроидальных узлов. Другими факторами являются: повышение венозного давления вследствие запоров, длительной работы в положении стоя и сидя, тяжелого физического труда, беременности, злоупотребление алкоголем и острой пищей.

4. Наружный осмотр, пальцевое исследование, аноскопия, ректоскопия, ректороманоскопия.

5. Тампонада анального жома, свечи с адреналином.

6,7.При продолжающимся кровотечении показана геморроидэктомия, клипирование геморроидальных узлов, склерозирующая терапия, лигирование латексными кольцами, инфракрасная фотокоагуляция, электрокоагуляция.

Задача № 20

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне — наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 х 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово — синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз? Каковы причины данного заболевания?
2. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
3. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какова лечебная тактика? Можно ли продолжать грудное кормление ребенка?
5. Какие средства могут применяться для прекращения лактации?
6. Назначьте антибактериальную терапию Меры профилактики данного заболевания?

Эталон ответа:

1. Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации.
2. Причиной являются инфекция, входными воротами являются трещины сосков, протоки, а также застой молока в железах.
3. — ОАК, ОАМ.

— УЗИ молочной железы.

— Пункционная биопсия.

4. Мастопатия, рак.
5. В данном случае показана консервативная терапия в сочетании с физиотерапией.
6. Грудное кормление не прекращают.
7. Бромкриптин, парлоден.
8. Цефазолин 1,0 или защищенные пенициллины (амоксиклав).
9. Тщательный уход за молочными железами, сцеживание молока.

Задача № 21

Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 °С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался,

поскольку находился в командировке. За период болезни четыре раза был стул, дважды жидкий.

Объективно: язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минуту, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное при пальпации, малоподвижное. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, Hb — 140 г/л.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
3. Какова дальнейшая тактика лечения?
4. Каков арсенал консервативной терапии?
5. Показания к операции?
6. Суть и объем операции?
7. Оптимальные сроки для выполнения операции в отдаленном периоде?

Эталон ответа:

1. Острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом.
2. Лабораторная диагностика, ректальное исследование, УЗИ и КТ брюшной полости, ирригография (скопия), колоноскопия с биопсией для исключения опухоли слепой кишки.
3. В стадию плотного инфильтрата тактика консервативно — выжидательная, при его абсцедировании – срочное оперативное вмешательство.
4. Комплексное консервативное лечение, включая постельный режим, щадящую диету, в ранней фазе — холод на область инфильтрата, а после нормализации температуры физиолечение (УВЧ). Антибактериальная, противовоспалительная терапия, внутритазовая блокада по Школьникову, лечебные клизмы, иммуностимуляторы и т.д.
5. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата.
6. Вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей.
7. После полного стихания воспалительного процесса в брюшной полости не ранее, чем через 6 месяцев показано выполнение плановой аппендэктомии.

Задача № 22

Больной В., 34 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на незаживающую язву правой голени. В детстве была травма голени –скальпированная рана. В последующем сформировался деформирующий рубец, легко травмируемый. Периодически в области рубца образовывалась поверхностная язва, которая закрывалась после лечения мазевыми повязками. Последнее обострение месяц назад — появилась язва в области рубца, размерами до 1 см в диаметре, эффекта от лечения мазевыми повязками нет, язва увеличилась до 3-х см в диаметре, края стали плотными, подрытыми, пальпация безболезненная. В правой паховой области пальпируются два плотных малоподвижных без болезненных узла 1 см и 1,5 см в диаметре.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Назовите методы уточняющей диагностики?
3. Какой метод морфологической верификации диагноза следует использовать?
4. Возможное прерастомозное состояние и факторы риска возникновения заболевания?
5. План лечения?

6. Назовите методы профилактики рецидива заболевания?
7. Определите трудоспособность?

Эталон ответа:

1. Опухоль мягких тканей.
2. Для мягкотканых сарком предпочтительнее МРТ-диагностика, обеспечивающая лучшее определение границы между опухолями и мягкими тканями.
3. Эксцизионная биопсия, т.к. пункционная биопсия часто неэффективна.
4. К факторам риска относят: радиоактивное облучение, действие химических веществ, генетические нарушения.
5. Тактика лечения во многом определяется морфологическим типом опухоли. В любом случае, основа лечения – хирургическое удаление опухоли, при необходимости его дополняют лучевой и (или) химиотерапией.
6. Исключить факторы риска рецидива заболевания.
7. Прогноз в плане трудоспособности сомнительный.

Задача № 23

Больная К, 23 лет, в детстве перенесла какое-то инфекционное заболевание. Длительно не могла ходить. Со временем опорность нижних конечностей частично восстановилась. При осмотре: выраженная гипотрофия мягких тканей левых бедра и голени, активное подошвенное сгибание стопы произвести не может. Передний отдел стопы в нагрузке не участвует, угол между осью голени и стопы равен 60 градусам. Пятка кажется увеличенной за счет утолщения мягких тканей и кожных покровов. При ходьбе нагрузка происходит только на пятку, омозолелость по ее поверхности.

Вопросы к задаче:

1. Какое заболевание перенесла больная?
2. Как называется описанная деформация стопы?
3. Чем обусловлена деформация?
4. Предполагаемый план лечения.

Эталон ответа:

1) Полиомиелит. В настоящее время - остаточные явления полиомиелита.
2) «Пяточная стопа».
3) Деформация обусловлена вялым параличом мышц голени и стопы, преимущественно - икроножных мышц.
4) Возможна сухожильно-мышечная пластика с предварительным артродезом мелких суставов корня стопы.

Задача № 24

Больная Х, 40 лет, жалуется на боли в стопах, которые особенно усиливаются к вечеру. При осмотре: передние отделы стоп распластаны, первые пальцы отклонены кнаружи до 45 градусов, головки плюсневых костей отклонены в подошвенную сторону, деформированы. На подошвенной стороне стоп на уровне головок - болезненные омозолелости, 2-5 пальцы «молоткообразные», на тыльной поверхности межфаланговых суставов - мозоли.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Причины образования деформации стоп?
3. План лечения.

Эталон ответа:

1) Распластанность передних отделов стоп, haluxvalgus, «молоткообразные 2-5 пальцы стоп, статическая недостаточность нижних конечностей.

2) Врожденной слабостью мышечно-связочного аппарата стоп, особенностью трудовой деятельности, статической недостаточностью нижних конечностей.

3) Лечение оперативное — реконструкция передних отделов стоп.

Задача № 25

Мужчина Н, 21 года, упал с велосипеда на отведенную правую руку. Жалуется на боли в области надплечья. При осмотре: левой рукой поддерживает правую, правое надплечье опущено. Голова наклонена вправо. В области надплечья- деформация, кровоизлияние. Пассивные движения в плечевом суставе возможны, но болезненны, активные - резко ограничены из-за усиления боли. Правое надплечье укорочено.

Вопросы к задаче:

Обоснуйте диагноз и составьте план обследования и лечения.

Эталон ответа:

1) Диагноз: Закрытый перелом правой ключицы.

2) Рентгенография правой ключицы в прямой и аксиальной проекции. После новокаиновой блокады в гематому в область перелома (1-2 процентный -15,0) репозиция и наложение «костыльной» повязки или фиксирующей повязки Смирнова-Вайнштейна на 4-5 недель.

Задача № 26

Больному 25 лет поставлен диагноз: «Перелом левой ключицы в средней трети. Осуществлена одномоментная репозиция отломков, наложены ватно-марлевые кольца Дельбе. Через два дня больной отметил деформацию в области надплечья, усилились боли.

Вопросы к задаче:

Назовите причину указанного осложнения, поставьте диагноз и составьте план обследования и лечения больного.

Эталон ответа:

1) Ватно-марлевые кольца Дельбе- прежде всего, иммобилизация транспортная; в случае использовния их для целей лечебной иммобилизации следует дополнительно использовать пояс.

2) Необходимо после обезболивания повторить репозицию и провести лечение «костыльной» повязкой или повязкой Смирнова-Вайнштейна.

Задача № 27

При осмотре школьников в классе выявлено, что у 5 подростков 12-13 лет имеется ассиметрия расположения надплечий, уплощение грудной клетки, боковое искривление туловища. Жалоб дети не предъявляют.

Вопросы к задаче:

1. Какие заболевания можно предположить?

2. Какие диагностические исследования следует применить?

3.Какие методы профилактики и лечения следует применить в каждом из возможных случаев болезни?

Эталон ответа:

1) Сколиотическая осанка, сколиотическая болезнь 1-2 ст.

2) Рентгенография позвоночника стоя и лежа в прямой проекции. Исследование нервно-мышечного аппарата

3) Рациональный режим, рациональная мебель, ЛФК и массаж мышц спины, плавание, постель со щитом, отказ от осевых нагрузок на позвоночник. Санаторно-курортное лечение или пребывание в школе-интернате. Диспансерное наблюдение ортопеда.

Задача № 28

Больной К., 15 лет, при ударе ногой по мячу почувствовал резкую боль в верхней трети голени по передней поверхности. При попытке идти, не мог активно разогнуть голень. Пальпация в области метафиза большеберцовой кости спереди очень болезненная, при этом обнаруживается подвижность костного фрагмента. Надколенник располагается высоко. Бугристость большеберцовой кости на больной ноге увеличена.

Вопросы к задаче:

Обоснуйте клинический диагноз и тактику лечения.

Эталон ответа:

1) Диагноз - отрыв бугристости большеберцовой кости. Тактика лечения - оперативная - остеосинтез. Из-за тяги четырехглавой мышцы консервативное лечение не перспективно.

Задача № 29

Больная И., 68 лет, упала на левый локоть, почувствовала резкую боль в левом плечевом суставе. При осмотре левый плечевой сустав увеличен в объеме, поколачивание по локтю вызывает боль в плечевом суставе. Пассивные движения в плечевом суставе болезненны, но возможны. При вращении плеча за его дистальный конец не ощущается костная крепитация, головка плечевой кости движется вместе с дистальным концом плеча, пальпаторно определяется на обычном месте под акромиальным концом лопатки, Больная поддерживает руку за локоть в приведенном положении.

Вопросы к задаче:

1. Назовите вероятный диагноз повреждения.
2. Дополнительные методы обследования?
3. Сроки начала активных движений в плечевом суставе?
4. Какие вероятные повреждения возможны при данном механизме травмы?
5. Способ иммобилизации данного повреждения?
6. Назовите классификацию переломов плечевой кости.
7. Укажите возможные осложнения при переломах плечевой кости.
8. Назовите методы консервативного и оперативного лечения переломов плечевой кости.
9. Назовите классификацию и тактику лечения вывихов плеча в зависимости от давности травмы.

Эталон ответа:

1. З. Вколоченный перелом хирургической шейки левого плеча
2. Rg в 2х проекциях (обязательно)
3. ЛФК статического типа начиная со 2 недели, активные движения с 4 недели
4. Вывих плеча, перелом ключицы, перелом головки плечевой кости, сгибательный перелом надмыщелков плеча, необходимо исключать повреждение магистральных сосудов, нервов.
5. Учитывая возраст больной и то, что перелом вколоченный можно рекомендовать косыночную повязку.

У более молодых при вколоченном переломе – гипсовая иммобилизация по Турнеру (от

здорового плеча до головок пястных костей больной руки)

6. Переломы проксимального отдела (внутрисуставные – коловки, анатомической шейки; внесуставные – чрезбугорковые, хир шейки, эпифизеолизы, изолированные отрывы бугорков. Переломы проксимального отдела плечевой кости делятся также на аддукционные и абдукционные.

Диафиза (по уровню, по линии перелома, со смещением или без, осложнённые, не осложнённые)

Дистального отдела – надмыщелковые (сгибательные, разгибательные), переломы мыщелков

7. Повреждение сосудисто-нервного пучка

8. Консервативные (ручная репозиция, вытяжение на отводящей шине) Оперативное (экстра-, внеочаговый и интрамедулярный о/с)

9. До 3х дней свежий, 3 дня – 3 недели – несвежий, после 3 недель застарелый. Свежий – вправление под наркозом. Несвежий попытка вправления, при неудаче оперативное лечение. Застарелые – как, правило оперативное.

Задача № 30

Больная Е., 60 лет, поскользнулась и упала на тротуаре на разогнутую кисть левой руки. Жалуется на боли в области лучезапястного сустава, усиливающиеся при движении. Область лучезапястного сустава деформирована, пальпация резко болезненна.

Вопросы к задаче:

1. Назовите диагноз повреждения.
2. Техника репозиции при данном виде повреждения.
3. Какие еще повреждения могут быть при данном механизме травмы?
4. Дайте классификацию повреждений данной области.
5. Способ и сроки иммобилизации при данном повреждении?
6. Показания и способы хирургического лечения при переломах и вывихах костей предплечья и кисти.
7. Назовите возможные осложнения, при переломах костей предплечья, их причины и способы лечения.

Эталон ответа:

1. З перелом левой лучевой кости в типичном месте (перелом Колеса)

2. Рука на столе, т. о., чтобы кисть свисала, ассистент фиксирует руку за локтевой сгиб. Врач тянет по оси, придаёт сгибание и небольшое отведение в локтевую сторону. Гипсовая иммобилизация задней лонгетой до в/3 предплечья.

3. перелом венечного отростка и задний вывих предплечья + см задачу 27

4. Сгибательный, разгибательный, оскольчатый, вколоченный

5. 1 мес, см п 2

6. При оскальчатом переломе луча в типичном месте при невозможности удержать отломки консервативным путём – ЧКДО или о/с спицами. При переломах и вывихах костей запястья (также трудно удержать после репозиции) – ЧКДО, при переломах пястных костей и фаланг – о/с спицей

7. Повреждение нервов – с-мЗудека, контрактуры, нагноение – при открытых переломах

Задача № 31

У женщины, 25 лет, на следующий день после переохлаждения появились учащенное, болезненное мочеиспускание, боли внизу живота. Температура повышена.

Вопросы к задаче:

Поставьте диагноз. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения?

Эталон ответа.

Учащенное, болезненное мочеиспускание, боли над лоном, возникшие после переохлаждения, характерны для острого воспаления слизистой оболочки мочевого пузыря - цистита. Для подтверждения диагноза необходимо провести общий анализ мочи. При наличии пиурии диагноз становится окончательным.

Задача № 32

Больную, 48 лет, беспокоят слабость, жажда, снижение аппетита, увеличение выделения мочи до 3 л в сутки. Эти явления появились 3 мес.назад и постепенно усиливаются. В анамнезе у больной хронический пиелонефрит, артериальная гипертензия.

Вопросы к задаче:

Какие изменения произошли в почках у больной? Результатами каких исследований можно подтвердить эти изменения?

Эталон ответа.

Хронический пиелонефрит приводит к прогрессирующему снижению функции почек и развитию |хронической почечной недостаточности. В связи со снижением концентрационных возможностей почек для выделения продуктов азотистого обмена им приходится выделять большее количество мочи. С этим связана имеющаяся у больной полиурия. Рекомендуется провести пробу Зимницкого, при которой следует ожидать гипоизостенурию. Следует установить содержание в крови остаточного азота, мочевины, уровень которых, очевидно, повышен.

Задача № 33

У больного, 50 лет, в течение 2 мес. периодически появлялась тотальная макрогематурия со сгустками неправильной формы. При цистоскопии в области правой стенки и шейки мочевого пузыря определяются опухолевые образования на широком основании с короткими ворсинками.

Вопросы к задаче:

Какое дополнительное обследование необходимо для установления лечебной тактики?

Эталон ответа.

Для решения вопроса о характере оперативного вмешательства по поводу злокачественной опухоли мочевого пузыря необходимо уточнить функциональное состояние почек и стадию заболевания. С этой целью следует провести экскреторную урографию, УЗИ мочевого пузыря и при необходимости – КТ.

Задача № 34

Больной *«А»*, 55 лет, обратился к урологу с жалобами на тотальную макрогематурию, отхождение сгустков червеобразной формы. При цистоскопии в мочевом пузыре изменений не обнаружено. На обзорной рентгенограмме отмечено увеличение размеров левой почки и изменение ее формы.

Вопросы к задаче:

Как уточнить характер заболевания и локализацию патологическогопроцесса?

Эталон ответа.

Клиническая картина и данные обзорной рентгенографии позволяют заподозрить опухоль левой почки. Для уточнения диагноза показана КТ, а при сомнительных ее данных — МРТ забрюшинного пространства.

Задача № 35

Больной 59 лет обратился в клинику нервных болезней в связи с пояснично-крестцовым радикулитом. Болен в течение года, периодические обострения. Лечение, в том числе синусоидальными токами, неэффективно. При обследовании по системам органов без особенности. Дизурии нет. Наружные половые органы без изменений. При ректальном исследовании простата не увеличена, дольчата, мягко-эластической консистенции, гладкая. ПСА 25 нг/мл.

Вопросы к задаче:

Какой ваш предположительный диагноз, какие исследования надопредпринять для уточнения диагноза?

Эталон ответа.

Наличие пояснично-крестцового радикулита, плохо поддающегося лечению, при повышенных показателях ПСА, обязывает исключить рак простаты с метастазами в кости, несмотря на отсутствие изменений в простате при пальцевом ректальном исследовании. Показана секстантная пункционная биопсия простаты под ультразвуковым контролем,

а также рентгенография таза и позвоночника.

Задача № 36

У женщины, 25 лет, на следующий день после переохлаждения появились учащенное, болезненное мочеиспускание, боли внизу живота. Температура повышена.

Вопросы к задаче:

Поставьте диагноз. Какие необходимы дополнительные исследования для подтверждения?

Эталон ответа.

Учащенное, болезненное мочеиспускание, боли над лоном, возникшие после переохлаждения, характерны для острого воспаления слизистой оболочки мочевого пузыря - цистита. Для подтверждения диагноза необходимо провести общий анализ мочи. При наличии пиурии диагноз становится окончательным.

Задача №37

У больного наблюдаются сильные боли в правой поясничной области (иррадиирующие в правую подвздошно-паховую область и яичко) и мочеиспускание мочой красного цвета после физической нагрузки и длительной езды на автомашине.

Вопросы к задаче:

Предположительный диагноз.

Дифференциальная диагностика (с опухолями почек)

Эталон ответа.

Камень правого мочеточника, осложненный почечной коликой. Дифференциальная диагностика с опухолями почек: УЗИ, КТ, обзорная и экскреторная урография.

Задача №38

Больной 45 лет обратился с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, тотальную гематурию. На экскреторной урограмме выявлен дефект наполнения в лоханке левой почки.

Вопросы к задаче:

Диагноз. Дифференциальный диагноз.

Эталон ответа.

Необходимо провести дифференциальную диагностику между камнем почки и папиллярным раком лоханки следующими методами: ретроградная уретеропиелография (при камне – дефект наполнения в лоханке с ровными краями, при раке – ворсинчатое образование, исходящее из стенки лоханки), УЗИ (при камне – эхопозитивное образование с эхонегативной тенью позади камня), КТ с реконструкцией изображения.

Задача №39

У молодой женщины через 7 дней после свадьбы и первого в жизни коитуса возникли боли в надлобковой области, учащенное болезненное мочеиспускание. Температура тела нормальная. Определяется болезненность над лоном. В анализе мочи – лейкоциты до 40 в поле зрения.

Вопросы к задаче:

Диагноз? Показаны ли цистография и цистоскопия? Лечение?

Эталон ответа.

Острый дефлорационный цистит. Цистография и цистоскопия противопоказаны. Лечение амбулаторное: антибиотики, фитотерапия, диета, спазмолитики.

Задача №40

Больной предъявляет жалобы на примесь крови в моче. Болей нет. При проведении трехстаканной пробы кровь равномерно окрашивает все порции мочи. При бимануальной пальпации опухоли в малом тазу не определяется. Обнаружены атипичные клетки в моче. На цистограмме имеется дефект наполнения размером 2,5х3,5 см.

При цистоскопии на правой боковой стенке мочевого пузыря обнаружено грубоворсинчатое образование на широком основании, с участками некроза и кровоизлияний. Слизистая мочевого пузыря вокруг образования гиперемирована. При экскреторной урографии выявлена хорошая функция обеих почек с ненарушенным пассажем мочи до мочеточника. На рентгенограмме легких и при УЗИ печени патологии не выявлено.

Вопросы к задаче:

Диагноз. Лечение. Объем оперативного вмешательства и техника операции.

Эталон ответа.

Рак мочевого пузыря в стадии T3N0M0. показано комплексное лечение: «открытая» резекция мочевого пузыря с опухолью, лучевая и химиотерапия.

Задача №41

На прием к урологу поликлиники явился пожилой мужчина с жалобами на вялую струю мочи в течение 3-х лет, затруднение при мочеиспускании, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря. Днем мочится через 2-2,5 часа, ночные – 3-4 раза. При ректальном пальцевом исследовании обнаружено увеличение предстательной железы, шаровидная форма ее, эластичной консистенции.

Железа безболезненная, междолевая борозда сглажена. Больной при определении урофлоуметрического индекса выделил 180 мл мочи за акт мочеиспускания, длившийся 60 секунд. При УЗИ обнаружено 200 мл остаточной мочи в пузыре. По УЗИ объем железы – 55 $см^3$.

Вопросы к задаче:

Диагноз. Стадия. Имеются ли показания к операции, ели да, то какой ее объем. Укажите методы консервативного лечения при данном заболевании в 1 стадии.

Эталон ответа.

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы 2 стадии. Урофлоуметрический индекс (средняя ОСМ) равен 3 мл/сек. (180:60). Показана операция: трансуретральная резекция простаты. В 1 стадии показано: альфа-адреноблокатор (омник), препарат 2-й линии ингибитор альфа-редуктазы (аводарт).

Задача №42

Больной, физически крепкий мужчина 50 лет, внезапно отметил колющие боли в паху справа. Вскоре боли ощущались по всей половине живота и поясничной области справа, приняли необычайно острый, невыносимый характер. Из-за сильных болей то принимал коленно-локтевое положение, то вскакивал, бегал по комнате, стонал, не находил себе места.

Жалуется на рези в мочеиспускательном канале, частые позывы. Покрыт потом, пульс 70 в минуту, температура нормальная. Моча мутная, при лабораторном исследовании – эритроциты до 10 в поле зрения, фосфаты ++++.

Вопросы к задаче:

Что вызвало сильные боли?

Какие исследования необходимы для постановки диагноза?

Лечение.

Эталон ответа.

Почечная колика, вызванная прохождением по мочеточнику камня. Показаны обзорная урография, УЗИ почек и мочевых путей. Необходимо купирование почечной колики наркотическими и ненаркотическими анальгетиками, спазмолитиками, при необходимости – катетеризация мочеточника.

Задача № 43

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для подтверждения диагноза и уточнения распространённости процесса?
3. Ваша тактика в лечении больной?

Эталон ответа.

1. Плоскоклеточный рак пищевода IV стадии.
2. РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азигография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование с Р
3. Больной неоперабелен – наложение гастростомы, лучевое лечение, можно химиотерапию (мало эффективно)

Задача № 44

Больной В., 58 лет, предъявляет жалобы на повторную рвоту 2 раза в сутки, слабость, похудание на 12 кг за последние 4 мес. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы с землистым оттенком. Пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области пальпируется плотная малоподвижная опухоль диаметром 10 см. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. - $4,8*10^{12}$/л; НЬ –156 г/л; Лейкоциты - $8,4*10^{9}$/л; СОЭ - 2 мм/час.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?
3. При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12х10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.
4. Как вы закончите операцию?

Эталон ответа:

1. Рак желудка со стенозом
2. ФГС с биопсией, Rg с барием, УЗИ
3. Наложить гастроэнтероанастомоз

Задача № 45

Больная П., 78 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний - ИБС, инфаркт миокарда 4 года назад.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост - 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, при перкуссии определяется наличие свободной жидкости. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см., край плотен, бугрист. Стула не было в течение 10 дней. При обследовании по месту жительства Общий анализ крови: Эритроциты $2,1*10^{12}$/л, НЬ- 50 г/л, СОЭ- 52 мм/час, ФГДС - в желудке много содержимого, в антральном отделе инфильтративная опухоль, в двенадцатиперстную кишку пройти не удалось. Гистология: недифференцированный рак желудка.

Вопросы к задаче:

1. Ваш предварительный диагноз, стадия процесса?
2. Необходимый минимум методов дообследования?
3. Ваша тактика лечения больной?

Эталон ответа:

1. Рак желудка IV стадии
2. УЗИ, РГ грудной клетки, лапароскопия
3. Больная неоперабельна (метастазы в печень). Обходной гастроэнтероанастомоз или паллиативная резекция

Задача № 46

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре:

больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст.. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся впечатление наличия дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Какие диагностические средства следует использовать для подтверждения диагноза и уточнения распространённости процесса?
3. Ваша тактика в лечении больной?

Эталон ответа:

1. Плоскоклеточный рак пищевода IV стадии.
2. РГ с барием (можно с пневмомедиастинумом), КТ, лимфодуктография, азигография, медиастиноскопия, радиоизотопное исследование с Р
3. Больной неоперабелен – наложение гастростомы, лучевое лечение, можно химиотерапию (моэффективно)

Задача № 47

Больная А., 31 года, 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное, 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Какие средства дополнительной диагностики следует применить в данном случае?
3. Тактика лечения больной

Эталон ответа:

1. Опухоль щитовидной железы (возможно фолликулярный рак). Дифференциальная диагностика с аденомой, узловым зобом
2. УЗИ, КТ, радиоизотопное исследование с йодом, ангиография щитовидной железы
3. При любых узловых образованиях щитовидной железы (одиночных) тактика одна – удаление с интраоперационнам гистологическом исследованием

Задача № 48

Больной Ц., 50 лет, 3 месяца назад обнаружил примесь крови в кале, до этого в течение года беспокоили запоры, боли в левой подвздошной области.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании патологии не выявлено. При фиброколоноскопии на 25 см от ануса чашеобразная опухоль протяженностью 4 см. Гистология -умереннодифференцированнаяаденокарцинома

толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

После нижнесрединной лапаротомии выявлена опухоль средней трети сигмовидной кишки, прорастающая серозную оболочку, в левой доле печени по диафрагмальной поверхности обнаружено 2 метастатических узла по 1,5 см в диаметре.

Вопросы к задаче:

1. Диагноз, стадия?
2. Какую операцию следует выполнить?

Эталон ответа:

1. Рак сигмовидной кишки iv стадии
2. Операция Гартмана (резекция поражённого участка, ушивание культи прямой кишки, колостома)

Задача 49

Больной С., 37 лет, 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного).

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 72 удара в минуту, АД - 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастрии. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. Общий анализ крови: Эритроциты $3,6*10^{12}$/л, НЬ - 102 г/л, СОЭ - 25 мм/час. Лейкоциты $7,4x10^{9}$/л., формула не изменена. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики?
3. Характер оперативного пособия при отсутствии распространенности процесса?

Эталон ответа:

1. Рак прямой кишки. Диффузный полипоз толстого кишечника (синдром Пейтс-Эгерса)
2. УЗИ, КТ, лимфодуктография, радиоизотопное исследование
3. Экстирпация прямой кишки (брюшно-промежностная), субтотальная резекция ободочной кишки по поводу полипоза.

Задача 50

Больной П., 48 лет. Жалуется на сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку, после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры $39,5^{0}$С, вот уже в течение 3 недель держится субфебрильная температура. При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 37,2°С. Кожные покровы бледной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Справа в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Общий анализ крови: Эритроциты $3,9x10^{12}$/л, НЬ - 112 г/л, СОЭ - 45 мм/ч. Лейкоциты $11,4*10^{9}$/л, эоэинофилы-1%, п/я-10%, с/я 61%, лимфоциты-23%, моноциты-

5%. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз III сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз?
2. Объём дообследования больного?
3. Тактика лечения больного?

Эталон ответа:

1. Центральный рак лёгкого. T2NxMx (перибронхиальный рост)
2. КТ, ангиография, Бронхоскопия с биопсией, медиастиноскопия, анализ мокроты на АК, УЗИ отдалённые метастазы)
3. Лобэктомия, лучевая, химиотерапия (циклофосфан, 5-фторурацил, нирозомочевина)

Задача № 51

У больной В., 30 лет, ни разу не беременевшей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усиливающиеся перед менструацией. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо-зеленого цвета. Периодически болезненные ощущения заметно уменьшались без какого-либо лечения, а затем появлялись вновь. При осмотре: Состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 92 удара в минуту, АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий безболезненный. Местно: молочные железы имеют грубо дольчатое строение, в верхненаружных квадрантах желез мелкая зернистость, болезненная при пальпации («дробинчатая грудь»), Аксиллярные лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа диффузно увеличена, II степень по Николаеву,

Вопросы к задаче:

1. Какой может быть поставлен диагноз?
2. Какое дополнительное обследование следует предпринять?
3. Как лечить больную?

Эталон ответа:

1. Кистозная мастопатия. Диффузный нетоксический зоб II стадии
2. Биопсия молочной железы, определение гормонов щитовидной железы, Rg скопия грудной клетки
3. 0,25% р-р KI по одной чайной ложке в день, после еды, стимулирует выработку ЛГ гипофиза – нормализуется овариальный цикл, снижается уровень эстрогенов, снижается их влияние на молочную железу, в ней уменьшаются пролиферативные процессы. Витамины. Однобромистаякамфора 0,25 – 0,3 мг 2-3 раза в день с перерывами на 3-4 дня до и после менструации. Димексид, растворяет избыточную рубцовую ткань, обладает обезболивающим и п/в действием 0,5 – 1 мл 50% р-ра стеклянной палоской перед сном на кожу в место проекции болевых ощущений. Гепатотропные препараты (метионин, холензим, аллохол – улучшают функцию печени – инактивация эстрогенов), тонизирующие препараты, жень-шень, элеутерококк, седативные средства). Гормональная терапия, при отсутствии эффекта от вышеизложенной терапии (эстрогены или антиэстрогены в зависимости от гормонального спектра), лечение зоба.

Задача № 52

Больная Б., 61 года, 2 месяца назад обнаружила образование в правой молочной железе. Из анамнеза: менопауза в течение 9 лет. Беременностей - 4, родов - 2, абортов- 2.

При осмотре: состояние удовлетворительное Температура 36,2°С. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту. АД - 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Местно: левая молочная железа мягкая. На границе наружных квадрантов правой молочной железы в 3 см от соска определяется плотное бугристое образование без чётких границ 4,5 см в диаметре, положительный симптом «площадки». В правой аксиллярной области плотный лимфоузел 1 см в диаметре. В пунктате из образования молочной железы - картина высокодифференцированного рака, в пунктате из лимфоузла - элементы лимфоидной ткани.

Вопросы к задаче:

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. План лечения больной?

Эталон ответа:

1. Высокодифференцированный рак правой молочной железы IIБ стадии (имеются смещаемые поражённые л/у на той же стороне)

2. Радикальная мастэктомия по Холстеду (одним блоком удаляется большая грудная и малая грудная мышцы с лимфоузлами, клетчаткой), и по Пэйти (оставляют большую грудную мышцу) + лучевая терапия, химиотерапия (Адреамицин, Циклофосфан, 5-фторурацил, метотрексат).