

**Материалы третьего этапа (собеседование)
специального экзамена по специальности «Хирургия»**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача № 1

Больной Б., 58 лет, доставлен в приемное отделение стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер (с периодами практически полного стихания), трижды была рвота застойным содержимым, газы не отходят. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имелась склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстой кишки, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: лейкоциты – $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр – $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 24 мм/ч.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Принципы консервативной терапии, показания к операции.
5. Возможные варианты оперативных вмешательств.

Ситуационная задача № 2

Больной В., 49 лет, доставлен в приемное отделение стационара с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита.

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10×15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет. В анализе крови: лейкоциты $14,1 \times 10^9/\text{л}$, диастаза мочи – 512 ЕД.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какая лечебно-диагностическая программа?

4. Показания к оперативному лечению. Виды операций.

Ситуационная задача № 3

Больной, 36 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой боковой области, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5°C. 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, принимал спазмолитики. 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 9 см в диаметре, умеренно болезненное при пальпации, малоподвижное. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоциты крови – $10,1 \times 10^9/\text{л}$, Hb – 138 г/л.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

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

Ситуационная задача № 4

Больной, 33 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого аппендицита в стадии аппендикулярного инфильтрата. На 3 сутки после госпитализации и на 8 сутки от начала заболевания боли внизу живота и особенно в правой подвздошной области усилились, температура приняла гектический характер.

Объективно: Пульс 96 в минуту. Дыхание не затруднено. Живот правильной формы, резко болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Инфильтрат в правой подвздошной области несколько увеличился в размерах. Лейкоцитоз увеличился по сравнению с предыдущим анализом.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Сформулируйте клинический диагноз в данном случае?
2. Тактика лечения больного?
3. Характер, объем и особенности хирургического пособия при данной патологии?
4. Особенности ведения послеоперационного периода?
5. Рекомендации при выписке.

Ситуационная задача № 5

Больной, 48 лет, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в по-

следние 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. Ректально: в области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются наружные геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Каков Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
3. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации?
4. Объем неотложной помощи при этой патологии?
5. Методы лечения данного заболевания?

Ситуационная задача № 6

У мужчины, 49 лет, вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7°C, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии пациента не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и этапы развития заболевания?
3. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и тактики лечения?
4. Лечение заболевания?
5. Возможные осложнения заболевания?

Ситуационная задача № 7

Больная, 56 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот.

Через сутки состояние больной ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112 в минуту, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Ваш диагноз?
2. Почему возникла данная ситуация?
3. Тактика лечения?
4. Определение понятий «ложное ущемление» и «мнимое вправление».

Ситуационная задача № 8

Больной, 52 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на боли в правой половине живота с иррадиацией в поясничную область, учащенное мочеиспускание, резкую слабость. Заболел 3 дня назад, когда внезапно возникли сильные боли в правой поясничной области. Сутки назад появилось учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями мочи, повышение температуры тела до 39-40°C, сегодня дважды был озноб. При осмотре: больной адинамичен, бледен, температура 39,5°C, пульс до 100 в минуту, ритмичный, АД 90/50 мм рт. ст. Живот напряжен в правой половине, болезненный в глубине подвздошной области и вверх по боковому каналу. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом поколачивания положительный справа.

В общем анализе мочи: протеинурия 0,065 г/л, лейкоцитов до 10 в п/зр., эритроцитов до 20-30 в п/зр. В общем анализе крови: лейкоцитоз 15×10^9 /л, со сдвигом влево, СОЭ – 45 мм/час.

По данным УЗИ определяется уретеропиелозктазия справа, утолщение паренхимы почки, неровность ее контура. На фоне полного мочевого пузыря нельзя исключить конкремент диаметром 12 мм в нижней трети мочеточника,

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Клинико-эхографическая картина каких урологических заболеваний описана в задаче?
2. Какое осложнение возникло у данного больного?
3. Какие методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Каков объем и характер лечебных мероприятий в конкретном случае?

Ситуационная задача № 9

Больной, 75 лет, доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение. Из анамнеза: длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения, которое началось около двух недель назад, отметил уменьшение болей в эпигастрии в течение последнего дня. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание. Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 105/70 мм рт. ст.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Какое осложнение язвенной болезни возникло у больного?
2. Какие методы исследования показаны для подтверждения Вашего предположения?
3. Каков алгоритм Ваших действий?
4. Объем лечения?
5. Показания к хирургическому лечению? Виды операций?

Ситуационная задача № 10

Больной Н., 19 лет, оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция закончена ушиванием раны передней брюшной стенки наглухо. К концу первых суток после аппендэктомии больного беспокоит резкая слабость, головокружение. Объективно отмечается бледность кожи, пульс 102 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Язык влаж-

ный, живот равномерно болезненный, симптомы раздражения брюшины слабopоложительные, перкуторно определяется свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости. Перевязка сухая. В анализе крови: Эр. – $3,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин – 108 г/л, лейкоциты – $10,5 \times 10^9$ /л.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Какое осложнение послеоперационного периода возникло у больного?
2. Возможные причины развития данного осложнения.
3. Объем дополнительного обследования.
4. Тактика хирурга.

Ситуационная задача № 11

Вечером, пациентка, 53 лет, которой утром была сделана субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба предъявляет жалобы на боли в голове, сердцебиение, общую слабость. При осмотре: кожный покров бледный, глаза закрыты полотенцем, ввиду непереносимости яркого цвета. Пульс 110-115 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. АД 165/95 мм рт. ст. Температура тела – 38,2°C. Повязка промокла незначительно геморрагическим содержимым. Гемоглобин – 135 г/л. Лейкоциты – $10,8 \times 10^9$ /л.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Какое осложнение послеоперационного периода возникло у больной?
2. Причины данного осложнения?
3. Возможные механизмы развития?
4. Лечебные мероприятия?
5. Какие существуют методы профилактики?

Ситуационная задача № 12

Пациентка 42 лет, находится вторые сутки в хирургическом отделении. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении жаловалась на схваткообразную боль в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении был установлен диагноз: «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул. Из анамнеза: года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных свойств. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения, возможные варианты оперативных вмешательств.
4. Пути профилактики данного осложнения.

Ситуационная задача № 13

Больной, 53 лет, обратился к врачу-хирургу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Заболевание началось 1 год назад с появления опухолевидного образования у корня мошонки. Со временем образование увеличилось, спустилось в мошонку. Стали возникать боли при физической нагрузке.

Общее состояние больного без особенностей. Правая половина мошонки увеличена в размерах до $13 \times 8 \times 6$ см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно – тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева – не расширено, справа – четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Анатомические особенности, предопределяющие возникновение данного заболевания?
3. Предрасполагающие и производящие факторы возникновения данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Что нужно сделать для уточнения диагноза?
6. Тактика лечения?
7. С какими осложнениями можно встретиться на операции и в послеоперационном периоде?

Ситуационная задача № 14

Больная, 57 лет, обратилась к врачу-хирургу с жалобами на высокую температуру тела (до 39°C), 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. $\text{Ps} - 96$ в минуту, ритмичный. АД $-130/80$ мм рт. ст. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Локально: 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 ситуационной задаче по хирургии:

1. Предварительный диагноз.
2. Этиопатогенез данного заболевания.
3. Основные принципы лечения данной патологии.

Ситуационная задача № 15

Больная, 55 лет, поступила в хирургическое отделение через 8 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в правом подреберье и подложечной области, однократную рвоту желчью, не принесшую облегчения. Из анамнеза установлено, что в течение года пациентку беспокоят периодические ноющие боли в правом подреберье, уси-

ливающиеся после приема жирной пищи. Не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась, лечилась в домашних условиях (спазмолитики).

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Тучная. Кожный покров и склеры обычной окраски. Пульс – 102 в минуту, ритмичный. АД – 115/60 мм рт. ст. ЧДД – 22-23 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и в подложечной области. Положительные симптомы Ортнера и Кера. Перистальтика выслушивается, но ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь четко не пальпируется. Стул накануне вечером, мочеиспускание не нарушено.

Температура тела – 37,3°C, в крови незначительный лейкоцитоз ($10,8 \times 10^9/\text{л}$).

Вопросы к ситуационной задаче по хирургии:

1. Какой диагноз у больной можно предположить?

2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования Вы назначите при подтверждении диагноза?

3. Тактика лечения: а) Консервативная терапия; б) Оперативное лечение (объем, сроки выполнения).

Заведующий кафедрой хирургии № 1
ФПК и ППС, д.м.н.

А.Г. Барышев