medfsh.ru

Экзаменационный билет 1.

В приемный покой обратился больной 40 лет с жалобами на постоянные незначительные боли в правой подвздошной области. Заболел за 3 дня до поступления, появились боли в эпигастрии, на второй день боли сместились в правую подвздошную область, знобило, была однократно рвота. Стул был накануне (больной сделал себе клизму). Сегодня боли в животе уменьшились, однако, полностью не прошли. За медпомощью обратился впервые.

Объективно: язык влажный, температура 37,6^{0}С, при пальпации отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Положительные симптомы Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского.

Лейкоцитоз – 12,0х10^9, анализ мочи б/о, УЗИ брюшной полости – небольшое количество жидкости в правой подвздошной области.

Ваш диагноз? Дайте комментарий к выявленным симптомам.

Тактика лечения?

Экзаменационный билет 2.

Больной В. 24 лет поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до 37,80 С. Заболел сутки назад, когда появились боли в эпигастрии, принимал но-шпу, боли в животе через 6 часов прошли, но заболела поясница. Раньше ничем не болел. Дежурный хирург осмотрел больного, выставил диагноз острый пиелонефрит, (паранефрит?), т.к. в анализе мочи были обнаружены единичные лейкоциты и повышенное содержание белка. Назначил лечение. Через сутки на утреннем обходе он обнаружил больного с приведенным к животу правым бедром, температурой 38,6^0 С.

Объективно: попытки выпрямить ногу сопровождаются усилением болей в пояснице. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот по-прежнему мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области без перитонеальных симптомов, лейкоцитоз 15,0х10^9.

Ваш диагноз? Какие исследования проведете? Тактика лечения? В чем ошибка дежурного врача?

Экзаменационный билет 3.

Больная 57 лет доставлена в приемный покой с жалобами на боли в правой половине живота с иррадиацией в правую лопатку, тошноту. Больна 12 часов, боли в этих отделах живота появились после ужина, постепенно нарастали, ночью лечилась горячей грелкой. В прошлом подобных болей не
было, стул и диурез нормальные.

Объективно: температура 38^{0}С, пульс 96 ударов в минуту. Язык обложен белым налетом, сухой. При пальпации определяется резкая болезненность и напряжение мышц в правом подреберье и правой подвздошной области с положительным симптомом Щеткина-Блюмберга. Положительный симптом Ровзинга. Печень и желчный пузырь пальпаторно не определяются. Лейкоцитоз 16,0 . 10^9, анализ мочи б/о.

Диагноз? Тактика ведения больного?

Экзаменационный билет 4.

Больной С. 24 лет проснулся утром от резких болей в эпигастрии, накануне в течение недели беспокоила изжога и небольшие боли под ложечкой. В прошлом ничем не болел. Врач скорой помощи после осмотра доставил больного в дежурную больницу с подозрением на

medfsh.ru

острый аппендицит. Состояние больного в приемном покое средней степени тяжести, жалуется на боли в животе, больше справа.

Объективно: температура 36,8^{0}С, пульс 84 удара в минуту, язык обложен, сухой. Живот напряжен, болезненен в правой подвздошной области, перитонеальные симптомы положительны. Болезненность и напряжение отмечаются в эпигастрии, правом подреберье. Размеры печени по Курлову определить не удается.

О каком заболевании будете думать в первую очередь, почему?

Какие дополнительные исследования проведете?

Экзаменационный билет 5.

У больного на 7 сутки после аппендэктомии по поводу деструктивного аппендицита повысилась температура до 38,5^{0}С. Жалуется на рези в концемочеиспускания, частые позывы на стул, поноса нет.

Объективно: пульс 110 ударов в минуту, живот мягкий, болезненный над лоном. По ходу послеоперационного рубца инфильтрации и болезненности нет. Лейкоцитоз 17,0 . 10^9, анализ мочи б/о.

Ваш диагноз?

Ваши действия?

Экзаменационный билет 6.

У больной, оперированной 10 суток назад по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита появились боли в правом подреберье, повысилась температура до 39,50С.

Объективно: пульс 96 ударов в минуту, живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье без перитонеальных симптомов, печень выступает из подреберья, поколачивание по реберной дуге болезненно, на обзорной рентгенограмме грудной клетки в плевральном синусе справа имеется жидкость. Лейкоцитоз 18,0 . 10^9.

О каком осложнении подумаете?

Какое исследование уточнит диагноз?

Какое предпримете лечение?

Экзаменационный билет 7.

На плановую госпитализацию поступил больной Б., 16 лет. Жалоб не предъявляет, выполняет без ограничений любую физическую работу. На руках направление из военкомата на оперативное лечение по поводу паховой грыжи.

Объективно: внешних изменений в паховых областях нет, грыжевые выпячивания не определяются. Наружные отверстия пахового канала расширены до 2 см в диаметре с обеих сторон. Положителен симптом кашлевого толчка.

Ваш диагноз?

Какова ваша тактика в отношении данного больного?

Экзаменационный билет 8.

Больной П., 78 лет, обратился с жалобами на наличие выпячиваний в обеих паховых областях, которые легко вправляются в положении лежа.

Из анамнеза выяснено, что в течение 3 последних лет стали частыми позывы на мочеиспускание, появились затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой, вялой струей, в связи с чем он вынужден натуживаться. Год назад больной заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания, исчезающие в горизонтальном положении.

medfsh.ru

Образования эти безболезненные, мягкой консистенции.

Объективно: в обеих паховых областях имеются грыжевые выпячивания размером 5х5 см, шаровидной формы, мягко-эластической консистенции, содержимое свободно вправляется в брюшную полость. Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы, диаметром 2,5 см.

Ваш диагноз?

Тактика лечения?

Экзаменационный билет 9.

Больной Ш., 66 лет, поступил для плановой операции по поводу прямой паховой грыжи. Болеет в течение года. Беспокоят опухолевидные образования в обеих паховых областях, которые легко вправляются в положении лежа, умеренные боли при физической нагрузке. Отмечает, что при натуживании появляются позывы на мочеиспускание, а после мочеиспускания бывают рези.

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

Какова причина полученного осложнения?

Как закончить операцию?

Какие меры помогут избежать подобных осложнений?

Экзаменационный билет 10.

Больной Б., 54 лет, доставлен в приемное отделение бригадой скорой помощи с ущемленной пахово-мошоночной грыжей. Из анамнеза выяснилось, что грыжа появилась у больного 3 года назад. От предложенной плановой операции временно отказался. Сутки назад после незначительного физического напряжения грыжа ущемилась. Больной дома сам попробовал вправить грыжу, но безуспешно. Состояние больного ухудшалось, в связи с чем он вызвал бригаду скорой помощи. Во время осмотра в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Боли полностью прекратились, и по настойчивой просьбе больного он был отпущен домой. Через 5 ч был доставлен вновь, уже с явлениями перитонита.

Сформулируйте диагноз больного при повторном поступлении.

Была ли допущена ошибка при первом поступлении больного и если да, то в чем она состоит?

Какова должна быть тактика хирурга при самопроизвольном вправлении ущемленной грыжи?

Экзаменационный билет 11.

Больной Г., 35 лет, поступил в отделение с клиникой ущемленной паховой грыжи. С момента ущемления прошло 6 часов. Через 30 мин. взят на операцию, во время которой обнаружена ущемленная петля тонкой кишки.

Как определить жизнеспособность ущемленной петли кишки?

Как определить границы резекции ее в случае нежизнеспособности?

Экзаменационный билет 12.

Больной Д., 40 лет, поступил в хирургическое отделение по поводу ущемленной паховой грыжи через 10 часов после ущемления. В срочном порядке взят на операцию. На операции после вскрытия грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки синюшного цвета,

medfsh.ru

которые после рассечения ущемляющего кольца приняли обычную окраску, появилась перистальтика. Содержимое грыжевого мешка погружено в брюшную полость, операция завершена пластикой пахового канала.

Через 8 часов после операции внезапно появились сильные боли в животе, при осмотре выявлена клиника разлитого перитонита, в связи с чем больной взят в операционную. Оказалось, что источником перитонита явилась перфорация некротизированной петли тонкой кишки.

Что, по вашему мнению, привело к некрозу кишки, несмотря на её жизнеспособность при ревизии?

Как называется описанный вид ущемления?

Что необходимо предпринять для исключения подобной ошибки?

Экзаменационный билет 13.

Больной А., 40 лет, работник леспромхоза, поступил в приемное отделение с жалобами на повышение температуры тела, опухолевидное образование в правой паховой области, болезненное при пальпации, схваткообразные боли в животе, затрудненное отхождение газов. Из анамнеза выяснилось, что у больного в течение нескольких лет имеется паховая грыжа, от предложенной плановой операции временно воздерживался. Три дня назад при натуживании грыжевое выпячивание увеличилось, перестало вправляться, появились боли. За медицинской помощью своевременно обратиться не мог из-за отсутствия транспортного сообщения.

Объективно: состояние больного тяжелое, бледен. Пульс 94 уд. в 1 мин., ритмичный. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот вздут, при пальпации безболезненен. Симптомов раздражения брюшины нет. В правой паховой области определяется опухолевидное образование 8х6 см., напряженное, болезненное, кожа над ним резко гиперемирована.

Ваш диагноз?

Каковы действия хирурга?

Экзаменационный билет 14.

Больная Д., 38 лет, поступила в приемное отделение с жалобами на боли в животе. Из анамнеза выяснено, что заболела 3 часа назад, когда внезапно появились боли в эпигастрии и вначале были постоянного характера. Около часа назад боли приняли схаткообразный характер и распространились на верхний этаж брюшной полости. Кроме того, выяснилось, что у больной 2 года назад было ножевое ранение грудной клетки, по поводу которого, со слов пациентки, была проведена ПХО раны с дренированием плевральной полости.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Питания умеренного. Пульс 80 уд./мин, АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, правильной формы, умеренно болезненный в эпи- и мезогастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. В анализах крови и мочи без существенной патологии. По данным УЗИ брюшной полости имеется умеренное расширение петель тонкого кишечника, видна антиперистальтика. В связи с неясностью клинической картины больной дан барий для контроля продвижения его по кишечнику. Пассаж бария - через 6 часов он в петлях тонкой кишки, расположенных выше левого купола диафрагмы.

Ваш диагноз?

Какова причина данного заболевания?

Тактика хирурга?

Экзаменационный билет 15.

Больная Ж., 65 лет, доставлена с жалобами на схваткообразные боли в животе, появление болезненного выпячивания в области пупка.

Из анамнеза выяснено, что в течение 3-х месяцев отмечала появляющееся при

medfsh.ru

физической нагрузке небольших размеров выпячивание в области пупка. Сегодня около 6 часов назад при поднятии тяжести внезапно появилось опухолевидное образование в области пупка, резко болезненное, плотное. Попытка вправления не удалась из-за резкой болезненности образования, 3 часа назад боли стали схваткообразными.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Живот мягкий, безболезненный. В области пупка определяется опухолевидное выпячивание
6х7 см, плотное, болезненное при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет.

Ваш диагноз?

План лечения больной?

Действия хирурга во время операции?

Экзаменационный билет 16.

Больной 70 лет оперирован по поводу большой ущемленной пахово-мошоночной грыжи справа. Грыжевой мешок оказался громадных размеров,
он был интимно спаян с оболочками, выделение его сопровождалось значительной кровоточивостью и было весьма травматичным. Поэтому мешок был выделен только на ограниченном участке вблизи шейки, где достаточно широко раскрыт. После рассечения ущемляющего кольца кишечник оказался
жизнеспособным и был вправлен в брюшную полость. В грыжевом мешке оказалось яичко (т. е. грыжа была врожденной). Шейка грыжевого мешка ушита внутренним кисетным швом. Мешок пересечен до семенного канатика. Отверстие дистальной его части, в которой находилось яичко, было ушито непрерывным кетгутовым швом.

Вначале послеоперационный период протекал гладко, но с 4-го дня правая половина мошонки стала увеличиваться, а на 8-й день там уже четко определялось безболезненное образование значительных размеров, тугоэластической консистенции с гладкой поверхностью. Правое яичко не пальпировалось.

Какое осложнение развилось у больного?

В чем причина его и как его избежать?

Экзаменационный билет 17.

В приемном покое хирургом осмотрен больной 40 лет с жалобами на боли в левой паховой области, где обнаружено сразу под пупартовой связкой
болезненное, плотное образование 2х2 см. Образование выявил сегодня впервые. Кожа над ним не изменена. В пяточной области имеется инфициро-
ванная потертость, температура тела 36,70С. Хирург клинически не может отдифференцировать ущемленную бедренную грыжу от пахового лимфаденита.

Действия хирурга?

Экзаменационный билет 18.

Больной К.,16 лет, поступил с жалобами на сильные постоянные боли в области пупка, тошноту, рвоту. Указанные жалобы появились остро 3 ч назад. С момента появления болей перестали отходить газы.

Объективно: больной пониженного питания, бледен, беспокоен, все время стремится изменить положение. Язык обложен, влажный. Пульс 100 в
минуту, температура 36,90С. Живот не вздут, мягкий. Пальпируются спастически сократившиеся петли кишечника. В правой половине живота, приблизительно на уровне пупка, определяется плотное продолговатое образование. По данным УЗИ, в правой подвздошной области определяется инфильтрат диаметром 5-6 см. Выше этого участка кишка спазмирована на протяжении 10-12 см, а выше спазмированного участка кишка расширена, определяется ее маятникообразная перистальтика. Дежурным хирургом поставлен диагноз: «илеоцекальная инвагинация». Введение спазмолитиков средств с последующими сифонными клизмами

medfsh.ru

эффекта не дало. Больному произведена лапаротомия. В терминальном отделе спастически сокращенной подвздошной кишки обнаружено образование диаметром около 5 см. На серозной оболочке кишки в этом месте имеются небольшие кровоизлияния. Образование плотной консистенции с неровной поверхностью. Создается впечатление, что оно находится в просвете кишки и не связано с ее стенкой.

Какая причина кишечной непроходимости у больного?

Что нужно сделать?

Экзаменационный билет 19.

Больной 60 лет поступил в стационар с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. Никогда не болел, сопутствующих заболеваний не найдено. Общее состояние больного средней степени тяжести. В связи с безуспешностью консервативного лечения взят на операцию, на которой обнаружена опухоль сигмовидной кишки, обтурирующая просвет кишки. По ходу операции выяснилось, что приводящая кишка забита каловыми массами. Видимых метастазов нет. Опухоль подвижна, однако при осмотре ее обнаружен истонченный распадающийся участок, где вот-вот должна произойти перфорация.

Как следует поступить в такой ситуации?

Экзаменационный билет 20.

В приемное отделение доставлена больная 30 лет с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе. Из анамнеза выяснено, что 3 года назад ей была произведена операция по поводу перитонита, обусловленного прорывом гнойного аднексита в брюшную полость. Операция закончилась ампутацией матки и дренированием брюшной полости.

После операции периодически, 1-2 раза в год, возникают приступы острой спаечной кишечной непроходимости, которые купировались консервативными мероприятиями. В этот раз приступ начался более резко и протекает значительно тяжелее предыдущих.

Объективно: общее состояние больной тяжелое, боли сильные, схваткообразные, локализуются внизу живота. Многократная рвота. Больная беспокойна, меняет положение. Пульс 100 уд/мин. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот мягкий, безболезненный. На общем фоне вздутия живота слева от пупка контурируется неперистальтирующая петля кишки.

Почему клиническая картина непроходимости на этот раз отличается от предшествующих приступов?

Какой тактики следует придерживаться?

Экзаменационный билет 21.

Больной Н., 17 лет, во время тяжелого физического напряжения почувствовал резкую боль внизу живота, которая через 10-15 мин значительно уменьшилась. Через 4 часа боль снова усилилась, распространилась по всему животу, появилось вздутие живота, была трижды рвота. Больной положил на живот грелку, после чего боли несколько уменьшились. Вскоре у него обильно отошли газы, был самостоятельный стул, живот опал, боли прошли.

Ночь провел спокойно, а утром снова появились сильные схваткообразные боли в животе, метеоризм, не отходили газы, не было стула, появилась рвота.

Объективно: общее состояние больного в момент поступления (через сутки от начала заболевания) оставалось вполне удовлетворительным. Температура нормальная, пульс 76 уд/минуту. Язык влажный. Живот равномерно вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной и паховой области. Выслушиваются усиленные перистальтические шумы. Дежурный врач диагностировал острую кишечную непроходимость, поставил больному сифонную клизму, после которой обильно отходили газы и был стул. Живот опал, перистальтика стала нормальной, боли прекратились. Больной был отпущен домой, а на

medfsh.ru

следующий день доставлен в больницу с явлениями острого разлитого перитонита.

Что произошло с больным?

В чем состоят ошибки врача?

Что нужно было делать с больным?

Экзаменационный билет 22.

Больной М., 42 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, частую рвоту, неотхождение газов
и отсутствие стула. Из анамнеза выяснено, что внезапно ощутил острую боль
в животе схваткообразного характера около часа назад, вскоре присоединилась частая рвота.

Объективно: состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 уд./минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овальной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Экзаменационный билет 23.

Больной Н. 32 лет, поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе через 3 часа от начала заболевания. Со слов больного, наряду с появлением болей состоялась однократная рвота, газы не отходят. Был скудный однократный стул вскоре после начала заболевания.

Объективно: при осмотре общее состояние больного удовлетворительное. Температура нормальная. Пульс 92 уд./минуту. Язык суховат. Живот вздут в области пупка, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Выслушиваются усиленные перистальтические шумы. В области вздутия пальпируется плотноэластическое образование. Положительный симптом Валя. Создается впечатление, что правая подвздошная ямка пуста. При ректальном исследовании - положительный симптом Обуховской больницы. Дежурный врач поставил диагноз - острая кишечная непроходимость. Учитывая, что 2 года назад больной был оперирован по поводу острого аппендицита, а максимальная болезненность определяется в правой подвздошной области, он решил, что непроходимость спаечного характера, и начал операцию, вскрыв брюшную полость по старому операционному рубцу в подвздошной области. Однако сращений в брюшной полости не было, а слепую кишку на обычном месте врач не обнаружил.

Какие ошибки допущены врачом?

Как следует продолжить операцию?

Экзаменационный билет 24.

Больной Р., 39 лет, доставлен через час после начала заболевания и был
госпитализирован в хирургический стационар. Из анамнеза выяснилось, что
ночью он проснулся от внезапных жестоких болей в животе постоянного характера, сопровождавшихся многократно повторяющейся рвотой.

Объективно: состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Больной беспокоен, все время меняет положение тела. Пульс слабого наполнения, 112 уд./минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Температура нормальная. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот ассимметричен, слева определяется эластическое образование.

Ваш диагноз и тактика?

medfsh.ru

Экзаменационный билет 25.

В хирургическом отделении находится больная К., 46 лет, которой произведена резекция 2/3 желудка по Бильрот-1. На 4-е сутки у больной усилились боли в животе, появился метеоризм, была однократная рвота, газы не отходили. Температура, первые дни бывшая субфебрильной, поднялась до
38,5°С. Пульс 108 уд./минуту. Язык суховат. Живот резко и равномерно вздут, умеренно болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Перкуторно и по УЗИ в брюшной полости определяется жидкость. Печеночная тупость не определяется. Перистальтика отсутствует.
Лейкоцитов в крови $15,3x10^9$.

Что произошло с больной?

Какая должна быть тактика?

Экзаменационный билет 26.

Больная В., 26 лет, оперирована по поводу острого флегмонозного аппендицита, произведена аппендэктомия. На 5 сутки после операции у неё
появились боли внизу живота, вначале возникавшие периодически, а затем принявшие постоянный характер. У больной появилось вздутие живота, прекратилось отхождение газов и кала, в то время как накануне после клизмы у нее был стул и отошли газы. Появилась рвота. Общее состояние больной заметно ухудшилось, она стала вялой, адинамичной, черты лица заострились. Язык суховат, живот вздут больше в правой половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Перистальтические шумы не выслушиваются. Пульс 112 уд./минуту. Температура нормальная. Лейкоцитов в крови 8,6х103 в 1 мкл. При пальцевом ректальном исследовании патологии не установлено. Попытки разрешить парез применением средств, стимулирующих кишечник, к успеху не привели. Состояние больной продолжает ухудшаться.

Какое осложнение возникло у больной?

Что следует предпринять?

Экзаменационный билет 27.

Женщина 80-ти лет, доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии без иррадиации, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела, кашель. Болеет вторые сутки. Повышение температуры отмечает только сегодня. Приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной после острой и жареной пищи неоднократно появлялись умеренные боли в правом подреберье, купировались приемом но-шпы. Настоящий приступ но-шпой не снялся. В анамнезе бронхоэктатическая болезнь, хронический бронхит, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь,
сахарный диабет.

Объективно: состояние тяжелое, больная повышенного питания, температура тела 380С. Склеры обычного цвета, АД=180/90, пульс – 108 уд./мин, аритмичный. Одышка 25 в 1 мин. Дыхание жесткое, храпов нет, язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное, резко болезненное образование 5х8см. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из подреберья на 3 см. Имеется отечность нижних конечностей. Внутривенное введение физ. раствора со спазмолитиками в течение 6 часов боли не сняло.

Предварительный диагноз?

Дополнительное обследование?

План лечения?

Экзаменационный билет 28.

medfsh.ru

У больной 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей желчнокаменной болезнью, гипертонической болезнью и диабетом, появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, рвота, температура 380С. Боли держались сутки, затем больная обратилась в дежурное хирургическое отделение.

Объективно: язык сухой, обложен белым налетом, иктеричность склер. Живот напряжен, болезненен в правом подреберье, перитонеальных симптомов нет. При проведении УЗИ обнаружен желчный пузырь больших размеров, заполненный конкрементами. Лейкоцитоз 12,0х109/л. Состояние было расценено как острый холецистит, наложена под контролем УЗИ микрохолецистостома. Боли быстро купировались, по стоме выделяется 600,0 мл желчи в сутки.

Как сформулируете диагноз и прокомментируете состояние больной?

Какое дообследование и лечение показано в дальнейшем?

Экзаменационный билет 29.

В хирургическое отделение доставлен 56-летний больной с жалобами на боли в правом подреберье без иррадиации. Болен в течение 10 дней. После жирной пищи появились боли в подреберье. За медицинской помощью не обращался. В анамнезе болезнь Боткина, холецистолитиаз, обнаруженный при УЗИ в прошлом году.

Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, температура 37,3^{0}С живот болезненный в правом подреберье, мягкий, болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 8х8 см, малоподвижное, плотное. Перитонеальных симптомов нет.

Ваш диагноз?

Дополнительное обследование?

Ваше лечение?

Экзаменационный билет 30.

Больная 52 лет при обращении к врачу жалуется на периодические приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, повышение температуры. Последний месяц приступы участились, стали сопровождаться желтухой. Боли и желтуха проходят после приема но-шпы.

Объективно: состояние удовлетворительное, пульс 80 уд/мин, склеры иктеричные. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена, желчный пузырь не определяется. Билирубин сыворотки крови 40 ммоль/л, прямой – 30 ммоль/л, непрямой – 10 ммоль/л.

Сформулируйте диагноз.

Какое дообследование показано?

Предполагаемое лечение?

Экзаменационный билет 31.

На вторые сутки после видеолапароскопической холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита у 50-летнего больного появилась иктеричность склер. На 3 сутки общий билирубин 40 ммоль/л; прямой – 20 ммоль/л; непрямой - 20 ммоль/л. Болей в животе, симптомов интоксикации нет, по страховому дренажу отделяемое из брюшной полости отсутствует.

Причины желтухи?

Какое проведете обследование для выявления ее причины?

medfsh.ru

Экзаменационный билет 32.

В приемный покой доставлена 60-летняя больная с диагнозом острый холецистит. Больная предъявляет жалобы на постоянные боли, больше в эпигастрии без иррадиации. Больна сутки, принимала спазмолитики, боли не купируются. При объективном осмотре хирург обнаружил иктеричность склер, тахикардию 84 уд./мин, болезненность в эпигастральной области и правом подреберье при пальпации. Живот мягкий, перитонеальных симптомов нет, желчный пузырь не определяется. Размеры печени по Курлову 10х9х8 см.
При параклиническом обследовании выявлена умеренная гипербилирубинемия за счет прямой фракции, амилаземия, на УЗИ несколько увеличенный в размерах желчный пузырь с утолщенной до 3мм стенкой, в просвете лежит смещающийся при изменении положения тела конкремент 2х2см, общий желчный проток 11 мм.

Действия дежурного врача?

Наиболее вероятный прогноз?

Экзаменационный билет 33.

Больной 30 лет, обратился в поликлинику с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, изжогу, рвоту. Заболел вечером после погрешности в диете. Сам промывал желудок, принимал таблетки викалина и но-шпы, но улучшения не было. Раньше боли в эпигастрии отмечались после острой и жареной пищи.

Объективно: язык суховат, обложен. Живот болезненный и напряжён в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

Ваш диагноз?

Последовательность исследований?

Тактика?

Экзаменационный билет 34.

В приемный покой доставлен больной 45 лет с жалобами на постоянные боли в верхних отделах живота. Заболел остро за 5 часов до поступления, появились резкие боли в эпигастральной области без иррадиации. В прошлом лечился по поводу хронического гастрита, хронического панкреатита, болезни Боткина.

Объективно: пульс 86 уд./мин., температура 36,8°С, кожные покровы бледные. Живот напряжен, резко болезненен в эпигастральной области. Печень перкуторно отчетливо не определяется. Складывается впечатление о ее небольших размерах.

Диагноз?

Ваши действия?

Экзаменационный билет 135.

У больного, находящегося на консервативном лечении по поводу острого первичного панкреатита, при проведении УЗИ на 14 сутки заболевания обнаружено в сальниковой сумке жидкостное образование диаметром до 8 см, расширение вирсунгова протока до 10 мм. До этого трижды через день проводились пункции, эвакуировалось при этом 500, 300 и 300 мл жидкости с высокой ферментативной активностью. Последние две порции жидкости были с четкими признаками инфицирования. У больного по вечерам повышение температуры тела до 38,0°С.

Диагноз?

Ваши действия?

medfsh.ru

Экзаменационный билет 36.

Вас пригласили в терапевтическое отделение для консультативного осмотра больной 60 лет, которая находится там на лечении по поводу хронического панкреатита. Общее состояние отягощено слабостью, потерей 10 кг веса за месяц, небольшими болями в левом подреберье. Больная обследована, на УЗИ и КТ обнаружено кистозное образование забрюшинно в области хвоста поджелудочной железы диаметром до 70 мм. Другой патологии нет. При пальпации живота патологические образования не определяются.

Диагноз?

Ваши действия?

Экзаменационный билет 37.

В приемный покой доставлен больной 40 лет с жалобами на постоянные боли в верхних отделах живота. Заболел за 8 часов до поступления, появились боли нарастающего характера в подложечной области без иррадиации, однократно вырвало. В прошлом ничем не болел. Дежурный врач заподозрил острый панкреатит, перфоративную язву, инфаркт миокарда, провел показанное в этих случаях параклиническое обследование (исследование амилазы крови, обзорный снимок брюшной полости на свободный газ, ЭКГ), патологии при этом не обнаружил. Спазмалитики боли не уменьшают, пульс 90 уд./мин, язык обложен, живот умеренно напряжен и болезненен в эпигастральной области с нечеткими перитониальными симптомами.

Ваши действия?

Экзаменационный билет 38.

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и правое плечо, с повышением температуры до 380С. За последний месяц такие приступы участились, отмечает появление болей больше в эпигастрии. Иногда после приступа появляется желтуха, которая быстро исчезает. Провоцирует боли жирная и жареная пища, снимает Но-шпа.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 уд./мин, склеры иктеричные. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный, печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитов в крови $9{,}0 \times 10^9$/л; билирубин сыворотки крови общий – 40,0 мкмоль/л; прямой – 30,0 мкмоль/л, непрямой – 10,0 мкмоль/л.

Ваш диагноз?

Какое дообследование и лечение необходимо?

Экзаменационный билет 39.

В поликлинику к терапевту обратился приехавший из района больной 65 лет с жалобами на слабость, тошноту, кожный зуд, желтуху. Болен в течение месяца, появились небольшие боли в подложечной области, правом подреберье, снизился аппетит, неделю назад заметил потемнение мочи и светлый кал. За это время похудел на 7 кг. Раньше ничем не болел.

Объективно: питания среднего, кожные покровы желтушные, имеются расчесы. Живот мягкий, безболезненный, в правом подреберье пальпируется плотно-эластическое, безболезненное образование 5х5 см.

Ваш диагноз?

Что пальпируется в правом подреберье?

Какие исследования подтвердят диагноз?

Предполагаемое лечение?

medfsh.ru

Экзаменационный билет 40.

Больная 65 лет доставлена в приемный покой с жалобами на приступообразные боли в эпигастрии и правом подреберье, желтушность кожных покровов, ознобы. Боли подобного характера беспокоят в течение 5 лет после перенесенной холецистэктомии. Лечилась приемом Но-шпы, не обследовалась.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы желтушные, температура 38,00С, пульс 110 уд/мин, язык сухой, обложен белым налетом. При пальпации живота выявляются умеренное напряжение и болезненность в эпигастральной области и правом подреберье. Лейкоцитоз – 17,0.109/л, общий билирубин – 110 мкмоль/л, прямой – 84 мкмоль/л, непрямой – 26 мкмоль/л, амилаза крови – 118,0 г/л в час. Заключение УЗИ: печень без очаговых образований, желчный пузырь отсутствует, общий желчный проток расширен до 18 мм. При РХПТ выявлен в нем крупный конкремент, который после эндоскопической папиллотомии извлечь не удается.

Ваши действия?

Экзаменационный билет 41.

Машиной СМП в приемный покой доставлена больная 45 лет с жалобами на внезапно появившиеся сильные боли в эпигастральной области без иррадиации, тошноту, многократную рвоту. Заболела вечером накануне, принимала Но-шпу, боли в течение ночи сохранялись, утром вызвала машину СМП. В анамнезе калькулезный холецистит, не оперирована.

Объективно: имеется иктеричность склер, температура 36,70С, живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень и желчный пузырь не определяются. Общий билирубин крови 65 мкмоль/л, амилаза крови 40 г/л в час. При ультразвуковом исследовании желчный пузырь обычных размеров, содержит мелкие конкременты, общий желчный проток 8 мм в диаметре.

Ваш диагноз?

Ваши действия?

Заведующий кафедрой
Д.м.н., профессор Тимербулатов М.В.

Экзаменационный билет 43.

Больной М. 34 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 10 лет. В последнюю неделю боли усилились, беспокоили на голодный желудок, особенно ночью. За 10 часов до поступления внезапно появились резкие боли в эпигастральной области, больной вынужден был присесть на корточки от боли. Однократно состоялась рвота. Очень быстро боли распространились по всему животу.

При осмотре положение больного вынужденное: на боку с приведенными к животу ногами. Пульс 112 уд./мин, ритмичный, АД 110/80 мм рт.ст. С трудом из-за болей больной уложен на спину. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. Выражен рельеф мышц живота. При пальпации брюшная стенка доскообразно напряжена, при перкуссии живота резкая болезненность во всех его отделах, печеночная тупость не определяется.

Ваш диагноз?

Необходимые методы диагностики?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 44.

Больной К., 50 лет, доставлен в отделение в тяжелом состоянии. Жалуется на боли по всему животу, тошноту, рвоту, жажду. Боли в животе усиливаются при движении. Из анамнеза

medfsh.ru

выяснено, что 3 дня назад у больного появились боли в эпигастрии, постепенно усиливающиеся. Через 6-7 часов боли переместились в правую подвздошную область. Больной для лечения применял грелку. Через 20 часов от начала заболевания боли внезапно стали сильными и разлитыми. В дальнейшем продолжал применять для лечения грелку.

Объективно: состояние больного тяжелое. Бледен, кожа с землистым оттенком, пульс 120 уд./мин, ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, напряжен, болезнен при пальпации во всех отделах. Положительны симптомы Щеткина-Блюмберга, Раздольского.

Предварительный диагноз?

Какие методы дополнительные методы исследования необходимы?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 45.

Больная 63 лет страдает желчнокаменной болезнью в течение 5 лет. От операции отказывалась. 3 дня назад появились боли в правом подреберье, постепенно нарастающие. Применяла для лечения грелку. За 5 часов до поступления боли распространились по правой половине живота, появились тошнота, рвота. При осмотре пульс 96 уд/мин. Язык сухой, живот в правой половине напряжен, болезненен, положителен синдром Щеткина-Блюмберга в правом подреберье и правой подвздошной области.

Предварительный диагноз?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 46.

Больной 45 лет доставлен с жалобами на сильные постоянные боли в животе, тошноту, рвоту, слабость. Три дня назад появились схваткообразные боли в животе, неотхождение газов и отсутствие стула. За 12 часов до поступления появились резкие сильные боли, которые стали постоянными, повысилась температура.

Объективно: кожа землисто-серого цвета. Обезвоженность. Пульс 130 уд./мин, АД – 80/40 мм рт.ст. Язык сухой, живот вздут, не напряжен, резко болезненен во всех отделах. Положительные симптомы раздражения брюшины. Больной адинамичен.

Предварительный диагноз?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 47.

Больной М. 87 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на постоянные боли в животе, вздутие его, слабость, сухость во рту. Из анамнеза: в течение 5 лет имеется опухолевидное образование в правой паховой области, которое легко вправляется в положении лежа. Особых жалоб образование не вызывает, однако, в начале заболевания больной обратился к врачу хирургу. Больному в оперативном лечении было отказано в связи с преклонным возрастом. За сутки до поступления появились боли в правой паховой области, образование перестало вправляться. Применял грелку, боли несколько утихли. Три часа назад боли внезапно усилились, распространились по всему животу, появились тошнота и рвота.

Объективно: пульс- 96 уд./мин, ритмичный, АД - 110/70 мм рт.ст. Язык сухой. Живот мягкий, резко болезненен во всех отделах. Положительны симптомы раздражения брюшины:

Ваш диагноз?

Был ли обоснован отказ в плановой операции при первичном обращении больного?

Лечебная тактика у данного больного?

medfsh.ru

Экзаменационный билет 48.

Больной М. 35 лет, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту. Из анамнеза выяснено, что заболел 10 дней назад, когда внезапно появились боли в правой подвздошной области. Незначительные по интенсивности, боли постепенно усиливались, была однократная рвота. За медицинской помощью не обращался. Боли в правой подвздошной области стали постоянными, умеренными по интенсивности. Два дня назад отметил повышение температуры тела до 38,20С, принимал аспирин. Госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат, начато консервативное лечение.

Спустя 2 часа на фоне лечения внезапно возникли резкие боли в животе, тошнота, рвота. При осмотре живот напряжен, резко болезненен во всех отделах. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. Пульс 120 уд./мин, ритмичный.

Ваш диагноз?

Причина, которая привела к данной клинической картине?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 49.

Больной Н. 24 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Заболел неделю назад, когда появились боли в эпигастрии, тошнота. Позднее присоединились боли в правой подвздошной области. За медицинской помощью не обращался. Вчера поднялась температура до 38,40С, появился озноб. Сегодня вызвал врача скорой помощи.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. Бледен, пульс 92 уд./мин, ритмичный, АД - 120/70 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненен в правой подвздошной области, имеется небольшое напряжение при пальпации. Там же определяется инфильтрат, занимающий всю подвздошную область, не смещаемый, резко болезненный при пальпации.

Ваш диагноз?

Действия дежурного врача?

Экзаменационный билет 50.

Больной 65 лет находится в отделении в связи с произведенной операцией. Два дня назад выполнена субтотальная резекция желудка по поводу злокачественного новообразования. Послеоперационный период в течение 2-х суток протекал типично. Сегодня (начало 3-х суток) появились постоянные боли в животе, его вздутие, тошнота. Ухудшилось общее состояние, появилась слабость.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. Пульс 102 уд./мин, ритмичный, АД - 110/80 мм рт.ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот вздут, умеренно болезненен при пальпации больше в правом подреберье и эпигастрии. Слабо положителен симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах. Перистальтика кишечника не выслушивается. В анализе крови – лейкоцитоз 15,0х109/л, палочкоядерных – 8.

Ваш предварительный диагноз?

Ваши действия для уточнения диагноза?

Лечебные действия?

Экзаменационный билет 51.

Больная Н. 76 лет, поступила в хирургическое отделение с диагнозом острый

medfsh.ru

холецистит суточной давности. В связи с неэффективностью консервативного лечения, наличием тяжелых сопутствующих заболеваний (постинфарктный кардиосклероз, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ожирение), больной накануне наложена холецистостома под контролем УЗИ. Назначено консервативное лечение. Больная стала чувствовать себя лучше. Два часа назад, через сутки после наложения холецистостомы, появились боли в правом подреберье, тошнота.

Объективно: состояние больной средней степени тяжести. Пульс 90 уд./мин. Язык сухой. Живот в правом подреберье напряжен и болезнен, в остальных отделах мягкий, безболезненный. По холецистостоме скудное отделяемое с примесью желчи. В анализе крови – лейкоцитоз со сдвигом формулы влево.

Ваш диагноз?

Тактика?

Экзаменационный билет 52.

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в верхних отделах живота опоясывающего характера. В течение многих лет страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки, лечился амбулаторно. Настоящее очередное весеннее обострение в течение суток, боли впервые носят опоясывающий характер.

Объективно: питания пониженного, кожные покровы обычные. Пульс – 80 уд./мин, АД - 115/75 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень и селезенка не определяются. Перитонеальных симптомов нет.

Ваш диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимы?

План лечения?

Экзаменационный билет 53.

Больной 36 лет поступил через 4 часа от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Начал передвигаться только через 30 мин после стихания болей.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный синдром Щеткина –Блюмберга. Температура 37,30С, пульс 100 уд./мин. Лейкоцитов в крови 15,0х109/л. Положительным оказался и симптом Ровзинга.

Предполагаемый диагноз?

Как вы объясните динамику развития абдоминального болевого синдрома?

На какие анамнестические проявления заболевания необходимо обратить внимание?

Какие дополнительные методы исследований и в какой последовательности следует провести?

Лечение?

Экзаменационный билет 54.

Мужчина 30 лет доставлен в приемный покой больницы с жалобами на сильные боли в животе, слабость. Час назад внезапно ощутил острейшую боль в эпигастрии, любое движение вызывает усиление болей. За 2-3 дня до этого появились небольшие боли в подложечной области, тошнота, дважды накануне вырвало. В анамнезе периодически изжоги, боли в эпигастрии через 2 часа после приема пищи. После службы в армии обследовался амбулаторно у терапевта по поводу хронического холецистита, были выявлены при дуоденальном зондировании яйца описторхов. В стационаре прошел курс лечения по поводу описторхоза. Последние годы чувствовал себя хорошо, при изжогах принимал соду.

Объективно: состояние отягощено болями в животе, пульс – 80 уд./мин, АД - 120/80 мм рт.ст. Дыхание ослаблено, хрипы не прослушиваются. Живот в акте дыхания не участвует, отчетливо виден рельеф мышц передней брюшной стенки. Пальпаторно: доскообразное

medfsh.ru

напряжение передней брюшной стенки, резкая болезненность при перкуссии и пальпации. Симптомы раздражения брюшины положительные.

Ваш предварительный диагноз?

О каких заболеваниях следует думать?

Какие дополнительные исследования необходимо провести дл уточнения диагноза?

Какое предполагается оперативное лечение?

Экзаменационный билет 55.

В приемный покой доставлен больной с жалобами на рвоту желудочным содержимым коричневого цвета, слабость, головокружение. Накануне вечером был стул темного цвета. Анамнез – за два года до этого произведено ушивание перфоративной язвы (какой не знает). Последующие два года беспокоили чувство полноты после приема пищи, отрыжка, периодически рвота, приносящая облегчение, ночные боли в эпигастрии, похудел.

Объективно: пониженного питания, бледный, пульс 110 уд./мин, АД - 100/60 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, печень и селезенка не определяются. Ректально мелена.

Ваш предварительный диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Какие варианты лечения предполагаются? В чем будет заключаться консервативная терапия?

Варианты возможного хирургического лечения?

Экзаменационный билет 56.

Пациент, в течение 10 лет страдавший язвенной болезнью желудка, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время больной похудел, что он связывает с боязнью есть из-за возникающих после еды болей. Аппетит снизился. Боли стали постоянными.

Объективно: врач пропальпировал в эпигастральной области резко болезненное образование. Печень и селезенка не определяются. Больной бледен, при росте 176 см, вес 56 кг, пульс 80 уд./мин, АД - 110/70 мм рт.ст.

Анализы крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено снижение кислотности.

Предварительный диагноз? Обоснуйте его.

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза? Какова лечебная тактика?

Имеются ли показания к хирургическому лечению и какие?

Экзаменационный билет 57.

В приемный покой дежурной больницы обратился больной с жалобами на боли в эпигастральной области без иррадиации, усиливающиеся после приема пищи. При проведении ФГС обнаружена в области угла желудка язва диаметром до 2 см, покрыта фибрином. В анамнезе хронический гастрит, ОРЗ, хронический тонзиллит. Общее состояние больного удовлетворительное, пульс 80 уд./мин, АД - 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии без перитонеальных симптомов, печень и селезенка не определяются.

План лечения?

medfsh.ru

Экзаменационный билет 58.

В санпропускник доставлен больной 27 лет с жалобами на боли в верхних отделах живота без иррадиации. Заболел остро за 3 часа до поступления. В анамнезе хронический гастрит.

Объективно: Пульс 80 уд./мин, АД - 120/80 мм рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот напряжен, резко болезненен в верхних отделах, с явлениями раздражения брюшины. Печеночная тупость сохранена. Данные УЗИ, обзорной рентгенографии брюшной полости стоя, биохимический анализ крови патологии не выявили. Больному предложена лапароскопия от которой он категорически отказался.

Ваши действия по уточнению диагноза и лечению?

Экзаменационный билет 60.

В приемный покой доставлен 70-летний больной в крайне тяжелом состоянии. За 18 часов до поступления был симптом перфорации. При осмотре хирург диагностировал разлитой перитонит. После предоперационной подготовки, стабилизации гемодинамики выполнена лапаротомия, обнаружена перфорация небольшой подвижной и операбельной опухоли антрального отдела желудка без метастазов, разлитой фиброзно-гнойный перитонит.

Действия врача?

Экзаменационный билет 61.

В поликлинику обратился больной 35 лет с жалобами на изжогу, боли в подложечной области через 2 часа после еды, тощаковые боли. С 20 лет страдал гастритом, последние три года лечился у терапевта по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, трижды проводилась антисекреторная и эрадикационная терапия в связи с рецидивом заболевания. Семейный анамнез не отягощен. При настоящем обследовании вновь выявлена язва 12-перстной кишки диаметром до 8 мм, признаков стеноза нет.

Ваши действия?

Экзаменационный билет 62.

На консультацию к хирургу направлен 60-летний больной, находившийся в течение 2-х месяцев на лечении у терапевта по поводу медиогастральной язвы желудка. Размеры округлой язвы за 2 месяца лечения уменьшились с 25 до 5 мм, первичная гастробиопсия выявила хронический гастрит, дисплазию второй степени. Хеликобактериоз не обнаружен. В анамнезе у больного гипертоническая болезнь, сахарный диабет, перемежающаяся хромота.

Ваши действия?

Экзаменационный билет 64.

В связи с продолжающимся кровотечением из язвы желудка 45-летнему пациенту экстренно выполнена лестничная резекция желудка по Бильрот – I. На 10 сутки послеоперационного периода беспокоят тошнота, срыгивание, рвота желудочным содержимым без желчи до 2 литров в сутки. Симптомов интоксикации нет, газы отходят, живот не вздут, мягкий, безболезненный.

Диагноз?

Лечение?

medfsh.ru

Экзаменационный билет 65.

Вас, как участкового врача, пригласили на дом к больному 30 лет, который болеет в течение 5 лет язвенной болезнью желудка. Неоднократно проходил амбулаторно курсы консервативной терапии, обычно это происходило весной или осенью.

Сегодня утром, встав с постели, на несколько секунд потерял сознание, стал отмечать общую слабость, головокружение. Вскоре появилась тошнота, однократная рвота цвета «кофейной гущи».

Объективно: врач обнаружил бледные кожные покровы, живот правильной формы, мягкий, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Сформулируйте диагноз. Какие еще исследования Вы должны провести?

Какую лечебную тактику Вы предпримете?

В чем будет заключаться первая помощь?

Какие лабораторные показатели крови Вас должны интересовать?

Экзаменационный билет 66.

В хирургическое отделение доставлен больной 30 лет с жалобами на рвоту желудочным содержимым темно-коричневого цвета, однократный дегтеобразный стул. В анамнезе была изжога, принимал соду. Состояние было расценено как язвенная болезнь, осложненная кровотечением, кровопотеря средней степени тяжести. На ФГДС была обнаружена кровоточащая язва 12-перстной кишки, кровотечение методом орошения спиртом и копрофером остановить не удалось.

Какие еще способы эндоскопического гемостаза можно применить?

Какие показатели пульса и давления были выявлены у больного?

Какое лечение предпримете при продолжающемся кровотечении?

Экзаменационный билет 67.

В приемный покой доставлен больной 38 лет с жалобами на тошноту, слабость, рвоту «кофейной гущей». Заболел за три дня до поступления, появились тощаковые боли в подложечной области, накануне ночью вырвало. В анамнезе хронический гастрит, дважды за последние два года госпитализировался в хирургическое отделение по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной кровотечением. После выписки лечился у гастроэнтеролога. При проведении ФГДС обнаружена в зоне луковицы 12-перстной кишки язва диаметром 5 мм с тромбированным сосудом в центре. После проведенного обкалывания язвы раствором глюкозы с адреналином и недельной консервативной терапии последняя зарубцевалась, стеноза нет.

Ваши действия?

Экзаменационный билет 68.

Машиной СМП доставлен больной 45 лет с жалобами на рвоту с кровью. В течение трех дней употреблял спиртное, после чего появилась рвота. Во время очередной рвоты он заметил свежую кровь в рвотных массах.

Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 100 уд/мин, АД

medfsh.ru

– 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не определяются. Ректально – кал обычного цвета. Hb – 100г/л.

Ваш диагноз?

Ваши действия?

Прогноз?

В чем будет заключаться консервативная терапия?

Экзаменационный билет 69.

В приемный покой доставлен больной с жалобами на слабость, головокружение, стул темного цвета. В анамнезе злоупотребление алкоголем.

Объективно: кожные покровы бледные, пульс 100 уд./мин, АД – 110/70 мм. рт.ст. Живот увеличен в размерах за счет асцита, в области мезогастрия выраженный венозный рисунок, печень не определяется, селезенка выступает из подреберья на 3 сантиметра, безболезненна. Ректально – мелена.

Ваш диагноз?

План обследования и лечения?

Экзаменационный билет 70.

В приемный покой доставлен больной с жалобами на рвоту с кровью, слабость, холодный пот. Шесть месяцев назад больной перенес резекцию 2/3 желудка по Б – II по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Через два месяца после операции в связи с болями в эпигастральной области, особенно по ночам, изжогами был обследован, диагностирована пептическая язва гастроэнтероанастомоза, в связи с чем была выполнена наддиафрагмальная трансторакальная стволовая ваготомия.

Объективно: больной бледен, пульс – 110 уд./мин, АД – 90/60 мм рт.ст. Hb – 90г/л.

Ваш диагноз?

Ваши действия?

Экзаменационный билет 71.

У больного 50 лет при ФГДС обнаружена на малой кривизне желудка в антральном отделе каллезная язва диаметром 3 см с кровоточащим сосудом. Попытки эндоскопического гемостаза безуспешны.

Объективно: общее состояние больного ближе к удовлетворительному. Пульс – 90 уд./мин, АД – 110/70 мм рт.ст., Hb – 110 г/л. Сопутствующих заболеваний нет.

Ваши действия?

Их объем?

Экзаменационный билет 72.

В приемный покой доставлена женщина 58 лет с подозрением на язвенное желудочное кровотечение. Заболела накануне, дважды состоялся обильный стул «свекольного цвета», появились слабость, головокружение. В анамнезе хронический панкреатит, последний год анемия неясного генеза.

Объективно: бледность, пульс – 110 уд./мин, АД – 100/70 мм рт.ст., Hb – 80г/л. Живот мягкий, безболезненный. Ректально – кал «вишневого цвета». При ФГДС патологии не найдено.

Ваши действия?

medfsh.ru

Экзаменационный билет 73.

Больная 36 лет обнаружила опухолевидное образование на передней поверхности шеи. Оно появилось около 5 лет назад, постепенно, медленно увеличивалось. Больная в это время проживала на Урале. Других жалоб не предъявляет.

Объективно: больная хорошего питания, пульс 78 уд./мин, тоны сердца чистые, ритмичные. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации образование с гладкой поверхностью, овальной формы, плотноватой консистенции, размером 2х3 см, безболезненное, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены. Основной обмен + 10%.

Ваш диагноз?

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 74.

Пятнадцать лет назад у больной 51 года был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3х3 см. Все годы это образование не причиняло ей никакого беспокойства, за последние 3 месяца оно стало быстро увеличиваться. Больная отмечает ухудшение самочувствия, слабость, быструю утомляемость.

Объективно: при пальпации поверхность узла неровная, консистенция плотная. Узел ограничен в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены и плотные.

Ваш диагноз?

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 75.

Больная 42 лет в течение 4 лет страдает тиреотоксическим диффузным зобом III степени. Основной обмен +50%. Больная раздражительна, плаксива. Отмечает потерю в массе (за полгода на 6 кг). Пульс 132 уд./мин.

В какое отделение больницы следует направить на госпитализацию больную?

Какое консервативное лечение показано ей?

Что является критерием готовности больной к операции?

Какая операция показана больной?

Экзаменационный билет 76.

Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен +30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5х5 см с четкими границами. Легочная ткань прозрачна.

Предварительный диагноз?

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 77.

Больная 25 лет перенесла тяжелую фолликулярную ангину. Постепенно боли при глотании прошли, температура стала нормальной. Почувствовала себя здоровой. Через 2 дня вновь поднялась температура до 380С и появились боли при глотании. Левая доля щитовидной

medfsh.ru

железы увеличилась, стала плотной, резко болезненной. Кожа над ней гиперемирована. Появилась тахикардия, раздражительность, потливость. Лейкоцитов в крови 14,0х109 л, СОЭ 30 мм/ч. Основной обмен +25%.

Ваш диагноз?

Лечение?

Больная 32 лет предъявляет жалобы на раздражительность, плаксивость, похудание на 20 кг. Больна в течение года. Заболевание связывает с психологической травмой.

Объективно: пульс 120 уд./мин. Определяется увеличение передней поверхности шеи «толстая шея». Щитовидная железа диффузно увеличена, плотной консистенции. Положительные симптомы Мебиуса и Грефе.

Ваш диагноз?

Лечение?

Экзаменационный билет 79.

Больной 31 года произведена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу диффузного тиреотоксического зоба. Через 8 часов после операции у больной развились тошнота, неукротимая рвота, возбуждение, страх, повышение температуры до 400С. Пульс 130 уд./мин, аритмичный.

Какое осложнение развилось у больной?

Что следует предпринять?

Экзаменационный билет 80.

Больная 60 лет жалуется на раздражительность, непереносимость жары, похудание, сердцебиение, повышенную потливость.

Объективно: отмечается нарушение ритма сердечных сокращений. Глазные симптомы отсутствуют. При пальпации в правой доле щитовидной железы определяется узел размером 3х4 см с четкими границами, не спаянный с окружающими тканями, смещающийся при глотании.

Ваш диагноз?

Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 82.

Больная 50 лет обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на выделение крови из соска при надавливании на него. Месяц назад заметила на бюстгальтере в зоне прилегания соска бурые пятна. В анамнезе две беременности, которые закончились абортами. В настоящее время менопауза.

Объективно: при осмотре молочная железа обычной формы, пальпаторно мягкая. При надавливании на нижневнутренний квадрант ближе к соску появляются кровянистые выделения из соска.

Ваш диагноз?

Методы обследования?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 83.

Больная 20 лет обратилась к хирургу по поводу округлого образования в правой молочной железе, которое она сама прощупала два года назад, за медицинской помощью не обращалась. В детском возрасте болела туберкулезом легких, по поводу которого проходила лечение в противотуберкулезном диспансере. В настоящее время снята с учета.

medfsh.ru

Объективно: у больной беременность 30 недель. При пальпации в правой молочной железе определяется узел размером 2х2 см, плотный, подвижный, безболезненный. В положении лежа узел определяется менее четко (симптом Кенига отрицательный), выделений из соска нет, подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Ваш диагноз?

Методы обследования?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 84.

Больная 30 лет обратилась к хирургу с жалобами на наличие в левой молочной железе плотного болезненного образования, которое в последние две недели стало быстро увеличиваться. Впервые больная обнаружила узел в
этой железе 3 года назад, но к врачу не обращалась. В настоящее время у больной беременность 35 недель.

Объективно: в верхнем квадранте левой молочной железы определяется опухоль 5х5 см плотная, слегка болезненная, без четких границ. Подмышечные лимфоузлы увеличены и болезненны.

Ваш диагноз?

Методы обследования?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 85.

Женщина 28 лет жалуется на наличие опухолевидного образования в левой подмышечной области, которое перед месячными становится более плотным и слегка болезненным. Заметила его около 10 лет назад, но к врачу
не обращалась.

Объективно: образование округлой формы диаметром 4 см, мягкоэластической консистенции, дольчатое.

Ваш диагноз?

Методы обследования?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 86.

У женщины 30 лет через три недели после выписки из роддома появились болезненные ощущения в молочных железах, их нагрубание. После сцеживания молока в правой молочной железе осталось уплотнение, повысилась температура до 37,30С. Больная на вторые сутки заболевания обратилась к хирургу.

Объективно: молочные железы имеют дольчатое строение, а в правой железе в верхне-наружном квадранте определяется болезненное уплотнение
размером 5х6 см. Кожа над ним не изменена. Местно температура повышена,
флюктуации нет. Лимфатические узлы в правой подмышечной области увеличены, плотные и болезненные.

Ваш диагноз?

Методы обследования?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 87.

Женщина 35 лет обратилась к хирургу по поводу появления уплотнения в левой молочной железе и покраснения кожи над ним. Три года назад были роды, лактации нет два года.

medfsh.ru

Объективно: правая молочная железа не изменена. Левая молочная железа увеличена, плотная, гиперемирована, болезненна при пальпации. Хорошо прощупываются увеличенные, болезненные лимфатические узлы в левой подмышечной области. Температура тела повысилась до 37,20С.

Ваш диагноз?
Методы обследования?
Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 88.

У женщины 22 лет через 10 дней после выписки из роддома появилась гиперемия и уплотнение в левой молочной железе. Обратилась к хирургу, который назначил лечение по поводу острого лактационного мастита. В течение недели получала лечение антибиотиками, физиотерапию. Самочувствие больной не улучшилось. Температура к вечеру стала повышаться до 380С. В левой молочной железе отчетливо пальпируется плотное образование размером 6х8 см. Кожа над ним синюшно-багровой окраски. Оно резко болезненно, но размягчения и флюктуации нет.

Ваш диагноз?
Методы обследования?
Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 89.

Больная 49 лет обратилась к хирургу с жалобами на боли и уплотнение в правой молочной железе. Заболела около полугода назад. К врачу не обращалась из-за страха, что будет выявлена опухоль в железе. При осмотре молочная железа резко увеличена и деформирована. Кожа инфильтрирована и
бугристая. Инфильтрация распространяется на грудную клетку. Сосок деформирован, втянут. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены, плотные.

Ваш диагноз?
Методы обследования?
Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 90.

Больная 50 лет обратилась к хирургу с жалобами на наличие незаживающей язвы на соске в области правой молочной железы. Язва появилась 4 месяца назад. К врачу не обращалась, лечилась мазевыми повязками. Язва постепенно увеличивалась в размере. При осмотре в области соска видна язва размером 3х3 см, покрытая вялыми грануляциями. Края язвы подрытые. Отделяемое серозно-гнойное. Вокруг язвы выражен пояс венозной гиперемии кожи.

Ваш диагноз?
Методы обследования?
Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 91.

У больной 22 лет с лактационным маститом через месяц после родов в условиях поликлиники был вскрыт субореолярный абсцесс, рана очистилась от гноя и хирург перешел на мазевые перевязки, однако, больная заметила в верхненаружном квадранте этой же железы болезненное уплотнение. Консервативное лечение оказалось неэффективным и в условиях

medfsh.ru

стационара под наркозом был вскрыт интрамаммарный абсцесс. Через неделю прекратилось гнойное отделяемое, начаты мазевые перевязки, больная готовилась к выписке из стационара. Она все дни болезни сцеживала молоко и кормила им ребенка после кипячения. В день выписки вновь повысилась температура до 37,50С и появился болезненный инфильтрат в нижвнутреннем квадранте этой же железы.

Ваши действия?

Экзаменационный билет 92.

Больная 50 лет случайно обнаружила у себя уплотнение в левой молочной железе. Обратилась к хирургу. При осмотре молочная железа не увеличена, кожные покровы обычной окраски. При пальпации в верхне-наружном квадранте железы определяется опухоль с неровной поверхностью, бугристая, хрящевой плотности размером 2х3 см. Подмышечные лимфоузлы не увеличены.

Ваш диагноз?

Методы обследования?

Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 93.

Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, которые наблюдаются в течение 7 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые. При
исследовании живота патологии не выявлено. При осмотре анальной области
и пальцевом исследовании каких-либо образований не выявлено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3, 7, 11 часах выявлены геморроидальные узлы, сливающиеся с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 108 г/л.

Ваш предварительный диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимы?

В чем состоит лечебная тактика?

Экзаменационный билет 94.

Больной 42 лет поступил с жалобами на резкие боли в заднем проходе, которые усиливаются при ходьбе и акте дефекации. Боли возникли 3 суток назад. Больной периодически отмечал небольшое кровотечение алой кровью
из прямой кишки. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс 92 уд./мин, ритмичный. Температура нормальная. Кожные покровы анальной области гиперемированы. По всей окружности анального отверстия выступают крупные геморроидальные узлы багровосинюшного цвета, резко болезненные.

Ваш диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Тактика?

Экзаменационный билет 95.

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области заднего прохода после акта дефекации. В течение 8 лет
страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода после акта дефекации. В последние годы стал отмечать выпадение геморроидальных узлов при небольшом натуживании, кашле, чихании, практически постоянно испытывает зуд.

medfsh.ru

Дополнительные исследования для постановки диагноза?
Лечебная тактика?

Экзаменационный билет 96.

У больного 66 лет, перенесшего три месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую гемостатическую терапию, кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректороманоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых изъязвлен и кровоточит. Гемоглобин крови 76 г/л.

Какова тактика хирурга?

Экзаменационный билет 97.

У больного 39 лет, страдающего запорами, в течение последнего месяца стали появляться сильные боли после дефекации, кожный зуд в анальной области. При осмотре анальной области патологии не выявлено. При аноскопии и ректороскопии, произвести которые удалось после новокаиновой блокады, на задней стенке анального канала выявлена поверхностная рана
1,0х0,8 мм, покрытая пленкой фибрина.

Ваш диагноз?
Какое лечение рекомендуете больному?

Экзаменационный билет 98.

У больной 50 лет, предъявляющей жалобы на задержку стула, сменяющуюся поносами, примесь крови в кале. При ректороманоскопии обнаружена опухоль прямой кишки на расстоянии 12 см от анального отверстия, суживающая ее просвет. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружена аденокарцинома.

Какими дополнительными исследованиями можно установить операбельность опухоли?
Какова хирургическая тактика?

Экзаменационный билет 99.

К вам на консультацию привели мальчика 15 лет. В течение длителного времени, практически с рождения страдает запорами, стула не бывает по 7-10 дней. Все время пользуется слабительными и клизмами. При осмотре мальчик отстает в физическом и умственном развитии. Язык влажный. Живот увеличен в размере. Брюшная стенка дряблая. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

Ваш диагноз?
Тактика?

medfsh.ru

Экзаменационный билет 100.

Больного 70 лет в течение последних 3 месяцев беспокоят нарастающие запоры. В последние недели стула нет по 3-4 дня. Пользуется слабительными. Около недели назад было кровотечение из прямой кишки – выделилось около 200 мл неизмененной крови. При осмотре состояние удовлетворительное, живот несколько вздут, при пальпации мягкий, патологических образований не определяется. При перкуссии - высокий тимпанит. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет.

Ваш предварительный диагноз?

Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Предполагаемое лечение?

Экзаменационный билет 101.

В приемное отделение доставлен больной б5 лет с жалобами на небольшие боли в правой половине живота, повышение температуры до 37,50С. Из анамнеза установлено, что небольшие боли в животе уже около месяца. Два дня назад больной сам прощупал у себя в правой половине живота малоболезненное образование. В это же время отметил небольшое повышение
температуры.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный, обложен.
Живот не вздут, мягкий, при пальпации, в правой половине живота определяется плотное ограниченно подвижное образование размерами до 10 см в диаметре. Малоболезненное. Печень не увеличена. Лейкоцитоз 10х109 л, гемоглобин 96 г/л.

Ваш предварительный диагноз?

Дополнительные методы исследования?

Лечение?

Экзаменационный билет 102.

В приемное отделение доставлен мужчина 60 лет. Жалобы на высокую температуру, ознобы, распирающие боли в глубине таза, дизурические явления. В течение последних двух дней у больного тенезмы с выделением слизи. Около года назад больному произведена аппендэктомия по поводу острого гангренозного аппендицита.

Объективно: температура до 39,00С. Лейкоцитоз 190х109л. При осмотре в правой подвздошной области рубец без признаков воспаления. Живот мягкий, безболезненный. При осмотре анального отверстия патологии нет. При пальцевом исследовании кончиком пальца достигается болезненный инфильтрат. В анальном канале в области задней крипты легкая инфильтрация
слизистой.

Ваш предварительный диагноз?

Лечение?

Экзаменационный билет 103.

В поликлинику обратился больной 53 лет с жалобами на незначительные боли в области правой ягодицы в 5 см от заднего прохода, выделение гноя из свища. Заболел 1 месяц назад, когда в области ягодицы появилось уплотнение, которое увеличивалось в размере, повысилась температура до 380С. Лечился самостоятельно теплыми сидячими ванночками. Через неделю гнойник вскрылся, температура стала нормальной. Несмотря на улучшение самочувствия и проводимое лечение свищ не закрывался.

medfsh.ru

Предположительный диагноз?
Методы обследования?
Лечение?

Экзаменационный билет 104.

Больному 60 лет для исключения патологии толстой кишки выполнялась колоноскопия. Во время исследования он почувствовал резкую боль в животе, от которой закричал.

О каком осложнении следует думать?
Диагностика осложнения?
Тактика?

Экзаменационный билет 105.

Больной 45 лет в течение 10 лет страдает болями в области заднего прохода. В начале боли были очень сильными при каждом акте дефекации. К
врачу не обращался. При осмотре в поликлинике пальцем обнаружена трещина по задней комиссуре длиной 2 см с плотными краями, слабо болезненная. На дне трещины вялые грануляции.

Ваш диагноз?
Как подтвердить диагноз?
Лечение?