

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №1

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

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. Пульс 110 уд.в мин. АД 100/70 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Ваши действия?
3. Какую лечебную тактику Вы предпримете?
4. Какие лабораторные показатели крови Вас должны интересовать?
5. Возможные виды операций?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №2

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6С, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина-Блюмберга справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Симптом Пастернацкого отрицателен.

В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16,0 \times 10^9 / л$.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие исследования необходимо провести дополнительно?
4. Как расцените данные УЗИ?

ГОРОДСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №3 г. Кемерово	отделение УЗИ тел. 36-26-21
Протокол ультразвукового исследования от 07.04.02	
ФИО: Больной	
Год рожд.: 19	
Направлен:	
Адрес:	
УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ	
Почки расположены типично. В размерах не изменены. Подвижность почек при дыхании сохранена. Контуры ровные, толщина паренхимы сохранена, полостная система не расширена. Мочеточники и надпочечники не визуализируются. Конкрементов не выявлено.	
Заключение:	
Врач:	

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №3

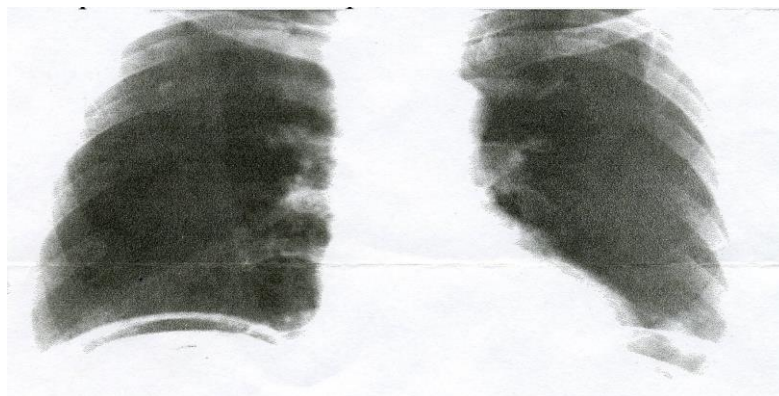
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся сутки назад. Заболел остро, возникла сильная боль в эпигастральной области, была однократная рвота, повысилась температура тела до $37,6^{\circ}\text{C}$, затем боли сместились в правую подвздошную область и уменьшились, но не исчезли совсем. Стул был нормальный.

При осмотре: Общее состояние удовлетворительное. Активен. Рс 84в'. Язык влажный, температура нормальная, отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет. Т- $37,3^{\circ}\text{C}$. Слабоположительные симптомы Ситковского и Ровзинга. Симптом Щеткина-Блумберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется.

Лейкоцитов в крови $8,0 \cdot 10^9/\text{л}$. Анализ мочи без особенностей.

Ниже представлены обзорные рентгенограммы органов грудной клетки.



Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?
3. Какие инструментальные методы исследования следует провести, с какой целью, и в какой последовательности?
4. Имеются ли и какие патологические изменения на представленной рентгенограмме?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №4

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 19 лет поступил через сутки от начала заболевания с жалобами на пульсирующие боли над лобком справа и в правой поясничной области, учащенное мочеиспускание. Накануне заболевания длительное время находился на открытом воздухе, переохладился. Общее состояние больного удовлетворительное. Температура 37,8°C, пульс 92 в минуту. Обращает внимание вынужденное положение больного на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро больной начинает кричать от выраженных болей в поясничной области.

Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области только при очень глубокой пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Определяется болезненность при пальпации в проекции треугольника Пти и резко положительный симптом Пастернацкого справа. Симптом Ровзинга положительный, симптом Ситковского отрицательный.

Эритроцитурия. Лейкоцитов в крови $14,3 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
4. Прокомментируйте УЗИ.

ФИО: Больной А., 19
Год рожд.: 19
Направлен: Приемное

Адрес:

УЗИ ОРГАНОВ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ

Почки не увеличены, подвижны при дыхании, паренхима без признаков деструкции, полостная система не расширена, конкрементов нет. Признаков острого холецистита, панкреатита нет. Конкрементов в желчном пузыре нет. Признаков билиарной гипертензии нет. ОЖП 6 мм. Свободной жидкости в бр полости нет. Справа, забрюшинно нечетко виз-ся небольших размеров инфильтрат, без признаков скопления жидкости. Инфильтрат находится в проекции средней трети мочеточника.

Заключение:

Врач:

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА №5
(ОПК-5, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5)**

Больная 60 лет, тучная женщина, страдает несколько лет хроническим калькулезным холециститом. Приступы заболевания беспокоят пациентку 1-2 раза в год, как правило, после погрешностей в диете. Приступы купировала приемами спазмолитиков и анальгетиков. От предлагаемой 3 года назад плановой операции удаления желчного пузыря отказалась. Неделю назад у больной начался выраженный приступ болей в правом подреберье. Острота приступа на фоне самостоятельного приема спазмолитиков к исходу суток уменьшилась. Однако появилась иктеричность склер, желтушное окрашивание кожных покровов.

При поступлении в приемный покой хирургического стационара общее состояние больной средней степени тяжести. Язык сухой, обложен налетом. Кожные покровы желтушного цвета. Склеры иктеричны. Живот немного вздут. Определяется выраженная болезненность при пальпации в правом подреберье, нечеткий симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс 96 уд. в мин. Температура 37,8 град. С. Общий билирубин крови - 180 мкмоль/л. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9$ Ед./л.

При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости установлено, что желчный пузырь увеличен в размерах до 12 см, стенка его утолщена до 6 мм, не сокращается. В просвете пузыря определяются многочисленные конкременты округлой формы диаметром до 6-8 мм. Общий желчный проток диаметром 15 мм.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз у больной при поступлении в хирургический стационар.
2. Определите тактику лечения пациентки.
3. Назначьте схему консервативного лечения .
4. Какие дополнительные диагностические исследования и с какой целью необходимо выполнить больной?
5. Какую инструментальную процедуру необходимо выполнить, что бы ликвидировать у пациентки механическую желтуху?
6. Когда после этих процедур можно ставить вопрос о холецистэктомии?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №6

(ОПК-7, ОПК-5, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резкие боли в эпигастральной области опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость . обильное потоотделение. Температура 37 град.С . расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят. Ранее ничем не болела. Доставлена через 6 часов от начала заболевания.

При осмотре состояние тяжелое, больная бледна, кожа покрыта холодным потом. Пульс 140 уд. в мин. Артериальное давление 100/60 мм рт.ст. Язык сухой , обложен белым налетом. Живот подвздут, слабо принимает участие в дыхательных движениях. Перистальтика вялая, выслушивается при аускультации с большим трудом. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность при пальпации эпигастральной области. Положительны симптомы Воскресенского и Мео-Робсона. Лейкоцитов в крови $13,0 \times 10^9$ Ед./л. Диастаза крови 600 ед./л

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз у больной при поступлении.
2. Как называется расстройство функции ЖКТ, возникающее при этом заболевании?
3. Опишите патогенез развившегося расстройства.
4. Назначьте лечение больной.
5. Опишите лечение нарушенной функции ЖКТ.
6. Как зависит прогноз лечения больной с основным заболеванием от результата лечения возникшего расстройства ЖКТ?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

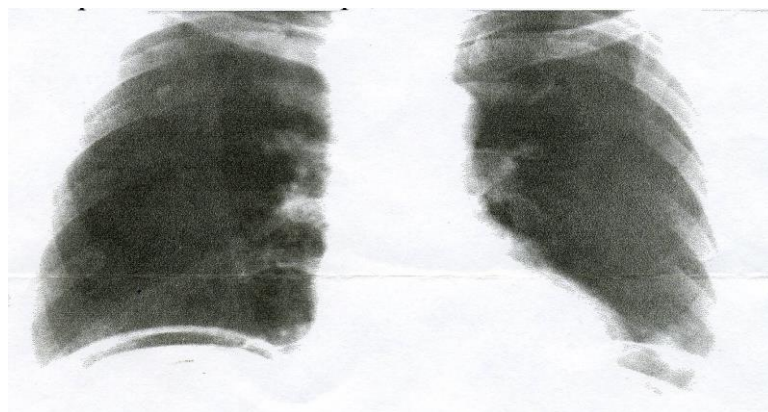
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №7

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 36 лет поступил через 4 ч от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 ч.

В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая локальная болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 37,3°C, пульс 100 в'. Лейкоцитов в крови $15,0 \times 10^9/\text{л}$. Положительным оказался и симптом Ровзинга. Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости представлена ниже.



Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы исследований и в какой последовательности следует провести?
4. Какие патологические изменения имеются на представленной рентгенограмме?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №8

(ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Больная 78 лет поступила в приемное отделение хирургического стационара через 4 часа от начала заболевания с жалобами на выраженные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после поднятия тяжелого предмета (приподняла и отодвинула домашнее кресло). Вскоре после появления болей возникла рвота, вздуло живот, перестали отходить газы. Явления подвздутия живота, эпизоды задержки стула беспокоили пациентку и ранее. Эти явления проходили самостоятельно, больная связывала их последний год с возрастом.

При осмотре: пациентка повышенного питания; масса тела, со слов больной, 118 кг. Выраженные складки кожи и подкожной клетчатки в нижней части живота, нависающие над бедрами.

В подмышечных областях, в паховых областях участки мацерации кожи и опрелости. Живот вздут, мягкий при пальпации, умеренно болезненный в эпигастральной области. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста.

На обзорном снимке органов брюшной полости стоя выявлены чаши Клойбера, соответствующие по форме толстокишечной непроходимости.

Дежурный врач установил диагноз острой obturационной кишечной непроходимости и начал консервативные лечебные мероприятия. После сифонной клизмы был небольшой по объему стул, отошли газы. Рвота не возобновлялась, живот немного уменьшился в объеме. Лечебные мероприятия расценены как эффективные и больной продолжено обследование в условиях стационара с целью выяснения причин непроходимости и установления показаний к плановому оперативному вмешательству.

Однако через 6 часов после улучшения больная вновь почувствовала боли в животе уже распространенного характера. Живот вздуло, возникла дважды рвота. При пальпации живота появились признаки раздражения брюшины. После 2-х часовой предоперационной подготовки пациентка была оперирована. Под эндотрахеальным наркозом с релаксантами выполнена средне- срединная лапаротомия. В брюшной полости - серозно-гнойный выпот в объеме 500-800 мл. При ревизии брюшной полости выявлен участок тонкой кишки, втянутый в складку париетальной брюшины под паховой связкой в медиальной ее части справа. Приводящий отдел кишки на протяжении примерно 80 см выше места препятствия раздут газом, гиперемирован, с налетом фибрина. Отводящий участок кишки спавшийся, разового цвета.

Вопросы:

1. Какое неотложное хирургическое заболевание выявлено у больной во время операции?
2. Как продолжить операцию?
3. Что явилось причиной неправильной диагностики выявленного неотложного хирургического заболевания у больной?
4. Какую ошибку допустил врач приемного покоя?
5. Опишите план клинического осмотра больного при подозрении на неотложное хирургическое заболевание органов брюшной полости.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №9

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струёй, часты стали позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обеих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5х5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции.

Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каков сопутствующий диагноз?
3. Какие и с какой целью дополнительные исследования следует провести?
4. Лечебная тактика?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №10

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

У больного 36 лет была сделана операция через 12 ч после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции у больного появились признаки перитонита. Он повторно оперирован. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника, распространенный гнойный перитонит.

Вопросы:

1. Как называется данный вид ущемления?
2. В чём заключалась тактическая ошибка хирурга?
3. Критерии жизнеспособности /нежизнеспособности ущемлённой петли кишечника?
4. Последовательность действий хирурга при обнаружении ущемлённой кишечной петли?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №11

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемный покой поступил больной 52 лет с ущемленной паховой грыжей. Он жаловался на сильные боли в месте ущемления, вздутие живота, задержку стула и газов. С момента ущемления прошло 16 ч. В приемном отделении больницы во время гигиенической ванны грыжа вправилась, отошли газы. После этого больной был осмотрен. Состояние больного удовлетворительное, пульс 84 в минуту, живот умеренно вздут, однако перистальтика выслушивалась, признаки раздражения брюшины отсутствовали. Учитывая значительный срок ущемления, наличие в момент поступления больного в больницу явлений частичной кишечной непроходимости, вы решили сделать больному лапаротомию. Во время операции, кроме некоторого вздутия тонкого кишечника, патологии обнаружено не было.

Вопросы:

1. Обоснованность лапаротомии?
2. Какова рациональная хирургическая тактика?
3. Абсолютные показания к лапаротомии?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №12

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

У больного 30 лет, поступившего через 6 ч от момента ущемления паховой грыжи, произошло самопроизвольное вправление ее. Общее состояние больного оставалось вполне удовлетворительным, признаков перитонита не наблюдалось. Учитывая сравнительно небольшой срок, прошедший с момента ущемления, молодой возраст больного, настойчивую просьбу больного об операции (грыжа у него в последнее время часто стала ущемляться), хирург через час с момента поступления больного выполнил ему операцию грыжесечения. При этом не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости не было. Операция прошла без осложнений.

На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38°C, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит, и он был оперирован.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина перитонита?
3. Какова должна быть рациональная тактика хирурга с момента поступления больного?
4. Какую тактическую ошибку допустил хирург в ходе операции?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
«_____» _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №13

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резчайшие боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура 37°C. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят.

Раньше ничем не болела. Доставлена через 2 ч от начала заболевания. При осмотре состояние тяжелое, больная бледна, выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. Пульс 140 в'. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот мягкий при пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Вокресенского и Мейо-Робсона положительные. Пальпируется напряжённый безболезненный желчный пузырь. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9/\text{л}$. Диастаза мочи 1024 ед. Билирубин крови 45 мкмоль/л, за счёт прямой фракции.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Дополнительные методы исследования?
3. Основные лечебные мероприятия?
4. Профилактику, каких возможных осложнений заболевания следует проводить?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №14

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры до 39-39,5°C, проливными потами. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Иногда приступы сопровождались появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови $9,2 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ 60 мм/ч. Рентгеноскопия желудочно-кишечного тракта без особенностей. При дуоденальном зондировании получены все порции, патологии в них не найдено. Холецистаграфия показала небольшое расширение общего желчного протока. Камни не определяются.

Результат рентгенологического исследования желудка и 12-п. кишки иллюстрированы следующей рентгенограммой:



Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследований необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Прочтите рентгенограмму.
5. Тактика лечения больной?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

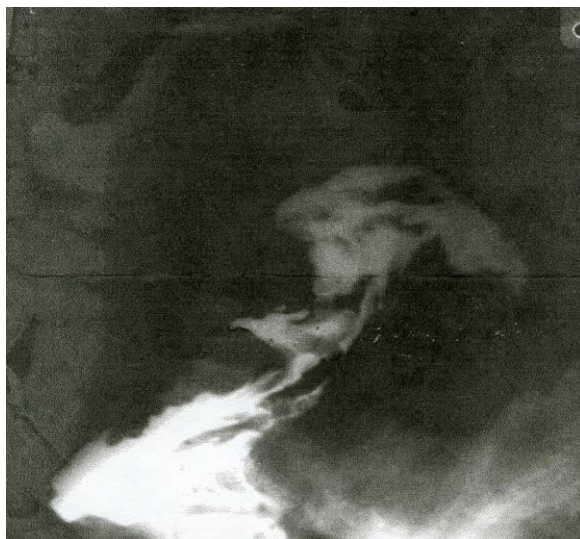
ЗАДАЧА №15

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной А. в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка, поступил в стационар во время очередного обострения. Больной отмечает снижение аппетита, усиление болей после приема пищи. При обследовании в эпигастральной области пальпируется резко болезненное опухолевидное образование.

Анализ крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено гипоацидное состояние.

Рентгенологическое исследование представлено рентгенограммой:



Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 16

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 36 лет в течение 12 лет страдает язвенной болезнью желудка с почти ежегодными обострениями. Лечится регулярно в поликлинике, несколько раз был на курорте, тщательно соблюдает диету. В терапевтическом стационаре ни разу не лечился. При рентгенологическом исследовании язва все время прослеживается.

Вопросы:

1. Что Вы считаете необходимым выяснить из анамнеза заболевания, позволяющее достоверно оценить адекватность лечения?
2. Нуждается ли пациент в дополнительном обследовании и если да, то в каком?
3. Лечебная тактика?
4. В случае выбора в пользу хирургического метода лечения что ляжет в обоснование выбранного метода операции?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №17

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 47 лет, 14 лет назад ему был наложен гастроэнтероанастомоз по поводу стеноза выходного отдела желудка. На протяжении 14 лет чувствовал себя хорошо. В последние 2 месяца у больного появились боли, возникающие после приема пищи, ухудшился аппетит, появилась слабость, повышенная утомляемость. Больной потерял в массе тела 8 кг за 3 месяца. Наличие язвы было подтверждено рентгенологически. При рентгенологическом исследовании было установлено, что желудок имеет форму мешка, опорожнение его содержимого происходит, в основном, через анастомоз. Определенного рентгенологического заключения сделано не было.

В анализе крови эритроцитов $3,5 \times 10^9$ /л, гемоглобина 103 г/л, СОЭ - 30 мм/ч.

Вопросы:

1. Каков основной патогенетический механизм рецидива язвенной болезни после операции гастроэнтеростомии?
2. Чем следует объяснить ухудшение состояния больного через 14 лет после операции гастроэнтеростомии?
3. Какие клинические и лабораторные признаки позволяют обосновать данное осложнение?
4. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Какова лечебная тактика?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №18

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Через 3 мес. после резекции 2/3 желудка по Гофмейстеру-Финстереру больной обратился к вам с жалобами на сильную слабость, возникающую через 15—20 мин после еды, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время начинается головокружение, шум в ушах, учащенное сердцебиение, дрожание конечностей. Затем появляется чувство усталости, сонливости, полиурия и жидкий стул. Болей в животе нет, но больной отмечает чувство полноты в желудке в начале приступа. Приступы более выражены при приеме пищи, богатой углеводами. Больной не прибавляет в массе после операции. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

Вопросы:

- 1.Предварительный диагноз?
- 2.Какие методы исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- 3.Лечебная тактика?
- 4.Показания к хирургическому лечению?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №19

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 40 лет поступил в хирургическое отделение через 4 ч от начала заболевания, с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, появившиеся вскоре после тяжелой физической работы, рвоту, вздутие живота, неотхождение газов. Общее состояние больного средней тяжести, он беспокоен, мечется, пульс 92 в минуту, температура нормальная. Живот вздут, мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. При пальцевом ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста.

Дежурный врач установил диагноз острой кишечной непроходимости и с лечебной целью поставил сифонную клизму, однако уже после введения небольшой порции жидкости у больного появился стул цвета «мясных помоев». Это склонило врача в пользу диагноза илеоцекальной инвагинации, и он оперировал больного, используя правосторонний параректальный доступ по Ленандеру. Однако, слепая и подвздошная кишки оказались на месте. Не найдя патологии со стороны органов, доступных осмотру из этого разреза, хирург зашил рану и вскрыл брюшную полость средне-срединным разрезом. После длительной ревизии и продолжения разреза вверх было установлено, что в отверстии диафрагмы ущемлена часть поперечной ободочной кишки.

Отверстие в диафрагме хирургом было расширено. Ущемленная петля кишки извлечена в брюшную полость, она оказалась жизнеспособной. Отверстие в диафрагме было ушито.

Вопросы:

- 1.Что позволило бы поставить правильный диагноз до операции?
- 2.Какие физикальные данные противоречили диагнозу «илеоцекальной инвагинации»?
- 3.Какую тактическую ошибку допустил хирург?
- 4.Какой хирургический доступ был бы в данном случае рациональным в случае своевременно диагностированной диафрагмальной грыжи? Какова должна быть тактика хирурга в ходе операции?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №20

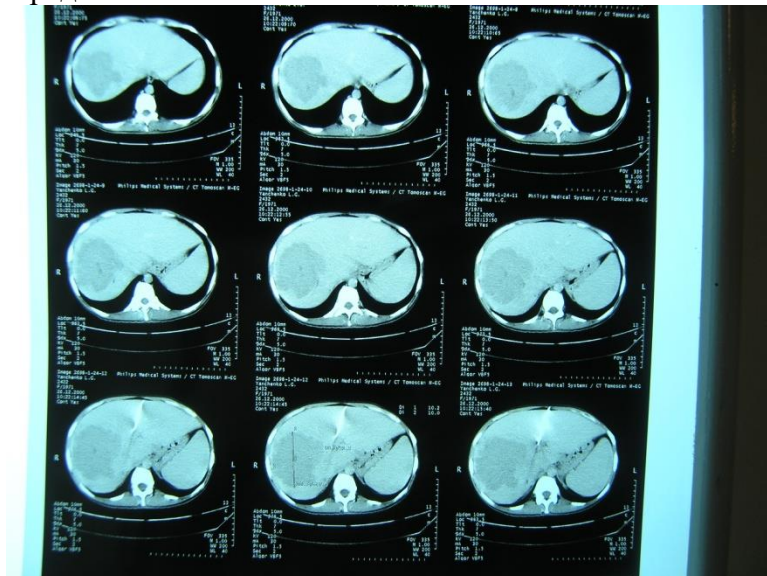
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 40 лет, оперированный 30 дней назад по поводу острого гангренозного аппендицита и тяжело перенесший послеоперационный период (длительная лихорадка, вскрытие межкишечного абсцесса и абсцесса дугласова пространства), вновь поступил в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, ознобы, повышение температуры вечерами до 38,5 С.

Объективно: Пульс 90 ударов/мин, язык влажный, склеры иктеричные. Живот мягкий, но в области правого подреберья определяется болезненность. Печень выступает из подреберья плотно-эластической консистенции, болезненная. Размеры по Курлову 15x10x5 см. Лейкоцитов в крови $18,0 \times 10^9/\text{л}$. При рентгенологическом обследовании правый купол диафрагмы на своем обычном месте, но несколько ограничен в подвижности. Проведена компьютерная томография брюшной полости (томограмма прилагается)

Вопросы:

1. Ваш диагноз? (прокомментируйте томограмму).
2. Какое лечение предполагаете?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №21

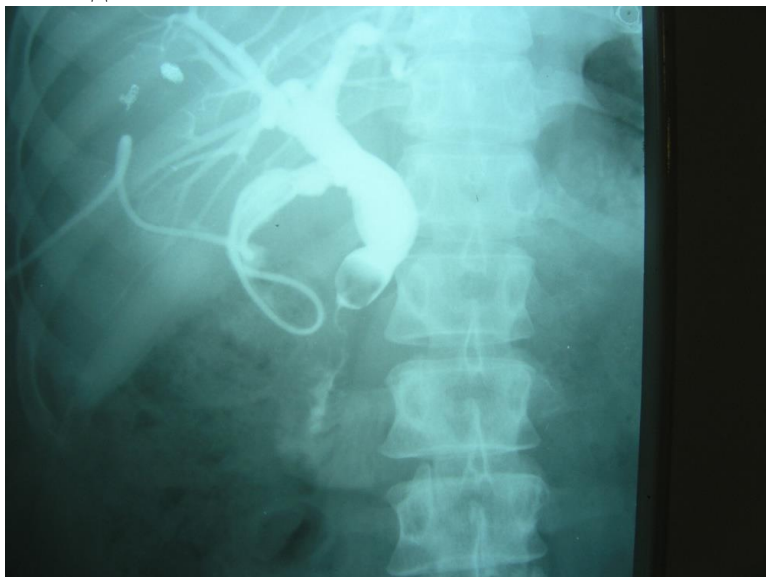
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

У больной 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей желчнокаменной болезнью, гипертонической болезнью и диабетом 2 типа, появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, рвота, температура 38 С. Через сутки от начала заболевания больная обратилась в дежурное хирургическое отделение.

При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы сухие, чистые, желтушны. Склеры иктеричны. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен, болезнен в правом подреберье, перитонеальных симптомов нет. При проведении УЗИ: желчный пузырь больших размеров, заполненный конкрементами. Лейкоцитоз $12,0 \times 10^9$ /л. Состояние было расщеплено как острый холецистит, выполнена микрохолецистостомия под контролем УЗИ. Боли быстро купировались, по стоме выделяется 600,0 мл желчи в сутки, выполнена фистулография (снимок прилагается).

Вопросы:

1. Какие отклонения от нормы Вы видите на фистулохолецистохолангиограмме?
2. Как сформулируете диагноз?
3. Какое лечение показано в дальнейшем?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

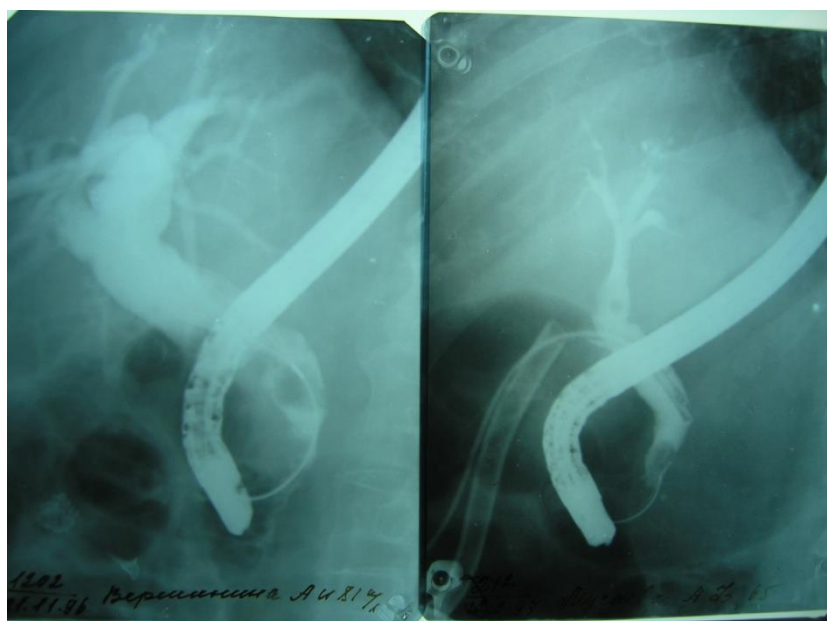
ЗАДАЧА №22

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

60-летней женщине, страдавшей в течение 10 лет хроническим калькулезным холециститом, в ургентном порядке по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита выполнена операция холецистэктомия. Операционная холангиография не проводилась. После операции в течение 6 месяцев периодически беспокоили боли в подложечной области, которые снимались приемом Но-шпы. Последний приступ болей сопровождался рвотой, потемнением мочи, ознобом, появлением иктеричности склер. В хирургическом отделении, куда была доставлена больная, при обследовании выявили температуру 38 С, общий билирубин - 100,0 мкмоль/л; прямой - 80,0 мкмоль/л; непрямой - 20,0 мкмоль/л; диастазу мочи 64 ед; расширение гепатикохоледоха, по данным УЗИ. Выполнена ретроградная холангиография (см. снимок).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз .
2. Какую ошибку допустил хирург, выполнявший холецистэктомию?
3. Какие патологические изменения Вы видите на снимке?
4. Какое лечение показано?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №23

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемный покой доставлена женщина с жалобами на слабость, стул темного цвета. Больной себя считает в течение месяца, когда впервые заметила иктеричность склер, темную мочу, небольшую желтуху. Лечилась травами, желтуха уменьшилась, однако стул, бывший до этого светлым, стал периодически дегтеобразным, нарастала слабость.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Больная пониженного питания, кожные покровы желтушны, видимые слизистые бледно-розового цвета. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст., пульс 90 ударов/мин.. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень по Курлову 12x10x8 см, в правом подреберье определяется безболезненное плотно-эластическое образование 5x6 см. При ректальном исследовании - мелена. На УЗИ расширение внутри- и внепеченочных желчных ходов. Состояние расценено как механическая желтуха, наложена чрезкожная чрезпеченочная холецистостома, выполнена фистулография (снимок прилагается).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Прокомментируйте холеграмму.
3. Какое лечение показано?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №24

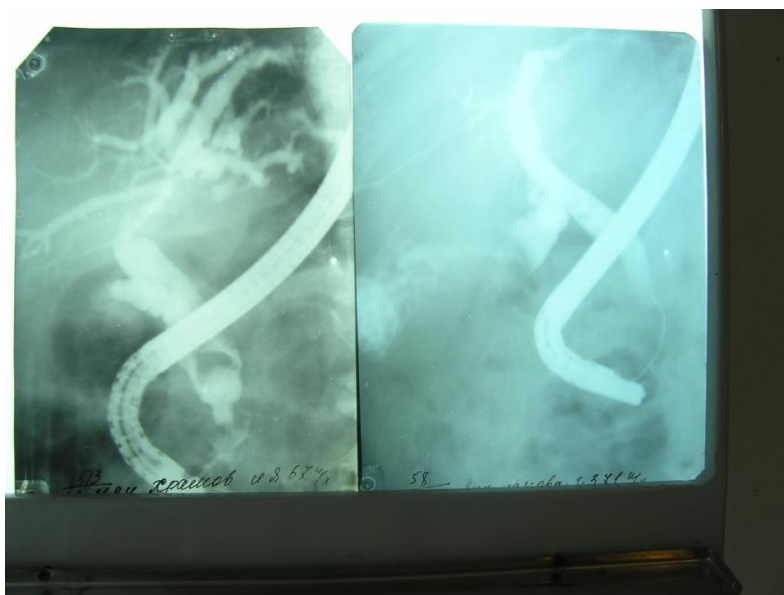
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся в течение последнего года приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и правое плечо. Боли связывает с приемом пищи. За последний месяц такие приступы участились. Иногда после приступа появляется желтуха, которая быстро исчезает.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Пульс 80 ударов/мин, АД-120/80 мм рт.ст., 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 ммоль/л; прямой - 30,0 ммоль/л, непрямой - 10,0 ммоль/л. Больной выполнена ретроградная холеграфия (снимок прилагается).

Вопросы:

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Прокомментируйте холеграмму.
- 3.Какое лечение необходимо?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №25

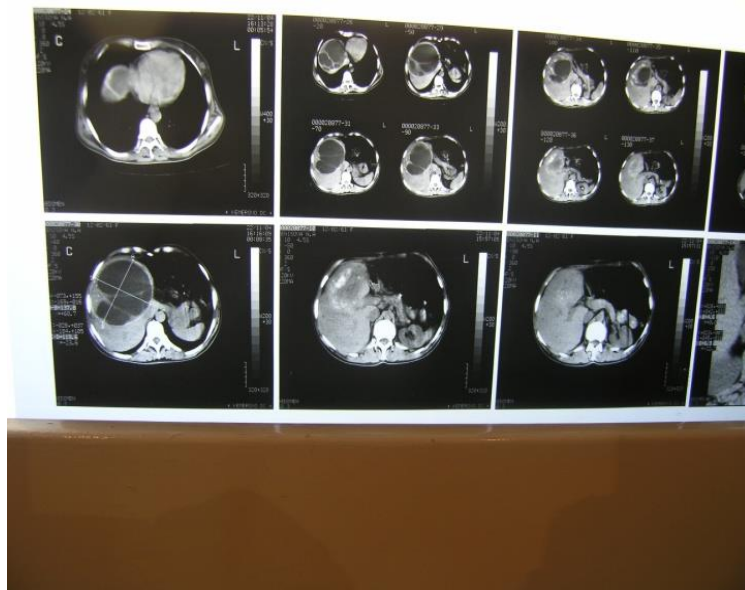
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 40 лет, охотник, жалуется на тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. В анамнезе год назад были беспричинная крапивница и зуд кожи.

Объективно: питания среднего, кожные покровы чистые, телесного цвета. Пульс 80 ударов/мин., живот обычной формы, мягкий, безболезненный. Край печени пальпируется на 3 см. ниже реберной дуги, он закругленный, безболезненный. Размеры по Курлову 13x11x8 см. При рентгенологическом исследовании определяется выпячивание полусферической формы в области правого купола диафрагмы. Выполнена КТ брюшной полости. (томограмма прилагается).

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какие дополнительные методы исследования могут помочь в постановке диагноза?
3. Какое лечение предполагается?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

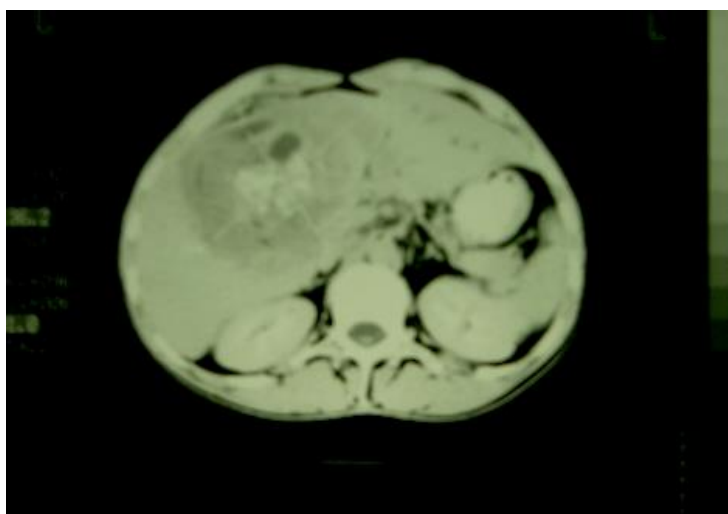
ЗАДАЧА №26

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

40-летний больной, сельский житель, был направлен с профилактического осмотра на консультацию к печеночному хирургу в связи с обнаруживаемым в течение двух лет увеличением печени. Жалоб нет, состояние удовлетворительное, питания среднего, за последние месяцы не похудел. Кожные покровы и слизистые обычного цвета. Печень определяется пальпаторно на 2 см ниже правой реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная. Размеры по Курлову 15x13x10 см. Другой патологии не обнаружено. Температура тела 36,5 С. Анализ крови: лейкоцитов $7,2 \times 10^9$ /л; эритроцитов $4,0 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин 130 г/л; СОЭ - 15 мм/час. Выполнена компьютерная томография брюшной полости (томограмма прилагается).

Вопросы:

1. О каком заболевании будете думать?
2. Прокомментируйте томограмму
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Предполагаемое лечение?



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №27

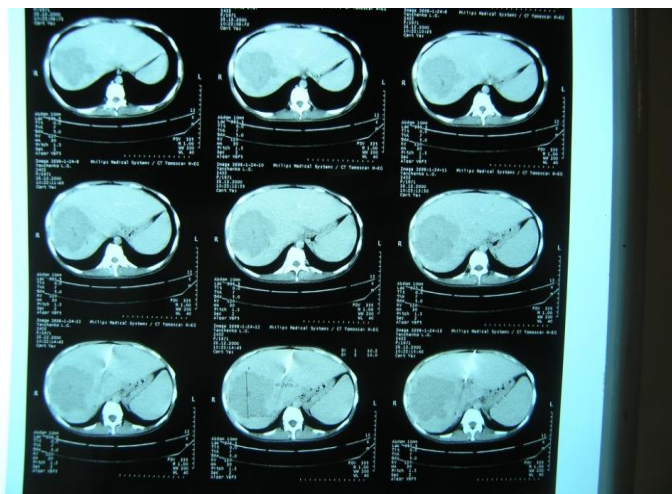
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, похудание, появление желтухи и тупые постоянные боли в правом подреберье. Заболел около 6 месяцев назад, когда появились умеренные ноющего характера боли в правом подреберье. Лечился травами. Боли несколько уменьшились, но нарастала слабость, снизился аппетит, за последние 2 месяца похудел на 15 кг. Накануне заметил истеричность склер и потемнение мочи.

Объективно: питания пониженного. Кожные покровы желтушны, сухие, склеры иктеричны. Живот при пальпации мягкий, печень плотная, бугристая пальпируется на 3 см ниже реберной линии. Селезенка не увеличена. В брюшной полости четко определяется асцит. Выполнена КТ брюшной полости (томограмма прилагается)

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Прокомментируйте томограмму.
3. Какое дополнительное обследование необходимо?
4. Назначьте лечение.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №28

(ОПК-7, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

В приемный покой хирургического стационара доставлен больной 67 лет с жалобами на интенсивные распространенные боли в животе, возникшие внезапно среди полного благополучия около 2-х часов назад. Из анамнеза: боли в животе ранее не беспокоили. Изредка, на протяжении последних лет, из-за погрешностей в диете возникали явления желудочно-кишечного дискомфорта. Год назад выполнена баллонная дилатация и стентирование коронарных артерий по поводу ИБС. Соблюдал прием препаратов, назначенных кардиологом. Курить бросил. В течении недели, в связи с психоэмоциональным напряжением из-за бытовых причин начал курить и нарушил регулярный прием препаратов по назначению кардиолога. На момент поступления: состояние больного тяжелое, в сознании. Кожные покровы бледные, губы синюшные. Пульс 110 уд.в мин., ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. При аускультации живота перистальтические шумы не прослушиваются. Из результатов лабораторных исследований - общий анализ крови: лейкоцитоз $18,0 \times 10^9/\text{л}$. С учетом клинической картины дежурным хирургом под ЭТН предпринята диагностическая лапароскопия. Выявлено, что выпот в брюшной полости отсутствует, петли кишечника бледные, волны перистальтики вялые, но сохранены. Явной патологии в брюшной полости не выявлено, и он был оставлен для динамического наблюдения. Боли в животе после лапароскопии стихли. Через 3 часа дежурная мед.сестра сообщила, что у пациента вновь возникли острые боли в животе. Дежурный хирург при повторном осмотре выявил клинику распространенного перитонита. Больной был оперирован. После выполнения средне-срединной лапаротомии в брюшной полости у пациента выявлены неперистальтирующие, раздутые газом петли кишечника, темного цвета с признаками формирующегося некроза, обильный выпот с запахом кишечного содержимого.

1. Сформулируйте диагноз заболевания у больного в момент поступления.
2. Какие дополнительные диагностические исследования и по какой причине должен был назначить дежурный хирург у этого пациента?
3. Почему выполненное лапароскопическое исследование в момент поступления больного дало ложный результат?
4. Какая операция должна была быть выполнена больному при правильной постановке диагноза?
5. Какую операцию хирург вынужден выполнить в сложившейся ситуации?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №29

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В поликлинику к терапевту обратилась 50-летняя женщина с жалобами на появление в моче крови при мочеиспускании. Впервые кровь заметила около недели назад. В анамнезе мочекишлый диатез, неоднократные почечные колики с микрогематурией и дизурией. В течение последних лет приступов болей не было. Около 25 лет назад лечилась по поводу цистита.

Объективно: питания среднего, кожа и видимые слизистые обычные. Пульс 76 ударов/мин., АД - 120 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный. Печень и селезенка не определяются. Анализ крови: лейкоцитов - $7,6 \times 10^9$ /л; эритроцитов - $2,8 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин - 100 г/л. Анализ мочи: свежие эритроциты до 50 в п/зр. При проведении УЗИ патологии не найдено. Выполнена в/в урография, нисходящая цистография. (снимок прилагается).

Вопросы:

- 1 Сформулируйте диагноз.
- 2 . Прокомментируйте снимок.
- 3.Какое обследование проведете больной для уточнения диагноза?
- 4.Назначьте лечение.



**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №30

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 36 лет обратился с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в правой половине живота, иррадиирующие в паховую и правую поясничную область, тошноту, однократную рвоту. Заболел 2 часа назад. Раньше подобных болей никогда не было. Больной беспокоен, мечется. Температура при поступлении 37,5 °С. Пульс 100 ударов/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряжен в правой половине, болезненный больше справа от пупка. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Поколачивание в поясничной области справа резко болезненно.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями будете проводить диф диагностику?
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести больному для уточнения диагноза?
4. Какую окажете первую помощь?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №31

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больная 56 лет обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота. Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали, поднялась температура до 38°C. Пульс 92 удара/мин. Стул был накануне нормальный, мочеиспускание не нарушено. Раньше подобных болей не было. При осмотре: Общее состояние удовлетворительное, кожные покровы умеренной степени влажности, бледно-розовые. Язык сухой, обложен белым налетом. Больная при дыхании щадит живот в правой половине. При пальпации определяется болезненность и напряжение мышц в правой подвздошной области и правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Щеткина-Блюмберга в правой половине живота и симптом Ровзинга резко положительные. Френикус-симптом и симптом Ортнера отрицательные.

Анализ крови: лейкоцитов $12,0 \times 10^9$; эритроцитов - $4,0 \times 10^{12}$; Нв=130г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие дополнительные обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №32

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2 ч. назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечает слабость, головокружение, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).

При осмотре: кожные покровы бледные, температура 37,1 С. Пульс 100 ударов/мин, АД-100/60 мм рт.ст. Язык чистый, влажный. Живот принимает участие в акте дыхания, при пальпации отмечается умеренное напряжение и болезненность в правой подвздошной области без четких перитонеальных симптомов. Анализ мочи без отклонений от нормы. Анализ крови: лейкоцитов $10,0 \times 10^9$; эритроцитов $3,1 \times 10^{12}$; гемоглобин 100 г/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями будете дифференцировать?
3. Какое дополнительное обследование необходимо провести для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №33

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 36 лет поступил в хирургическое отделение через год после резекции $\frac{1}{2}$ желудка по Гофмейстеру-Финстереру, выполненной по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной кровотечением. Больной жалуется на периодически появляющееся после приема пищи чувство тяжести в эпигастральной области и правом подреберье, которое нарастает и сопровождается рвотой чистой желчью спустя 1,5-2 часа. После рвоты наступает облегчение. После каждого приема пищи (особенно сладкой, молочной) наблюдаются слабость, головокружение, периодически вынужден принимать горизонтальное положение на 20-30 мин. За год похудел на 10 кг.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие дообследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №34

(ОПК-5, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Больная 22 лет, умеренного телосложения доставлена в приемный покой хирургического стационара с жалобами на интенсивные боли в области эпигастрия. Боли возникли сразу после приема пищи и сохранялись около 1 часа. Больная вызвала врача скорой помощи, который после осмотра пациентки решил доставить ее в дежурный хирургический стационар. С момента возникновения болей до момента осмотра больной хирургом прошло около 2-х часов. На момент осмотра хирургом пациентку ничего не беспокоило. Лабораторные исследования, включая амилазу крови, УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ никаких подозрений у дежурного хирурга не вызвали, и больная была отпущена домой с рекомендацией обследования и лечения у терапевта по месту жительства.

В последующие приемы пищи пациентка старалась кушать меньше, поскольку каждый прием сопровождался интенсивными болями в верхней части живота. Боли были непродолжительными: 40- 60 мин. после приема пищи. В остальное время суток больная чувствовала себя хорошо и с обращением к терапевту не спешила. Однако через несколько месяцев стала отмечать значительное снижение массы тела, быстро наступающую усталость при выполнении физической нагрузки.

Обследование пациентки в амбулаторных условиях, включающее в себя ФГДЭС, повторное УЗИ органов брюшной полости, КТ органов брюшной полости, лабораторные исследования, не выявило заболеваний органов брюшной полости.

Вместе с тем, больную продолжали беспокоить боли в животе после каждого, даже небольшого по объему приема пищи. Больная значительно похудела, потеряла интерес к жизни.

1. О каком заболевании идет речь? Укажите его конкретную форму.
2. Опишите диагностический алгоритм по поиску причин болей в животе, напрямую связанных с приемами пищи.
3. Какую ошибку при осмотре настоящей больной допускали врачи, участвовавшие в ее обследовании?
4. В выполнении какой операции нуждается пациентка? Каковы отдаленные результаты подобной операции у молодых людей?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №35

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 19 лет, поступил через сутки от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние удовлетворительное, температура 37,8⁰С, пульс 92 удара/мин. Обращает внимание, вынужденное положение больного на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро появляются сильные боли в поясничной области справа. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области при глубокой пальпации. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Ровзинга положительный. Поколачивание в поясничной области справа болезненное. Симптомы Воскресенского и Ситковского отрицательные. Дизурии нет. Лейкоцитоз 14,0 x 10⁹.

Вопросы:

1. Какое заболевание предполагаете?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое дообследование необходимо провести?
4. Какое лечение предложите больному?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №36

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 30 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся неделю назад. Сначала возникла сильная боль в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,5 °С. Затем боли локализовались в правой подвздошной области и значительно стихли, но не исчезли совсем, стул и мочеиспускание нормальные.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пульс - 66 ударов/мин, язык обложен, температура 36,3 °С, отмечается болезненность в правой подвздошной области при мягком животе. Здесь же пальпируется образование плотной консистенции 5х4 см, малоболезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Ровзинга положительный.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какое дообследование проведете больному?
3. Какое лечение необходимо?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №37

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 36 лет поступил через 4 часа от начала заболевания. Заболевание началось очень остро, резкими болями в эпигастральной области, была однократная рвота. Больной находился в квартире один и смог вызвать врача только через 3 часа. В момент осмотра общее состояние больного удовлетворительное, жалуется на боли в правой подвздошной области, где имеется резкая болезненность, защитное напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 37,3 °С, пульс 100 ударов/мин, лейкоцитов в крови $15,0 \times 10^9$, анализ мочи без изменений. Оказался положительным симптом Ровзинга. Был поставлен диагноз острого аппендицита и больной взят на операцию. Однако, после вскрытия брюшной полости выделилось значительное количество мутной жидкости с примесью желчи.. Червеобразный отросток слегка гиперемирован.

Вопросы:

1. Каков правильный диагноз?
2. С какими заболеваниями до операции надо было проводить дифференциальный диагноз?
3. Почему ошибся хирург?
4. Что следует предпринять?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №38

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

У незамужней женщины 32 лет 3 года назад стали появляться болезненные набухания молочных желез, усиливающиеся в предменструальном периоде. Несколько дней назад больная в левой молочной железе обнаружила опухолевидное образование. Молочные железы внешне не изменены. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется нечетко плотный узел размерами 2х2 см. Узел плотно-эластической консистенции, слегка болезненный при пальпации, не спаян с кожей и окружающими тканями, кожа над ним не изменена. Симптом Кенига отрицательный, в положении больной лежа узел пальпируется менее четко. Регионарные лимфатические узлы не определяются.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?
4. Какова врачебная тактика?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №39

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больная 53 лет поступила в приемный покой с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры тела до 38 °С. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой голени и стопы лоснится, напряжена. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавлением рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность. Анализ крови: лейкоцитов $11,0 \times 10^9$; эритроцитов $4,0 \times 10^{12}$; протромбиновый индекс 120 %.

Вопросы:

- 1.Предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
- 3.Какие исследования помогут уточнить диагноз?
4. Какое назначите лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №40

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемный покой доставлен больной 45 лет, с жалобами на рвоту желудочным содержимым коричневого цвета, слабость, головокружение. Накануне вечером был стул темного цвета. Анамнез заболевания: язвенная болезнь более 3 лет; два года назад было 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. Противоязвенное лечение не принимал.

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.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №41

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемный покой доставлена женщина 60 лет с жалобами на постоянные сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, тошноту, рвоту, озноб. Заболела за сутки до поступления, после празднования дня рождения внучки. Ночью проснулась от болей в эпигастрии, принимала Но-шпу, но боли не проходили, затем появилась тошнота и рвота. С утра стало знобить, повысилась температура до 38,3°C, отмечает потемнение мочи, также боли начали иррадиировать под левую лопатку, в позвоночник. Ранее таких сильных болевых приступов не отмечала. В анамнезе хронический холецистит, лямблиоз. Два года назад в желчном пузыре обнаружены при выполнении УЗИ конкременты.

Объективно: женщина повышенного питания, склеры и кожные покровы желтушные, температура тела 38°C. Пульс - 100 уд/мин, АД=130/90 мм рт.ст. Дыхание везикулярное. При пальпации живот напряжен, резко болезнен в эпигастральной области без перитонеальных симптомов. В остальных отделах мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не определяются. Печеночная тупость сохранена. Моча темная. Самостоятельный стул сегодня отсутствует, ректально кал обычной окраски.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №42

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

80-летняя женщина 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 2 типа.

Объективно: состояние тяжелое, больная повышенного питания, температура тела 38°C. Склеры обычного цвета, АД=180/90, пульс - 108 уд/мин, аритмичный. Одышка 25 в 1 мин. Дыхание жесткое, хрипов нет, язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное, резко болезненное образование 5x8 см. 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.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №43

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Женщина 36 лет обратилась к терапевту с жалобами на деформацию шеи, создающую косметические неудобства. Объемное образование на передней поверхности шеи она заметила около 6 месяцев назад. Связать его возникновение с чем-либо она не может. За истекшее время размеры образования не изменились. Самочувствие больной хорошее, не похудела, сон не нарушен. Пациентка нормостенической конституции. Пульс ритмичный, 60 уд/мин, АД=120/80 мм. рт. ст. Локально: образование с четкими краями, размером около 4,0 х 3,0 см, занимает правую переднебоковую поверхность шеи. Его нижняя граница на 1 см выше яремной вырезки грудины. Пальпаторно образование мягкое, слабо болезненное, подвижное, смещается при глотании, с кожей не спаянно. Кожа над ним не изменена. Лимфатические узлы шеи не увеличены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №44

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Ребенок 8 лет упал с высоты 2-3 метров на ягодицы, при этом возникла резкая боль в поясничном отделе позвоночника.

Объективно: болезненная припухлость в области поясничного отдела позвоночника, щадит спину, мышцы напряжены. Резко ограничена амплитуда активных движений в суставах нижних конечностей, особенно в дистальных отделах. Сухожильные коленные и ахилловы рефлексы отсутствуют. Глубокая гипестезия в аногенитальной области, по задней поверхности бедер, голени и подошвенной поверхности стоп. Недержание мочи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №45

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

50-летняя женщина доставлена в хирургическое отделение с жалобами на боли в надлобковой области, учащенное мочеиспускание, субфебрильную температуру тела. Боли в нижних отделах живота появились 36 часов тому назад, постоянного характера, ноющие и в течение последних суток стали сопровождаться учащенным, болезненным мочеиспусканием. При ходьбе боли усиливаются, иррадиируют в правое бедро, прямую кишку, накануне знобило. Последняя менструация 6 дней назад в срок. Инфекции половой сферы отрицает. В анамнезе б. Боткина, хронический гастрит.

При осмотре: пульс 96 уд/мин, температура тела 37,5 °С, живот в верхних отделах и мезогастрии мягкий, в надлобковой области напряжен, резко болезненен. Там же положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Анализ крови: Лейкоцитоз 14×10^9 /л. Анализ мочи: множество лейкоцитов в поле зрения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20 ____ г.

ЗАДАЧА №46

(ОПК-7, ОПК-5, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

Больная 42 лет обратилась в дежурный хирургический стационар с жалобами на умеренные боли в животе распространенного характера, возникшие накануне вечером без какой-либо объяснимой причины.

В анамнезе дважды роды, без осложнений. Иногда принимает гормональные противозачаточные средства.

При осмотре: состояние больной удовлетворительное. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, незначительно болезненный во всех отделах. При аускультации перистальтические шумы выслушиваются. Стул и мочеиспускание не нарушены. Больная осмотрена гинекологом. Патологии не выявлено. Выполненные УЗИ органов брюшной полости, лабораторные исследования крови и мочи подозрений на патологию не вызвали.

Больная была направлена на амбулаторное обследование по месту жительства. Однако боли в животе, несмотря на принимаемые рекомендованные спазмолитики, не прошли. Появилась тошнота, дважды был жидкий стул. На 2-е сутки от начала заболевания в связи с ухудшением вызвала врача скорой помощи и была доставлена в дежурный хирургический стационар. Дежурный хирург и гинеколог не нашли признаков острой абдоминальной патологии и также направили больную на амбулаторное обследование по месту жительства. Из-за невыясненных причин больная не смогла попасть на прием в этот день. На 3-й день боли в животе усилились, живот вздуло, перестали отходить газы.

В дежурном хирургическом стационаре, куда пациентка была доставлена СМП, был установлен диагноз распространенного перитонита, и больная была оперирована. Во время операции в брюшной полости выявлено большое количество темного геморрагического характера выпота с неприятным гнилостным запахом, отечные, неперистальтирующие петли кишечника с признаками начинающегося некроза. Пульсация верхней брыжеечной артерии сохранена. Выполнить полное удаление некротизированного кишечника не представлялось возможным. Операция закончена ушиванием передней брюшной стенки.

Вопросы:

1. О какой патологии идет речь в приведенном случае?
2. Какое обстоятельство из анамнеза больной должно было натолкнуть специалистов на поиск причин медленно развивающейся острой абдоминальной катастрофы?

3. Какое современное исследование не выполнено ни на одном этапе контакта больной с медицинскими работниками? Опишите программу лечения больных с диагнозом, аналогичным у больной в приведенном случае.

4. Опишите программу лечения больных с диагнозом, аналогичным у больной в приведенном случае.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №47

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемный покой доставлена 70-летняя женщина с жалобами на боли схваткообразного характера в животе, тошноту, рвоту, опухолевидное образование в правой паховой области. Больна 2 суток, опухолевидное образование появилось во время кашля. Лечилась грелкой, боль в области образования уменьшилась, вчера появилась рвота. В анамнезе бронхиальная астма, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь.

Объективно: состояние больной тяжелое, пульс - 120 уд/мин, АД= 100/60 мм. рт. ст., температура тела 37,5°C, одышка 25 в мин, множество сухих хрипов. Живот подвздут, мягкий, умеренно болезненный в мезогастрии без перитонеальных симптомов. Печень на 2 см ниже реберной дуги, селезенка не определяется. На ногах отеки. Локально: в правой паховой области выбухающее образование 10 x 6 см, напряженное, болезненное, кожные покровы над ним гиперемированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №48

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

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 рвало. В анамнезе периодически изжоги. 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: состояниеотягощено 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 напряжение передней брюшной стенки, резкая болезненность при перкуссии и пальпации. Симптомы раздражения брюшины положительные

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №49

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемный покой доставлена женщина 55 лет, предъявляющая жалобы на нестерпимые боли в левом плече и предплечье, сопровождающиеся слабостью и онемением пальцев кисти, появившееся без видимых причин около 5 часов назад. Интенсивность болей постоянная. Три года назад пациентка перенесла ОНМК, протекавшее в форме обратимого левостороннего гемипареза. Отмечает появление в последний год отеков на нижних конечностях к концу дня. В анамнезе остеохондроз поясничного и грудного отделов позвоночника.

Объективно: пульс - 100 уд/мин, аритмичный, АД= 160/90 мм.рт.ст. При аускультации сердца определяется диастолический шум на верхушке. Печень по краю реберной дуги, безболезненна. Асимметрии верхних конечностей нет, сохранена только пассивная подвижность пораженной руки, сила левой кисти значительно снижена, левая кисть холоднее правой.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №50

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемный покой хирургической клиники машиной скорой помощи доставлена женщина 56 лет с наружным кровотечением из трофической язвы нижней трети правой голени.

В течение 25 лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей возникшим после первой беременности и родов.

Два часа назад дома при надевании валенок открылось сильное кровотечение из разорвавшегося варикозного узла по внутренней поверхности нижней трети правой голени. Больная через несколько минут прижала место кровотечения носовым платком, а родственники вызвали «скорую медицинскую помощь».

Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледные, ЧСС - 110 в минуту, АД - 90/70 мм рт.ст. На нижних конечностях видны расширенные, извитые подкожные вены, нижняя треть голени с малоподвижной пигментированной кожей. На правой голени над лодыжками наложена бинтовая повязка, а в нижней трети бедра - жгут Эсмарха. При ослаблении жгута повязка обильно промокла кровью.

Анализ крови: эритроциты - 3 на $10^{12}/л$, гемоглобин - 85 г/л, гематокрит - 0,28, общее количество лейкоцитов - 13 на $10^9/л$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №51

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Мужчина 65-и лет при подъеме по лестнице на второй этаж упал, ударившись левым боком о ступеньку, почувствовал острую боль в проекции X-X1 ребер по заднее-аксилярной линии. С трудом поднялся, вошел в квартиру и вызвал врача. Объективно: больной находится в вынужденном положении, кожные покровы бледные. Пульс - 120 ударов в минуту. Артериальное давление - 90 / 50 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, при пальпации грудной клетки появляется острая колющая боль в месте травмы (X-X1 ребер по заднее-аксилярной линии слева). При изменении положения тела усиливаются боли в животе (симптом «ванька-встаньки»).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №52

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

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.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №53

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Вас срочно вызвали на дом к 34-летнему больному, который жалуется на «пронизывающую» боль в правой половине грудной клетки.

Из анамнеза установлено, что он болен хроническим бронхитом. Боль возникла около часа назад во время очередного кашля.

Объективно: Больной лежит на правом боку. Кожные покровы бледные, отмечается легкий акроцианоз. Дыхание поверхностное, 28 в минуту. Температура тела 36,7° С. Артериальное давление - 120 / 85 мм рт.ст.

Справа над легкими дыхание не прослушивается, при перкуссии определяется коробочный звук. Живот правильной формы, мягкий при пальпации, безболезненный. Печень по Курлову 10 на 9 на 7 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №54

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

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. Пульс 110 уд.в мин. АД 100/70 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Ваши действия?
3. Какую лечебную тактику Вы предпримете?
4. Какие лабораторные показатели крови Вас должны интересовать?
5. Возможные виды операций?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №55

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Женщина кипятила белье, и в воду добавила стиральный порошок и отбеливатель. При снятии емкости с плиты пострадавшая по неосторожности опрокинула ее на себя, получила ожоги передней поверхности туловища, обеих предплечий и кистей.

Объективно: указанные поверхности гиперемированы, местами покрыты мелкими и крупными пузырями с серозным содержимым, некоторые из них под вскрыты, свисают обрывки эпидермиса, дно некоторых пузырей белесоватое, болевая чувствительность снижена.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №56

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

На дом вызван участковый врач. Он обнаружил больного А., 26 лет, в постели. Больной предъявил жалобы на отсутствие чувствительности в пальцах стоп, отек пальцев и тыла стоп. Из анамнеза установлено, что накануне больной на морозе долго ждал общественный транспорт, продрог и отметил замерзание пальцев стоп. Дома прогревал стопы в горячей ванне, но чувствительность не восстановилась. Объективно: врач обнаружил отечные стопы, имеется цианоз пальцев, чувствительность в них отсутствует, капиллярная проба отрицательная. Пульс на тыльной артерии стопы и позади медиальной лодыжки сохранен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №57

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Вы - участковый врач. На дому посетили по вызову больную С., 46 лет, которая предъявила жалобы на боли в левой ягодице, общую слабость, озноб.

Из анамнеза выявлено, что неделю назад по поводу высокого артериального давления участковая медсестра ввела в левую ягодицу раствор магния сульфата. Через 3-е суток повысилась температура до 38,5° С.

Объективно: при осмотре в верхненаружном квадранте левой ягодичной области имеется гиперемия кожи, припухлость. В середине определяется плотный болезненный инфильтрат, в центре которого не четко пальпируется размягчение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №58

(ОПК-5, ПК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-5)

В приемный покой хирургического стационара бригадой скорой помощи доставлен больной 24 лет с жалобами на обильную рвоту темного цвета кровью. Рвота возникла 2 часа назад на фоне относительного благополучия. Из анамнеза: с 17 лет страдает опиатной зависимостью, в течение настоящего года после курса лечения – ремиссия. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Выраженная бледность кожных покровов. Пульс 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт.ст.. В общем анализе крови количество эритроцитов $2.3 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 80 г/л.

- 1.Опишите лечебно-диагностический алгоритм у настоящего больного.
- 2.Каким заболеванием страдает пациент? Какое осложнение произошло у него?
- 3.Опишите консервативные мероприятия, направленные на остановку кровотечения у этого больного.
- 4.Опишите методику остановки кровотечения у этого пациента в случае неэффективности консервативных мероприятий.
- 5.Что такое «Трансъюгулярное внутripеченочное портосистемное шунтирование (TIPS)»? В каких случаях и как оно выполняется по этой причине?.
6. Если вышеперечисленные мероприятия у настоящего пациента не эффективны, какую операцию необходимо ему выполнить?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №59

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В хирургическое отделение поступает молодая женщина с жалобами на боли в правой грудной железе, озноб.

Две недели назад были роды. Грудная железа заболела неделю назад, когда появилось нагрубание и поднялась температура до субфебрильных цифр. До этого в области соска был скарификат, который больная обрабатывала «зеленкой». Все эти дни ребенка кормила грудью, остатки молока сцеживала. От такого самолечения эффекта не наступило.

Объективно: правая грудная железа увеличена, кожа гиперемирована. В нижних квадрантах ее в глубине пальпируется плотный, обширный, болезненный инфильтрат с хорошо определяемыми границами, симптом флюктуации нечеткий. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены и болезненны. Температура тела 39,9° С.

Общее состояние отягощено высокой температурой, ознобом. Пульс 96 уд/мин. АД= 120/80 мм рт.ст. Кожа и видимые слизистые обычного цвета. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову 9-8-7 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?
5. Как поступить с кормлением ребенка?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20 ____ г.

ЗАДАЧА №60

(ОПК-5, ПК-1, ПК-4, ПК-5)

Больной 40 лет, длительно страдающий язвенной болезнью, отметил, что последние 2 дня боли в эпигастрии у него стали менее интенсивными, но в то же время появилась нарастающая слабость, головокружение.

Сегодня утром, поднимаясь с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Родственники пациента вызвали врача скорой помощи, который организовал немедленную доставку больного в дежурный хирургический стационар.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, несколько пониженного питания (при росте 180 см масса тела 69 кг). Кожные покровы и видимые слизистые бледные, кожа чистая, на ощупь влажная. Костно-мышечная система без видимой патологии. Лимфоузлы не прощупываются. Температура тела 37,1°C. пульс 112 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД 100/ 70 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, мелодия их правильная. В легких дыхание везикулярное. Язык чистый, влажный. Живот правильной формы, не вздут, перистальтика кишечника активная. При пальпации отмечается легкая болезненность в эпигастральной области. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Дизурических расстройств нет. При пальцевом исследовании прямой кишки патологии нет, на перчатке следы кала черного цвета.

Результаты лабораторных и специальных методов исследования:

- **Анализ крови:** Эр.-2,5Т/л, Нв-78 г/л, гематокрит-0,26, лейкоциты-11,2 Г/л, э.-2, п/я - 10, с/я-74, лимф.-13, мон.-1, СОЭ-26 мм/ч.

- **Анализ мочи:** уд. вес-1017, пл. эпителий -7-10 в п/зр., лейкоцитов 12-20 в п/зр., эритроцитов 1-2 в п/зр.

- **ФГДС:** Пищевод свободно проходим. Кардия смыкается не полностью, в желудке небольшое количество жидкости цвета “кофейной гущи”, явления умеренно выраженного атрофического гастрита. Пилорус округлой формы, смыкается полностью, проходим для эндоскопа. Сразу за привратником, на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки имеется язва размером в диаметре около 1 см. Язвенный дефект покрыт темным тромбом, наблюдается небольшое подтекание темного цвета крови из-под тромба.

- **УЗИ** органов брюшной полости: патологии не выявлено, в лоханке правой почки выявлен коралловый камень, занимающий одну из чашечек почки. УЗ - признаки хронического пиелонефрита.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз заболевания у больного в момент поступления в хирургическое отделение.

2. Установите тип кровотечения в соответствии с клинико-эндоскопической классификацией по Forrest (1974). Приведите обоснование дальнейшей программы лечения больного.
3. Определите возможный вариант эндоскопического гемостаза у пациента.
4. Если эндоскопический гемостаз окажется эффективным, определите дальнейшую тактику лечения больного.
5. Если остановить кровотечение с помощью эндоскопического гемостаза не удастся, какой вариант хирургического лечения планируется предпринять

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №61

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной Е., 69 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные распирающие боли в правой голени, отек стопы и голени, повышение температуры тела, озноб. Движение затруднено из-за болей.

Заболел 3 дня назад, когда появились судорожные сокращения икроножной мышцы, затем боли в ней. Отек возник на третьей сутки.

Объективно: кожа правой голени и стопы слегка гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность ее в средней трети увеличена на 6 см по сравнению с левой голенью, отечность распространена на тыл стопы. Имеется болезненность при пальпации икроножных мышц, более выражена она по ходу сосудистого пучка. Движения в голеностопном суставе сохранены, при максимальном его сгибании отмечается усиление болей в икроножной мышце (симптом Хоманса).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №62

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Вы - участковый врач, получили вызов на дом к больному Н., 65 лет, который пожаловался на боли в правом плечевом суставе, головные боли, повышение температуры, озноб.

Из анамнеза установили, что 2 недели назад при обращении в травмпункт больному по поводу артрозо-артрита в сустав была введена суспензия гидрокортизона, но боли не прошли, а наоборот стали увеличиваться.

Занимался самолечением: компрессы, горячие грелки, прием обезболивающих препаратов. Улучшения не наступило, что заставило обратиться к участковому врачу.

Объективно: состояние больного средней тяжести. Пульс - 96 ударов в минуту. Больной держит правую руку в положении отведения. Правый плечевой сустав отечный, при пальпации болезненный, отмечается повышение местной температуры. Активные и пассивные движения в нем резко болезненны.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №63

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В хирургическое отделение поступил больной Н., 36 лет, с жалобами на боли в правой голени, общую слабость, недомогание, головную боль, периодическое повышение температуры тела до 38-39° С.

Год назад больной перенес открытый перелом костей правой голени, лечился в травматологическом отделении, где проводилось скелетное вытяжение, а потом накладывалась гипсовая повязка.

Больной передвигается с помощью костылей. Из-за болей наступать на ногу не может.

Объективно: на передней поверхности в средней трети правой голени имеется свищ со скудным гнойным отделяемым. Голень отечная, вокруг свища имеется умеренная гиперемия кожи.

На проведенной рентгенограмме костей правой голени имеется концевой остеолит отломков большеберцовой кости, эндостальный склероз, утолщение и бахромчатость периоста.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №64

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

У больного А., 26 лет, около 1 года назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 400-500 м пути он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Стал отмечать замерзание стоп.

Неделю назад это расстояние сократилось до 100 м, появились боли в первом пальце правой стопы, на конце пальца образовалась язва.

Объективно: кожа на голенях мраморной окраски, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета, холодные на ощупь. На конце первого пальца имеется глубокая некротическая язва 2,5 на 3 см, покрытая фибрином. Ногтевые пластинки тусклые, ломкие. Пульс на тыльных артериях стоп отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №65

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Мужчина, 44 лет, по неосторожности упал в открытый канализационный колодец. Получил открытый перелом обеих костей нижней трети правой голени.

В травматологическом отделении произведена первичная хирургическая обработка раны с наложением на нее глухого шва, после чего наложено скелетное вытяжение.

К исходу вторых суток с момента травмы у больного появилась эйфория, он начал жаловаться на боли в ране, ощущение распирания в ней и сдавливание наложенной повязки. Температура тела в течение двух суток субфебрильная.

Объективна больной апатичен, температура тела 37,5°C, дыхание - 30 в мин., пульс 120 уд/мин., АД=90/60 мм рт. ст. Кожные покровы бледные. Голень выше повязки отечная, повязка сухая. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не определяются.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 66

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Бригадой скорой помощи в приемное отделение клиники доставлен пациент 45 лет с жалобами на очень сильные боли по всему животу, постоянными позывами на рвоту.

Заболел около 2-3 суток назад. Четко указать на причину заболевания затрудняется, хотя указывает обильный прием пищи за неделю до описываемых событий. Заболевание проявлялось резкими и очень сильными волнообразными болями по всему животу, от которых пригнулся. Боли были настолько сильными, что пришлось вызвать «скорую помощь»: После инъекции баралгина с димедролом боли стихли. На следующее утро по рекомендации врача «скорой помощи» обратился к участковому терапевту. С подозрениями на острый гастрит, панкреатит. Больному назначено амбулаторное обследование: УЗИ печени, внепеченочных протоков. Не дождавшись очереди на обследование и в связи с резким усилением абдоминальных болей, ухудшением общего состояния, вызвал «скорую помощь» повторно, и был доставлен в приемное отделение клиники хирургии.

Общее состояние больного при первичном врачебном осмотре в клинике тяжелое. Сознание спутано, делирий. Гиперемия лица, кожные покровы сухие и видимые слизистой. Одышка, частота дыхательных экскурсий 28 в минуту, частота сердечных сокращений 110 ударов в минуту. Гипотермия - 35,8 С, АД 80/50мм ртутного столба.

Живот увеличен в объеме, в дыхании участвует ограниченно. Ригидности передней брюшной стенки нет. Перитонеальные симптомы положительные над всеми отделами. В отлогих местах смещается при перкуссии зона притупления при повороте больного на бок. Перистальтика кишечника ослаблена. Газы отходят с задержкой. Per rectum: болезненность и нависание передней стенки прямой кишки. Мочеиспускание: за последние 12 часов не более 100,0 грамм мочи темного цвета.

Общий анализ крови: эр. 5,2. $10^{12}/л$. Гематокрит 55%. Лейкоциты $18 \cdot 10^9/л$, п\я 18% Амилаза крови 1500 ЕД. Натрий -120 ммоль\л. Калий-3,2 ммоль\л. Кальций 1,8 ммоль\л. АЛТ 80 ЕД\л, АСТ-60 ЕД\л, ЩФ-3,0 мМЕ\л Билирубин 60 мкмоль\л 40,0. Глюкоза 7,2 ммоль\л. Мочевина 9,2 ммоль\л, креатинин 250 мкмоль\л

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 67

(ОПК-5, ПК-1, ПК-3, ПК-4)

Больной 43 лет, имеющий длительный язвенный анамнез, поступил в хирургическую клинику с жалобами на возникшие внезапно 2 часа назад острые боли в области эпигастрия. Вынужден был осторожно лечь и лежал неподвижно, при малейшем движении боли усиливались. Была однократная рвота.

При осмотре в приемном покое клиники: состояние средней степени тяжести.

Пациент лежит на правом боку, приведя колени к животу. Пульс 100 уд. в мин. АД 130/80 мм рт. Температура 37,0 град. С. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации напряжен во всех отделах, Пальпация вызывает резкую боль во всех отделах живота. Выражен симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии передней брюшной стенки не удается определить печеночную тупость. При аускультации живота с трудом выслушиваются вялые перистальтические шумы.

С учетом явной клинической картины перитонита у больного с язвенным анамнезом, скорее всего обусловленного перфорацией язвы двенадцатиперстной кишки, больной после предоперационной подготовки срочно оперирован.

Во время операции в брюшной полости обнаружено содержимое желудка с остатками пищи. На передней стенке 12п. кишки, сразу за привратником выявлено перфорационное отверстие диаметром 0,5х0,3 см с выраженной инфильтрацией у основания.

Вопросы:

1. Сформулируйте развернутый диагноз у больного.
2. Объясните механизм исчезновения печеночной тупости, определяемой при перкуссии живота, у больных с перфорацией язв желудка и 12п. кишки.
3. Проведите обоснование варианта выполнения операции у этого пациента.
4. У настоящего пациента операция выполнялась под эндотрахеальным наркозом через средне-срединную лапаротомию. Какой еще существует современный вариант хирургического вмешательства при перфоративной язве желудка и 12п. кишки, какие этапы он включает?
5. Что такое СПВ? В каких случаях лечения язвенной болезни применяется эта технология?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20 ____ г.

**ЗАДАЧА № 68
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

На прием к участковому терапевту обратился молодой человек с жалобами на боли постоянного характера в правой поясничной области, усиливающиеся при ходьбе. Боли иррадируют в правую паховую область. Больной предъявляет жалобы на общее выраженное недомогание, озноб с повышением температуры тела до 38,7 градусов, учащенное мочеиспускание, тошноту, позывы на рвоту, ощущение задержки газов и увеличение живота.

Больным себя считает около 1,5-2 суток. Связать начало заболевания затрудняется. 2-3 дня назад длительное время находился на открытом воздухе, замерз. Ощущение неблагополучия в состоянии здоровья почувствовал с неприятным тянущим ощущением по всему животу, от которых проснулся. Примерно через 1,5-2 часа вышеизложенные боли переместились в правую поясничную область и вскоре принял сильный пульсирующий характер. К утру боли значительно стихли, но появился озноб с повышением температурой тела до 38,0-39,0 градусов, дизурия.

Общее состояние больного при поступлении средней степени тяжести. Сознание ясное. При ходьбе щадит правую поясничную область, прихрамывает на правую ногу. Кожные покровы бледные, чистые. Температура тела 38,0 градусов, язык густо обложен серым налетом. Периферических отеков нет. Рс 102 в минуту, ритмичный. АД 140/80 мм рт.ст. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота дыхания 20 в минуту в покое, свободное. Аускультативно: дыхание везикулярное, одинаковое с обеих сторон. Хрипы не выслушиваются. Живот симметричен, в дыхании участвует. Поверхностная пальпация безболезненная, ригидности брюшной стенки нет. Симптомы Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Бартomme- Михельсона отрицательные Глубокая пальпация на уровне правого крыла подвздошной кости выявляет болезненность. Объемное образование в брюшной полости не обнаружено. Пальпируется урчащий, плотно – эластической консистенции болезненный купол слепой кишки. Выявлена пастозность правой поясничной области. Кожная температура над ней выше, чем над кожными покровами других локализаций. Симптом поколачивания по правой поясничной области несет резкое усиление болей в пояснице с иррадиацией в правую паховую область.

Per rectum: исследование безболезненное. Нависания передней стенки прямой кишки нет. Общий анализ крови: эритроциты $4,8 \cdot 10^{12}$ /л. Лейкоциты $14,0 \cdot 10^9$ /л. п/я 14%, с/я 36%, юные 9%. токсическая зернистость нейтрофилов. Общий анализ мочи: удельный вес 1028.0 белок 0,099% Эритроциты 12-14 в п/з, лейкоциты 5-10 в п/з.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 69

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемное отделение обратился 36-летний мужчина с жалобами: на боли по всему животу, умеренного характера, постоянные, ощущение увеличения живота в объеме, общее недомогание и сухость во рту.

Заболел остро около 12-16 часов назад с появления схваткообразных резких болей по всему животу в момент подъема тяжести в 18 часов. Обратиться за медицинской помощью своевременно не мог - находился в отдаленной экспедиции, проводил геодезические исследования. На протяжении 6-8 часов от момента возникновения /до 02⁰⁰/боли в животе были очень сильными, приобрели постоянный характер, - "живот жгло огнем". Дважды была рвота, не приносящая облегчения. Инъекции спазмолитика /но-шпа/ и ненаркотического анальгетика из индивидуальной аптечки существенно боль не снимали. Затем боли стихли, и к моменту обращения к врачу сохранялось ощущение тяжести по всему животу. Появилось ощущение задержки отхождения газов, нарастающее беспокойство, отсутствие мочи, позывов на мочеиспускание, сухость во рту, жажда, учащенное сердцебиение.

Общее состояние больного при обращении расценено как тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые сухие. Акроцианоз . температура тела 37,1 градусов, тахикардия до 120 ударов в минуту АД165\90 мм рт. ст. Частота дыхания 30 в минуту, везикулярное, одинаковая с обеих сторон, хрипы не проводятся . живот незначительно увеличен в объеме, симметричен, в дыхании участвует. Поверхностная пальпация живота безболезненная, перитонеальные симптомы отрицательные. При перкуссии живота тимпанит над всеми отделами. Аускультация кишечника выявляет приглушенные шумы, редкие. Per rectum: атония анального жома. Баллонообразное расширение ампулы прямой кишки. Пальцевое исследование сопровождается незначительной болезненностью стенки прямой кишки. На перчатке- маски каловых масс с кровью темного цвета.

Лабораторные исследования: Общий анализ крови: лейкоциты 14.10⁹/л, эритроциты 5,6.10¹²/л Гемоглобин: 180 г/л. Гематокрит 53% Калий: 5.6 ммоль/л. Креатинин 130 ммоль/л, мочевина 9 ммоль/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 70

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемное отделение бригадой скорой помощи доставлена женщина 35 лет с направительным диагнозом “острый живот”.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на постоянные боли в области пупка. С интервалом 15-20 минут боли усиливались до очень сильных на 1,5-2 минуты, а затем вновь стихали. На высоте болей была рвота желудочным содержимым, не приносящая облегчения, отмечала ощущение “тугого живота”. Указанные жалобы появились впервые за 2 часа до обращения к врачу среди полного здоровья, вскоре после обильного приема пищи. Газы отходили и был однократный стул незадолго до приезда бригады скорой помощи. 3 месяца назад больной проведена операция аппендэктомия по поводу острого аппендицита.

Объективно: состояние пациентки средней степени тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное: ходит согнувшись и придерживая живот руками. В моменты усиления болей беспокойна, стремится изменить положение тела. Кожные покровы бледные, чистые. Язык влажный. Рс 110 ударов в минуту, АД 140\90 ртутного столба, температура тела 36,6⁰. Живот симметричен, активно участвует в акте дыхания. В правой подвздошно – паховой области имеется келлоидный послеоперационный рубец.

Передняя брюшная стенка мягкая, безболезненная при пальпации. При глубокой пальпации образований в брюшной полости не определяется, выявляется неубедительная болезненность в правом нижнем квадранте живота. Перитонеальные симптомы отрицательные. Ректальное исследование: тонус сфинктера сохранен. Ампула прямой кишки пустая. Передняя стенка прямой кишки безболезненная.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА № 71
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

22 - летняя пациентка обратилась в приемное отделение с жалобами на: постоянного характера боли над лобком справа с иррадиацией в промежность, в прямую кишку; учащенные и болезненные мочеиспускания; частый стул со слизью.

Месячные с 14 лет, регулярные, болезненные. Последние месячные начались 2 недели назад, в срок.

Заболела остро около 6 часов назад: проснулась от сильных болей по всему животу и позывов на дефекацию. Однократный стул облегчения не принес, но был болезненным. Тошноты, рвоты не отмечалась. Вскоре боли ощущались только над лобком справа. Появились тенезмы, скудная повторная болезненная дефекация со слизью, дизурия. Отметила кровянистые выделения из наружных половых путей.

Общее состояние больной при поступлении удовлетворительное. Сознание ясное, физически активна. При ходьбе шадит живот. В положении лежа на спине боли в животе уменьшаются. Кожные покровы чистые, бледные. Язык суховат, с серым налетом, температура тела 37.0⁰. Пульс 100 ударов в минуту. АД 110/70 ртутного столба. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот симметричен, активно участвует в дыхании. Пальпация живота поверхностная и глубокая - безболезненная. Перитонеальные симптомы, симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье – Михельсона, Раздольского отрицательные. Симптом Коупа /вызывается болезненным натяжением внутренней запирательной мышцы/ положительный. Аускультация и перкуссия - без патологии. Вагинальное и ректальное исследование: Резкая болезненность кармана Дугласа и наличие инфильтрата полости малого таза.

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования:

Общий анализ крови: эритроциты 4,0·10¹²/л, Нв 158 г/л. Лейкоциты 9·0·10⁹ /л, п/я -14%, СОЭ 10 мм/ч, сахар крови -5,0 ммоль/л, амилаза – 18 г/л х ч,

общий анализ мочи: мутная, удельный вес 1005.0, L - 20-30 в поле зрения, эритроциты сплошь в поле зрения, белок- 0,05 г/л.

Обзорная рентгенокопия – ОБП – без патологии;

УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, мочевыводящих путей: в правой подвздошной области определяется верхний полюс инфильтрата, уходящий в полость малого таза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20 ____ г.

ЗАДАЧА № 72

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемное отделение ЦРБ на машине скорой помощи из пассажирского поезда Адлер-Москва доставлен 60 - летний мужчина, возвращавшийся с семьей после летнего отдыха.

Направительный диагноз врача скорой помощи острая кишечная инфекция.

При поступлении пациент предъявлял жалобы на: увеличение в объеме живота, задержку газов, частый жидкий стул с примесью крови, сопровождающийся резью внизу живота, озноб, тошноту, позывы на рвоту, снижение аппетита. На протяжении

последних 3 месяцев отмечал диспептические явления / метеоризм, изжога, прослабленный стул с примесью слизи, сменяемый запорами/, которые связывал с участвовавшими командировками и нерегулярным питанием. Находясь на отдыхе, употреблял большое количество фруктов, овощей. Большую часть времени проводил на открытом воздухе, много плавал. Функция кишечника восстановилась, чувствовал себя здоровым. Возвращаясь из отпуска поездом, обильно поужинали с семьей: ели фрукты, жареную курицу. Ночью проснулся от чувства распирающего характера болей по всему животу. Беспокоил метеоризм и частая дефекация жидким кишечным содержимым в небольших количествах с примесью темной крови и слизи. Жаловался на болезненные позывы к стулу.

Общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, активен. Кожные покровы бледные. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм ртутного столба. Дыхание в легких везикулярное, ослабленное над нижними отделами. Частота дыхания 16 в минуту. Живот равномерно увеличен во всех отделах, в дыхании участвует, симметричен. Следов хирургических вмешательств, последствий травм на передней брюшной стенке нет. При поверхностной пальпации живота напряжения мышц не выявлено. Перитонеальные симптомы отрицательные. Провести качественно глубокую пальпацию живота не удастся из-за подвздутия живота и болезненности над всеми его отделами. При этом пальпируется болезненное урчание, наполненное жидким содержимым образования в правом нижнем квадранте живота. Аускультативно: усиленная перистальтика кишечника. Ректально: тонус жома снижен. Зияние ампулы прямой кишки. Исследование безболезненное, на перчатке следы кала со слизью и мазки темной крови.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 73

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 25 лет с направленным диагнозом от участкового терапевта «Острый панкреатит? Острый гастрит?» обратился в приемное отделение дежурного стационара с жалобами на неприятные ощущения в эпигастрии постоянного характера, тошноту, отрыжку, задержку стула. Газы отходят свободно.

Заболел за 2-3 часа до обращения: проснулся ночью от боли в эпигастрии.

Общее состояние пациента удовлетворительное. Активен, сознание ясное. Кожные покровы чистые, влажные. Язык подсушен, с серым налетом. Температура тела 37,1. Пульс 96 в минуту; ритмичный. АД 130/80 мм ртутного столба. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет.

Живот активно участвует в акте дыхания, симметричен. Напряжение брюшной стенки не выявляется. Глубокая пальпация живота выявляет неубедительную болезненность в мезо-гипогастрии справа. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Per rectum: тонус сфинктера сохранен. Исследование безболезненное, на перчатке мазки кала обычного цвета и консистенции.

Результаты предварительного обследования. Общий анализ крови: эритроциты – $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 140г/л, лейкоциты $9,3 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные – 12%, СОЭ – 10мм/час

Биохимический анализ крови: глюкоза – 5,0ммоль/л, диастаза – 100Ед.

Обзорная рентгеноскопия ОБК: - без патологии. УЗИ органов брюшной полости: - без патологии.

ФГДС – недостаточность кардии, гастро-эзофагеальный рефлюкс

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20 ____ г.

ЗАДАЧА № 74

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

На станцию “скорой помощи “ поступил вызов: отравление уксусной эссенцией.

Прибыв на “адрес” врач скорой помощи обнаружил пациентку 22 лет, которая с суицидной целью выпила 100 грамм уксусной эссенции. Больная беспокойна, продуктивному контакту не доступна. Громко стонет. На подбородке, губах раневые ожоговые поверхности. Кожные покровы бледные. Частота дыхания 26 в минуту, одышка смешанная. Пульс 120 в минуту. АД 90/60 мм ртутного столба. Дальнейшее обследование невозможно из-за беспокойного поведения больной. С целью снятия боли врач скорой помощи сделал инъекцию кетарола и транспортировал больную в дежурное терапевтическое отделение. По пути следования усилилась одышка, появился акроцианоз. Функция дыхания поддерживается вдыханием увлажненного кислорода. В приемном отделении состояние больной расценено как крайне тяжелое. Обращала на себя внимание выраженная одышка со стридорозным дыханием до 40 в минуту, акроцианоз. Дыхание в легких резко ослаблено с обеих сторон, выслушиваются множественные мелкопузырчатые хрипы.

Рс 130 ударов в минуту, АД 95/60 мм ртутного столба. Живот мягкий, на пальпацию живота не реагирует.

Перистальтические кишечные шумы выслушиваются отчетливо.

Общий анализ крови: Гемоглабин -135 г/л. Эритроциты $4,0 \cdot 10^{12}/л$

Гематокрит 42%, ЦП-1,0, лейкоциты $16,6 \cdot 10^9/л$, п/я-4%, с/я-60%, эозинофилы -2%, мочевины 10,0 ммоль/л, креатинин 1000мкмоль/л. Билирубин общий 30 мкмоль/ л, прямой – 2,1 мкмоль.

Общий анализ мочи: эритроциты гемолизированные в поле зрения сплошь.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 75

(ОПК-5, ПК-1, ПК-4)

Больной 54 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения на распространенные боли по всему животу.

Из анамнеза установлено, что в течение последних 2-х недель проходил амбулаторное обследование по месту жительства по поводу периодических болей в левой подвздошной области, проходящих после акта дефекации. Больного беспокоили частые эпизоды вздутия живота, тошнота, отрыжка воздухом, горечь во рту. Частые запоры чередовались с поносами. Эти жалобы появились у пациента примерно в течение 1 года с тенденцией к ухудшению. В период амбулаторного обследования пациенту выполнена колоноскопия, при которой в сигмовидной кишке выявлены участки, похожие на внутренние отверстия дивертикулов. Врач, проводящий исследование, в заключении отметил, что толстая кишка недостаточно подготовлена и рекомендовал пациенту в последующем выполнить виртуальную колоноскопию. Это исследование больной не успел выполнить из-за развившегося ухудшения.

Накануне поступления в хирургический стационар внезапно на фоне эпизода вздутия живота возникли острые боли в левой подвздошной области, которые быстро приняли распространенный по всему животу характер. Ночью дважды была рвота. Перестали отходить газы.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 90 уд. в мин. АД 130/90 мм рт. ст. Температура 37,6 град С. Живот в акте дыхания не участвует, немного вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность по всему животу. Левая боковая часть живота умеренно напряжена, здесь вызывается нечеткий симптом Щеткина-Блюмберга. В левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10x12 см, трудно смещаемое, очень болезненное. Печеночная тупость сохранена. Перистальтика слабо выслушивается. В боковых отделах живота определяется свободная жидкость. Пальцевое исследование прямой кишки выявило болезненное нависание ее передней стенки

В результатах лабораторных исследований обращает на себя внимание количество лейкоцитов в крови: 12,0x10⁹Ед/л.

Вопросы:

1. О каком заболевании вероятнее всего идет речь у этого пациента?
2. Какое осложнение развилось у больного в период обострения настоящего заболевания?
3. Для уточнения диагноза какое исследование имеет смысл провести в неотложном порядке?
4. Нуждается ли больной в срочной операции и почему?
5. Какой объем операции следует планировать ?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20 ____ г.

**ЗАДАЧА №76
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

На прием к хирургу обратилась пациентка 69 лет с жалобами на полную непроходимость пищевода для пищи, отсутствие мочи, жажду.

Из анамнеза заболевания выяснено следующее: Около 6 недель назад пациентка приняла таблетку лозап и случайно запила ее глотком прозрачной жидкости, оказавшейся нашатырным спиртом. Почувствовала сильную боль в горле, першение и затруднение дыхания. За медицинской помощью не обратилась. Промыла желудок ресторанным методом проточной водой и теплым молоком. На следующий день сохранялись боли в горле, отмечалось болезненное проглатывание пищевого комка, осиплость голоса. Обратилась на прием к участковому терапевту: даны рекомендации питаться дробно, хорошо механически отработанной пищей и запивать каждый глоток жидкостью, в этот же день больная осмотрена лор-врачом, констатировавшим фибринозный фарингит, ларингит. Дан совет по использованию масляных ингаляций. Пациентка скрупулезно выполняла полученные рекомендации. Через 6-7 суток отметила значительное улучшение, а еще через неделю все проявления приведенной выше клиники полностью прошли. Около 2 недель назад больная ощутила застревание проглоченного пищевого комка на уровне яремной вырезки. После запивания глотком воды ощущения застревания прекратились. Но вскоре возникла упорная прогрессирующая дисфагия. Около недели по пищеводу стала плохо проходить вода, а в последние сутки отмечает полную дисфагию. За время заболевания потеря массы тела составила около 10% (13кг).

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, кожные покровы чистые, тургор кожи снижен, акроцианоз. Язык обложен белым налетом, температура тела нормальная, пульс 108 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. ЦВД отрицательное. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный. Газы отходят свободно. Стул отсутствует на протяжении 4 суток. Не мочилась на протяжении последних 12 часов.

Результаты лабораторных методов исследования: Общий анализ крови: Hb 160 г/л. эритроциты $5,1 \cdot 10^{12}$ /л. гематокрит 51%. Лейкоциты $6,0 \cdot 10^9$ /л. общий белок 72 г/л. общий анализ мочи: нет мочи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 77

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В приемный покой доставлена женщина 55 лет, предъявляющая жалобы на нестерпимые боли в левом плече и предплечье, сопровождающиеся слабостью и онемением пальцев кисти. Эти симптомы появились около 5 часов назад без видимых причин. Интенсивность болей постоянная. Три года назад больная перенесла ОНМК, протекавшее в форме обратимого левостороннего гемипареза. Отмечает появление в последний год отеков на нижних конечностях к концу дня. В анамнезе у больной остеохондроз поясничного и грудного отделов позвоночника.

Объективно: ЧСС - 150 уд/мин, пульс - 100 уд/мин, аритмичный. Дефицит пульса - 50. АД - 160/90 мм.рт.ст. При аускультации сердца определяется диастолический шум на верхушке, усиление I тона, акцент I тона на а. pulmonalis. Печень по краю реберной дуги, безболезненная. Асимметрии верхних конечностей нет. Сохранена только пассивная подвижность пораженной руки, сила левой кисти значительно снижена, левая кисть холоднее правой. Отсутствует пульс на артериях предплечья.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА №78
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

Больной Г., 72 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 2 дня назад. Из анамнеза: около 20 лет страдает паховой грыжей (слева), был оперирован по этому поводу 8 лет назад, однако через год после операции наступил рецидив ее. Болеет геморроем. Периодически лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, гипертонической болезни. 10 лет назад перенес инфаркт миокарда.

При осмотре – состояние тяжелое. Вял, адинамичен, дыхание учащено до 26-28 в мин. Температура тела – 37,3°C. Пульс 108 в мин., ритмичный. АД – 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. В легких дыхание ослабленное везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, при пальпации – мягкий, болезненный в мезо- и гипогастрии. Здесь же нерезко выраженные симптомы раздражения брюшины. В паховой области слева имеется послеоперационный рубец. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование размерами 12×8×7 см, не смещаемое и резко болезненное при пальпации. Кожа над ним не изменена. При пальцевом ректальном исследовании определяются внутренние геморроидальные узлы и увеличенная предстательная железа.

- *Анализ крови:* Эр. – 4,2 Т/л, Нв – 148 г/л, лейкоциты – 15,8 Г/л, п. – 19, с. – 64, л. – 12, м. – 5. СОЭ – 55 мм/ч.

- *Анализ мочи:* уд. вес – 1019, белок – 0,16 г/л, лейкоциты 4-6-8 в п/зр., цилиндры гиалиновые 0-1 в п/зр., бактерии ++.

- *Глюкоза крови:* 6,2 ммоль/л. - *Билирубин:* 20 мкмоль/л.

- *ЭКГ:* Синусовая тахикардия 110 в мин. Мелкоочаговые изменения в перегородочной области. Выраженные диффузные изменения и гипоксия миокарда.

- Обзорная рентгенография живота и грудной клетки: единичные чаши Клойбера.

Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какую лечебную тактику Вы выбираете?
3. При выборе хирургического метода лечения имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Объем и продолжительность ее?
5. Какую операцию Вы считаете наиболее адекватным в данном случае?

6. Во время операции при вскрытии грыжевого мешка выявлено ущемление тонкой кишки. Кишка черного цвета. Каковы Ваши дальнейшие действия? Объем операции?
7. Охарактеризуйте основные принципы лечения больного после операции.
8. Назовите возможные в послеоперационном периоде осложнения у больного.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р
мед.наук,
профессор Коськина Е.В.
« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 79

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

У больной 45 лет, страдающей много лет варикозной болезнью вен нижних конечностей, за неделю до поступления в клинику появились боли, покраснение, уплотнение по ходу поверхностных вен в верхней трети голени, повышение температуры. Лечилась амбулаторно. Были назначены постельный режим, антибиотики, местно - повязка с мазью Вишневского. Положительного эффекта не было. Госпитализирована.

Общее состояние удовлетворительное. Отека и цианоза конечности нет. На внутренней поверхности ее по ходу варикозно расширенных вен определяется гиперемия, пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. Пальпация сосудистого пучка выше зоны - безболезненная. При исследовании с меченым фибриногеном - 125 обнаружено накопление радиоиндикатора на всем протяжении большой подкожной вены, вплоть до паховой складки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 80

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

У тучной больной 54 лет на седьмой день после лапаротомической холецистэктомии, по поводу острого холецистита, появились боли в обеих икроножных мышцах. На следующий день после подъема с кровати возникла внезапная одышка до 30 в мин., тахикардия 120 - 130 уд/мин.

На ЭКГ политопное нарушение питания субэндокардиальных отделов миокарда, признаки перегрузки правых отделов сердца, АД не устойчивое, наблюдается выраженная склонность к гипотонии. Пульс на стопах сохранен, выражена болезненность по ходу сосудистого пучка на правом бедре и в подколенной ямке.

При осмотре - расширение границ сердца вправо, акцент II тона на легочной артерии, цианоз верхней половины туловища. Выражен отек и цианоз правой нижней конечности до паховой складки.

При лабораторном обследовании Д-димер более «1», явление гиперкоагуляции крови.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимы?
4. Ваше лечение?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА № 81
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

Больная М., 34 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, больше в правой половине, тошноту. Заболела около 16 ч. назад, когда после еды возникли сильные боли около пупка и в эпигастральной области, тошнота., 3 раза был жидкий стул. Занималась самолечением: промывала желудок, принимала внутрь таблетки но-шпы. Боли в животе уменьшились, локализовались в правой половине живота. Обратилась за медицинской помощью в приемное отделение больницы и госпитализирована. В прошлом подобных приступов не было. В анамнезе – операция по поводу внематочной беременности (3 года назад). Последние 2 года лечилась в женской консультации по поводу воспаления матки и придатков, мастопатии. Находится на диспансерном учете в течение многих лет по поводу ревматизма, митрального порока сердца. При поступлении в стационар состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы бледные. Температура тела 37,7°С. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. При аускультации сердца выслушивается хлопающий 1 тон и диастолический шум над верхушкой. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, не вздут. Внизу живота имеется послеоперационный рубец (после гинекологической операции). При пальпации живота определяется напряжение мышц и выраженная болезненность в правой подвздошно-паховой области. Положительны симптомы раздражения брюшины. В остальных отделах живот мягкий, умеренно болезнен в нижних отделах при глубокой пальпации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз при госпитализации больной (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Каков Ваш послеоперационный диагноз, исходя из интраоперационных изменений?
3. Какие клинические симптомы важны для постановки диагноза и дифференциальной диагностики этого заболевания? Охарактеризуйте их.
4. Каков алгоритм обследования больной при поступлении в отделение?
5. Какова тактика лечения?
6. Каковы принципы ведения больной после операции?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА № 82
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

Больная жалуется на боль в области ушной раковины, ощущение жара, жжения, повышение температуры и общее недомогание. Неделю назад оцарапала кожу ушной раковины шпилькой, после чего несколько дней держалась боль в области царапины. Два дня назад боль усилилась и распространилась на всю ушную раковину, кожа ее стала пунцовой, ушная раковина увеличилась в размерах. Вчера повысилась температура, появилась головная боль. Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура тела 38,5. Отоскопически: резкая гиперемия, инфильтрация кожи ушной раковины, распространяющаяся на околоушную область. Гиперемированный участок окружен линией демаркации. Кожа наружных отделов слухового прохода также гиперемирована, несколько инфильтрирована, отделяемого нет, барабанная перепонка не изменена.

Задание:

1. Выделить синдромы;
2. сформулировать предварительный диагноз;
3. составить план дополнительного обследования для уточнения диагноза;
4. назначить лечение;
5. провести экспертизу трудоспособности;

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №83

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

У больной признаки варикозной болезни, варикозного расширения в бассейне БПВ. Больная предъявляет жалобы на наличие извитых расширенных подкожных вен в течении 10 лет на обеих нижних конечностях, - на появление в течение последних семи дней болей в проекции медиальной поверхности правого бедра в верхней трети. При осмотре правой нижней конечности определяется ствол варикозной трансформированной вены по медиальной поверхности правого бедра, гиперемии кожи над ней до 1/3 бедра. При пальпации вена определяется в виде плотного болезненного тяжа.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие обследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Тактика хирурга?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 84

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
4. Назовите возможные радикальные операции?
5. Метода паллиативного лечения?
6. Задачи диспансерного наблюдения?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 85

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной 19 лет жалуется на сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице. Заболел остро накануне, температура тела достигает 39-40 градусов.

При осмотре: регионарные шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Рот открывает свободно, язык обложен сероватым налетом, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой оболочке миндалин видны желтоватые точки.

Задание:

1. сформулировать предварительный диагноз;
2. назначить лечение;
3. возможные осложнения заболевания.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 86

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Мужчина 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастральной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты. Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. О каком осложнении заболевания вы думаете?
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо выполнить больному для подтверждения диагноза и выбора последующей тактики?
4. Лечебно - диагностическая тактика.
5. Рекомендации при выписке, трудоспособность.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА №87
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

Больной А., 45 лет. Доставлен в реанимационное отделение из операционной. Больному проведена лапаротомия по поводу деструктивного инфицированного панкреатита. При поступлении состояние больного крайне тяжелое. Сохраняется умеренная постнаркозная депрессия. АД 80/40 мм рт. ст., тахикардия 120 уд/мин. По данным лабораторного исследования крови: НЬ- 77 г/л, лейкоциты 14, палочкоядерных 44 %, уровень молекул средней массы - 0,766 у.е., лейкоцитарный индекс интоксикации 6,7. Диурез составляет 15 мл/час, калий плазмы 2,6 ммоль/л.

Задание:

1. выделить ведущие синдромы, определяющие тяжесть состояния;
2. составить план дополнительного исследования;
3. составить план проведения детоксикационной терапии и провести коррекцию волевических нарушений.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА № 88
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

Больная К., 46 лет, доставлена в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, вздутие живота, тошноту, рвоту, одышку.

Заболела сутки назад, когда во время физнагрузки появились схваткообразные боли в животе. Интенсивность болей увеличилась, появились тошнота, рвота. В связи с ухудшением состояния СМП доставлена в хирургический стационар.

В анамнезе операции - аппендэктомия 10 лет назад и холецистэктомия - 2 года назад. Страдает много лет хроническим пиелонефритом, находится на учете у гинеколога по поводу миомы матки. На протяжении последних шести лет находится под наблюдением терапевта по поводу аортального порока сердца.

Состояние больной средней степени тяжести. Кожа и видимые слизистые бледноваты. Температура тела 36,2°С. Пульс ритмичный, 110 в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, определяется грубый систолический шум. В легких – дыхание ослабленное, везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, симметричный, при пальпации мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Аускультативно определяются единичные перистальтические шумы кишечника. Стул 2 суток назад, газы не отходят. Дизурических явлений нет.

- **Общий анализ крови:** Эр.-3,8 Т/л, Нв-110 г/л, ЦП-0,9, л.-10,5 Г/л, п/я-12, с/я-58, э.-2, л.-25, м.-3, СОЭ-25 мм/ч.

- **Общий анализ мочи:** уд. вес - 1010, белок - 0,15 г/л, эр. - 1-0-0 в п/зр., лейкоциты - 8-10-12, цилиндры гиалиновые - 0-0-1, бактерии - ++.

- Глюкоза крови: 5,2 ммоль/л.

- **ЭКГ** - синусовый ритм 105 в минуту, отклонение электрической оси влево, признаки гипертрофии левого желудочка с умеренной перегрузкой. –

При **обзорной рентгенографии** брюшной полости определяются выраженная пневматизация кишечника, единичные «чаши Клойбера» в илеоцекальной зоне и в проекции 2 поясничного позвонка.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику в первую очередь?
2. Какова тактика ведения больной при госпитализации?

3. Из каких мероприятий складывается комплексная консервативная терапия при данной патологии? Какова продолжительность проведения консервативного лечения в данном наблюдении и какие критерии определяют необходимость оперативного вмешательства?
4. Какое оперативное вмешательство применяют при часто рецидивирующей форме этого заболевания?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА № 89
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

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:

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.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 90

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной С., 58 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Заболел 3 дня назад, во время выполнения физической работы.

В анамнезе – аденома предстательной железы, правосторонняя паховая грыжа (в течение 10 лет). 6 лет назад перенес инфаркт миокарда, наблюдается и лечится у терапевта поликлиники по поводу ИБС, постинфарктного кардиосклероза, гипертонической болезни.

При поступлении в стационар состояние больного тяжелое. Вял, адинамичен, температура тела 38,0°C. Одышка до 30 в минуту. Пульс 110-120 ударов в минуту, аритмичный. АД – 100/70 мм рт. ст. (рабочее давление 160-170/90 мм рт. ст.). Тоны сердца приглушены, аритмичны. В легких – ослабленное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации отмечается резкая болезненность в нижних отделах, перистальтика кишечника не прослушивается. В мезо- и гипогастрии определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печень ниже реберной дуги на 2-3 см. В правой пахово-подвздошной области определяется плотное, болезненное, опухолевидное образование размерами 12×8 см. Кожа над ним гиперемирована. При пальцевом ректальном исследовании патологических образований в прямой кишке нет, определяется увеличенная предстательная железа.

- **анализ крови:** лейкоциты – $14,2 \times 10^9$ /л, п/я – 16, с/я – 69, СОЭ – 46 мм/ч, глюкоза крови – 4,6 ммоль/л. - **анализ мочи:** реакция кислая, уд. вес – 1018, белок – 0,16 г/л, лейкоциты – 8-10 в п/зр.

Вопросы:

1. Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования следует произвести больному до оперативного вмешательства?
3. Какова, на Ваш взгляд, лечебная тактика?
4. Имеется ли необходимость в предоперационной подготовке? Какова ее цель, объем и продолжительность?
5. В чем особенность оперативного вмешательства, если принято решение об операции?
6. Перечислите этапы операции у больного в необходимой последовательности?
7. Какими критериями Вы будете пользоваться при выполнении резекции кишки?
8. Определите основные принципы ведения больного после операции: режим, объем инфузионной и медикаментозной терапии, удаление дренажей, снятие швов.
9. Перечислите наиболее вероятные послеоперационные осложнения в конкретном наблюдении.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 91

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной К., 46 лет поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, головокружение, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи» дважды, темный жидкий стул на протяжении последних двух дней. Из анамнеза известно, что последние 5 дней находился на амбулаторном лечении по поводу бронхита. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. В течение последних 2 дней появилась нарастающая слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, дважды рвота «кофейной гущей», холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области. Per rectum – мелена.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Лечебно – диагностическая тактика?
3. В каких дополнительных методах обследования нуждается больной?
4. Определите тяжесть волевических нарушений.
5. Алгоритм дальнейших действий по лечению больного?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА № 92
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

Больному 62 года. Неделю назад был гипертонический криз. Общее самочувствие сейчас неплохое, но беспокоит появившийся туман перед левым глазом.

Объективно: правый глаз - острота зрения 1,0. Передний отрезок глазного яблока не изменен. Среды прозрачны. На глазном дне: диск зрительного нерва не изменен. Извитость и расширение вен в парамакулярной области, сужение артериол. Симптом Салюса - Гунна 1-И. Отдельные точечные геморрагии в парапапиллярной зоне.

Левый глаз - острота зрения 0,4 (не корректируется). Передний отрезок глазного яблока не изменен. Среды прозрачны. Диск зрительного нерва не изменен, границы четкие. Вены слегка расширены и извиты, артерии сужены, неравномерного калибра, местами сосуды имеют вид «сосисок». Симптом Салюса - Гунна П-Ш. Отдельные сосуды имеют вид серебряной или медной проволоки. Мелкие геморрагии по глазному дну и дизорические очаги.

Задание:

1. выделите основные симптомы заболевания;
2. какие основные лабораторные данные можно назначить для подтверждения диагноза; поставьте диагноз;
3. у какого специалиста должен лечиться больной;
4. назначьте лечение.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 93

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной С., 39 лет, доставлен в стационар с жалобами на боли в нижних отделах живота. Из анамнеза – двое суток назад отметил появление болей в животе. Постепенно боли локализовались в правой подвздошной области. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожа с землистым оттенком, черты лица заострены, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно – притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: Эр.-3,9 x 10⁹/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты – 17,5 x 10⁹/л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов. Лейкоцитарный индекс интоксикации равен 4.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Объем дополнительного обследования.
3. Какова возможная причина развития данной патологии в конкретном случае?
4. Тактика хирурга. Обоснование выбора оперативного доступа и объема операции
5. Необходимость и объем предоперационной подготовки.
6. Особенности ведения послеоперационного периода.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и молодежной
политике

ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА № 94
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

Больной 50 лет отмечает, что после падения с велосипеда потерял сознание. Был доставлен машиной «Скорая помощь» в нейрохирургическое отделение. После того, как пришел в себя, обнаружил, что появилось двоение, правый глаз хуже видит, а веко этого глаза опущено.

Объективно: верхнее веко правого глаза опущено, глазное яблоко неподвижно и отклонено кнаружи, зрачок расширен и его реакция на свет отсутствует. На глазном дне отмечается расширение и извитость вен. На Rn-грамме видна трещина основания черепа. Кожная чувствительность лба и параорбиты понижена.

Задание:

1. выделите симптомы заболевания;
2. сформулируйте основной синдром;
3. у какого специалиста должен лечиться больной.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА № 95
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

Больная К., 72 лет поступила в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в подложечной области и правом подреберье, однократную рвоту желчью, сухость, горечь во рту. Рвота была 2 часа назад, не приносящая облегчения.

Из анамнеза установлено, что в течение года больную периодически беспокоят ноющие боли в правом подреберье, которые больная связывает с употреблением жирной, жареной, соленой, острой пищи. Не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась, лечилась в домашних условиях, принимала спазмолитики, без эффекта.

Объективно: общее состояние тяжелое. Тучная. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Кишечные шумы выслушивается, ослаблены. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Т тела 37,2 , в крови лейкоцитоз ($11,8 \times 10^9/\text{л}$) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Вопросы:

1. О каком заболевании у больной можно думать?
2. Какие дополнительные лабор. и инструмент. методы исследования Вы назначите при подтверждении диагноза?
3. Ваша тактика:
 - А. Консервативная терапия.
 - В. Оперативное лечение (характер, сроки выполнения)
4. Осложнения заболевания.
5. Экспертиза трудоспособности

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 96

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10⁹/л, Нв – 100 г/л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии.
6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
7. Ваши рекомендации при выписке.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 97

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Рядовой М., 26 лет. Доставлен в МПП через 3 часа после ранения груди осколком снаряда. На МПБ плевральная полость была дренирована иглой. Состояние тяжелое. Чувство удушья и сдавления в правой половине груди. Дышит часто, поверхностно. Пульс слабый, 140 в минуту. Рана в 5 межреберье по задней подмышечной линии, диаметром 2 см, сосет воздух. В 7 межреберье по задней подмышечной линии введена толстая инъекционная игла, фиксированная лейкопластырем. Через иглу воздух не идет. Перкуторно ниже 7 межреберья притупление, выше звук тимпанический. Сердечная тупость смещена влево.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Оцените качество дренирования плевральной полости на МПБ.
3. Каким образом правильно дренировать плевральную полость именно в данном случае, не имея под руками вообще ничего?
4. Каким образом улучшить качество дренирования на МПП вашему раненому?
5. Перечислите все мероприятия, показанные раненому на МПП при оказании помощи в полном объеме.

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА № 98

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Ефрейтор З., 28 лет. Во время взрыва завален обвалившимся потолком. Через 4 часа доставлен на МПП. Жалуется на боли в спине и отсутствие движений и чувствительности в ногах. Состояние средней тяжести. Пульс 82 удара в минуту, качественный. Определяется выступающие остистого отростка 2 поясничного позвонка. Надавливание на него болезненно. Двигать ногами не может, чувствительность в них отсутствует. Живот умеренно болезнен над лоном. Там же притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника живая. Не мочился.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Перечислите мероприятия полного объема помощи на МПП.
3. Куда, в какую очередь и в каком положении следует эвакуировать пострадавшего из МПП
4. Каков прогноз для возвращения его в строй?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №99

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Сержант Г., 23 года. Получил сквозное пулевое ранение левого бедра с переломом кости. Их большого выходного отверстия было значительное кровотечение. На месте травмы была наложена давящая повязка, сделана инъекция шприцом-тюбиком. Нога фиксирована двумя досками. В МПП привезен через 50 минут после ранения. Состояние тяжелое, бледен, пассивен к окружающему. Пульс 110 ударов в минуту, слабый, АД 85/40. Нога фиксирована двумя досками, доходящими вверху до тазобедренного сустава. Бедро деформировано в средней трети, стопа повернута внутрь. Повязка на бедре значительно промокла кровью.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Каким образом следует провести обезболивание перелома бедра?
3. Оцените качество транспортной иммобилизации. Чем ее осуществить в условиях МПП?
4. Каким способом остановить продолжающееся умеренное кровотечение из раны бедра?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №100

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Лейтенант И., 25 лет. Во время артобстрела был придавлен бревном в области таза. В МПП доставлен через 3 часа после травмы. Жалобы на боли в области лона, распространяющиеся боли в нижней половине живота, позывы к мочеиспусканию и невозможность последнего. Имеются кровоподтеки над лоном и в левой паховой области. Там же резкая боль при пальпации. Живот мягкий, но над лоном определяются контуры растянутого мочевого пузыря. Из уретры выделяется небольшое количество крови.

Вопросы:

1. Диагноз.
2. Следует ли произвести катетеризацию мочевого пузыря?
3. В какую очередь и в каком положении эвакуировать пострадавшего в ОМедБ?
4. Какое хирургическое вмешательство сделают на этапе квалифицированной хирургической помощи?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №101

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Пациент 45 лет, по профессии программист, обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастральной области, преимущественно натощак и в ночное время, заставляющие его просыпаться, а также на почти постоянную изжогу, чувство тяжести и распирания в эпигастральной области после приёма пищи, изжогу, отрыжку кислым, тошноту. Из анамнеза известно, что пациент много курит, злоупотребляет кофе, питается нерегулярно. Часто бывают обострения хронического фарингита. Болен около трех лет. Не обследовался, лечился самостоятельно (принимал фитотерапию). При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 32,0 кг/м². Кожные покровы чистые, обычной окраски. Температура тела нормальная. Зев – миндалины, задняя стенка глотки не гиперемированы. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 уд.в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, напряжения мышц живота нет, симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. ЭФГДС: пищевод свободно проходим, утолщены продольные складки, очаговая гиперемия слизистой дистального отдела пищевода, кардия смыкается не полностью. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, в просвете небольшое количество окисленной крови. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой до 0,5 см в диаметре. Края дефекта имеют чёткие границы, гиперемированы, отёчны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями. Постбульбарные отделы без патологии.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какое лечение и где Вы бы рекомендовали пациенту. Обоснуйте свой выбор.
5. Какова вероятность хирургического лечения? Возможные виды операций?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №102

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больная С. 47 лет на приёме терапевта по поводу постоянных, усиливающихся после погрешностей в диете болей в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину, похудание.

В 40-летнем возрасте перенесла холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через полгода после операции появились почти постоянные, усиливающиеся после погрешностей в диете боли в верхней половине живота, временами с иррадиацией в спину. При применении спазмолитиков и при соблюдении диеты самочувствие улучшалось. Последние 1,5-2 года присоединился практически постоянный неоформленный стул, стала терять вес (похудела на 8 кг за 2 года). На протяжении этого же времени возникал зуд промежности, стала больше пить жидкости, участились мочеиспускания.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Телосложение правильное, незначительно повышенного питания. Рост – 175 см, вес – 90 кг, ИМТ – 29 кг/м². Голени пастозны. При сравнительной перкуссии лёгких определяется лёгочный звук. Аускультативно дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. ЧСС=80 уд/мин, АД - 156/85 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налётом. При поверхностной пальпации живота отмечается некоторая болезненность в эпигастрии и в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При глубокой пальпации пальпируется сигмовидная кишка в виде умеренно подвижного безболезненного цилиндра, диаметром 1,5 см. Имеется болезненность в зоне Шоффара. Положительный симптом Керте, симптом Мейо-Робсона. При перкуссии живота — тимпанит. Размеры печени по Курлову – 15x13x11 см. Печень выступает из-под рёберной дуги на 3-4 см, край умеренной плотности, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Поражение какого органа можно предположить, и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
4. Определите тактику лечения больного.
5. Показания к хирургической операции?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №103

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

Больной К. 43 лет, поступил в приёмное отделение с жалобами на слабость, периодически повторяющиеся ознобы, тупые боли в правом подреберье, эпигастрии.

Считает себя больным в течении 2 недель. За две недели до этого перенёс аппендэктомию по поводу острого гангренозного аппендицита. Выписан после операции с субфебрильной температурой тела.

При осмотре кожные покровы бледные. Пульс частотой 86 в минуту. Температура тела 38,3 С. Живот обычной формы, при пальпации определяется болезненность в верхних отделах живота. Печень на 3 см. ниже рёберной дуги.

При УЗИ органов брюшной полости в правой доле (VI –VII сегменты) определяется жидкостное образование без выхода на контур органа диаметром 50 мм. Его содержимое- густая жидкость. В просвете желчного пузыря определяется конкремент диаметром 2 см, общий желчный проток 4 мм в диаметре.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причина появления жидкостного образования в печени?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту.
4. Определите тактику лечения больного.
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

**ЗАДАЧА №104
(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)**

Больной П., 35 лет, в течение 2 недель проводилось лечение в терапевтическом стационаре по поводу обострения язвенной болезни 12-перстной кишки. 3 дня назад появились боли в области промежности, усиливающиеся при дефекации и мочеиспускании. Начала жаловаться на слабость, ознобы. Температура повысилась до 38,5°C. Переведена с этими жалобами в хирургическое отделение больницы для дальнейшего лечения. Из анамнеза: больная страдает геморроем около 8 лет. Применяет слабительные средства, свечи (отмечает склонность к запорам). Язва 12-перстной кишки выявлена впервые 5 лет назад, лечилась по этому поводу в терапевтическом стационаре 2 раза.

При осмотре: состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы чистые. Пульс 96 в мин., ритмичный. АД – 130/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот, мягкий безболезненный при пальпации. В области промежности кожа нормальной окраски. Пальпаторно – справа от ануса определяется инфильтрация тканей и умеренная болезненность. При пальцевом ректальном исследовании определяются увеличенные внутренние геморроидальные узлы. На правой стенке прямой кишки, выше гребешковой линии, определяется ее инфильтрация, сглаженность складок слизистой оболочки. Исследование резко болезненно. –

Анализ крови: Эр. 3,8 Т/л, Нв. – 138 г/л, лейкоциты – 16,2 Г/л, п. – 18, с. – 60, л. – 16, м. – 4. СОЭ – 48 мм/ч.

- *Анализ мочи:* уд. вес – 1016, белок – 0,12 г/л, сахара нет, лейкоциты – 4-6-8 в п/зр., эр. – 2-4 в п/зр. - *Глюкоза крови:* 5,1 ммоль/л. –

ЭКГ: Синусовая тахикардия 100 в мин. Горизонтальное положение ЭОС. Признаки гипоксии миокарда. - ФГДС: рубцующаяся язва луковицы 12-перстной кишки. Гастрит с очаговой атрофией слизистой.

Вопросы:

1. Ваш диагноз при поступлении больной в хирургическое отделение (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие дополнительные исследования (лабораторные, инструментальные) Вы считаете необходимыми для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями приходится иногда дифференцировать имеющуюся у больной патологию?
4. Кратко охарактеризуйте анатомические особенности прямой кишки (отделы ее, протяженность).
5. Какую тактику лечения Вы выбираете? В случае оперативного лечения – каковы объем операции, возможные варианты?

**ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ЭКЗАМЕН
ЛЕЧЕБНЫЙ ФАКУЛЬТЕТ**

«Утверждаю»

Проректор по учебной работе и
молодежной политике
ФГБОУ ВО КемГМУ, д-р мед.наук,
профессор Коськина Е.В.

« _____ » _____ 20__ г.

ЗАДАЧА №105

(ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4)

В стационар поступил больной К. 50 лет с жалобами на боли в верхних отделах живота, больше натощак. Из анамнеза выяснено, что два года назад ему выполнена антральная резекция желудка по Б-П по поводу язвенной болезни. Через год произведена трансторакальная стволовая ваготомия в связи с обнаружением пептической язвы анастомоза. Проведя обследование через шесть месяцев, вновь обнаружили пептическую язву соустья, которая зажила после курса современной терапии. В связи с очередным обращением больного выполнена ФГС, обнаружена пептическая язва гастроэнтероанастомоза. При рентгеноскопии желудка обнаружили большую культю желудка.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Причина рецидива пептической язвы и с чем это связано?
3. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить пациенту?
4. Определите тактику лечения больного.
5. Возможное хирургическое лечение?