

## Билет 1.

Задача 1. Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на внезапную потерю сознания, выраженную слабость, головокружение, тошноту, чувство тяжести в эпигастральной области. Наличие в анамнезе язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки отрицает. В приемном отделении у больного возникла рвота алой кровью, с примесью жидкости цвета «кофейной гущи». Объективно: кожные покровы бледные, влажные, дыхание везикулярное ЧДД=22 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, АД 100 и 60 мм рт.ст., пульс 110 в минуту. При пальпации живота отмечается болезненность в эпигастральной области без симптомов раздражения брюшины. При перкуссии печеночная тупость сохранена. При осмотре rectum: на перчатке каловые массы обычного цвета. Лабораторные данные: Hb - 81 г/л, Ht - 0,28, эритроциты -  $2,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты -  $10 \times 10^9$ /л. В условиях приемного отделения выполнено промывание желудка, при котором из желудка эвакуировано большое количество свежей крови, со сгустками.

1. Ваш предварительный диагноз;
2. План обследования и лечения.

Задача 2. К Вам обратился пациент с жалобами на боли в икроножных мышцах при ходьбе на расстояние 300 метров. В покое боли проходят. Вышеуказанные жалобы в течении 1,5 лет. Из анамнеза известно, что пациент курит в течении 20 лет.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 177 см, вес – 89 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС-78 в мин, АД-150/90 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: нижние конечности сформированы и развиты правильно, имеется бледность кожного покрова, волосистой покров отсутствует, мускулатура развита слабо. При пальпации болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренных артериях ослаблена, на подколенных, артериях тыла стопы не определяется.

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?
6. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?

## Билет 2.

Задача 1. Больной 63 года, длительное время страдающий анацидным гастритом, за последние 4 месяца отметил потерю веса на 15 кг, появление выраженной слабости, потерю аппетита. Утром, накануне поступления в больницу, у пациента отмечено головокружение, резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета «кофейной гущи». Днем был жидкий стул, кал дегтеобразный. Больной бригадой скорой помощи был доставлен в хирургическое отделение.

1. Чем вызвано подобное состояние больного?
2. Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Что следует предпринять для оказания помощи больному?

Задача 2. В стационар поступил женщина 78 лет с жалобами на боли в животе. Боли возникают после приема пищи. Пациентка периодически отмечает запоры, вздутие живота. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет, пациентка 7 раз лечилась стационарно с диагнозом обострение хронического панкреатита. Лечение каждый раз приносило кратковременный эффект, не смотря на то что женщина придерживалась строгой диеты, боли возобновлялись.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 158 см, вес – 69 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС-78 в мин, АД-140/90 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Периодически запоры.

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Билет 3.

Задача 1. Больной 25 лет доставлен в приемный покой с жалобами на боли в левой половине живота, слабость. Из анамнеза известно, что около часа назад упал с велосипеда на бордюрный камень левым боком. При осмотре кожа и видимые слизистые бледные, левая половина живота и грудной клетки отстают в дыхании, пульс 120 в 1 минуту, АД 90 и 70 мм. рт. ст. Живот при пальпации болезненный в левой половине, там же определяется и напряжение мышц передней брюшной стенки. При перкуссии отмечается притупление в отлогих местах брюшной полости. При рентгенографии грудной клетки патологии не выявлено.

Вопросы: - Ваш предварительный диагноз?

- Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?

- Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 2.

К Вам обратился пациент с жалобами на боли в икроножных мышцах при ходьбе на расстояние 20 метров. В покое боли проходят. Вышеуказанные жалобы в течении 5 лет. Из анамнеза известно, что пациент курит в течении 30 лет.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 180 см, вес – 95 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС-78 в мин, АД-150/90 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: нижние конечности сформированы и развиты правильно, имеется бледность кожного покрова, волосяной покров отсутствует, мускулатура развита слабо. При пальпации болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренных, подколенных, артериях тыла стопы не определяется.

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?
6. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?

Билет 4.

Задача 1. Пострадавшая после ДТП доставлена в приемный покой на носилках. Из анамнеза известно, что 40 минут назад была сбита легковым автомобилем на пешеходном переходе. Обстоятельства происшествия помнит хорошо, сознание не теряла. При осмотре состояние пациентки расценено как тяжелое, кожные покровы бледные, липкие, отмечается патологическая ротация правой стопы. Больная заторможена, жалуется на сильные боли в области таза, нижних отделах живота, которые усиливаются при попытках пострадавшей поменять положение тела. На коже в области правого бедра имеется поверхностная рана без признаков продолжающегося кровотечения. Число сердечных сокращений 120 в 1 минуту, артериальное давление 100 и 50 мм. рт. ст.. При рентгенографии костного скелета и черепа выявлен перелом седалищной кости справа. При пальпации живота отмечается болезненность в нижних отделах живота без перитонеальной симптоматики, участвует в акте дыхания. Перкуторно притуплений в отлогих местах брюшной полости не выявлено. В общем анализе крови выявлено: эритроциты -  $2,2 \times 10^{12}$  /л, гемоглобин – 86 г/л. При экстренном ультразвуковом исследовании свободной жидкости в брюшной полости не выявлено.

1. Какое повреждение имеется у пострадавшей?
2. Что является источником кровотечения?
3. Какие инструментальные методы диагностики позволят уточнить диагноз?
4. Какие варианты лечебной тактики могут быть использованы?

Задача 2. К Вам обратился пациент 32 лет с жалобами на тупые распирающие боли, тяжесть и отек правой верхней конечности, которые появились сегодня утром. При тщательном опросе удалось выяснить, что мужчина спал с женой, которая перед тем как заснуть положила голову ему на плечо, а пациент, боясь потревожить супругу, не стал убирать руку и заснул в этом положении. Среди ночи он почувствовал жгучие боли и онемение правой руки, в связи с чем извлек ее из-под головы супруги и продолжил свой сон. После пробуждения с утра обнаружил появление указанных жалоб. Самостоятельно не лечился, сразу обратился за медицинской помощью.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС-76 в мин, АД-130/70 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: правая верхняя конечность увеличена в размерах (+1 см в средней трети предплечья, +3 см в средней трети плеча), кожный покров цианотичной окраски, отмечается набухание подкожных вен, отек подкожной клетчатки тыла кисти. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация на лучевой и локтевой артериях отчетливая.

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Билет 5.

Задача 1. Больной доставлен с места автоаварии бригадой скорой помощи. При осмотре в приемном покое внешних повреждений на теле пациента не выявлено. Отмечается укорочение правой нижней конечности, деформация и увеличение в объеме правого бедра, движение в правой ноге резко ограничено, резко болезненное. Пульс 130 в 1 минуту, артериальное давление 120 и 80 мм. рт. ст., больной заторможен, на вопросы отвечает медленно. Изменений в общем анализе крови и мочи при поступлении в стационар не выявлено.

- Вопросы: - Какой предполагаемый диагноз?  
- Какие исследования позволят уточнить диагноз?  
- Какая лечебная тактика?

Задача 2. К Вам обратилась пациентка 33 лет с жалобами на тупые распирающие боли и отек левой нижней конечности, усиливающиеся при нахождении в вертикальном положении тела и уменьшающиеся в положении лежа. Со слов больной на протяжении 5-и месяцев по рекомендации гинеколога (дисфункция яичников репродуктивного периода) принимает комбинированные оральные контрацептивы (Ярина). Три дня назад отметила появление тупых распирающих болей в левой нижней конечности, отек в области нижней трети левой голени. За медицинской помощью не обратилась, самостоятельно не лечилась. Впоследствии отек стал нарастать, боли усиливались, левая голень значительно увеличилась в размерах, в связи с чем обратилась за консультацией.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 165 см, вес – 78 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС-82 в мин, АД-110/70 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, имеется небольшой цианоз кожного покрова, пастозность мягких тканей в области нижней трети голени, голень увеличена в размерах: +1 см в н/3, +3 см в с/3, +2 см в в/3, отмечается усиление подкожного венозного рисунка, варикозных вен не определяется, имеются множественные ретикулярные вены и телангиэктазы. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация артерий стопы отчетливая.

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?
6. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?

Билет 6.

Задача 1. Больной доставлен через полчаса с момента получения травмы бригадой скорой помощи. Из анамнеза известно, что во время работы в огороде косой порезал левое предплечье. Отмечено активное кровотечение. Врач скорой помощи остановил кровотечение давящей повязкой. В операционной при ревизии раны началось струйное пульсирующее кровотечение.

1. Какой вид кровотечения имеет место?
2. Какие методы временной остановки данного кровотечения могут быть использованы?
3. Какой метод окончательной остановки кровотечения необходимо использовать?
4. Следует ли провести профилактику столбняка?

Задача 2. К Вам обратилась пациентка 57 лет с жалобами на тупые распирающие боли в левой нижней конечности, усиливающиеся в вертикальном и сидячем положении тела, значительно усиливающиеся при ходьбе, что вынуждает пациентку прекратить движение, уменьшающиеся при принятии горизонтального положения и возвышении нижних конечностей, постоянный отек левой голени и увеличение ее в размерах, потемнение кожи левой голени. В анамнезе илео-фemorальный тромбоз 4 года назад. Лечилась консервативно, с тех пор постоянно принимает непрямые антикоагулянты (варфарин), флеботоники (детралекс) курсами, носит компрессионные гольфы (2го класса компрессии), однако проводимое лечение не улучшает качество ее жизни и ограничивает трудоспособность.

При осмотре: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 170 см, вес – 85 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС- 72 в мин, АД-140/80 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров цианотичной окраски с участком гиперпигментации на внутренней поверхности нижней трети голени с неровными четкими границами неправильной формы в поперечнике до 6 см. Конечность увеличена в объеме (+5 см на уровне с/3 голени, +8 см на уровне с/3 бедра), мягкие ткани голени отечны. Имеются варикозно расширенные вены в бассейне БПВ на внутренней поверхности бедра, распространяющиеся на подвздошно-паховую область и переднюю брюшную стенку. При пальпации конечность теплая, отмечается уплотнение кожи в центре гиперпигментации, варикозные вены легко сжимаются, безболезненные. Чувствительность, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация сохранена на всем протяжении. Правая нижняя конечность без особенностей.

При ультразвуковом ангиосканировании: слева – наружная и общая подвздошная вены не визуализируются, кровоток четко не картируется, общая бедренная и поверхностная бедренная вены сужены на 80% за счет гиперэхогенных пристеночных масс, при цветовом картировании определяются признаки клапанной недостаточности, остальные глубокие вены проходимы без признаков клапанной недостаточности. БПВ и ее приустьевые притоки расширены с признаками клапанной недостаточности и варикозной трансформации.

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы Вам необходимы для определения лечебной тактики?
3. Назовите наиболее опасные осложнения данного заболевания
4. Какова Ваша тактика лечения?

## Билет 7.

Задача 1. Больной 79 лет в экстренном порядке была выполнена холецистэктомия по поводу острого деструктивного калькулезного холецистита. Течение раннего послеоперационного периода у больной осложнилось развитием двухсторонней нижнедолевой пневмонии.

1. Какие предпосылки могли способствовать развитию пневмонии у данной больной?
2. Какой комплекс лечебных мероприятий необходимо было проводить данной больной с целью профилактики развития пневмонии?
3. Какие сопутствующие заболевания, имевшиеся у больной, могли явиться неблагоприятным фоном для развития пневмонии в раннем послеоперационном периоде?

Задача 2. В стационар доставлена пациентка 86 лет с жалобами на интенсивные боли в правой нижней конечности. Из анамнеза известно, что пациентка длительное время страдает ИБС: мерцательной аритмией, трижды перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре: общее состояние тяжелое. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 160 см, вес – 91 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС-88 в мин, аритмичный, АД-140/90 мм рт.ст., ЧД – 19 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: нижние конечности сформированы и развиты правильно, имеется выраженная бледность кожного покрова правой нижней конечности, последняя холодная на ощупь. Пульсация справа на бедренной, подколенной артерии не определяется, слева ослаблена. При пальпации болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
3. Чем опасно данное заболевание?
4. Какова Ваша лечебная тактика?
5. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?

Билет 8.

Задача 1. У пациента при поступлении в стационар имеются жалобы на интенсивные боли в правой подвздошной области. Общее состояние больного средней тяжести. Отмечается наличие тахикардии. АД 130/90 мм. При пальпации передней брюшной стенки определяется защитное напряжение мышц в нижних отделах живота, кишечные шумы не выслушиваются, положительные симптомы раздражения брюшины.

1. Имеются ли у больного абсолютные показания для выполнения оперативного вмешательства?
2. Проведение какого объема предоперационного обследования показано больному? Составьте план обследования.
3. Какую предоперационную подготовку необходимо провести пациенту?

Задача 2. Пациентка 78 лет при падении с высоты собственного роста получила перелом шейки левого бедра 7 дней назад. Доставлена в отделение травматологии, где было налажено скелетное вытяжение. Пациентка получала симптоматическую противовоспалительную и анальгетическую терапию. Было предложено эндопротезирование тазобедренного сустава. В течение недели родственниками была собрана необходимая сумма для покупки эндопротеза, была запланирована операция. Перед операцией пациентке было выполнено ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей, при котором выявлено: справа – тромботическая окклюзия мышечных вен икроножной мышцы с переходом на подколенную и поверхностную бедренную вены с наличием свободной флотирующей головки тромба длиной в общей бедренной вене до 4,5 см.

1. Какую ошибку допустили врачи-травматологи при лечении пациентки методом скелетного вытяжения?
2. Как необходимо было проводить профилактику венозного тромбоза в этом случае?
3. Как срочно должно быть выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава при переломе шейки бедра?
4. Какова тактика лечения данной больной?



Билет 9.

Задача 1. Пациент 28 лет, поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, кровохарканье, слабость. Доставлен в приемное отделение травмы после автомобильной катастрофы. Объективно: кожные покровы бледные, по ходу V-VIII ребер по средней подмышечной линии справа определяется подкожная эмфизема, крепитация отломков, резкая болезненность. Пульс– 114 уд/мин, АД – 90/60 мм рт. ст., ЧДД – 32 в мин. В общем анализе крови: Нв – 92 г/л, эритроциты –  $2,9 \times 10^{12}/л$ , СОЭ – 14 мм/час.

Вопросы:

1. Ваши диагностические и лечебные мероприятия?
2. Чем опасно данное состояние пациента?

Задача 2. В приемное отделение хирургической клиники доставлен сотрудник частного охранного предприятия 35 лет. После 12-часового пребывания в легковом автомобиле во время дежурства, отметил появление тяжести и тупых распирающих болей в левой нижней конечности. За медицинской помощью по окончании смены не обратился, самостоятельно не лечился. На протяжении 2-х суток боли не утихали, появилась отечность стопы, голень увеличилась в объеме, в связи с чем вызвал скорую помощь и доставлен в больницу. Отец пациента умер в 56 лет от «оторвавшегося тромба».

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 181 см, вес – 112 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС- 62 в мин, АД-130/80 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, имеется небольшой цианоз кожного покрова, пастозность мягких тканей в области нижней трети голени, голень увеличена в размерах: +1 см в н/3, +3 см в с/3, отмечается усиление подкожного венозного рисунка, варикозных вен не определяется. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность и пассивные движения сохранены в полном объеме. Активные движения в голеностопном суставе ограничены в связи с болезненностью. Видимых повреждений кожи стопы и голени – не выявлено. Пульсация артериальных сосудов определяется на всех уровнях. Правая нижняя конечность без особенностей.

Выполнено ультразвуковое ангиосканирование, при котором выявлено: слева – окклюзивный тромбоз мышечных вен икроножной и камбаловидной мышцы, неокклюзивный тромбоз подколенной вены с наличием свободной флотирующей в поверхностную бедренную вену верхушки длиной до 4,5 см. Остальные поверхностные и глубокие вены проходимы с обеих сторон.

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы Вам необходимы для определения лечебной тактики?



Рисунок к задаче 2 билета 7.

Билет 10.

Задача 1. В приемное отделение доставлен пациент с жалобами на слабость, головокружение. Из анамнеза известно, что в течение последних 3-х часов у больного дважды был жидкий стул «мелена». При обследовании выявлено: АД – 90/60 мм рт. ст., пульс – 118 уд/мин, ритмичный. В общем анализе крови: Нв – 92 г/л, эритроциты –  $2,9 \times 10^{12}/л$ . Живот при пальпации мягкий, болезненный по правому флангу, симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

1. Укажите возможный источник кровотечения?
2. Оцените степень кровопотери?
3. Ваши диагностические и лечебные мероприятия?

Задача 2. К Вам обратился пациентка 45 лет с жалобами на наличие болезненного уплотнения на правом бедре и голени. Наличие варикозных вен в анамнезе отрицает. На протяжении 10 лет отмечает отеки нижних конечностей, усиливающиеся к концу дня и уменьшающиеся после ночного отдыха, тяжесть в нижних конечностях, периодически возникающие ночные судороги. Около 5-и дней назад отметила появление болезненного уплотнения и покраснения кожи на правой голени. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала согревающие компрессы. На фоне такого лечения покраснение увеличивалось в размерах и распространилось на бедро, в связи с чем обратилась за консультацией. Работает уборщицей.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гипертеническое, рост – 170 см, вес – 95 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС- 76 в мин, АД-150/90 мм рт.ст., ЧД – 17 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: см. фотографию. При пальпации определяется уплотнение в виде жгута на правой голени и бедре в зоне гиперемии, при пальпации горячее, болезненное. Чувствительность, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация сохранена на всем протяжении.

1. Опишите локальный статус.
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?



Рисунок к задаче 2 билета 8.

Билет 11.

Задача 1. Строитель, на работе упал со второго этажа, при падении ударился грудью. При поступлении в приемное отделение хирургического стационара предъявлял жалобы на боли в области грудины, усиливающиеся в положении лежа, незначительную одышку, слабость. Имеется цианоз, больной в положении Фовлера. Пульс- 98 уд/мин, слабого наполнения, АД – 130/105 мм рт. ст., сердечные тоны приглушены, прослушиваются шумы, на ЭКГ – вольтаж резко снижен.

В общем анализе крови: эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}/л.$ , Нв – 145 г/л, СОЭ – 5 мм/час.

На рентгеноскопии грудной клетки: повреждения грудной клетки и ребер нет.

Вопросы:

1. Ваши диагностические мероприятия?
2. Возможный источник кровотечения?
3. Укажите очередность лечебных мероприятий?

Задача 2. К Вам обратилась пациентка 28 лет с жалобами на наличие расширенных вен на правой нижней конечности, тяжесть и тупые распирающие боли в правой нижней конечности, возникающие в конце рабочего дня, уменьшающиеся и полностью исчезающие после ночного отдыха. Работает менеджером. Впервые появление расширенных вен отметила во время беременности 2,5 года назад. Активно не лечилась, в связи с прогрессированием заболевания обратилась за консультацией.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 165 см, вес – 63 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС- 70 в мин, АД-120/80 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно – см. фото.

1. Опишите локальный статус.
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?



Рисунок к задаче 2 билет 9.

Билет 12.

Задача 1. 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 10<sup>12</sup>/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.

Задача 2. В приемное отделение доставлен мужчина 65 лет с жалобами на затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха, боли в грудной клетке, сухой кашель. Со слов больного и сопровождавших стало известно, что мужчина 6 дней назад вернулся в Москву из Новой Зеландии, где находился в командировке. Во время 19-часового авиаперелета в бизнес классе пациент отметил появление тяжести в обеих голени, больше справа, и их отек. Ранее неоднократно при длительных авиаперелетах отмечал появление отека нижних конечностей, который самостоятельно проходил, поэтому серьезного внимания ему мужчина не уделял. На этот раз пациент также не обратил внимание на отек и за медицинской помощью не обратился. Между тем, отек левой нижней конечности исчез сразу после ночного отдыха, в то время как отеки и боли справа прогрессивно нарастали, однако, в связи с занятостью на работе к врачу не обращался. Вчера вечером отек распространился с голени на правое бедро, в связи с чем пациент записался на прием к хирургу на следующий день. Сегодня утром при подъеме с кровати почувствовал резкое головокружение, затрудненное дыхание и потерял сознание. Очнувшись ощутил резкую слабость, затруднение вдоха, боли в грудной клетке, сильное сердцебиение, сухой кашель, одышку при малейшей физической активности в связи с чем вызвал скорую помощь и доставлен в стационар.

При осмотре: общее состояние тяжелое, стабильное. В сознании, контактен, ориентирован. Кожный покров с цианотичным оттенком. Телосложение гиперстеническое, рост – 175 см, вес – 95 кг. Дыхание жесткое, проводится во всех отделах, ЧД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены, определяется акцент и расщепление II тона в 3-й точке, ЧСС- 125 в мин, ритм правильный, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Газы отходят, мочевого пузыря пустой при катетеризации.

Местно: правая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров цианотичен, определяется отек мягких тканей на голени, голень увеличена в размерах: +3 см в н/3, +5 см в с/3, +6 см в в/3, бедро увеличено в размерах: +6 см в с/3. В бассейне большой подкожной вены имеются варикозно измененные притоки, набухшие в горизонтальном положении, при пальпации сжимающиеся, кожный покров над ними обычной окраски. При пальпации температура кожи повышена,

болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация артерий стопы отчетливая. Левая нижняя конечность без особенностей.

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
3. Какова Ваша лечебная тактика?
4. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?



Билет 13.

Задача 1. Больная оперирована в плановом порядке с клиническим диагнозом хронический калькулезный холецистит.

1. Определите показания к проведению антибактериальной терапии.
2. Какие группы антибактериальных препаратов необходимо применять?
3. Какова кратность и пути их введения?

Задача 2.

К Вам обратился пациент 52 лет с жалобами на постоянный отек левой нижней конечности, усиливающийся к концу дня, потемнение кожи левой голени в области нижней трети. В анамнезе тромбоз глубоких вен 3 года назад. С тех пор указанные жалобы прогрессивно нарастают. Постоянно принимает непрямые антикоагулянты (варфарин), нерегулярно пропивает флеботоники (детралекс).

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 174 см, вес – 80 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС- 66 в мин, АД-130/80 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров обычной окраски с участком гиперпигментации на внутренней поверхности нижней трети голени с неровными четкими границами неправильной формы в поперечнике до 10 см, а также участками белого цвета в центре пигментации. Конечность увеличена в объеме (+3 см на уровне с/3 голени, +6 см на уровне с/3 бедра), голень отекая в области нижней трети. Имеются варикозно расширенные вены в бассейне БПВ на внутренней поверхности голени. При пальпации конечность теплая, отмечается рубцовое уплотнение кожи в центре гиперпигментации, варикозные вены легко сжимаются, безболезненные. Чувствительность, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация сохранена на всем протяжении. Правая нижняя конечность без особенностей.

При ультразвуковом ангиосканировании: слева – глубокие вены проходимы на всем протяжении, стенки вен утолщены, имеются внутрисосудистые синехии и пристеночные гиперэхогенные массы. При проведении компрессионных проб определяются признаки клапанной недостаточности на поверхностной бедренной, подколенной и задних большеберцовых венах. Имеются перфорантные вены на голени с признаками клапанной несостоятельности и связанные с ними варикозные притоки большой подкожной вены. Справа – без патологии.

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы Вам необходимы для определения лечебной тактики?
3. Назовите наиболее опасные осложнения данного заболевания
4. Какова Ваша тактика лечения?

Билет 14.

Задача 1. Больному планируется выполнение планового оперативного вмешательства: лапаротомии, резекции сигмовидной кишки.

1. Какую подготовку кишечника необходимо выполнить пациенту в предоперационном периоде?
2. В чем заключается комплекс механической подготовки кишечника к оперативному вмешательству?
3. Назовите основные принципы селективной очистки кишечника?
4. Определите основные принципы профилактики послеоперационной пневмонии, тромбоэмболических осложнений и пареза кишечника у данной категории больных.

Задача 2.

К Вам обратился пациент 28 лет с жалобами на долго не спадающий отек правой голени. В анамнезе перелом правой лодыжки с последующей гипсовой иммобилизацией на протяжении 6 недель. После снятия гипсовой повязки отметил отек в области нижней трети правой голени. Врачом-травматологом назначена лечебная физкультура, физиотерапия, не смотря на проведения которых отек не спадал. В связи с сохраняющимися жалобами выполнено ультразвуковое ангиосканирование при котором выявлено: справа – окклюзивный тромбоз задних большеберцовых вен и вен икроножной мышцы (суральных вен), остальные поверхностные и глубокие вены обеих нижних конечностей проходимы. В связи с ультразвуковыми находками направлен на консультацию.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 179 см, вес – 78 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС- 72 в мин, АД-120/70 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров обычной окраски, определяется пастозность мягких тканей в области нижней трети голени и голеностопного сустава, голень увеличена в размерах: +1 см в н/3, +3 см в с/3. Подкожный венозный рисунок не усилен, варикозной трансформации подкожных вен нет. При пальпации конечность теплая, определяется легкая болезненность в области голеностопного сустава и медиальной головки икроножной мышцы в средней ее трети. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены в полном объеме. Активные и пассивные движения ограничены в голеностопном суставе вследствие отека и тугоподвижности. Пульсация артерий стопы отчетливая.

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы Вам необходимы для определения лечебной тактики?
3. Назовите наиболее опасные осложнения данного заболевания
4. Какова Ваша тактика лечения?
5. Возможно ли было прогнозировать и предотвратить развитие данного заболевания?