



ЭЦП Буланов С.И.



ЭЦП Завалко А.Ф.

Утверждено 29.02.2024 г. протокол № 2.  
Председатель Ученого Совета  
ректор д.м.н. профессор С.И. Буланов  
Ученый секретарь Ученого Совета  
д.м.н. профессор А.Ф. Завалко

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА  
ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА**

**БЛОК 2  
БАЗОВАЯ ЧАСТЬ**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПО ПОДГОТОВКЕ КАДРОВ  
ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ (ординатура)  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ**

**31.08.67 ХИРУРГИЯ  
Квалификация "Врач – хирург"  
Форма обучения: очная**

**Срок обучения 2 года, 120 з.е.**

Москва

## ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ПРОИЗВОДСТВЕННОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПРАКТИКЕ

**Контрольные задания (ситуационные задачи), необходимые для оценки знаний, умений, навыков, характеризующих этапы формирования компетенции.**

**Компетенции: УК 1, УК 2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9.**

### Задача № 1.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

Больной Б., 42 лет, поступил в клинику на вторые сутки с момента травмы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, тошноту, двукратную рвоту. Больным себя считает с момента после отрезвления от алкогольного опьянения, когда почувствовал сильные боли в животе, особенно справа; они сопровождались тошнотой и рвотой съеденной пищей. С этими явлениями он оставался дома и не обращался за медицинской помощью. Постепенно состояние ухудшилось, боли в животе усилились, после чего и вызвал скорую помощь. При поступлении: общее состояние средней тяжести, кожа и видимые слизистые обычной окраски, на животе имеются ссадины и кровоизлияния. АД 130/80 мм.рт.ст, ЧСС – 110 уд. в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом, живот равномерно вздут, слабо участвует в акте дыхания. Положителен симптом Спигарного-Кларка. Пальпаторно живот напряжен, положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Температура – 37,8<sup>0</sup>С, лейкоцитоз – 11,5х10<sup>9</sup>/л. На обзорной рентгеноскопии: единичные, умеренной величины чаши Клойбера, под куполом диафрагмы полоска воздуха.

1. Ваш диагноз, дифференциальная диагностика?
2. Хирургическая тактика.

На операции выявлен полный разрыв тонкой кишки на расстоянии 40 см от связки Трейтца с явлениями разлитого перитонита; края поврежденной кишки гиперемированы, покрыты фибрином.

3. Дальнейшие действия хирурга?
4. Классификация закрытых повреждений живота.

#### Ответы

1. Закрытая тупая травма живота. Разрыв полого органа. Разлитой перитонит. Дифференциальная диагностика с прободной язвой желудка, острым деструктивным аппендицитом, дивертикулезом толстой кишки.
2. Лапаротомия, ревизия.
3. Резекция кишки с выведением стомы, затем, после купирования перитонита анастомоз. Санация брюшной полости и дренирование ее назоинтестинальная интубация для разгрузки анастомоза.
4. Повреждение передней брюшной стенки (гематома, ушиб, разрывы мышц), с повреждением полых или паренхиматозных органов, органов забрюшинного пространства.

### Задача № 2.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Мужчина 40 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на опоясывающие боли в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. В анализах крови общий билирубин 30 мкмоль/л, прямой билирубин 17 мкмоль/л, непрямой - 13 мкмоль/л, лейкоциты 12х 10<sup>9</sup>/л., амилаза крови 56 мг.крахм/ч.л. После проведенной инфузи-

онной терапии состояние больного улучшилось, болевой синдром значительно уменьшился, но оставались тупые боли в эпигастрии и левом подреберье, лабораторные показатели пришли к норме.

На 14 сутки у больного отмечена субфебрильная температура - 37,4°C. На следующий день состояние больного резко ухудшилось: больной в сопоре, кожные покровы землистого цвета с желтушным оттенком, имеется петехиальная сыпь, температура тела 39,8°C, потрясающие ознобы, АД 60/40 мм.рт.ст., ЧСС 128 уд.в мин., лейкоциты  $30 \times 10^9$ /л, мочевого пузыря пуст, креатинин 343 мкмоль/л, мочевины 10 ммоль/л, остаточный азот 30 ммоль/л.

1. Клинический диагноз.
2. Причина внезапного ухудшения состояния.
3. Какие клинико-лабораторные данные позволяют заподозрить развитие данного осложнения?
4. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Тактика ведения данного больного.
6. Если необходимо назначение антибактериальных средств, то каких?
7. Показаны ли больному методы эфферентной терапии? Если показаны, то при каких условиях и какие?
8. Наиболее вероятная причина появления петехиальной сыпи у больного.
9. Какой комплекс лечебных мероприятий будет направлен на ликвидацию данного осложнения?
10. Прогноз для данного больного.

#### **Ответы**

1. Септический панкреонекроз. Эндотоксикоз 3 степени, ОПН
2. Гнойные осложнения и эндогенные интоксикации
3. Увеличение температуры, ухудшение состояния, лейкоцитоз
4. УЗИ, КТ, б/х, РГ с барием ЖКТ, Rg скопия грудной клетки, лапароскопия, ОАК, ОАМ
5. Лечение панкреатита (соматостатин, контрикал, фамотидин, спазмолитики, антибиотики, экстракорпоральная детоксикация – электрохимическая детоксикация). Оперативное лечение – некрсеквестрэктомия, дренирование сальниковой сумки.
6. Тиенам, цефепим, ципро- и спарфлоксацин, метронидазол, амоксиклав
7. Показана (дренирование грудного лимфатического протока, с электрохимической детоксикации лимфы, гемосорбция)
8. Тромбеморрагические расстройства на фоне гиперферментемии.
9. Ингибиторы ферментов (контрикал), гепарин при контроле времени свёртывание.
10. Сложный.

#### **Задача № 3.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастриальной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?

#### **Ответ**

1. Опухоль периапулярной области (гепатодуоденальной зоны), механическая желтуха.
2. УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ, лапароскопия с биопсией
3. Первый этап – дренирующая операция для устранения желтухи (холецистостомия, билиодегистивные анастомозы). Второй этап – ПДР, папиллоэктомия, возможно п/о химиотерапия

#### Задача № 4.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больным длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезненен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре - перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая операция должна быть выполнена?

#### Ответы

1. Перфоративный рак желудка.
2. Биопсия
3. Субтотальная резекция с региональными л/у

#### Задача № 5.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Больной Н., 64 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии постоянного характера вне связи с приемом пищи, впервые появившиеся 5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области пальпируется плотная подвижная опухоль диаметром 7 см. При обследовании: на ФГДС - по малой кривизне и задней стенке желудка от субкардиального до препилорического отдела язвенно-инфильтративная опухоль. Гистология – перстневидно-клеточный рак желудка. Рентгеноскопия желудка - начиная от субкардиального до антрального отдела по малой кривизне дефект наполнения с депо бария в центре, подвижность желудка сохранена, эвакуация не нарушена. При дообследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

1. Ваш диагноз?
2. Какое вмешательство следует выполнить в операбельном случае?

#### Ответы

1. Перстневидноклеточный рак желудка T4NxM0
2. Гастрэктомия с удалением регионарных л/у.

#### Задача № 6

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная Г., 59 лет, обратилась в клинику с жалобами на боли в правой голени, повышение температуры тела до 38,5<sup>0</sup>С. Заболела неделю тому назад. Лечилась самостоятельно путем применения спиртовых компрессов на голень. Боли не прошли, стойко держалась высокая температура тела.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное, пульс 96 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения.

Местно: кожа голени гиперемирована по ходу варикозно расширенной вены в нижней трети голени, там же уплотнение кожи. Умеренный отек голени, движения в суставах конечности пассивные. В средней трети голени язва размерами 2х3 см с подрытыми краями, умеренным гнойным отделяемым. В очаге уплотнения вены имеется флюктуация.

1. Сформулируйте клинический диагноз: основной, осложнения основного.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Дальнейшая хирургическая тактика.
4. Причины появления трофических язв на нижних конечностях.
5. Современные методы консервативного лечения трофических язв на почве хронической венозной недостаточности.

#### **Ответы**

1. Варикозная болезнь III стадии. Осложнения: острый тромбофлебит поверхностных вен правой голени. Трофическая язва голени
2. Рожь, флегмона подкожной клетчатки,
3. Оперативное лечение (перевязка большой подкожной вены у места впадения в бедренную, в специализированном стационаре различные варианты тромбэктомий.)
4. Застой, отёк, гипоксия, нарушение трофики
5. Эластическая компрессия конечности с помощью лечебных чулок, или бинтов, цинк-желатиновая повязка на трофическую язву, ГБО, УФО, возвышенное положение конечности, склерозирующая терапия (фибровен, тромбовар, этоксисклерол), Венотоники (троксивазин, венорутон)

#### **Задача № 7**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

Пациент И., 55 лет, поступил с жалобами на наличие язвы по латеральной поверхности нижней трети левой голени и явления перемежающейся хромоты слева. При осмотре обнаружена язва размером 4х6 см, пульсация на артериях стопы резко ослаблена. Обращали на себя внимание резко расширенные вены голени и особенно бедра. В подколенной ямке [рукой ощущалось дрожание, напоминающее кошачье мурлыканье, прослушивался грубый систоло-диастолический шум. Более 10 лет назад у больного было ножевое ранение в области левого коленного сустава, однако расширенные вены и язвы голени появились только в этом году.

1. Какой диагноз вы поставите больному?
2. Какой должна быть лечебная тактика?

#### **Ответы:**

1. Хроническая венозная недостаточность, III, С4.
2. Если трофическая язва без признаков нагноения, то показано оперативное лечение после УЗДГ сосудов -комбинированная венэктомия с перевязкой притоков большой подкожной вены. В случае если в области язвы обнаруживаются гнойно-некротические изменения, то операция возможна после комплексного консервативного лечения.

#### **Задача № 8**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Пациент В., 56 лет, страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей на протяжении 4 лет. Неоднократно лечился консервативно по поводу этого заболевания, выписывался с периодическими улучшениями. 2 часа назад у пациента внезапно появились резкие боли в правой нижней конечности, отсутствие движений в пальцах правой стопы, потеря чувствительности до нижней трети бедра. Конечность стала холодной до этого уровня. Пульсация бедренной артерии справа сохранена до уровня пупартовой связки, ниже не определяется, слева пульсация сохранена.

1. Какие осложнения развились у больного?
2. Как подтвердить Ваше предположение?
3. Какие изменения Вы обнаружили на представленной артериограмме?
4. Какова лечебная тактика?

**Ответы:**

1. У больного тромбоз поверхностной бедренной артерии.
2. Необходима ультразвуковая доплерография, аортоартериография по Сельдингеру через левую бедренную артерию.
3. На представленной артериограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной бедренной артерии справа в средней трети, стенки артерии изъеденные, неровные.
4. Больному показано оперативное лечение: при проходимости подколенной артерии голени – аутоинозное шунтирование или протезирование поверхностной бедренной артерии (ПБА). До операции и в послеоперационном периоде – антикоагулянтная терапия.

**Задача № 9**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной 48 лет, жалуется на интенсивные боли в левой голени и стопе. Боль возникла внезапно, 2 часа тому назад. Год назад перенес инфаркт миокарда. Состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени холодные на ощупь, бледные, с мраморным рисунком. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев и голеностопном суставе отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация на бедренной артерии сохранена, на подколенной и артериях стопы отсутствует.

1. Какой диагноз Вы поставите больному?
2. Какими исследованиями подтвердите диагноз?
3. Какие изменения Вы отмечаете на рентгенограмме?
4. Какова должна быть лечебная тактика?
5. Возможная профилактика заболевания.

**Ответы:**

1. У больного эмболия подколенной артерии, ишемия II- B степени.
2. Уточнить диагноз может ультразвуковая доплерография и артериография.
3. На представленной аортограмме определяется обрыв контрастированной поверхностной артерии бедра на уровне подколенной артерии.
4. Лечение оперативное – срочная эмболэктомия с последующей консервативной терапией: препараты, улучшающие реологические свойства крови, антикоагулянты, спазмолитики, ГБО.
5. Профилактика в первую очередь заключается в лечении сопутствующей патологии и ведении правильного образа жизни. Поэтому важным элементом предупреждения болезни является соблюдение диеты и физической нагрузки.

**Задача № 10**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной 52 лет, в течение 7 лет отмечает боли при ходьбе в обеих нижних конечностях. Отмечается перемежающаяся хромота через 100 метров, боли в мышцах бедра, ягодичных мышцах, снижение половой потенции. Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обеих стоп и голеней прохладные, бледные. Активные движения сохранены. Пульсация артерий на обеих нижних конечностях не определяется на всем протяжении. Над аортой выслушивается систолический шум.

1. Какой диагноз Вы поставите больному?
2. Какие дополнительные исследования подтвердят Ваш диагноз?
3. Как лечить больного?

**Ответы:**

1. У больного синдром Лериша с окклюзией внутренних позвоночных артерий.
2. Больному показана ультразвуковая доплерография аорты и артерий нижних конечностей, аортография.

3. Больному показано оперативное лечение. При проходимости бедренных артерий, установленных во время операции открытой артериографией, показано бифуркационное аорто-бедренное шунтирование.

### Задача № 11

Компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной Д., 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. В чем состоит тактическая ошибка в ведении больной?
3. План лечения больной?

#### Ответы

1. Рак молочной железы справа. Узловатая форма. T1N0M0
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, предоперационное лучевая терапия, маммография
3. Полное обследование, предоперационная лучевая терапия всех молочной железы, а также подмышечных, над- и подключичных л/у. Мастэктомия. В п/о периоде облучение парастернальной области.

### Задача № 12.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки.

Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,2<sup>0</sup>С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом.

При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек».

При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.

Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное негетогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.

4. Окончательный клинический диагноз.
5. Основные методы консервативного лечения.
6. Показания и методы оперативного лечения.

#### Ответы

1. Бронхоэктатическая болезнь III A (декомпенсация, с частичнообратимыми изменениями в органах).
2. Туберкулез, хронический абсцесс легкого.

3. Обязательный + рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.
4. Хронический абсцесс правого легкого.
5. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.
6. Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

### **Задача № 13.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной М, 57 лет поступил в клинику с жалобами на кашель, с мокротой, иногда с прожилками крови, слабость, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37.5°C. В анамнезе: дважды в течение 3 месяцев больной госпитализировался в терапевтический стационар с диагнозом: правосторонняя пневмония. После курса антибиотикотерапии выписывался домой со значительным улучшением состояния. При осмотре: состояние средней тяжести. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, перкуторно справа отмечается притупление перкуторного звука, отсутствие голосового дрожания, ослабление дыхательных шумов. При рентгенологическом исследовании отмечается расширение тени корня правого легкого, ателектаз верхней доли правого легкого.

1. Предварительный диагноз?
2. Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза
3. Вы установили правильный диагноз. Какова Ваша тактика лечения
4. Какие методы профилактики данного заболевания Вы могли бы предложить?

**Ответ:**

1. Рак легкого.
2. Компьютерная томография легких, бронхоскопия с биопсией.
3. Хирургическое лечение с последующей химиотерапией.
4. Борьба с курением, поддержание чистоты воздуха, регулярные флюорографии, профилактические мероприятия с лицами, относящимися к группам риска, дыхательная гимнастика.

### **Задача № 14.**

Компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная Г., 40 лет поступила с жалобами на боли в обеих молочных железах, возникающие за 2-3 дня перед менструацией, выделения из правой молочной железы. Боли в обеих молочных железах беспокоят в течение 5 лет. К врачам не обращалась. В течение последних 3 месяцев обратила внимание на выделения из правой молочной железы. При осмотре молочные железы развиты правильно. Кожа над ними не изменена. При пальпации отмечается диффузное уплотнение и болезненность обеих молочных желез. Узловых образований не выявлено. При надавливании из правого соска светлые прозрачные выделения зеленоватого цвета.

1. Предварительный диагноз
2. Дополнительные методы обследования
3. Консервативное лечение при доброкачественных поражениях молочных желез
4. Вы поставили правильный диагноз. Определите тактику лечения больной

**Эталон ответа:**

1. Диффузная фиброзно-кистозная мастопатия, внутрипротоковая папиллома правой молочной железы.
2. Маммография, цитологическое исследование отделяемого, дуктография.
3. Подавление фолликулостимулирующего гормона, подавление лютеинизирующего гормона, антипролактиновые препараты.
4. Консервативная терапия, пункция и аспирация крупных кист под контролем УЗИ.

### **Задача № 15.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала.

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

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

#### **Ответы**

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

#### **Задача № 16**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

У больной на 2-е сутки после тиреоидэктомии по поводу многоузлового зоба появились парестезии в области кончиков пальцев рук, ощущение «мурашек». Позднее диагностирован симптом «руки акушера», боли и судороги в мышцах.

1. Какое осложнение послеоперационного периода можно предположить
2. Какое исследование наиболее информативно для уточнения характера осложнения
3. Вы поставили правильный диагноз. Ваша тактика
4. Укажите основную причину первичного гиперпаратиреоза

#### **Эталон ответа:**

1. Гипопаратиреоз
2. Определение уровня ионизированного кальция и паратгормона крови
3. Введение препаратов кальция и витамина D3
4. Аденома паращитовидной железы

#### **Задача № 17**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

У больной 51 года 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3 на 3 см. Все годы образование не причиняло беспокойства больной, за последние 3 месяца образование увеличилось вдвое. Больная отмечает ухудшение состояния: слабость, быструю утомляемость. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности.

1. Какой Вы поставите диагноз?
2. Как можно его подтвердить?
3. Как лечить больную?

#### **Эталон ответа:**

1. Имеются все основания заподозрить у больной малигнизацию зоба.
2. Подтвердить диагноз рака щитовидной железы помогут исследования крови, УЗИ и данные радиоактивного сканирования щитовидной железы, пункционная биопсия.
3. Больной показана операция – струмэктомия с удалением регионарных лимфатических узлов и последующей лучевой терапией, лечением препаратами щитовидной железы.

#### **Задача № 18**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Больная 24 лет поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Больна 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен + 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено.

При рентгенологическом обследовании легочная ткань прозрачна, но в переднем средостении определяется образование.

1. Что представляет собой это образование и чем оно может оказаться?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Ваш диагноз и тактика в лечении больной?

**Эталон ответа:**

1. Надо прежде всего думать о наличии аберрантного тиреотоксического зоба.
2. Помочь постановке диагноза может исследование функции щитовидной железы с радиоактивным йодом и сканирование железы. Исключить эхинококковую кисту средостения помогут данные анамнеза (контакт с животными), анализ крови (эозинофилия), проба с эхинококковым диагностикумом (реакция латекс-агглютинации). Округлое образование может оказаться и опухолью и дермоидной кистой средостения.
3. В любом случае больная подлежит оперативному лечению.

### **Задача № 19**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки.

Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
5. Какие осложнения могут развиваться у больной?
6. Какова должна быть лечебная тактика? Показания к оперативному лечению при данной патологии?
7. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

**Эталон ответа:**

1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.
2. Диффузный токсический зоб (базедова болезнь, болезнь Грейвса) – заболевание, обусловленное повышением продукции тиреоидных гормонов и характеризующееся диффузным увеличением щитовидной железы разной степени. Диффузный токсический зоб рассматривают как аутоиммунное заболевание, при котором аномальный IgG (тиреоид-стимулирующий Ig) связывается с рецепторами ТТГ на фолликулярных клетках щитовидной железы, что приводит к диффузному увеличению железы и стимуляции выработки тиреоидных гормонов.
2. УЗИ. Определение уровня тиреотропного (ТТГ) и тиреоидных гормонов (тироксин – Т4 и трийодтиронин – Т3), белково-связанного йода. При подозрении на токсическую аденому – радиоизотопное сканирование
3. Тиреотоксикоз: легкий, средней и тяжелый. Стадии: нейровегетативная стадия; нейроэндокринная стадия; висцеропатическая стадия; кахектическая.
4. Аритмия, эндокринная офтальмопатия, сердечно-сосудистая недостаточность, необратимые склеротические изменения внутренних органов и др.

5. Консервативно лечится тиреотоксикоз легкой и средней тяжести.
6. Оперативному лечению подлежит тяжелый тиреотоксикоз и рецидив тиреотоксикоза после медикаментозного лечения
7. Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности.

### **Задача № 20**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

У пациентки 28 лет во время беременности в сроке 28 -30 недель появились эпизоды подъема АД до 200 мм рт ст с приступами головной боли, возбуждения, тахикардией, ознобами без подъема температуры тела. При УЗИ обнаружено увеличение правого полюса левой почки.

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Предпочтительный способ лечения?

**Эталон ответа:**

1. Феохромоцитома.
2. Необходимо определение уровня адреналина и норадреналина в крови.
3. Лапароскопическая адреналэктомия.

### **Задача № 21**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5°C.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз -  $32 \cdot 10^9/\text{л}$ , п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

**Эталон ответа:**

1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомеколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию
7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание,

влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантантов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

### **Задача № 22**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-8

Больной Г., 51 года, находится в стационаре 30 суток. Поступил с диагнозом закрытая травма живота, внутрибрюшное кровотечение. При выполненной экстренной лапаротомии выявлен разрыв селезенки, которая удалена. Брюшная полость ушита наглухо, без дренажа. Через 14 суток после лапаротомии появилась температура до 37,5 градусов. Рана без нагноения. Больной стал отмечать боли в левом подреберье, озноб, головные боли, тахикардию, повышение температуры тела до 39-40 градусов. При УЗИ правого подреберья выявлен абсцесс, который вскрыт и дренирован. В анализах крови появилась анемия, лейкоцитоз, палочко-ядерный сдвиг влево, высокое СОЭ, снижение количества лимфоцитов. Отмечено появление геморрагической сыпи на коже. Был эпизод желудочного кровотечения из эрозий слизистой желудка.

1. Хирургические методы лечения сепсиса?
2. Консервативное лечение сепсиса?

#### **Эталон ответа:**

1. Задачей хирургического лечения сепсиса является ликвидация гнойного очага, дренирование и санация растворами антисептиков.
2. Консервативные мероприятия по лечению сепсиса состоят в направленной антибактериальной терапии: дезинтоксикационной и симптоматической терапии, иммунокоррекции. Возможно подключение экстракорпоральных методов лечения.

### **Задача № 23**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

Больная С., 25 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе, боль и покраснение кожи в области образования, повышение температуры тела до 38 гр. С. Из анамнеза известно, что больная в течении 6 месяцев после родов кормит ребенка грудью. За последнюю неделю появились вышеперечисленные жалобы. При осмотре в верхне-наружном квадранте левой молочной железы имеется гиперемия и кожи. При пальпации над этой областью определяется опухолевидное образование диаметром 6-7 см, плотно-эластической консистенции, с нечеткими контурами, резко болезненное при пальпации. Из сосков отделяемое белого цвета без запаха.

1. Предварительный диагноз
2. Наиболее частый возбудитель мастита
3. Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза
4. Какова тактика лечения больной.

#### **Эталон ответа:**

1. Острый мастит
2. Стафилококк
3. Пункция образования под контролем УЗИ.
4. Антибактериальная терапия, вскрытие и дренирование мастита, подавление лактации.

### **Задача № 24**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

На прием в поликлинику обратилась пациентка 19 лет с жалобами на наличие в надлобковой области болезненного инфильтрата. Состояние удовлетворительное. Не лихорадит. Больна пять дней, беспричинно. При осмотре по верхней границе роста волос обнаружен инфильтрат под гиперемированной кожей диаметром около 3 см с «головкой» желтого цвета и размягчением в центре. Пальпация болезненна, инфильтрат подвижен относительно подлежащих тканей.

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?

**Эталон ответа:**

1. Наличие подвижного инфильтрата с «головкой» указывает на наличие фурункула, сроки заболевания и наличие размягчения в центре говорят о наличии абсцедирования. Таким образом, у больной - абсцедирующий фурункул надлобковой области.
2. Показано хирургическое лечение – вскрытие гнойника.

**Задача № 25**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

На прием в поликлинику обратилась пациентка 61 года страдающая сахарным диабетом в течение 5 лет. Принимала таблетированные сахароснижающие препараты. Два дня назад в быту получила незначительную ссадину левой голени. На следующий день вокруг ссадины появилась гиперемия, отек. Отметила резкое ухудшение состояния, резкую боль, лихорадку. При осмотре состояние средней тяжести, ближе к тяжелому, температура тела 39,1°C. ЧСС 92 в мин. АД 130/90. ЧДД 22 в мин. На левой голени в средней и нижней трети циркулярная гиперемия с довольно четким контуром в верхней трети голени, выраженный отек. В нижней трети голени по передней поверхности имеется ссадина 5х0,2 см под струпом. Рядом с ней имеются несколько пузырей диаметром 1,5-3 см с тонкой прозрачной оболочкой, через которую просвечивает желтое содержимое. Гиперемия в этой области с синюшным оттенком. Пальпация всей области гиперемии сопровождается выраженной болезненностью, в области ссадины определяется симптом флюктуации.

1. Ваш диагноз?
2. Что делать?

**Эталон ответа:**

1. Формулировка предварительного диагноза: «Сахарный диабет, 2 тип, тяжелое течение. Ссадина левой голени. Рожистое воспаление левой голени, эритематозно-буллезная форма. Подкожная флегмона левой голени».
2. Необходима экстренная госпитализация больной в отделение гнойной хирургии, вскрытие флегмоны, обработка пузырей, назначение антибактериальной, антиагрегантной и десенсибилизирующей терапии. Кроме того, необходим мониторинг уровня гликемии и других показателей углеводного обмена. Целесообразен переход на дробное введение короткого инсулина. Показана экстренная профилактика столбняка.

**Задача № 26**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратился пациент 18 лет с жалобами на наличие на левой щеке болезненного инфильтрата и отека. Болен третий день после выдавливания «угря». Общее состояние удовлетворительное, не лихорадит. При осмотре: на левой половине лица отек суживающий глазную щель, на границе левой щеки и носогубной складки имеется инфильтрат диаметром около 3 см под гиперемированной кожей с «головкой» в центре, болезненный при пальпации, ограниченно смещаемый относительно подлежащих тканей, без флюктуации и размягчения. Движения головой и нижней челюстью не ограничены и безболезненны. Ваш диагноз? Что делать?

**Эталон ответа.**

У больного фурункул лица, с учетом выраженного отека, можно предполагать развитие регионарного ретикулярного лимфангоита. Признаков абсцедирования фурункула не выявлено. Учитывая опасность гематогенного и лимфогенного распространения инфекции в полость глазницы и черепа, больному показана экстренная госпитализация в отделение гнойной хирургии, назначение антибактериальной и антикоагулянтной терапии. Нельзя исключить вероятность хирургического лечения, показания к которому могут появиться в ходе дальнейшего наблюдения.

### **Задача №27**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратился пациент 43 лет с жалобами на наличие в поясничной области справа болезненного инфильтрата, общее недомогание, подъем температуры тела до 37,9°C. Болен 6 дней. Состояние средней тяжести. ЧСС 82 в мин, АД 120/80 мм рт.ст., ЧДД 18 в мин. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, мягкий безболезненный. Физиологические отправления в норме. При осмотре в правой половине поясничной области, на границе с гребнем подвздошной кости, имеется массивный неподвижный болезненный инфильтрат диаметром около 12 см с размягчением и множественными «головками» желтого цвета в центре. Ваш диагноз? Что делать?

#### **Эталон ответа:**

У больного карбункул поясничной области справа. Необходима экстренная госпитализация в отделение гнойной хирургии, экстренная операция (вскрытие гнояника и некрэктомия), антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Нельзя исключить возможности проведения этапных некрэктомий и необходимости пластического закрытия раны после ее перехода во вторую фазу раневого процесса.

### **Задача №28**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-5, ПК-6

На прием в поликлинику обратилась пациентка 54 лет с жалобами на лихорадку, недомогание, боль и покраснение левой голени. Больна второй день. После укуса насекомого был сильный зуд, на следующий день голень покраснела, появилась лихорадка. Больная повышенного питания. Состояние средней тяжести. Температура тела 38,6°C. ЧСС 92 в мин. АД 130/75. ЧДД 22 в мин. При осмотре на левой голени от верхней трети по передне-наружной поверхности с захватом передней поверхности голеностопного сустава имеется очаг яркой гиперемии с четкими неровными контурами. Гиперемированная кожа болезненна. Имеется умеренный отек. Подкожные вены не прослеживаются, пульсация бедренной, подколенной артерий хорошая. На стопе пульсация не определяется из-за отека. Паховые лимфатические узлы увеличены до 2-2,5 см в диаметре, подвижные, умеренно болезненные. Место укуса насекомого не определяется. Ваш диагноз? Что делать?

#### **Эталон ответа:**

У больной рожистое воспаление левой голени, эритематозная форма, средней тяжести. Показана экстренная госпитализация в отделение гнойной хирургии, назначение антибактериальной, антиагрегантной, десенсибилизирующей терапии.

### **Задача №29**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6

В приемное отделение бригадой «Скорой Помощи» доставлен мужчина 74 лет в крайне тяжелом состоянии с явными признаками влажной гангрены левой нижней конечности. Сознание спутанное, во времени и пространстве не ориентируется, жалоб предъявить не может. Пульс на лучевой артерии не прощупывается. ЧСС 120 в мин., АД 80/40 мм рт.ст., дыхание поверхностное, ЧДД 26 в мин., кожные покровы бледные, холодные, влажные, с землистым оттенком, температура тела 36,2 °С. Сформулируйте предварительный диагноз. Что делать?

#### **Эталон ответа:**

Формулировка предварительного диагноза: «Влажная гангрена левой нижней конечности. Септический шок». Диагноз септического шока установлен на основании снижения давления ниже 90 мм рт.ст. и депрессии сознания. Одышка (ЧДД 26 в мин.), развившаяся у больного, хотя и свидетельствует о тяжелой органной дисфункции, не может служить критерием диагностики септического шока (ЧДД>40 в мин.). Необходима неотложная транспортировка в ОРИТ и интенсивная терапия с целью стабилизации витальных функций; затем - оперативное лечение.

### **Задача №30**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на наличие раны и боли в правой кисти. Три дня назад в быту получил колотую рану локтевого края ладонной поверхности кисти. Рану не обрабатывал, заклеил изоляционной лентой. За медицинской помощью не обращался. Состояние ближе к удовлетворительному. Температура тела 37,9°C. Правая кисть отечна, пятый палец полусогнут, активные движения им отсутствуют. В проекции пятой пястной кости имеется колотая рана 2x2 мм со скудным мутноватым отделяемым. Пальпация в окружности раны резко болезненна, пассивное разгибание пятого пальца резко болезненно. Пальпация остальной части ладони безболезненная. Движения в лучезапястном суставе и другими пальцами кисти сохранены, безболезненные. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

**Эталон ответа:**

Локализация ранения, изолированная болезненность в проекции пятой пястной кости, отсутствие движений пятым пальцем при сохранении движения в остальных суставах указывают на развитие флегмоны пространства *hypothenar*. Больной подлежит экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии и оперативному лечению. Кроме того, необходимы мероприятия по экстренной профилактике столбняка.

**Задача №31**

**Компетенции:** УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной К., 40 лет, жалуется на боли в правой подвздошной области. Заболел около 8 часов назад, когда появились боли в эпигастрии, а затем они сместились в правую подвздошную область. Стул был, кал обычного цвета, оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Температура тела 37,2°C.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие объективные симптомы Вы можете выявить при этом заболевании?
3. Назначьте послеоперационное лечение.

Ответ:

**1. Острый аппендицит.**

**2. Симптомы острого аппендицита.**

- 2.1. Ровзинга – появление болей в правой подвздошной области при нанесении толчков в левой подвздошной области.
- 2.2. Ситковского – поворот на левый бок вызывает боли в правой подвздошной области.
- 2.3. Бартомье-Михельсона – больной лежит на левом боку. Выраженные боли при пальпации правой подвздошной области.
- 2.4. Образцова – производится пальпация правой подвздошной области в положении больного на спине. Боль усиливается при поднимании правой выпрямленной нижней конечности.
- 2.5. Щеткина-Блюмберга – при отнятии руки от передней брюшной стенки усиливается боль.

**3. Послеоперационное лечение**

Постельный режим в первые сутки.

На вторые сутки полупостельный режим.

Жидкость можно принимать в первые сутки после операции.

Принимать пищу в пределах первого стола можно после восстановления функции кишечника.

Швы снимать на 5-6 сутки после операции, при условии, что рана зажила первичным натяжением.

В течение 21-30 дней при обычном послеоперационном периоде больной нетрудоспособен.

**Задача № 32**

**Компетенции:** УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до 38,5°C.

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз -  $32 \cdot 10^9/\text{л}$ , п/я – 18 %, с/я – 43 %, СОЭ – 32 мм/час, определяется анизо- и - пойкилоцитоз.

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

**Эталон ответа:**

1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомеколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию
7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание, влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантатов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

**Задача № 33**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учится, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки.

Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

8. Ваш диагноз?
9. Этиология и патогенез данного заболевания?
10. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
11. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
12. Какие осложнения могут развиваться у больной?
13. Какова должна быть лечебная тактика? Показания к оперативному лечению при данной патологии?
14. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

**Эталон ответа:**

1. Диффузный токсический зоб. Тиреотоксикоз.
2. Диффузный токсический зоб (базедова болезнь, болезнь Грейвса) – заболевание, обусловленное повышением продукции тиреоидных гормонов и характеризующееся диффузным увеличением щитовидной железы разной степени. Диффузный токсический зоб рассматривают как аутоиммунное заболевание, при котором анормальный IgG (тиреоид-стимулирующий Ig) связывается с рецепторами ТТГ на фолликулярных клетках щитовидной железы, что приводит к диффузному увеличению железы и стимуляции выработки тиреоидных гормонов.

8. УЗИ. Определение уровня тиреотропного (ТТГ) и тиреоидных гормонов (тироксин – Т4 и трийодтиронин – Т3), белково-связанного йода. При подозрении на токсическую аденому – радиоизотопное сканирование
9. Тиреотоксикоз: легкий, средней и тяжелый. Стадии: нейровегетативная стадия; нейроэндокринная стадия; висцеропатическая стадия; кахектическая.
10. Аритмия, эндокринная офтальмопатия, сердечно-сосудистая недостаточность, необратимые склеротические изменения внутренних органов и др.
11. Консервативно лечится тиреотоксикоз легкой и средней тяжести.
12. Оперативному лечению подлежит тяжелый тиреотоксикоз и рецидив тиреотоксикоза после медикаментозного лечения
13. Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности.

#### **Задача №34**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратился мужчина 35 лет с жалобами на наличие раны и боли в правой кисти. Три дня назад в быту получил колотую рану локтевого края ладонной поверхности кисти. Рану не обрабатывал, заклеил изоляционной лентой. За медицинской помощью не обращался. Состояние ближе к удовлетворительному. Температура тела 37,9°C. Правая кисть отечна, пятый палец полусогнут, активные движения им отсутствуют. В проекции пятой пястной кости имеется колотая рана 2x2 мм со скудным мутноватым отделяемым. Пальпация в окружности раны резко болезненна, пассивное разгибание пятого пальца резко болезненно. Пальпация остальной части ладони безболезненная. Движения в лучезапястном суставе и другими пальцами кисти сохранены, безболезненные. Ваш предварительный диагноз? Что делать?

#### **Эталон ответа:**

Локализация ранения, изолированная болезненность в проекции пятой пястной кости, отсутствие движений пятым пальцем при сохранении движения в остальных суставах указывают на развитие флегмоны пространства *hypothenar*. Больной подлежит экстренной госпитализации в отделение гнойной хирургии и оперативному лечению. Кроме того, необходимы мероприятия по экстренной профилактике столбняка.

#### **Задача №35**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

На прием в поликлинику обратилась пациентка 61 года страдающая сахарным диабетом в течение 5 лет. Принимала таблетированные сахароснижающие препараты. Два дня назад в быту получила незначительную ссадину левой голени. На следующий день вокруг ссадины появилась гиперемия, отек. Отметила резкое ухудшение состояния, резкую боль, лихорадку. При осмотре состояние средней тяжести, ближе к тяжелому, температура тела 39,1°C. ЧСС 92 в мин. АД 130/90. ЧДД 22 в мин. На левой голени в средней и нижней трети циркулярная гиперемия с довольно четким контуром в верхней трети голени, выраженный отек. В нижней трети голени по передней поверхности имеется ссадина 5x0,2 см под струпом. Рядом с ней имеются несколько пузырей диаметром 1,5-3 см с тонкой прозрачной оболочкой, через которую просвечивает желтое содержимое. Гиперемия в этой области с синюшным оттенком. Пальпация всей области гиперемии сопровождается выраженной болезненностью, в области ссадины определяется симптом флюктуации.

3. Ваш диагноз?

4. Что делать?

**Эталон ответа:**

3. Формулировка предварительного диагноза: «Сахарный диабет, 2 тип, тяжелое течение. Ссадина левой голени. Рожистое воспаление левой голени, эритематозно-буллезная форма. Подкожная флегмона левой голени».

4. Необходима экстренная госпитализация больной в отделение гнойной хирургии, вскрытие флегмоны, обработка пузырей, назначение антибактериальной, антиагрегантной и десенсибилизирующей терапии. Кроме того, необходим мониторинг уровня гликемии и других показателей углеводного обмена. Целесообразен переход на дробное введение короткого инсулина. Показана экстренная профилактика столбняка.

**Задача № 36.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной Д., 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. В чем состоит тактическая ошибка в ведении больной?
3. План лечения больной?

**Ответы**

1. Рак молочной железы справа. Узловатая форма. T1N0M0
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, предоперационное лучевая терапия, маммография
3. Полное обследование, преоперационная лучевая терапия всех молочной железы, а также подмышечных, над- и подключичных л/у. Мастэктомия. В п/о периоде облучение парастеральной области.

**Задача № 37**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной У., 45 лет, предъявляет жалобы на задержку при проглатывании твердой пищи, появившуюся 4 месяца назад. При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Питание умеренное. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхательная, сердечно-сосудистая система - без патологии. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. При ФГДС на 27 см от резцов выявлена чашеобразная опухоль слизистой пищевода по задней и боковым стенкам 4,5 см в диаметре. Желудок и двенадцатиперстная кишка без патологии. Гистологически -высокодифференцированный плоскоклеточный рак. При рентгеноскопии пищевода выявлена ниша с приподнятыми краями на уровне Th V-VI, протяжённость опухоли 5 см. При ФЛГ, УЗИ брюшной полости, лапароскопии и компьютерной томографии грудной клетки данных за метастазы и прорастание опухоли в соседние органы не получено.

1. Какой стадии заболевания соответствуют приведенные данные?
2. Какие варианты лечения больного могут быть предложены?

**Эталон ответа:**

1. Рак пищевода II стадия (размер опухоли 3-5 см).
2. Резекция пищевода с пластикой большой кривизной желудка, возможно проведение Льюиса (резекция поражённого участка и наложение эзофагогастроанастомоза), операция Добромывова-Горека (резекция, наложение гастростомы, через 3-6 мес, пластика пищевода кишечником).

**Задача № 38**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больной А., 55 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли в животе, в течение последних 6 месяцев отмечает запоры, периодически вздутие живота.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 96 ударов в минуту, АД - 150/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот неравномерно вздут, при пальпации болезненный в левом подреберье. Симптом Щеткина отрицательный. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании - пустая ампула прямой кишки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости - пневматоз кишечника, единичный уровень жидкости. Больного оперируют в экстренном порядке. После вскрытия брюшной полости обнаружена опухоль селезеночного угла толстой кишки, не прорастающая в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами.

1. Какую операцию следует выполнить?

2. Какая клиническая форма рака ободочной кишки имела место в данном случае?

**Эталон ответа:**

1. Двухэтапное оперативное лечение. 1 – правосторонняя гемиколонэктомия с наложением колостомы. 2 – межкишечный анастомоз

2. Обтурационная (другие формы – токсикоанемическая, диспептическая, энтероколитическая, псевдовоспалительная, опухолевая)

### **Задача № 39**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

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

При осмотре: состояние удовлетворительное. Умеренного питания. В легких без патологии. ЧСС 76 ударов в минуту, АД - 140/90 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется плотная опухоль 5 см. в диаметре. Печень по краю реберной дуги. При ректальном исследовании патологии не выявлено. При фиброколоноскопии на 25 см от ануса чашеобразная опухоль протяженностью 4 см. Гистология – умеренно дифференцированная аденокарцинома толстой кишки. При ирригоскопии в средней трети сигмовидной кишки дефект наполнения протяженностью 5 см. При УЗИ брюшной полости, ФЛГ и лапароскопии данных за метастазы не получено.

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

1. Диагноз, стадия?

2. Какую операцию следует выполнить?

**Эталон ответа:**

1. Рак сигмовидной кишки iv стадии

2. Операция Гартмана (резекция поражённого участка, ушивание культи прямой кишки, колостомы)

### **Задача № 40**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

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

кодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

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

**Эталон ответа:**

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

**Задача № 41.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Больная К., 45 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшую на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При осмотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5x1,5x0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы уточняющей и инструментальной диагностики следует применить для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
3. Тактика лечения больной?

**Ответы**

1. Меланома
2. Биопсия (только перед операцией, т. к. опухоль очень агрессивна), радиоизотопное исследование с Р, термография (температура опухоли на 3-4 выше). Меланоцитарные антитела, меланогены в моче (реакция Якша)
3. Удаление опухоли + химиоиммуноterapia.

**Задача № 42.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты  $4,6 \cdot 10^{12}/л$ , НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты  $8,4 \cdot 10^9/л$ , формула не изменена. Биохимическое исследование крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, не прямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит, двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутривенных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90x30x24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

1. Ваш диагноз?
2. Каким образом можно его подтвердить?
3. Как можно помочь больной?

**Ответы**

1. Рак общего печёночного протока. Метастазы в печень. 4 стадия
2. РХПГ, ЧЧХ, УЗИ, КТ, биопсия во время операции
3. Радикальная операция невозможна. Паллиативно – устранить желтуху (наружное дренирование печёночно-желчных протоков (при ЧЧХ лапароскопически), реканализация протоков, если возможно обходные билиодигестивные анастомозы.

### Задача № 43.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?

При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12x10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.

3. Как вы закончите операцию?

#### Ответы

1. Рак желудка со стенозом

2. ФГС с биопсией, Rg с барием, УЗИ

3. Наложить гастроэнтероанастомоз

### Задача № 44.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

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

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

1. Ваш предварительный диагноз, стадия процесса?

2. Необходимый минимум методов дообследования?

3. Ваша тактика лечения больной?

#### Ответы

1. Рак желудка IV стадии

2. УЗИ, РГ грудной клетки, лапароскопия

3. Больная неоперабельна (метастазы в печень). Обходной гастроэнтероанастомоз или паллиативная резекция

### Задача № 45.

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

У больной И., 58 лет, 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды. При осмотре: больная резко истощена. Над левой ключицей пальпируется конгломерат плотных лимфатических узлов. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД - 140/80 мм.рт.ст Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. При рентгенографии пищевода выявлено его резкое сужение в абдоминальном отделе, супрастенотическое расширение. Тугого наполнения желудка получить не удалось, но создаётся впечатление наличия

дефекта наполнения в верхней трети тела по малой кривизне. При эзофагоскопии выявлено резкое сужение пищевода на 34 см от резцов. Провести эндоскоп в желудок не удалось. При гистологическом исследовании биоптата получена картина многослойного плоского эпителия.

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

#### **Ответы**

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

#### **Задача №46.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9

В приемное отделение по направлению поликлиники явилась женщина 44 лет, укушенная на улице неизвестной собакой около двух часов назад. На 4-й и 5-м пальцах левой кисти имеются ссадины 1,0x0,5 и 0,5x0,5 см. Общее состояние не страдает. Значимых сопутствующих заболеваний не выявлено. Какие лечебно-профилактические мероприятия необходимы?

#### **Ответ:**

Решению подлежат три вопроса: хирургическая обработка места укуса, профилактика бешенства и профилактика столбняка. Поскольку место укуса представлено ссадинами, хирургическая обработка не показана. Укус в кисть неизвестным животным – показание для антирабической иммунопрофилактики с использованием как КОКАВ, так и антирабического ИГ, доза которого должна быть определена исходя из веса пострадавшей. Введение антирабического ИГ проводится только в условиях стационара. Профилактика столбняка должна строиться в зависимости от ранее выполненных вакцинаций. При отсутствии документов показано введение 1 мл анатоксина и 3 тыс. ЕД ПСС.

#### **Задача №47.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6

Вы работаете медсестрой (медбратом) в хирургическом отделении. Дежурный врач сделал в листе назначений поступившему больному следующую запись: «ПСС 3 тыс. ЕД по Безредко». Опишите ход Ваших действий.

#### **Ответ:**

Перед использованием необходимо убедиться в целостности ампул, проверить срок годности препарата.

Перед введением противостолбнячной сыворотки ставят внутрикожную пробу с сывороткой лошадиной очищенной разведенной 1:100 для выявления чувствительности к чужеродному белку. Для постановки проб используют шприцы с ценой деления 0,1 мл и тонкими иглами. Разведенную сыворотку вводят внутрикожно в сгибательную поверхность предплечья в объеме 0,1 мл. Учет реакции проводят через 20 мин. Пробу считают отрицательной, если диаметр отека или покраснения, появляющегося на месте введения, менее 1 см. Пробу считают положительной, если отек или покраснение достигает в диаметре 1 см и более.

При отрицательной внутрикожной пробе противостолбнячную сыворотку вводят подкожно в количестве 0,1 мл (используют стерильный шприц, вскрытую ампулу закрывают стерильной салфеткой). При отсутствии реакции через 30 мин вводят, используя стерильный шприц, всю назначенную дозу сыворотки подкожно (обычно в подлопаточную область).

При положительной внутрикожной пробе или при возникновении анафилактической реакции на подкожную инъекцию 0,1 мл противостолбнячной сыворотки дальнейшее ее введение противопоказано. В данном случае показано введение ПСЧИ.

Введение препарата регистрируют в установленной учетной форме с указанием даты прививки, дозы, предприятия-изготовителя препарата, номера серии, реакции на введение препарата.

#### **Задача №48.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9

В поликлинику на прием обратилась женщина 67 лет укушенная накануне собственным котом. Кот домашний, из квартиры не выходит. Прививок коту не делали. Состояние удовлетворительное. На правой голени – две точечные раны без отделяемого. Кожа вокруг них умеренно гиперемирована, пальпация незначительно болезненна. Какие лечебно-профилактические мероприятия необходимы?

#### **Ответ:**

Решению подлежат три вопроса: хирургическая обработка места укуса, профилактика бешенства и профилактика столбняка. Поскольку место укуса представлено точечными ранами без достоверных признаков инфекции, хирургическая обработка не показана. Несмотря на то, что кот на улице не выходит, бешенство не может быть исключено. Учитывая локализацию укуса и то, что животное не дикое, антирабическая иммунопрофилактика может быть ограничена введением КОКАВ. Кот подлежит наблюдению ветеринаром. При отсутствии признаков бешенства в течение десяти суток, диагноз может быть снят, курс вакцинации пострадавшей – прерван. Профилактика столбняка должна строиться в зависимости от ранее выполненных вакцинаций. При отсутствии документов показано введение 1 мл анатоксина и 3 тыс. ЕД ПСС.

#### **Задача №49.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9

В поликлинику на прием обратился мужчина 37 лет с укушенной раной на левом предплечье. Рана нанесена около двух часов назад соседом пострадавшего, который вел себя неадекватно. Пострадавший считает, что у него может быть бешенство. Какие лечебно-профилактические мероприятия необходимы?

#### **Ответ:**

Случаи передачи бешенства от человека человеку неизвестны. Показаний к антирабической профилактике нет. Необходим туалет раны, перевязки и наблюдение у хирурга поликлиники. Профилактика столбняка должна строиться в зависимости от ранее выполненных вакцинаций. При отсутствии документов показано введение 1 мл анатоксина и 3 тыс. ЕД ПСС.

#### **Задача №50.**

Компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-9

На прием в поликлинику обратилась женщина 57 лет с раной на правой стопе. Повредила ногу накануне на даче. В рану попадала земля. У больной множественная лекарственная непереносимость. Около 15 лет назад при проведении экстренной профилактики столбняка был анафилактический шок. Как поступить с профилактикой столбняка в этом случае?

#### **Ответ:**

Очевидно, что имеются прямые показания к иммунопрофилактике столбняка. В то же время введение ПСС крайне рискованно. На введение АС-анатоксина аллергические реакции бывают значительно реже, но также не исключены. При наличии возможности необходимо исследовать кровь больной на напряженность противостолбнячного иммунитета. При титре антител 1:200 и выше, иммунопрофилактика не показана. Эпидемиологические исследования показывают, что абсолютное большинство взрослого населения России имеют достаточный титр противостолбнячных антител. Если нет технической возможности исследовать кровь, необходимо вводить АС-анатоксин и ПСС (дробно, по Безредко) в условиях стационара, под прикрытием предварительно введенных глюкокортикоидов и антигистаминных препаратов.

#### **Ситуационная задача №51.**

**Компетенции: ПК-7, ПК-12, ПК-11**

В Жуковскую ЦГБ после дорожно-транспортного происшествия на трассе М5 Урал госпитализировано 4 человека, из которых 2 ребенка. Один пострадавший в тяжелом состоянии, 3 – в состоянии средней степени и 2 -легкой степени тяжести. Общее число пострадавших при автомобильной аварии составило 6 человек. Данное сообщение поступило в оперативно-диспетчерский отдел Территориального центра Медицины катастроф как чрезвычайная ситуация федерального уровня.

1. К какому уровню (региональному или федеральному) относится данное ДТП?
2. Правильно ли принято решение о госпитализации пострадавших в Жуковскую ЦГБ?

Эталон ответа: По критериям оценки уровня чрезвычайной ситуации данное ДТП относится к федеральному уровню, т.к. количество госпитализированных при аварии -4 человека.

Решение принято правильно, т.к. участок, на котором произошло ДТП входит в зону ответственности Жуковской ЦГБ на трассе М-5

### **Ситуационная задача № 52.**

Компетенции: ПК-10

Больной находился в стационаре по поводу проведения косметической операции.

1. В каких случаях больному будет выдан листок нетрудоспособности?

**Эталон ответа:**

1. Листок нетрудоспособности больному, находившемуся в стационаре по поводу проведения косметической операции, будет выдан со дня возникновения осложнений после косметической операции, проведенной по желанию, или со дня госпитализации для проведения косметической операции по медицинским показаниям.

### **Ситуационная задача № 53**

Компетенции ПК-10, ПК-11

Страховая медицинская организация по итогам экспертизы предъявила медицинской организации санкции по коду 3.2.1 – невыполнение стандарта обследования, не повлиявшее на исход заболевания, и уменьшила финансирование на 10% от стоимости КСГ. Эксперт при предъявлении претензий (не определены белковые фракции, иммуноглобулины) ссылается на приказ МЗ РФ № 122 от 28.02.2006 г. «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным другим и неуточненным циррозом печени». Данный стандарт рекомендован руководителям федеральных специализированных медицинских учреждений для использования при оказании медицинской помощи больным другим и неуточненным циррозом печени при оказании дорогостоящей (высокотехнологичной) медицинской помощи. Однако ГБУЗ не имеет лицензии на оказание высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «гастроэнтерология» и оказывает специализированную медицинскую помощь. Медицинская организация не согласилась с результатами экспертизы.

1. Какие действия должны быть предприняты медицинской организацией в данной ситуации?

Эталон ответа:

Медицинская организация обосновывает протокол разногласий и направляет его в страховую медицинскую организацию. Учитывая, что ГБУЗ не является федеральным специализи-

рованным учреждением, то при проведении медико-экономической экспертизы данный стандарт не может быть применен.

При несогласии СМО удовлетворить представленные в протоколе разногласий требования медицинская организация направляет претензию в ТФОМС.

При отказе ТФОМС удовлетворить претензию медицинская организация имеет право обратиться в суд с исковым заявлением к ТФОМС.

### **Ситуационная задача № 54** **Компетенции ПК-10, ПК-11**

Пациент Г., 50 лет, находился на лечении в терапевтическом отделении с 14.10.20-- г. по 30.10.20-- г. с диагнозом: внебольничная правосторонняя пневмония, средней степени тяжести, неуточненной этиологии. Осложнения: ДН 2 ст. Правосторонний малый экссу-дативный плеврит. Сопутствующие заболевания: хронический пиелонефрит, вне обострения. Гипертоническая болезнь 2 ст. Болен с 8.10.20-- г., когда после охлаждения организма появилась фебрильная лихорадка, боли в грудной клетке справа при дыхании, малопродуктивный кашель. Самостоятельно принимал жаропонижающие, нолипрел. Не работает, аллергии нет. В стационар доставлен бригадой скорой помощи. Объективно: состояние при поступлении среднетяжелое, температура 38,0°С, ЧД 22-24 в 1 мин. Дыхание жесткое, справа ослаблено в нижнем отделе, влажные мелкопузырчатые хрипы. Пульс ритмичный, 92 удара в 1 мин., АД 150/85 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отеков нет. Рентгенологически выявлена полисегментарная пневмония справа, корень справа неструктурирован, малый плеврит. В общем анализе крови -лейкоцитоз до 14 тыс., СРБ крови повышен до 150 мг/л, фибриноген - 5,0 г/л. Сатурация кислорода на воздухе при поступлении 91%. ЭКГ – гипертрофия левого желудочка. Лечение: бронхо-, муколитики, амоксиклав в/в, затем перорально, фромилид, нолипрел, ЛФК, дыхательная гимнастика. На фоне лечения состояние улучшилось, стойкая нормотермия, гемодинамически стабилен, пневмония разрешилась клинически и рентгенологически. Выписан в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: грудной сбор -2 недели, продолжить прием нолипрела под контролем АД.

Оцените качество медицинской помощи по критериям:  сбор информации -расспрос, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования, консультации специалистов, консилиум;  диагноз -формулировка, содержание, время постановки;  лечение -хирургическое, в т.ч. родовспоможение, медикаментозное, прочие виды и способы лечения;  преимущество -обоснованность поступления, длительность лечения, перевод, содержание рекомендаций. Дайте экспертное заключение и выявите наиболее значимые ошибки, повлиявшие на исход заболевания.

Эталон ответа:

1. Сбор информации: анамнез жизни собран недостаточно, описание неполное. Не проведено дообследование -фибробронхоскопия, не проведено исследование мокроты на посев, атипичные клетки, нет исследования на Ковид-19. Нет осмотра зав. отделением, консультации пульмонолога. Диагноз: замечаний нет. Лечение: антибактериальная терапия чрезмерно длительная (16 дней). Повышен риск возникновения побочных явлений длительной антибактериальной терапии (дисбиоз кишечника, антибиотико-ассоциированная диарея, нефропатия и др.). Преимущество: срочность госпитализации обоснована, рекомендации при выписке недостаточные, т.к. неизвестны данные анамнеза жизни -вредные привычки, наследственность и т.д. Не даны рекомендации по дальнейшему обследованию.

2. Заключение: при оказании помощи пациенту Г. выявлены нарушения в процессе оказания помощи: недостаточен сбор информации о пациенте, не проведено дообследование,

допущены ошибки в лечении. Наиболее значимые ошибки, повлиявшие на исход заболевания: выявленные ошибки на исход заболевания не повлияли.

### **Ситуационная задача № 55** **Компетенции ПК-7, ПК-12**

Вы являетесь дежурным врачом отделения. Ответив на звонок городского телефона вы получили информацию от неизвестного лица, что отделение заминировано. Определите порядок Ваших действий:

#### **Эталон ответа:**

1. При наличии АОН – сразу записать номер высветившегося телефона
2. Максимально точно запомнить состоявшийся разговор и зафиксировать его на бумаге
3. По ходу разговора зафиксировать пол, возраст, особенности голоса говорившего (шепелявость, картавость, акцент), особенности речи (невнятная, веселая, грубая...), темп речи (быстрая, замедленная...), манера речи (с издевкой, с нецензурными выражениями, Развязная), состояние (спокойное, возбужденное...). В ходе разговора обязательно оценить фон: шум транспорта (автомобильного, железнодорожного...., уличный шум, шум помещения), звонок (местный, междугородный), зафиксировать точное время разговора, его продолжительность. По окончании разговора немедленно сообщить о нем непосредственному начальнику, старшему охраны и заместителю главного врача по общим вопросам.

### **Ситуационная задача № 56**

Компетенции :ПК-1, ПК-2, ПК 4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12

Мужчина 65 лет. Беспокоит выраженная боль в левом бедре и левом предплечье, невозможность осевой нагрузки и самостоятельного передвижения. Беспокоит менее выраженная боль в грудной клетке справа с локализацией в области ключицы, наличие раны в области средней трети левого бедра и волосистой части головы. Травма сегодня около 19-40, ДТП. Пострадавший был за рулем ВАЗ-2111. Случилось лобовое столкновение со встречным автомобилем. Доставлен бригадой ССМП в травмоцентр первого уровня

Анамнез. В момент оказания помощи на дороге АД 90/60 мм рт ст., пульс 98 в 1 мин. Выполнено обезболивание, инфузионная терапия, наложена иммобилизация шинами Крамера на левое предплечье с захватом локтевого сустава, на правую н/конечность от кончиков пальцев до в/3 бедра. На рану в области ср/3 левого бедра наложена асептическая повязка. В приемном покое АД 110/70 мм. рт. ст, пульс 80 в 1 мин. На левой нижней конечности кровоостанавливающий жгут, который не функционирует ввиду того, что практически болтается на конечности, имеется транспортная иммобилизация пластиковой шиной на всей конечности. Повязка на области средней –нижней трети левой голени значительно промокла кровью. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет; сердечные тоны ритмичные, 90 в 1 минуту, АД 100/60 мм. рт. ст., живот мягкий безболезненный во всех отделах.

Локальный статус. Имеется выраженная деформация левого бедра на уровне средней трети, с наружной стороны в этой же области рана с неровными краями размером до 5 см с незначительным кровотечением. При пальпации определяется болезненность всего левого бедра, при перкуссии боль усиливается с иррадиацией в область деформации. Имеется абсолютное укорочение левой нижней конечности минус 5 см. Имеется выраженная деформация левого предплечья на уровне средней трети. При пальпации определяется болезненность всего левого предплечья. Имеется абсолютное укорочение левой верхней конечности минус 4 см за счет предплечья. Неврологической и сосудистой симптоматики в верхней и нижней левых конечностях нет. Локальная болезненность в области передней правой половины грудной клетки по ключице и ребрам до 4-5-го. Рубленая рана волосистой части головы в лобно-теменной области справа длиной до 3 см. В приемном покое продолжена инфузионная терапия –физ. р-р 250,0; УЗИ органов брюшной полости, консультация хирурга и нейрохирурга.

СКТ черепа, грудной клетки, брюшной полости. В перевязочной произведено наложение швов на рану головы и бедра под местной анестезией (новокаин 2% -6,0), асептическая повязка,

Проведена спица через бугристость большеберцовой кости для скелетного вытяжения под местной анестезией (лидокаин 2%-4,0). Иммобилизация перелома костей предплечья гипсовой лонгетой от головок пястных костей до с/3 плеча.

После консультации с реаниматологами больной транспортирован в экстренном порядке в ПИТ (палата интенсивной терапии).

Вопросы. Оцените действия бригады СМП и врача приемного отделения.

Какой диагноз наиболее вероятен у данного пациента?

Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования.

Составьте план лечения данного пациента. Ваши рекомендации при выписке.

Эталон ответа:

Действия бригады СМП и врача приемного отделения соответствуют стандарту оказания МП по профилю Травматология и ортопедия.

Диагноз. ДТП. Сочетанная и множественная скелетная травма. Открытый оскольчатый перелом левой бедренной кости в с/3-н/3 со смещением отломков (по Калан-Марковой ПБ). Закрытый перелом обеих костей левого предплечья в с/3 со смещением отломков. Закрытый перелом грудинного конца правой ключицы с небольшим смещением. Закрытый перелом 4,5,6,9 ребер справа. Рубленая рана волосистой части головы в лобно-теменной области справа. Травматический шок 1 ст.

Обоснование диагноза. Диагноз выставлен на основании анамнеза –ДТП, жалоб –боли в конечностях; на основании объективных данных, подтвержденных консультациями смежных специалистов (хирурга и нейрохирурга), УЗИ органов брюшной полости, СКТ черепа, грудной клетки, брюшной полости.

План обследования. ПАК, группа крови, ПАМ, КГ, биохимия крови, RW, кровь на гепатиты В и С–в отделении. Повторное УЗИ органов брюшной полости, СКТ черепа, грудной клетки, брюшной полости в динамике. Рентгенография локализаций переломов.

План лечения. Выведение из шока, подготовка к операции (остеосинтез бедренной кости БИОС, костей предплечья пластиной, правой ключицы спицами или пластиной) в плановом порядке. Профилактика столбняка. Антибиотики. Рекомендации при выписке: 1. После операции. Косыночная повязка на левую верхнюю конечность, контрольная рентгенограмма через 10 недель, затем решение вопроса о возможности осевой нагрузки. 2. После операции. На левую нижнюю конечность возможна нагрузка не более 30% от массы тела в течение 12 недель с момента, когда у пациента будет возможность пользоваться костылями. После контрольной рентгенограммы решение вопроса о возможности осевой нагрузки. 3. Через 8 недель провести контрольную рентгенографию бедренной кости для решения вопроса о динамизации интрамедуллярного стержня (у оперировавшего травматолога). 4. ЛФК, массаж.