

**Кафедра общей хирургии имени профессора М.И. Гульмана**

**Перечень ситуационных задач к экзамену по дисциплине «Общая хирургия,  
хирургические болезни» для специальности 31.05.03 – стоматология (очная форма  
обучения)**

**1.** Больной 23 лет поступил в хирургическое отделение на третьи сутки от начала заболевания. Среди полного здоровья появилась умеренная боль в эпигастральной области, которая через несколько часов локализовалась в правой подвздошной области. Была тошнота и неоднократная рвота, подъем температуры до 37,8 градуса. К врачу не обращался. Ночью на третьи сутки при попытке сесть боль в правой подвздошной области внезапно резко усилилась, распространилась по всему животу. При поступлении: язык сухой, пульс 120 в минуту, живот в дыхании участвует ограниченно, при пальпации – напряжен и резко болезнен во всех отделах, наиболее - в правой подвздошной области. Во всех отделах живота определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует миграция боли из эпигастральной в правую подвздошную область?
3. Что указывает на наличие осложнения заболевания?
4. Существует ли необходимость в дополнительных методах исследования?
5. Определите объем и срочность лечения.

**2.** Больной 65 лет госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе. Заболел остро 4 дня назад, лечился самостоятельно от "отравления". Боли, возникшие в эпигастральной области, постепенно стихли. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,6° С. Язык обложен. Живот умеренно вздут, несколько болезнен в правой подвздошной области, где пальпируется плотное малоболезненное, несмещаемое образование 12х12 см округлой формы. В анализе крови - лейкоцитоз  $16,5 \times 10^9$ /л.

1. Ваш диагноз.
2. Что послужило причиной этого заболевания?
3. Какие методы инструментального исследования необходимы?
4. Определите лечебную тактику в отношении пациента.
5. Каковы вероятные исходы этого заболевания?

**3.** В приемном отделении находится больной 55 лет. Вчера на работе появились боли в эпигастрии, тошнота, однократная рвота. На работе принял анальгин, дома применял теплую грелку на живот; боли утихли, но на второй день возобновились – по всему животу. Многократно отмечалась рвота. Эйфоричен. Пульс -116 в минуту, АД - 95/60 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот напряжен и болезнен во всех отделах, больше – в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен над лоном и в подвздошных областях. Лейкоцитоз  $-18,5 \times 10^9$ /л, температура тела – 37,8°С.

1. Ваш диагноз?
2. Какие действия больного привели к ускорению деструктивных процессов?
3. Определите срочность и объем лечения.
4. При необходимости оперативного лечения определите способ анестезиологического пособия.
5. Определите оптимальный оперативный доступ.

4. Больная С., 65 лет, в течение десяти лет страдает приступами желчнокаменной болезни. Последний приступ сопровождался выраженным болевым синдромом. Больная была госпитализирована в хирургическое отделение, по УЗИ был обнаружен желчный пузырь объемом до 90 мл, в его полости – гиперэхогенные структуры 4 – 5 мм с акустической тенью, занимающие до 1/3 объема желчного пузыря. Больной было предложено оперативное лечение, от которого она категорически отказалась. Проведен курс консервативной терапии. После улучшения состояния больная настояла на выписке из стационара. Спустя два месяца у пациентки возобновились постоянные ноющие боли в правом подреберье. При пальпации там же определяется значительных размеров плотноэластическое, малоболезненное образование с гладкой поверхностью. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Желтухи нет. Температура тела 36,8°C. В общем анализе крови лейкоцитов  $5,6 \cdot 10^9/\text{л}$ .

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Интерпретируйте результаты УЗИ первой госпитализации.
3. Какие методы обследования необходимы для верификации диагноза на настоящем этапе развития заболевания?
4. Определите тактику лечения.
5. При необходимости оперативного лечения укажите оптимальный способ выполнения и объем операции.

5. Больная В., 82 лет, длительное время страдающая гипертонической болезнью, постинфарктным кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения IIА ст., тяжелым сахарным диабетом, доставлена бригадой «Скорой помощи» в дежурный хирургический стационар с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, подъем температуры до 38,3°C, однократную рвоту. Давность приступа составляет 2 суток. При пальпации правого подреберья определяется болезненность и напряжение мышц, нечетко пальпируется дно желчного пузыря, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. В общем анализе крови лейкоцитов  $12,0 \cdot 10^9/\text{л}$ . При УЗИ обнаружен увеличенный желчный пузырь объемом до 110 мл, в шейке определяется фиксированная гиперэхогенная структура диаметром 10 мм с акустической тенью. Стенка желчного пузыря утолщена до 4 мм.

1. Сформулируйте основной диагноз.
2. О чем свидетельствует положительный симптом Щеткина-Блюмберга?
3. Интерпретируйте результаты УЗИ.
4. Определите тактику лечения.
5. При необходимости оперативного лечения определите оптимальный объем и способ выполнения операции.

6. Больной Н., 59 лет, после употребления жирной пищи, в течение 3 дней отмечает острые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, плечо. В последнее время боли приобрели постоянный характер. Беспокоят тошнота, сухость во рту, озноб, температура тела 37,5°C. При осмотре: живот симметричен, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живота желчный пузырь не пальпируется. Определяются положительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского, Захарьина. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Притупления перкуторного звука в отлогих местах живота не выявлено. Перистальтика выслушивается.

1. Поставьте диагноз.
2. Как определяется и интерпретируется симптом Мюсси-Георгиевского?
3. Каковы ожидаемые показатели развернутого анализа крови?
4. Какие признаки заболевания можно будет выявить при УЗИ-исследовании?
5. Определите тактику и объем лечения.

7. Больной 56 лет обратился в поликлинику с жалобами на недомогание в течение последних двух недель, субфебрилитет, быструю утомляемость, слабость. При осмотре

выявлена иктеричность кожи и склер. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. В правом подреберье пальпируется малоболезненное опухолевидное образование округлой формы, плотно-эластической консистенции. Селезенка не увеличена. С диагнозом инфекционный гепатит больной был направлен в инфекционную больницу.

1. Правомочен ли выставленный диагноз?
2. Как оценить образование в правом подреберье при наличии желтухи?
3. Какова причина этого синдрома?
4. Какие лабораторные исследования показаны пациенту?
5. Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

**8.** У больного 75 лет через год после холецистэктомии по поводу острого калькулезного холецистита, появились приступы болей в правом подреберье после еды, которые за 2-е суток до поступления в стационар приняли постоянный характер, появилась тошнота, рвота, повышение температуры до 38° С, ознобы. При поступлении отмечена желтушность кожи и склер, ахолия кала. Пульс - 100 в минуту. АД - 140/90 мм. рт. ст. Лейкоциты –  $18,0 \times 10^9$ /л, диастаза в моче - 32 ЕД/л.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какой клинический признак указывает на характер желтухи у данного пациента?
3. В чем опасность развившегося состояния?
4. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
5. Определите объем и срочность лечения.

**9.** Врач скорой помощи осматривает женщину 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, не приносящую облегчения. Боли связывает с употреблением в пищу жирной рыбы. При осмотре: состояние больной средней степени тяжести, кожные покровы обычной окраски, температура 36,7°С, пульс - 110 в минуту, АД 110/60 мм. рт. ст., язык влажный, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Перечислите патогномоничные симптомы заболевания, которые можно выявить при данном заболевании во время пальпации живота.
3. Определите тактику врача скорой помощи.
4. Какие методы дополнительной диагностики необходимо использовать в стационаре?
5. Обоснуйте тактику лечения больной.

**10.** Больной 37 лет доставлен в стационар через сутки с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, температура тела 37,2°С. В легких дыхание проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 20 в 1 мин. Пульс – 106 в минуту, слабого наполнения. АД - 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен темным налетом. Живот умеренно вздут, не участвует в дыхании, напряжен и резко болезнен в эпигастральной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга и Мейо-Робсона. В общем анализе крови - лейкоцитоз  $17,3 \times 10^9$ /л.

1. Опишите и интерпретируйте симптомы Мейо-Робсона и Щеткина-Блюмберга.
2. О чем свидетельствует наклонность к гипотонии у больного?
3. Ваш предположительный диагноз?
4. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
5. Ваши лечебные мероприятия и их обоснование?

**11.** 45-летний мужчина обратился к врачу с жалобами на появление в правой паховой области припухлости и боли при физическом усилии. При кашле или натуживании больного в правой паховой области выше пупартовой связки определяется выпячивание размером 4х2 см, мягко-эластической консистенции, безболезненное при пальпации, свободно вправимое в брюшную полость. Наружное отверстие правого пахового канала расширено до 2,5 см.

1. Ваш диагноз?
2. Каковы причины этого заболевания?
3. Имеется ли необходимость в дополнительных методах исследования у пациента?
4. Определите объем и срочность лечения.
5. Какие осложнения заболевания могут возникнуть при несвоевременном лечении?

**12.** В хирургический стационар поступил больной 56 лет с диагнозом правосторонней паховой грыжи, которая сформировалась три года назад, за последний год увеличилась, перестала вправляться в брюшную полость. Умеренные боли в области грыжевого дефекта пациент отмечает только при физической нагрузке. В течение 25 лет страдает хроническим обструктивным бронхитом с частыми обострениями. За последние 3 года частота обострений бронхита участилась, похудел на 12 кг.

1. Какой симптом заболевания необходимо оценить дополнительно для постановки клинического диагноза?
2. Какие у данного больного можно отметить производящие факторы для возникновения этой патологии?
3. Что является предрасполагающим фактором для возникновения этой патологии?
4. Определите объем и срочность лечения.
5. Какие возможны осложнения данного заболевания?

**13.** Больной 62 лет спустя месяц после резкого подъема тяжести стал периодически отмечать боли внизу живота, усиливающиеся при кашле или натуживании. При осмотре: в левой паховой области определяется опухолевидное образование округлой формы размером до 3,5 см в диаметре, незначительно увеличивающееся при физическом усилии. В горизонтальном положении больного оно свободно вправляется в брюшную полость. Диаметр наружного отверстия пахового канала - 2,5 см.

1. Обоснуйте диагноз.
2. Определите объем и срочность лечения.
3. Какие возможны показания для экстренной операции?
4. Какие этапы включает операция грыжесечения?
5. Каким способом предпочтительно выполнить пластику пахового канала?

**14.** У больного 42 лет, в течение 10 лет страдающего правосторонней вправимой паховой грыжей, после поднятия тяжести внезапно появились интенсивные боли в правой паховой области. Выпячивание увеличилось в размерах, перестало вправляться. Вскоре появились схваткообразные боли в животе, вздутие. Больной обратился к участковому терапевту в поликлинику.

1. Ваш диагноз?
2. Что необходимо предпринять врачу?
3. Обоснованы ли попытки вправления грыжи?
4. Есть ли необходимость в операции и какова ее срочность?
5. В случае необходимости хирургического лечения, от чего будет зависеть объем операции?

**15.** У больного 54 лет с правосторонней паховой грыжей во время перестановки мебели возникла резкая боль в правой паховой области, продолжающаяся после прекращения усилия, что побудило больного обратиться за скорой помощью. При осмотре: установлено

наличие в правой паховой области опухолевидного образования овальной формы размером 6х4 см тугоэластической консистенции, резко болезненное при пальпации, не вправимое в брюшную полость. Кашлевой толчок не определяется.

1. Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. О чем свидетельствует отсутствие кашлевого толчка?
4. Определите объем и срочность лечения.
5. Перечислите признаки жизнеспособности кишки.

**16.** Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы образование плотно-эластической консистенции. Рентгенологически выявляются многочисленные чаши Клойбера.

1. Ваш диагноз?
2. О чем может свидетельствовать асимметрия живота?
3. О чем свидетельствуют результаты рентгенологического исследования?
4. Определите и обоснуйте тактику лечения.
5. При необходимости оперативного лечения от чего будет зависеть объем операции?

**17.** У пациентки Т., 55 лет, обратившейся к Вам за стоматологической помощью, при вставании с кресла внезапно появились интенсивные боли в верхней трети правого бедра. При осмотре этой области ниже паховой связки определяется овоидной формы плотно-эластическое образование размером 4х4 см, резко болезненное, не вправимое в брюшную полость.

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Перечислите причины этого заболевания.
3. Чем опасно это заболевание?
4. Определите объем и срочность лечения, Вашу тактику в данной ситуации
5. При необходимости оперативного лечения укажите этапы операции у пациентки.

**18.** У больной 24 лет отмечается повышение температуры до 39°C, боли и припухлость в правой молочной железе. Две недели назад – срочные роды. Молочная железа отечна, багрово-красного цвета. Пальпаторно определяется выраженная болезненность, диффузный инфильтрат молочной железы. В правой подмышечной области пальпируются болезненные увеличенные лимфоузлы.

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Лечебная тактика?
3. Что явилось причиной данного заболевания?
4. Какие осложнения возможны в случае несвоевременного лечения заболевания?
5. Профилактика данной патологии?

**19.** Больная 55 лет обратила внимание на втяжение соска правой молочной железы и нечетко пальпируемое образование в центральной части железы. Указанные явления появились 2 месяца тому назад. Менструации прекратились 5 лет тому назад. Сосок справа несколько втянут. При пальпации образование плотное, без четких границ, до 2 см в диаметре, подмышечные лимфоузлы не пальпируются. На маммограмме в центральном отделе железы тень опухоли неправильной формы с неровными очертаниями и тяжами в окружающую ткань, в центре опухоли определяются микрокальцинаты.

1. Наиболее вероятный диагноз.
2. Перечислите факторы риска этого заболевания.
3. Определите дополнительные методы исследования.
4. План лечения.

5. Чем определяется прогноз для жизни при этом заболевании?

**20.** Больной В., 28 лет, поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, одышку, слабость. Доставлен через час после автомобильной аварии. Объективно: кожные покровы бледные, по ходу V-VIII ребер по средней подмышечной линии справа определяется крепитация костных отломков, резкая болезненность. Перкуторно отмечается притупление перкуторного звука справа ниже IV ребра. Пульс – 118 уд/мин, АД – 90/60 мм рт. ст., ЧДД – 32 в мин. В общем анализе крови: гемоглобин – 92 г/л, эритроциты –  $2,9 \times 10^{12}/л$ , СОЭ – 14 мм/час.

1. Сформулируйте предположительный диагноз с указанием степени кровопотери.
2. К какому виду относится это кровотечение по отношению к внешней среде?
3. В чем опасность данного вида кровотечения?
4. Какие методы инструментальной диагностики нужны для подтверждения диагноза в стационаре?
5. Укажите объем лечебных мероприятий.

**21.** Пострадавший И. 56 лет, доставлен скорой помощью в приемное отделение через 40 минут после получения закрытой травмы грудной клетки. Жалуется на боль в правой половине грудной клетки, одышку, слабость. Кожные покровы бледные, АД 110/70 мм.рт.ст., PS 90 ударов в минуту, ЧДД 25 в минуту. Выполнено рентгенографическое исследование грудной клетки, где определяются множественные переломы III-VI ребер справа и гомогенное затемнение с уровнем жидкости на уровне V ребра.

1. Ваш диагноз?
2. Оцените объем кровопотери.
3. В чем опасность этого вида кровотечения?
4. Каким образом можно установить, продолжается ли внутриплевральное кровотечение?
5. Есть ли необходимость в оперативном лечении?

**22.** Пострадавший 42 лет, доставлен по «скорой помощи» с ножевым ранением грудной клетки справа. Жалобы больного: на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе. Положение больного – сидя, опираясь на руки. При обследовании: АД – 100/70 мм рт. ст. Пульс – 92 удара в 1 минуту. В III межреберье справа по передней подмышечной линии определяется рана 2х0,7 см, в рану при дыхании всасывается воздух.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В чем опасность развившегося состояния?
3. Какую первую помощь необходимо было оказать пострадавшему на догоспитальном этапе?
4. Как подтвердить диагноз в стационаре?
5. Определите дальнейшую тактику лечения.

**23.** Больной 46 лет в состоянии алкогольного опьянения ошибочно выпил уксусную эссенцию 2 часа назад. Сразу после этого наступила многократная рвота с примесью крови, страх смерти, осиплость голоса, сильные боли в полости рта и за грудиной, жажда. Пульс 120 в минуту, олигоанурия.

1. Какая степень химического ожога пищевода имеет место у больного?
2. Каков должен быть объем неотложной помощи?
3. Тактика лечения в стационаре?
4. В чем заключается профилактика поздних осложнений?
5. Через какое время проявляются истинные последствия ожога пищевода?

**24.** Больной 45 лет, в течение 20 лет страдает хроническим бронхитом, в течение 10 лет периодически отмечает приступы бронхоспазма. Час назад внезапно при кашле почувствовал резкую боль в правой половине грудной клетки и удушье. Объективно:

состояние тяжелое, положение вынужденное - сидит, тело покрыто холодным потом, кожные покровы цианотичны. Правая половина грудной клетки в дыхании не участвует, перкуторно справа тимпанит, голосовое дрожание ослаблено. Аускультативно: справа дыхание не прослушивается, слева жесткое, рассеянные базовые сухие хрипы. ЧДД - 36 дд. в мин. Левая граница сердца определяется по средней подмышечной линии, тоны сердца приглушены, ритмичны. Пульс - 100 уд. в мин. АД - 85/60 мм. рт. ст. Печеночная тупость не определяется.

1. Какое осложнение произошло?
2. Метод исследования, подтверждающий данное осложнение?
3. О чем свидетельствует отсутствие печеночной тупости, тимпанит при перкуссии грудной клетки справа?
4. Как объяснить развитие дыхательной недостаточности, падение АД?
5. Тактика неотложной помощи.

**25.** Больной А., 50 лет, поступил в клинику с жалобами на появление болей в обеих голених при ходьбе на дистанцию 150 м, похолодание стоп. Считает себя больным в течение пяти лет, когда впервые появились боли в левой голени при ходьбе, после отдыха боль проходила. Затем появилась зябкость левой стопы. Последнее время появились боли и в правой нижней конечности при ходьбе. Объективно: АД 170/100 мм рт. ст. Кожные покровы обеих нижних конечностей прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий на всем протяжении нижних конечностей не определяется.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Объясните патогенез симптома перемежающей хромоты.
3. Перечислите точки определения пульсации на нижней конечности.
4. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
5. Составьте план лечения больного.

**26.** Больной 40 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли и выраженный отек правой нижней конечности. Заболел 3 дня назад, когда появились распирающие боли в правой нижней конечности, развился отек всей конечности, повысилась температура тела до 38°C. В течение последних суток состояние больного ухудшилось: температура 38,9°C, боли в конечности усилились, появилась общая слабость. Объективно: пульс 105 в мин. удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Правая нижняя конечность резко отечна, прохладная на ощупь, в дистальных отделах кожа напряжена. Цианоз кожных покровов распространяется на правую ягодичную область. На коже стопы кожная чувствительность снижена. Отмечается боль в правой голени при тыльном сгибании стопы. При пальпации - распространение боли по внутренней поверхности правого бедра и голени.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Как можно уточнить предварительный диагноз?
4. Возможные осложнения?
5. План лечения?

**27.** У больного 48 лет длительное время наблюдалась дисфагия, был вынужден запивать пищу водой и прибегать к повторным глотательным пища. Около месяца назад у больного стала проходить по пищеводу твердая пища и хуже - жидкая.

1. Какой характер носит дисфагия?
2. При каком заболевании она встречается?
3. Как называется вынужденное запивание пищи водой?
4. Какие методы исследования могут помочь в установлении диагноза?
5. Каковы возможные осложнения данного заболевания?

**28.** У больного во время кардиодилатации по поводу ахалазии кардии и пищевода возникли сильные боли за грудиной, которые начали нарастать при вдохе, кашле и глотании. Появилось ощущение инородного тела в пищеводе, повысилось слюноотделение.

1. В чем заключается метод кардиодилатации?
2. Какое осложнение имеет место у больного?
3. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика?
5. Какие осложнения могут развиваться при несвоевременной диагностике и лечении?

**29.** Больной 25 лет 4 часа назад почувствовал резкую боль в животе, появилась многократная рвота. Ранее подобных состояний, а также операций на органах брюшной полости не было. При поступлении состояние тяжелое: бледен, акроцианоз, ЧДД – 32 / мин, пульс – 110 / мин., АД 100/60. При осмотре: язык сухой, живот вздут за счет левых отделов, асимметричен, определяется видимая перистальтика. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. При аускультации выявлен шум плеска.

1. Обоснуйте предположительный диагноз.
2. Какие формы этого заболевания выделяют?
3. Чем опасно это заболевание?
4. Какие дополнительные (лабораторные и инструментальные) методы исследования необходимо использовать и что при этом можно выявить?
5. Определите объем и срочность лечения. При необходимости оперативного лечения укажите его этапы.

**30.** У больного 40 лет после длительного употребления алкоголя в течение недели отмечается высокая температура тела - до 39°C, ознобы, резкая потливость, боли в правой верхней половине грудной клетки. Положение вынужденное - полусидячее. Кашель с кровянистой зловонной мокротой. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Цианоз губ, акроцианоз. При аускультации - справа в верхних отделах разнокалиберные влажные хрипы. ЧДД до 28 в минуту.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Определите факторы риска развития данного заболевания у больного.
3. Как объяснить наличие гепатомегалии, развитие дыхательной недостаточности у больного?
4. План инструментального обследования?
5. План лечения?

**Утвержден на кафедральном заседании протокол №5 от «12» декабря 2022 г.**

**Заведующий кафедрой  
д.м.н., профессор**



**Винник Ю.С.**