**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №30**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Классификация и диагностика острого панкреатита.
2. Больной 18 лет поступил в клинику со схваткообразной болью в животе, многократной рвотой. Заболел 40 часов назад, когда появилась острая схваткообразная боль в животе, рвота. Вызван участковый терапевт, который диагностировал острый гастрит, назначил лечение. На следующий день у больного сохранялась схваткообразная боль в животе, рвота. Со слов больного накануне был необильный стул.

Объективно: пульс 110 в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Черты лица заострены. Язык влажный умеренно обложен беловатым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезнен справа. Симптомы Склярова-Матье, Щеткина-Блюмберга выражены.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости – большое количество чаш Клойбера.

Ваш предварительный диагноз?

Как вы оцениваете действия участкового врача?

Целесообразно ли проведение рентгенконтрастного исследования?

Дальнейшая тактика и лечение?

1. Больной М., 45 лет последние 3 месяца отмечает периодические подъемы температуры до 380С с ознобом. При пальпации определяется болезненность в области правого подреберья. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме в проекции правой почки визуализируется тень, подозрительная на конкремент 1,5 х 1,4 см в d. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не виден. Выявленная тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не обнаружено.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.

Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №29**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Диагностика и лечение острого холецистита.
2. Больной 60 лет находится в клинике с диагнозом аппендикулярный инфильтрат. Получает консервативное лечение (ретроцекальные новокаиновые блокады с антибиотиками, физиолечение). На 10-е сутки пребывания в стационаре состояние больного ухудшилось: вечерняя температура 380С, появились боли в правой подвздошной области, инфильтрат увеличился в размерах, появился симптом «зыбления». Анализ крови: лейкоцитов 12х109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Изменится ли Ваш первоначальный диагноз?

Дальнейшая тактика и лечение?

1. У больного 16 лет рентгенологически выявлен камень левого мочеточника 0,4 × 0,3 см. Приступ болей легко купируется, температура тела нормальная. На экскреторной урограмме определяется незначительное расширение мочеточника над конкрементом.

Определите тактику лечения.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какие лечебные мероприятия показаны.

Какой параметр динамического наблюдения определяет тактику ведения больного.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике камнеобразования.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №28**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Диагностика и лечение перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.
2. Больная 18 лет поступила в клинику в экстренном порядке с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту. Заболела 5 часов назад. Сначала боли возникли в эпигастральной области, затем распространились по всему животу и, наконец, локализовались в правой подвздошной области. Была однократная рвота. Объективно: общее состояние больной удовлетворительное. Температура тела 37,50 С. Пульс 82 в минуту удовлетворительных качеств. Живот обычной формы, при пальпации обнаружена выраженная болезненность в правой подвздошной области и легкое напряжение мышц брюшной стенки. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга, Ситковского. Анализ крови: лейкоцитов 15,2х109/л, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Ваш предполагаемый диагноз?

Дифференциальная диагностика?

Тактика и лечение?

1. В медпункт обратился больной 17 лет с жалобами на тошноту и рвоту, на резкие схваткообразные боли в левом боку, распространяющиеся в паховую область, в наружные половые органы, учащение мочеиспускания. Температура тела нормальная. Больной беспрерывно меняет положение тела, не находя в этом облегчения. Месяц тому назад отмечает аналогичный приступ, который купировался спазмолитиками.

Предварительный диагноз

Какие дополнительные обследования необходимо произвести

Меры первой (доврачебной) и врачебной помощи

Какие заболевания могут «симулировать» указанное заболевание

Перечислите мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №27**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Диагностика и лечение язвы желудка, осложненной кровотечением.
2. Вы обследуете больную Б., 45 лет. Она обратилась с жалобами на тош­ноту, рвоту, боли в правом подреберье, иррадиирующие в область правого надплечья. Температура тела 37,9° С. Заболела 8 часов назад. При осмотре вы выявили: живот напряжен в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, френикус-гимптом, Курвуазье. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, толщина его стенки 8 мм, в просвете его множественные конкременты размерами от 0,5х0,7 см до 0,2х0,2 см.

Ваш предварительный диагноз, ваш план обследования и лечения?

1. Больной 15 лет предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, которые иррадиируют в поясницу и в половые органы. Появление болей внезапное, не зависит от положения тела. Наблюдается тошнота. Пальпация вызывает локальную болезненность. Отмечается незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки. Температура тела нормальная. Мочеиспускание несколько учащено.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.

Какие заболевания могут «симулировать» указанную клиническую картину.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №26**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при ущемленной грыже.
2. Больному 39 лет, в рентгенологическом кабинете поликлиники проводилась рентгеноскопия желудка.

После тугого заполнения желудка бариевой взвесью, у больного внезапно появились резкие боли в эпигастрии, тошнота, общая слабость. Больной уложен на кушетку.

Объективно: кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс 66 в мин. удовлетворительных качеств. АД 105/55 мм рт. ст. Слизистая губ сухая, отмечает сильную жажду. Живот ладьевидно втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации доскообразное напряжение брюшной стенки во всех областях. Выраженная болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положителен.

Ваш предполагаемый диагноз?

Какие исследования в условиях поликлиники позволят уточнить диагноз?

Какова дальнейшая тактика?

1. У больного 45 лет рентгенологически диагностирован камень правой почки. Последние 3 месяца беспокоили периодические подъемы температуры до 380С, ознобы. На экскреторной урограмме функция правой почки снижена, определяется правосторонний гидронефроз, мочеточник четко не визуализируется. Тень наслаивается на проекцию лоханки. Изменений чашечно-лоханочной системы, мочеточника слева не установлено.

Диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

План лечения.

Что определит минимальный и максимальный объем оперативного вмешательства.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №25**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Диагностика и лечение острого аппендицита.
2. Больной 42 лет экстренно госпитализирован в клинику с жалобами на резкие опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Заболел 24 часа назад, когда после употребления алкоголя появились сильные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, тошноту, рвоту содержимым желудка, а затем желчью. Боли несколько стихли, а затем возобновились с новой силой.

Объективно: пульс 92 в мин. удовлетворительных качеств, АД 130/80 мм рт. ст. Язык сухой. Живот умеренно вздут, напряжен и болезнен в подложечной области и правом подреберье. Симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона, Керте положительные. Перитонеальных симптомов нет. Кишечная перистальтика прослушивается. Анализ крови: лейкоцитов 11,2х109/л, лимфоцитопения. Амилаза мочи 512 ед. Вольгемута.

Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Тактика и план лечения?

1. У больной 55 лет при обследовании в клинике выявлен коралловидный камень левой почки. При хромоцистоскопии поступление индигокармина из левого устья нет, при этом определяется выделение из него густого гноя в виде «пасты из тюбика». На обзорной урограмме тень конкремента в проекции левой почки 4х6 см, на экскреторных урограммах нет контрастного вещества в проекции левой почки. Справа функция почки сохранена. На радиоизотопной ренограмме: справа васкуляризация, секреция и экскреция не нарушены, слева - «немая» почка.

Диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Обоснуйте метод лечения показанный больному.

Какой фактор определяет объем оперативного вмешательства, если таковое показано.

Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №24**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Диагностика и лечение абсцесса легкого.
2. Больная 49 лет, оперирована 2 дня назад по поводу бескаменного флегмонозного холецистита.

Через 2 дня появилось вздутие живота, боли в области правого подреберья, общая слабость.

Объективно: живот умеренно вздут, при перкуссии на всем протяжении тимпанит, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Через 3 часа вздутие живота и слабость усилились. Пульс 130 в мин., удовлетворительного наполнения, ритмичен. Язык суховат, обложен. Живот вздут, мягкий почти безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, кишечная перистальтика не выслушивается.

В анализе крови гемоглобин 120 г/л, лейкоцитов 8,1×109/л, СОЭ 28 мм/час; в анализе мочи отклонений от нормы нет.

Рентгеноскопия брюшной полости: значительно раздуты петли тонкой кишки в центре брюшной полости, периферию которой занимает раздутая ободочная кишка. Выявлена одна небольшая чаша Клойбера, полное отсутствие движения кишечных петель.

Ваш предполагаемый диагноз?

Какой метод обследования поможет уточнить диагноз?

Тактика и план лечения?

Показано ли оперативное лечение?

Методы профилактики данного осложнения.

1. У больной 48 лет накануне обращения возник приступ острой боли в левой поясничной области, после чего прекратилось мочеиспускание, нет позывов в течение последних 12 ч. Мочевой пузырь над лобком пальпаторно и перкуторно не определяется. При катетеризации мочевого пузыря мочи из него не получено. По поводу почечно-каменной болезни 6 лет назад удалена правая почка.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Можно ли рассматривать состояние больной как неотложную ситуацию.

Укажите способы ликвидации осложнения основного заболевания.

Перечислите возможные мероприятия по профилактике основного заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №23**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при остром холецистите.
2. Больной 50 лет, поступил в клинику через 7 часов от начала заболевания с жалобами на сваткообразные боли в животе многократную рвоту, отсутствие стула и газов.

Заболевание началось с возникновения схваткообразных болей в животе, затем присоединилась рвота. Несколько позже перестали отходить газы. В анамнезе 10 лет назад лапаротомия по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки.

Объективно: пульс 105 в мин. АД 120/70 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, асимметричен. При пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной и пупочной областях. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Определяется симптом Склярова-Матье. Перистальтика кишечника не прослушивается. При перкуссии живота отмечается «пестрота» перкуторного звука.

На обзорной рентгенограмме брюшной полости множественные чаши Клойбера.

Ваш предполагаемый диагноз?

Какова тактика ведения больного?

Предполагаемый план лечения?

Определите объем оперативного вмешательства.

1. Больной пожилого возраста предъявляет жалобы на боли внизу живота, иррадиирущие в головку полового члена. Мочеиспускание резко учащено, затруднено, беспокоят рези при мочеиспускании. Периодически в последних порциях мочи отмечается примесь крови. Год назад оперирован по поводу аденомы предстательной железы. Амбулаторное лечение не проводилось. При осмотре: живот правильной формы, над лоном определяется старый окрепший послеоперационный рубец. Per rectum признаков рецидива аденомы нет. Катетеризация уретры свободно осуществляется катетером № 18.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования в данном случае даст наиболее достоверную информацию.

Чем обусловлено данное заболевание.

Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №22**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при стафилококковой деструкции легкого.
2. Больная 53 лет поступила в клинику с жалобами на опухолевидное образование в левом паху, которое увеличивается в вертикальном положении больной. Считает себя больной в течение 2 лет, когда появилось опухолевидное образование в левом паху. При длительной ходьбе и во время физической работы оно увеличивается и вызывает боли. Объективно: живот обычной формы, в левом пахово-бедренном сгибе заметно опухолевидное образование размерами 3×2 см, при натуживании оно увеличивается до размеров 5×4 см. При пальпации эластической консистенции, безболезненное, легко вправляется в брюшную полость, находится ниже и кнаружи от лобкового бугорка. Симптом кашлевого толчка положительный.

Ваш предполагаемый диагноз?

Этиопатогенез данного заболевания.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Тактика и план лечения?

1. Больной 34 лет поступил в урологическую клинику с жалобами на повторные приступы острых болей в правой поясничной области с иррадиацией вниз живота и в наружные половые органы, учащенное мочеиспускание. Приступы болей сопровождаются тошнотой, рвотой. Моча цвета «мясных помоев» со сгустками.

Ваш предварительный диагноз. Перечислите возможные осложнения.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести

Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию

Какие заболевания органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики

Перечислите меры вторичной профилактики.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №21**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Диагностика и лечение геморроя.
2. Больной 60 лет находится в клинике с диагнозом аппендикулярный инфильтрат.

Получает консервативное лечение (ретроцекальные новокаиновые блокады с антибиотиками, физиолечение). На 10-ые сутки пребывания в стационаре состояние больного ухудшилось: вечерняя температура 38°С, появились боли в правой подвздошной области, инфильтрат увеличился в размерах, появился симптом «зыбления».

Анализ крови: лейкоцитов 12×109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Чем Вы можете объяснить изменения в состоянии больного?

Сформулируйте клинический диагноз.

Какова дальнейшая тактика?

План лечения?

Определите объем оперативного вмешательства.

1. Пациента 50 лет в течение месяца беспокоят периодические боли в поясничной области справа. При осмотре болезненность в правом подреберье. Симптом XII ребра положительный справа. На обзорной урограмме тень 2,5 × 1,5 см в проекции правой почки. На экскреторных урограммах функция правой почки снижена, гидронефроз. Тень камня наслаивается на пиелоуретральный сегмент. Слева изменений чашечно-лоханочной системы и мочеточника не обнаружено.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо провести.

Какие рентгенологические признаки указывают на то, что тень на обзорной урограмме имеет отношение к мочевым путям.

Предпочтительный метод оперативного лечения.

Методы вторичной профилактики осложнений.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №20**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при острой спаечной кишечной непроходимости.
2. Больному 22 лет произведена операция аппендэктомия. Удален флегмонозно измененный червеобразный отросток. Брюшная полость дренирована. Через 3 часа после операции состояние больного ухудшилось: появилась слабость, кожные покровы и видимые слизистые бледные, пульс 105 в мин., слабого наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, при пальпации в нижних отделах отмечается выраженная болезненность, при перкуссии – притупление перкуторного звука. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При попытке ввести в брюшную полость антибиотик из дренажной трубки начала выделяться свежая, не свернувшаяся кровь. Анализ крови: гемоглобин 85 г/л, эритроциты 3,0×1012/л.

Сформулируйте клинический диагноз.

Назовите вероятные причины развития данного осложнения.

Какова дальнейшая тактика?

План лечения больного?

1. Девочка 12 лет страдает хроническим циститом с обострениями до 2-3 раз в год с 7 лет. Со слов матери последние 2 года периодически появляются тупые ноющие боли в левой поясничной области, чаще в ночное время и во время мочеиспускания, сопровождаются субфебрилитетом, головной болью, слабостью. АД- 130/100 мм рт. ст. Анализ мочи - единичные лейкоциты. Анализ мочи по Нечипоренко - 8000 лейкоцитов. На обзорной урограмме левая почка небольших размеров с неровными контурами, теней конкрементов не определяется. На экскреторных урограммах - функция левой почки снижена, определяется умеренная пиелоэктазия, расширение нижней трети левого мочеточника.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Укажите признаки осложнения основного заболевания.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику.

Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №19**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при остром панкреатите.
2. Больной 60 лет, поступил в клинику с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов, рвоту.

Болен 2 дня, когда появились боли в животе, затем перестали отходить газы, задержка стула, рвота. Интенсивность указанных симптомов нарастала. 11 месяцев назад больному была выполнена операция резекция 2/3 желудка по поводу язвенной болезни желудка.

Объективно: пульс 90 в мин., удовлетворительных качеств. АД 130/80 мм рт. ст. Язык суховат. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом «шума плеска» слабо положительный. При перкуссии живота тимпанит.

В анализе крови: гемоглобин 120 г/л, лейкоцитов 9,2×109/л, лейкоцитарная формула без изменений. Анализ мочи без патологии.

Ваш предварительный диагноз?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Как можно уточнить диагноз?

План лечения?

Показания к оперативному лечению.

1. У больного 17 лет, после перенесенного фурункула правого предплечья, появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 380С, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом ХII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограммме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

С чем связано вынужденное положение больного.

Перечислите возможные мероприятия по третичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №18**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при эмпиеме плевры.
2. Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту и многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела.

Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы.

Объективно: больная повышенного питания, частота дыхания 20 в мин. АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд. в минуту, ритмичный; температура тела 37,8°С. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 5×7 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки 0,4 см, в просвете множественные конкременты 0,3-0,5 см в диаметре. Холедох – 1 см. Печень и поджелудочная железа не изменены.

Анализ крови: лейкоцитов 10,5×109/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансаминаз в сыворотке крови в пределах нормы.

Сформулируйте клинический диагноз.

Обоснуйте свое предположение.

Какова тактика и план лечения?

Программа реабилитации.

1. У женщины 20 лет на следующий день после переохлаждения появилось учащенное, болезненное мочеиспускание, терминальная гематурия, боли внизу живота. Температура не повышена.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений.

Какие виды гематурий Вам известны.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №17**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при механической кишечной непроходимости.
2. Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи.

Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38°С. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в мин., удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга положительные.

Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямой билирубин 52 мкмоль/л; АлАТ 415,3 Е/л, АсАТ 162,2 Е/л; щелочная фосфатаза 109,6 Е/л.

Сформулируйте клинический диагноз.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Какие методы дополнительного исследования помогут уточнить диагноз?

Методы первичной профилактики данного заболевания.

1. У больной 16 лет последние 2 года периодически, чаще в ночное время, возникают приступы острых болей в правой пояснично-подреберной области, сопровождающиеся подъемом температуры до 39ºС, ознобом. Неоднократно была осмотрена дежурным хирургом, который данных за острую хирургичечскую патологию не находил. В дошкольном возрасте наблюдались частые обострения хронического цистита, лечилась у педиатра.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №16**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при наружном геморрое, осложненном кровотечением.
2. Больная 62 года экстренно госпитализирована в клинику с жалобами на боль в верхней половине живота, тошноту, многократную рвоту, общую слабость.

Заболела 30 часов назад, когда внезапно через час после приема обильной жирной пищи возникла сильная боль в эпигастрии и области левого подреберья. Вскоре боль усилилась, стала почти нестерпимой, присоединилась многократная рвота первоначально желудочным, а затем дуоденальным содержимым. Стул был двое суток назад, газы последние 24 часа не отходили.

Объективно: больная стонет, просит о помощи. Кожные покровы бледные, влажные. Число дыханий в минуту 25. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс 110 в мин., ритмичный, слабого наполнения. АД 100/75 мм рт. ст. Тоны сердца глухие.

Язык сухой обложен серовато-белым налетом. Живот умеренно вздут в эпигастрии, в акте дыхания участвует ограничено. При пальпации наибольшая болезненность отмечается в подложечной области, здесь же при попытке более глубокой пальпации определяется защитное напряжение брюшной стенки. В других отделах живот мягкий, умеренно болезненный. Симптом Щеткина слабо положительный. Симптом Воскресенского отрицательный, симптом Мейо-Робсона положительный. Кишечная перистальтика едва прослушивается. При перкуссии в верхних отделах живота равномерный тимпанит, укорочение перкуторного звука в правых отделах живота.

При ректальном исследовании тонус сфинктера сохранен, ампула не раздута, болезненности не отмечается.

Анализ крови: лейкоцитов 17×109/л, формула в пределах нормы, СОЭ 10 мм/час. Мочевина крови 17,0 ммоль/л, кальций плазмы крови 1,9 ммоль/л. При рентгенологическом исследовании обнаружено небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и изолированное вздутие поперечно-ободочной кишки.

Сформулируйте клинический диагноз.

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Тактика и план лечения?

Обоснуйте современные методы лечения больного с подобной патологией.

1. У женщины 42 лет наблюдаются частые обострения хронического цистита. Консервативная терапия дает кратковременный эффект.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Какое заболевание наиболее вероятно.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана, д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №1**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при ущемленной паховой грыже.
2. Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли, опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Боли появились накануне вечером после приёма обильной, жирной пищи. Давность заболевания 12 часов. При поступлении состояние больной средней тяжести. Рост 162 см, вес 86 кг, t -36,7. Пульс 110 уд/мин, А/Д 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен серо-коричневым налётом. Живот умеренно вздут за счёт верхних отделов, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза мочи 512 ед., крови 256 ед.

Какое заболевание у больного?

Какова должна быть тактика врача?

Назначьте лечение.

1. У больного 12 лет после перенесенного фурункула правого предплечья появились тупые боли в правой поясничной области, повышение температуры до 38 градусов, снижение аппетита, слабость. При осмотре в правой поясничной области отмечается припухлость. Больной лежит на правом боку с подтянутым к животу бедром. При пальпации в правой пояснично-подреберной области отмечается дефанс, положительный симптом ХII ребра. ОАК: выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. На обзорной урограмме контуры поясничной мышцы справа не определяются. Теней, подозрительных на конкременты, в проекции почек, мочевых путей не выявлено, выражен сколиоз. По данным УЗИ расширения ЧЛС не выявлено, нечетко лоцируется контур верхнего полюса правой почки, подвижность почки снижена.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

При каких данных УЗИ показано оперативное лечение. Укажите объем оперативного вмешательства.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №2**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при гангрене легкого.
2. Больной 52 лет, поступил в клинику с типичной картиной прободной язвы желудка через 6 часов после прободения.

Экстренная операция: в пилорическом отделе желудка обнаружена каллезная язва с прободным отверстием в центре размерами 0,2×0,2см. Произведено ушивание язвы двухрядными швами, из брюшной полости удалено желудочное содержимое, дренирование брюшной полости.

Первые 3 суток послеоперационный период протекал обычно. На четвертые сутки появились интенсивные боли в верхнем отделе живота, тошнота, повторная рвота. Температура тела 38,3оС. Пульс 100 в мин., АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой обложенный. Живот вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Газы не отходят, стула не было.

При ректальном исследовании: выраженная болезненность в области дугласова пространства.

Анализ крови: лейкоцитов 12,6×109/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Что произошло с больным в послеоперационном периоде?

Ваш предполагаемый диагноз?

Какова дальнейшая тактика?

План лечения?

1. Больная жалуется на учащенное, болезненное в конце акта мочеиспускание с примесь алой крови в последних каплях мочи. Заболела несколько часов назад. Живот мягкий, безболезненный, с-м XII ребра отрицателен с обеих сторон.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования необходимо выполнить после стихания острых явлений.

Какие виды гематурии Вам известны.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике заболевания.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №3**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Диагностика и лечение острого абсцесса легкого.
2. Больная 80 лет, доставлена в клинику через 6 часов от начала заболевания с жалобами на боли по всему животу, тошноту, рвоту.

Заболевание началось с ноющих болей в области пупка, затем боли усилились, распространились по всему животу, появилась тошнота, рвота.

Объективно: температура тела 37,4°С. Пульс 76 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык обложен, сухой. Живот умеренно вздут, ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий. Отмечается резкая болезненность в правой подвздошной области и не значительная ригидность брюшной стенки. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные.

Анализ крови: лейкоцитов 9,1×109/л, лейкоцитарная формула не изменена. Анализ мочи без отклонения от нормы.

Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

План лечения, объем оперативного вмешательства?

1. У больного 46 лет возникла безболевая тотальная гематурия через 2-3 дня после физической нагрузки. В анамнезе туберкулез легких 10 лет назад, лечился, снят с учета у фтизиатров. На УЗИ почек – уродинамика не нарушена, контуры почек ровные, структура не изменена.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Какое исследование необходимо выполнить для определения источника кровотечения.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №4**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Современные методы лечения желчнокаменной болезни, калькулезного холецистита.
2. Мужчина 40 лет доставлен в клинику через 1 час от начала заболевания.

Из анамнеза известно, что после нескольких эпизодов сильной рвоты (на кануне употреблял алкоголь) появилась рвота кровью.

Объективно: пульс 86 в мин. удовлетворительных качеств. АД 110/70 мм рт. ст. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Кишечная перистальтика прослушивается, газы отходят.

Во время эндоскопического исследования был обнаружен разрыв слизистой оболочки пищеводно-желудочного перехода длиной 2 см, переходящий на малую кривизну желудка. Признаков продолжающегося кровотечения нет.

Ваш клинический диагноз?

Этипатогенез заболевания.

Какова тактика?

План лечебных мероприятий?

1. У больной 76 лет отмечается периодическая задержка мочи в течение нескольких лет, лейкоцитурия. При осмотре: пролапс гениталий.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Тактика ведения больной.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №5**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при перфорации язвы двенадцатиперстной кишки.
2. Больной 50 лет, поступил в клинику через 72 часа от начала заболевания с жалобами на постоянную ноющую боль в правой подвздошной области, тошноту, общую слабость. Из анамнеза известно, что заболевание началось с появления болей по всему животу, затем через 4 часа они стали локализоваться в правой подвздошной области. К врачу не обращался. Постепенно интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость.

Объективно: температура тела 37,10 С, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, в акте дыхания участвует, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Здесь же определяется плотное опухолевидное образование 7х4 см. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптомы Ровзинга, Ситковского сомнительные.

Анализ крови: лейкоцитов 10,1х109/л, лейкоцитарная формула не изменена. Анализ мочи без отклонений от нормы.

Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Тактика и план лечения?

1. У пациента пожилого возраста возникла острая задержка мочи (ОЗМ) после приема алкоголя. В течение 3 дней моча выводилась катетером. Самостоятельное мочеиспускание не восстановлено. Госпитализирован в стационар. При поступлении отмечается субфебрильная температура тела.

Предварительный диагноз. Перечислите все возможные причины ОЗМ.

Какие дополнительные обследования необходимо провести.

Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Тактика ведения больного.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №6**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при ущемленной пупочной грыже.
2. Больной 63 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в животе, тошноту, рвоту.

Заболел 10 часов назад, когда появились сильные боли в животе, рвота. 3 года назад оперирован по поводу заворота сигмовидной кишки. Последние 2 года беспокоят запоры, вздутие живота, которые проходят после применения клизм и слабительных средств.

Объективно: пульс 73 в мин. удовлетворительных качеств. АД 150/90 мм рт. ст. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации брюшная стенка ригидная, в эпигастрии умеренная болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. При перкуссии верхнего отдела живота – тимпанит. Симптом плеска отрицателен, кишечная перистальтика ослаблена.

Рентгенологическое исследование: в левых отделах брюшной полости определяется большое скопление газов, уровней жидкости нет. Левый купол диафрагмы расположен выше обычного, подвижен.

Ваш предполагаемый диагноз?

Нужны ли какие-то дополнительные методы исследования для уточнения диагноза?

Какова тактика?

План хирургического лечения?

1. У мальчика 10 лет после падения с высоты 2,5 м появились боли в правом боку, кровь в моче с червеобразными сгустками. Пульс 140 ударов в минуту, слабого наполнения, АД – 80/50 мм рт. ст. В правом подреберье пальпируется выбухание.

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какой из методов обследования даст наиболее достоверную информацию в данном случае.

Какие повреждения органов брюшной полости требуют проведения дифференциальной диагностики.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №7**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Классификация, диагностика и лечение гангрены легкого.
2. Больная 18 лет поступила в клинику в экстренном порядке с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту.

Заболела 5 часов назад. Сначала боли возникли в эпигастральной области, затем распространились по всему животу и, наконец, локализовались в правой подвздошной области. Была однократная рвота.

Объективно: общее состояние больной удовлетворительное. Температура тела 37,50 С. Пульс 82 в минуту удовлетворительных качеств. Живот обычной формы, при пальпации обнаружена выраженная болезненность в правой подвздошной области и легкое напряжение мышц брюшной стенки. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга, Ситковского.

Анализ крови: лейкоцитов 15,2х109/л, умеренный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Ваш предполагаемый диагноз?

Дифференциальная диагностика?

Тактика и лечение?

1. Мальчик 8 лет во время игры в футбол получил удар в область промежности. При осмотре: гематома в области мошонки, пальпируется опухолевидное образование выше верхнего полюса правого яичка. Умеренная болезненность при пальпации. Синдром диафаноскопии (-).

Предварительный диагноз.

Какие дополнительные обследования необходимо произвести.

Какие заболевания требуют проведения дифференциальной диагностики.

Какое лечение необходимо вероятнее всего.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №8**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Диагностика и лечение острого панкреатита.
2. У больной 52 лет во время операции по поводу острого аппендицита хирург обнаружил в правой подвздошной ямке плотное опухолевидное образование размерами 6×4 см, состоящее из слепой кишки, петель подвздошной кишки, сальника.

Выпота в брюшной полости нет. Брыжеечные лимфоузлы не увеличены. При дальнейшей ревизии другой патологии не выявлено.

Сформулируйте клинический диагноз.

Предполагаемые причины развития данной патологии?

Каков объем оперативного вмешательства?

План лечения?

1. Больной 13 лет обратился с жалобами на выделение крови из мочеиспускательного канала, невозможность самостоятельного мочеиспускания, несмотря на ощущение резкого переполнения мочевого пузыря. Катаясь на велосипеде, 4 ч назад упал с седла на раму (сел «верхом»), получив ушиб промежности. При осмотре значительное выбухание на промежности; над лобком пальпаторно и перкуторно определяется растянутый мочевой пузырь.

Предварительный диагноз.

Какое дополнительное обследования необходимо произвести.

Перечислите возможные осложнения.

Укажите объем и этапность лечения.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №9**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при остром аппендиците.
2. Мужчина 28 лет, доставлен в приемное отделение больницы с жалобами на сильные боли в животе, общую слабость, сильную жажду.

Полтора часа назад внезапно появилась острейшая боль в эпигастрии, тошнота. Любое движение усиливает боль.

Объективно: живот втянут, виден рельеф мышц брюшной стенки, в акте дыхания не участвует. При пальпации – доскообразное напряжение брюшной стенки на всем протяжении, выраженная болезненность. Симптомы раздражения брюшины резко положительны. При перкуссии в области печени определяется тимпанит.

При ректальном исследовании отмечается болезненность в области дугласова пространства.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости – свободный газ.

Ваш клинический диагноз?

Какую тактику следует избрать хирургу?

План лечения? Объем оперативного вмешательства?

Прогноз заболевания.

Программа реабилитации.

1. Больной 23 лет обратился с жалобами на выделение крови из мочеиспускательного канала, невозможность самостоятельного мочеиспускания, несмотря на ощущение резкого переполнения мочевого пузыря. Перелезая через забор, 4 ч назад упал на него «верхом» и получил ушиб промежности. При осмотре значительное выбухание на промежности; над лобком пальпаторно и перкуторно определяется растянутый мочевой пузырь.

Предварительный диагноз.

Какое дополнительное обследования необходимо произвести.

Перечислите возможные осложнения.

Определите тактику лечения.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №10**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при перфорации язвы желудка.
2. Больная 80 лет, доставлена в клинику через 6часов от начала заболевания с жалобами на боли по всему животу, тошноту, рвоту.

Заболевание началось с ноющих болей в области пупка, затем боли усилились, распространились по всему животу, появилась тошнота, рвота.

Объективно: температура тела 37,4оС. Пульс 76 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык обложен, сухой. Живот умеренно вздут, ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий. Отмечается резкая болезненность в правой подвздошной области и не значительная ригидность брюшной стенки. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Бартомье-Михельсона положительные.

Анализ крови: лейкоцитов 9,1х109/л, лейкоцитарная формула не изменена. Анализ мочи без отклонения от нормы.

Ваш предполагаемый диагноз?

Дифференциальная диагностика?

Тактика и лечение?

1. Больная перенесла операцию по поводу рака матки. После операции прекратилось мочевыделение. Чем можно объяснить анурию

Предварительный диагноз.

Какое дополнительное обследования необходимо срочно произвести.

Перечислите возможные осложнения.

Какое лечение необходимо вероятнее всего. Что надо сделать, прежде всего. Укажите минимально возможный объем помощи.

Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №11**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при остром деструктивном калькулезном холецистите.
2. Больная 56 лет поступила в клинику для планового оперативного лечения по поводу послеоперационной вентральной срединной грыжи. Грыжа вправимая, грыжевой дефект 30х25 см. Больная с избыточным весом, гиперстенического телосложения. АД 150/90 мм рт. ст.

Укажите методы предоперационного обследования больной?

Как подготовить больную к операции?

Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?

1. У больного перелом костей таза. Имеет место уретрорагия, ишурия. Общее состояние больного тяжелое. При пальпации определяется выступающий на 2 см над лоном округлой формы мочевой пузырь. Симптомов раздражения брюшины нет. На уретрограммах - затек контрастного вещества за пределы мембранозного отдела уретры:

Предварительный диагноз.

Какое дополнительное обследования необходимо произвести.

Перечислите возможные осложнения.

Какое лечение необходимо вероятнее всего. Что надо сделать, прежде всего. Укажите минимально и максимально возможный объем помощи.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №12**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при кровоточащей язвы желудка.
2. Больной 18 лет поступил в клинику со схваткообразной болью в животе, многократной рвотой.

Заболел 40 часов назад, когда появилась острая схваткообразная боль в животе, рвота. Вызван участковый терапевт, который диагностировал острый гастрит, назначил лечение. На следующий день у больного сохранялась схваткообразная боль в животе, рвота. Со слов больного накануне был необильный стул.

Объективно: пульс 110 в мин., удовлетворительных качеств. АД 110/70мм рт. ст. Черты лица заострены. Язык влажный умеренно обложен беловатым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезнен справа. Симптомы Склярова-Матье, Щеткина-Блюмберга выражены.

При обзорной рентгеноскопии брюшной полости – большое количество чаш Клойбера.

В анализе крови гемоглобин 140 г/л, лейкоцитов 9,1×109/л, Лейкоцитарная формула без сдвига, СОЭ 25 мм/час; анализ мочи без отклонений от нормы.

Ваш предварительный диагноз?

Как вы оцениваете действия участкового врача?

Целесообразно ли проведение рентгенконтрастного исследования?

Какова дальнейшая тактика?

План лечения?

1. У больного частые позывы на мочеиспускание, боли внизу живота, гематурия. В анамнезе: часа 1,5-2 тому назад после употребления алкоголя (пива) был избит неизвестными. Сознания не терял. Общее состояние больного удовлетворительное. Пульс 80 ударов/мин, ритмичен; АД - 120/70 мм рт. ст. Имеются нечеткие признаки раздражения брюшины, создается впечатление о наличии в животе свободной жидкости.

Предварительный диагноз.

Какое дополнительное обследования необходимо произвести. Укажите особенности выполнения этого обследования.

Перечислите возможные осложнения.

Какое лечение необходимо вероятнее всего. Перечислите все необходимые мероприятия во время выполнения оперативного вмешательства.

Перечислите возможные мероприятия по вторичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №13**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при анальной трещине.
2. Больной 87 лет поступил в клинику с жалобами на резкие боли по всему животу и в правой паховой области.

Заболел за 12 часов до поступления сразу после акта дефекации, когда появились сильные боли в подложечной области, а через некоторое время и в области грыжи, которую вправить не смог из-за болей. Из анамнеза известно, что в течение многих лет страдает правосторонней паховой грыжей, которую ежедневно вправляет без особых затруднений. Указаний на желудочную патологию нет.

Объективно: температура тела 37,60 С, пульс 98 в минуту удовлетворительных качеств, АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложенный серовато-белым налетом. Брюшная стенка особенно резко напряжена в верхних отделах, где отчетливо выражен симптом Щеткина-Блюмберга. В правой паховой области и мошонке имеется опухолевидное образование 10х8 см, эластической консистенции, болезненное при пальпации. Поверхностное паховое кольцо справа расширено. Симптом кашлевого толчка сомнителен.

Ваш предполагаемый диагноз?

С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Как можно уточнить предполагаемый диагноз?

Тактика, план лечения?

1. Врач скорой помощи обнаружил на месте автокатастрофы больного Н., 73 л, который был сбит автомобилем. Сознание не терял. Беспокоят боли в левой половине живота, слабость. Общее состояние больного средней тяжести, бледен, покрыт холодным потом. Тоны сердца приглушены. Пульс- 110 ударов/мин., ритмичен, удовлетворительного наполнения, мягкий. АД - 110/70 мм. рт. ст. При осмотре: кожные ссадины поясничной области слева, болезненность при пальпации по ходу XI-XII ребер слева. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье, над лоном. Врач скорой помощи установил диагноз: перелом XI-XII ребер слева и доставил больного в травмпункт.

Предварительный диагноз.

Какое дополнительное обследования необходимо произвести. Укажите особенности выполнения этого обследования.

Укажите наиболее серьезное осложнение.

Какое лечение необходимо вероятнее всего, если предварительный диагноз подтвердится.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №14**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при остром аппендиците.
2. Больной 37 лет поступил в клинику с диагнозом ущемленная косая паховая грыжа. Давность заболевания 5 часов. Во время подготовки больного к операции (бритье волос) грыжа разущемилась.

Показано ли грыжесечение по экстренным показаниям?

Если да, то, из какого доступа?

Если нет, то чем будет руководствоваться хирург в дальнейшем?

1. У больного отмечается уретроррагия, позывы на мочеиспускание, боли в промежности. Известно, что 3 часа назад во время игры в футбол получил травму (удар ногой) промежности. При осмотре состояние больного средней степени тяжести. Признаков раздражения брюшины нет. Почки не пальпируются. Над лоном определяется увеличенный мочевой пузырь. Анализ крови нормальный.

Предварительный диагноз.

Какое дополнительное обследования необходимо произвести.

Перечислите возможные осложнения.

Какое лечение необходимо вероятнее всего Что надо сделать, прежде всего Укажите минимально и максимально возможный объем помощи.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова

**Государственное бюджетное образовательное учреждение**

**высшего профессионального образования**

**«Красноярский государственный медицинский университет**

**имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого**

**Министерства здравоохранения РФ»**

**Кафедра общей хирургии им. проф. М.И. Гульмана**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ №15**

**по дисциплине «Факультетская хирургия, урология»**

для специальности060103 – Педиатрия

**«Утверждаю»**

проректор по учебной работе

д.м.н., профессор С.Ю. Никулина

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

«\_\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 года

1. Клиническая картина и лечебно-диагностическая тактика при остром панкреатите.
2. Больная 47 лет поступила в клинику для планового оперативного лечения по поводу послеоперационной вентральной срединной грыжи. Грыжа вправимая, грыжевой дефект 20×15 см. АД 150/90 мм рт. ст.

Этиопатогенез заболевания.

Укажите методы предоперационного обследования больной?

Чему следует уделять наибольшее внимание при подготовке больной к операции?

Какой метод пластики грыжевого дефекта более предпочтителен?

1. Больной 34 лет доставлен в клинику по поводу болей в левой поясничной области, возникших после ушиба левой поясничной области. Была макрогематурия. Состояние пациента удовлетворительное. Пульс и артериальное давление нормальное. При осмотре: со стороны органов грудной клетки и брюшной полости изменений не найдено. Имеется незначительная болезненность в левом подреберье и поясничной области.

Предварительный диагноз

Какое дополнительное обследования необходимо произвести. Укажите особенности выполнения этого обследования.

Укажите наиболее серьезное осложнение.

Какое лечение необходимо вероятнее всего, если предварительный диагноз подтвердится.

Перечислите возможные мероприятия по первичной профилактике.

Заведующий кафедрой общей хирургии

им. проф. М.И. Гульмана,

д.м.н., профессор Ю.С. Винник

Декан педиатрического факультета,

д.м.н., профессор М.Ю. Галактионова