**Задача №1**

 Больная 28 лет поступила с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, похудание, сердцебиение, перебои в деятельности сердца. При пальпации щитовидная железа увеличена за счет обеих долей и перешейка, мягко-эластической консистенции, безболезненная. Положительны глазные симптомы: экзофтальм, редкое мигание, нарушение конвергенции. Пульс 110 уд. в минуту. При УЗИ – диффузное увеличение щитовидной железы, объем – 25 мл

Какое заболевание наиболее вероятно у данной пациентки?

Какой метод исследования является наиболее информативным?

Укажите наиболее частую причину тиреотоксикоза.

Какое лечение показано данной больной?

**Задача №2**

Пациент И., 34 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку при незначительной физической нагрузке, перебои в работе сердца, быструю утомляемость. Из анамнеза известно, что при рождении выявлен шум в сердце. Ранее не обследовался. Ухудшение состояния в течение последних 2 лет, когда стала нарастать одышка при физической нагрузке, перебои в работе сердца. Объективно: в легких дыхание с жестким оттенком. Тоны сердца ритмичные, единичные желудочковые экстрасистолы. Систолический шум над областью сердца с максимумом во 2-3 межреберье слева от грудины, акцент 2 тона над легочной артерией. На ЭКГ: правограмма, признаки гипертрофии правого желудочка. Единичные желудочковые экстрасистолы. Блокада правой ножки пучка Гиса. На ЭХОКГ: клапаны сердца без особенностей, отмечается расширение правых камер сердца, турбулентный поток на уровне межпредсердной перегородки, со сбросом слева направо.

Рентгенография легких: усиление сосудистого рисунка легких, тень сердца расширена, в прямой проекции увеличена 2 дуга.

Какой ваш предварительный диагноз?

Наиболее характерные признаки при этом заболевании?

Наиболее информативные диагностические методы для определения тактики лечения?

Ваша тактика лечения?

**Задача №3**

Больной Д., 18 лет поступил в клинику по направлению военкомата. При обследовании были выявлены высокие цифры артериального давления 200/120 мм.рт.ст. пациент отмечает, что и раньше у него определялись высокие цифры АД. Предъявляет жалобы на периодические головные боли. Раньше не обследовался и не лечился. Состояние удовлетворительное. Телосложение нормальное. Хорошо развиты мышцы верхней половины туловища. Усиленная пульсация сосудов верхней половины туловища. Тоны сердца ритмичные. Над областью сердца и со спины между лопатками прослушивается систолический шум. АД на руках 190/110 мм.рт.ст. на ногах 105/60 мм.рт.ст. ЧСС 84 в мин. Пульсация на руках отчетливая, на ногах ослабленная. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет. На ЭКГ: ритм синусовый, левограмма, признаки гипертрофии левого желудочка. На рентгенограмме грудной клетки: узурация нижнего края 3-4 пары ребер.

Предварительный диагноз?

Наиболее характерные признаки при этом заболевании?

Наиболее информативные диагностические методы для определения тактики лечения?

Ваша тактика лечения?

**Задача №4**

Больной А., 46 лет, поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах, ягодицах и пояснице, возникающие при прохождении 20-30 метров, импотенцию. Считает себя больным в течение 9 месяцев. Два гола назад перенес мелкоочаговый инфаркт миокарда. Объективно: состояние больного удовлетворительное. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс 72 в 1 минуту, правильного ритма. Кожные покровы нижних конечностей цвета “слоновой кости”. Волосяной покров на голени отсутствует. Пульс на артериях нижних конечностей не определяется. Положительные симптомы Самуэльса, Гольдфлама, Панченко.

Предварительный диагноз?

Причина отсутствия пульса на артериях ног?

Укажите наиболее оптимальные исследования, которые следует выполнить для установки диагноза.

 Какая возможная лечебная тактика у данного больного?0

**Задача № 5**

Больной М. 46 лет, длительно страдает язвенной болезнью желудка. В течение последних двух недель стал отмечать боли в эпигастральной области через 15-20 минут после приема пищи. Сегодня утром отметил выраженную слабость и обильный черный жидкий стул. При осмотре: Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, отмечается “липкий пот”, тахикардия до 100 в минуту, АД снизилось до 90\50 мм.рт.ст.

Наиболее вероятный диагноз?

Какие клинические симптомы характерны для этого заболевания?

Какие диагностические мероприятия необходимы при поступлении в стационар?

Лечебные мероприятия, которые проводятся при данном заболевании?

**Задача № 6**

В стационар поступил больной с диагнозом «острый аппендицит». Заболел 12 часов назад, когда у больного появились боли в правой подвздошной области, иррадиировавшие как в поясницу, так и в паховую область. Была тошнота, однократная рвота, отмечал учащение мочеиспускания.

Состояние больного удовлетворительное. Пульс 88 ударов в мин. Язык суховат. Живот в правой половине умеренно напряжен и болезнен лишь при глубокой пальпации. Симптом «псоас» положительный. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Пальпация правой поясничной области также несколько болезненна. Лейкоцитов в крови—13 x 10. 9/л.

Какими заболеваниями может быть обусловлена описанная клиническая картина?

Диагностическая программа при остром аппендиците включает?

Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?

Что нельзя назначать при подозрении на ост­рый аппендицит?

**Задача № 7**

Больной 80 лет в течение последних шести месяцев отмечает затруднения при дефекации, слизь и следы темной крови в кале. За 3 суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула. Общее состояние больного тяжелое, язык сухой, обложен белым налетом. Тахикардия до 90 в минуту, пульс слабого наполнения, единичные экстрасистолы. АД 110 и 60 мм.рт.ст. Живот равномерно вздут, временами видна на глаз перистальтика кишечника, пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный. Кишечные шумы отсутствуют. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки пустая, зияющая ампула. В анамнезе инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь.

Наиболее вероятный клинический диагноз?

Какой из дополнительных методов исследования необходимо выполнить для подтверждения клинического диагноза в первую очередь?

Лечебная тактика в сложившейся ситуации?

Какую операцию необходимо выполнить?

**Задача № 8**

Больной М, 45 л, поступил с жалобами на раздражительность, повышенную утомляемость, похудание, сердцебиение, перебои в деятельности сердца. При пальпации щитовидная железа в левой доле щитовидной железы пальпируется узловое образование 3х2 см, плотно-эластической консистенции, безболезненное, при глотании смещающееся с щитовидной железой. Положительны глазные симптомы: экзофтальм, редкое мигание, нарушение конвергенции. Пульс 100 уд. в минуту. При УЗИ – в левой доле узловое образование 2х3 см, с четкими контурами, однородное.

Какое заболевание наиболее вероятно у данного больного?

Какой метод исследования является наиболее информативным?

Какое лечение показано данному больному?

Какие гормоны секретирует щитовидная железа?

**Задача № 9**

Больная Н.,52 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного, безболезненного образование в правой молочной железе. Образование обнаружила самостоятельно. При осмотре отмечается опухолевидное образование в верхне-наружном квадранте правой молочной железе. Положительный симптом "умбиликации". При пальпации образование диаметром 2 см, с нечеткими, неровными контурами, бугристое, умеренно болезненное. Положительный симптом "лимонной корки". Симптом Пайра отрицательный. В правой подмышечной области пальпируется единичный лимфоузел 10х5 мм.

Ваш предварительный диагноз?

Дополнительные методы исследования для верификации процесса?

В случае рака молочной железы какую стадию заболевания следует предположить (Международная классификация 1997 г.)?

Какое хирургическое лечение показано данной больной?

**Задача № 10**

В приемный покой больницы доставлена пациентка с диагнозом «ущемленная пупочная грыжа». Давность ущемления 8 часов. К моменту осмотра врачом грыжа самостоятельно вправилась. Объективно – живот мягкий, безболезненный. При натуживании в области пупочного кольца имеется болезненное грыжевое выпячивание, которое легко вправляется в брюшную полость.

Предварительный диагноз?

Наиболее характерный признак при этом заболевании?

Наиболее информативный диагностический прием?

Ваша тактика лечения?

**Задача №11**

Больная А,35 лет поступила в клинику с жалобами на кашель с мокротой, боли в левой половине грудной клетки, одышку, повышение температуры тела по вечерам до 37.7гр.С. В анамнезе: в течении многих лет у больной периодически в осенне-весенний период появляются вышеперечисленные жалобы. После курса противовоспалительной терапии состояние больной нормализуется. При осмотре: состояние больной относительно удовлетворительное, пальцы рук в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол. Левая половина грудной клетки отстает при дыхании. При перкуссии в этой области легочный звук укорочен. При аускультации выслушиваются крупно-и среднепузырчатые влажные хрипы.

Ваш предварительный диагноз?

Наиболее информативные диагностические методы для уточнения ди­агноза?

Каков механизм развития данного заболевания?

Ваша тактика лечения в зависимости от стадии процесса?

**Задача №12**

Больной С,36 лет, поступил в стационар с жалобами на боли и тяжесть в эпигастрии после приема пищи в течение 5-6 часов. Ежедневно возникает рвота желудочным содержимым с примесью пищи съеденной за 8-10 часов до этого. Из анамнеза известно, что в течение 12 лет пациент страдает язвенной болезнью 12 п. кишки, неоднократно лечился в стационарах. 2 года стал отмечать тяжесть в эпигастрии после приема пищи в течение 2-3 часов. Последнее обострение язвенной болезни 6 месяцев назад, было проведено консервативное лечение с положительным эффектом. Настоящие симптомы заболевания пациент отмечает в течение 3 недель.

Предварительный диагноз?

Клинические симптомы, характерные для этого заболевания?

Методы диагностики, позволяющие уточнить диагноз?

Методы операции показанные при этом заболевании?

**Задача №13**

Мужчина 74 лет, госпитализирован по поводу появившейся более месяца тому назад желтухи. Состояние тяжелое, билирубин 480 ммоль/л, олигурия. Выявить предшествующих появлению желтухи симптомов не удается, испытывает кожный зуд. При УЗИ выявляется расширение общего желчного протока до 22 мм, резкое расширение внутрипеченочных желчных протоков, увеличение размера желчного пузыря, отсутствие конкрементов в нем; расширен до 8 мм панкреатический проток, головка поджелудочной железы увеличена за счет гипоэхогенного образования до 6-7 см диаметром, без четких контуров; остальные отделы поджелудочной железы существенно не изменены.

Что в ультразвуковой картине свидельствует о дистальном билиарном блоке?

Какой из факторов наиболее прогностический важен в развит послеоперационной печеночно-почечной недостаточности?

Наиболее вероятный диагноз?

Целесообразное оперативное пособие?

**Задача №14**

Больная 48 лет поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38°С. Состояние больной средней тяжести, число дыханий - 28 в минуту, пульс 110 уд. в мин, язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина— Блюмберга, положительны симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси. Лейкоцитоз—18 х10 9/л. На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз.

Ваш предварительный диагноз?

Наиболее характерные признаки при этом заболевании?

Оптимальным методом диагностики данного заболевания является?

Ваша тактика лечения у данной больной?

**Задача №15**

У больного 58 лет 59 часов назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Эйфоричен. Пульс 128 ударов в мин, АД 95/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах и болезненный, но больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина — Блюмберга определяется во всех отделах. Температура 37,2°С. Лейкоцитов в крови—18 x 10.9/л.

Ваш предварительный диагноз?

На основании клинической картины наиболее вероятной формой и стадией перитонита будет?

Лечебные мероприятия предшествующие опе­рации?

Основными этапами операции будут?

**Задача № 16**

У больного 43 лет, страдающего язвенной болезнью 12 – перстной кишки, внезапно появились “кинжальные” боли в животе, рвота. Ранее беспокоила изжога, боли натощак, ночью. Состояние больного средней тяжести. Живот втянут, в дыхании не участвует. При пальпации отмечается резкая болезненность по всему животу, разлитое напряжение мышц, положительный симптом Щеткина – Блюмберга. Печеночная тупость отсутствует. Температура 36,9. Лейкоциты крови 7,1.

Ваш предварительный диагноз?

Какие обследования необходимо произвести для подтверждения диагноза?

Ваша тактика?

Ваша интраоперационная тактика?

**Задача №17**

 Больная К., 73 лет, поступила с жалобами на наличие опухолевидного образования в левой молочной железе, изъязвление кожи над образованием, отечность левой руки, боли в поясничной области. Со слов больной опухолевидное образование, постепенно увеличивающееся в размерах, появилось 2 года назад. В течение последнего месяца появились отечность руки и изъязвление над опухолевидным образованием. При осмотре в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется опухолевидное образование диаметром 6 см, неподвижное, с нечеткими бугристыми контурами, с изъязвлением д 5 см. В левой подмышечной области пальпируется неподвижный конгломерат лимфоузлов 5х3х3 см.

Какая стадия рака молочной железы у больной?

Дополнительные методы исследования для определения распространенности процесса?

Какое лечение показано данной больной?

Какая паллиативная операция возможна у данной пациентки?

**Задача № 18**

 Больной С., 62 лет. Поступил с жалобами на боли в икроножных мышцах левой голени, возникающие при прохождении 50-100 метров и исчезающие после кратковременного отдыха. Заболел 2 года назад, когда впервые стал отмечать боли в левой голени при длительной ходьбе. В последующем количество метров, которое мог пройти больной без отдыха, прогрессивно уменьшалось. За лечебной помощью не обращался. Объективно: левая голень и стопа бледной окраски, кожная температура снижена. Волосы на голени отсутствуют. Ногти на пальцах ног потускневшие, ломкие. Пульсация на правой нижней конечности определяется во всех точках, на левой – лишь на бедренной артерии. Положительные симптомы Оппеля, Самуэльса, Гольдфлама.

Предварительный диагноз?

Причина отсутствия пульсации на левой подколенной артерии?

Какие инструментальные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Возможная лечебная тактика у данного больного?

**Задача № 19**

 Больная А, 22 лет поступила в клинику с жалобами на кашель с большим количеством мокроты по утрам, боли в левой половине грудной клетки, одышку, при физической нагрузке, повышение температуры тела по вечерам до 37,4 гр.С. В анамнезе: в течении многих лет у больной периодически в осенне-весенний период появляются вышеперечисленные жалобы. После курса противовоспалительной терапии состояние больной нормализуется. При осмотре: состояние больной относительно удовлетворительное, пальцы рук в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол. Левая половина грудной клетки незначительно отстает при дыхании от правой. При перкуссии в этой области легочный звук укорочен. При аускультации выслушиваются крупно-и среднепузырчатые влажные хрипы.

 Ваш предварительный диагноз?

 Наиболее информативные диагностические методы для уточнения диагноза?

 Каков механизм развития данного заболевания?

 Ваша тактика лечения в зависимости от стадии процесса?

 **Задача №20**

Больная 48 лет поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38°С. Состояние больной средней тяжести, число дыханий - 28 в минуту, пульс 110 уд. в мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина — Блюмберга, положительны симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси. Лейкоцитоз—18 х10 9/л. На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз.

Ваш предварительный диагноз?

Наиболее характерные признаки при этом заболевании?

Оптимальным методом диагностики данного заболевания является?

Ваша тактика лечения у данной больной?