

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Сибирский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**В.Ф. Цхай, Л.Ю. Петров, И.А. Лызко, М.Ю. Грищенко,
Е.Е. Васильченко, А.И. Копанчук, А.В. Сусиков**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ХИРУРГИИ

Учебное пособие

Под редакцией проф. Т.Б. Комковой

ТОМСК
Издательство СибГМУ
2023

УДК 617(075.8)
ББК 54.57я73
С 414

Авторский коллектив:

В.Ф. Цхай, Л.Ю. Петров, И.А. Лызко, М.Ю. Грищенко,
Е.Е. Васильченко, А.И. Копанчук, А.В. Сусиков

С 414 **Ситуационные задачи по хирургии:** учебное пособие /
В. Ф. Цхай [и др.]; под ред. Т. Б. Комковой. – Томск:
Изд-во СибГМУ, 2023. – 163 с.

Учебное пособие «Ситуационные задачи по хирургии» предназначено для студентов III, IV, V курсов лечебного и педиатрического факультета медицинского университета. Подготовлено по дисциплине «Хирургические болезни» в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего профессионального образования для студентов, обучающихся по основным образовательным программам.

Предложенная структура пособия помогает выделить главные аспекты изучаемых патологических процессов, организовать и конкретизировать учебный процесс.

УДК 617(075.8)
ББК 54.57я73

Рецензенты:

Н.Э. Куртсеитов – д-р мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии с курсом сосудистой хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

А.О. Ивченко – д-р мед. наук, доцент, зав. кафедрой факультетской хирургии ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск.

Утверждено и рекомендовано к печати Учебно-методической комиссией педиатрического факультета ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России (протокол № 5 от 29 мая 2023 г.).

© Издательство СибГМУ, 2023
© В.Ф. Цхай, Л.Ю. Петров, И.А. Лызко, М.Ю. Грищенко,
Е.Е. Васильченко, А.И. Копанчук, А.В. Сусиков, 2023

СОДЕРЖАНИЕ

Острый аппендицит и его осложнения	4
Острый холецистит. Желчекаменная болезнь.....	7
Механическая желтуха	12
Постхолецистэктомический синдром	17
Острый панкреатит.....	20
Острая кишечная непроходимость	23
Перфоративная язва желудка	27
Желудочно-кишечное кровотечение	32
Хирургическое лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки	36
Болезни оперированного желудка	40
Тупая травма живота.....	43
Перитониты.....	47
Заболевания щитовидной железы.....	51
Ожоги и рубцовые стриктуры пищевода.....	54
Паразитарные заболевания печени.....	57
Грыжи брюшной стенки. Осложнения грыж	60
Облитерирующие заболевания артерий	62
Варикозное расширение вен	66
Осложнения варикозной болезни: тромбофлебиты, флеботромбозы, посттромботическая болезнь.....	69
Тромбозы и эмболии магистральных артерий	74
Портальная гипертензия	77
Гнойные заболевания пальцев и кисти	80
Парапроктит	82
Мастит	86
Гнойные заболевания легких и плевры	89
Остеомиелит. Артрит	92
Заболевания прямой кишки. Геморрой.....	95
Ответы на ситуационные задачи	99
Список литературы	158

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Задача № 1. Больной Н., 19 лет, обратился к врачу поликлиники с жалобами на боли в правой подвздошной области, которые появились неделю назад. Сначала возникла боль в эпигастрии, была однократная рвота. Температура 37,6 °С. Затем боли локализовались в правой подвздошной области и значительно уменьшились, но не исчезли совсем. Стул был нормальный. Пациент за это время никуда не обращался, однократно при усилении болей принял спазмолитик. При обследовании: язык влажный, температура нормальная. В правой подвздошной области при пальпации болезненность и напряжение мышц. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Пальпаторно объемных образований в брюшной полости не определяется.

1. Ваш диагноз и тактика?

Задача № 2. На фельдшерский пункт поселка городского типа обратился больной М., 35 лет, с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Боли появились сутки назад во время сельскохозяйственных работ. Тошноты и рвоты не было. При объективном обследовании: общее состояние удовлетворительное. Температура 37,8 °С; пульс 90 ударов в минуту. Положение вынужденное – лежит на спине с согнутым в тазобедренном суставе и приведенным к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро кричит от сильных болей в пояснице. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области только при глубокой пальпации. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Определяется болезненность при пальпации треугольника Пти и резко положительный симптом поколачивания справа. В общем анализе мочи изменений не выявлено, лейкоцитоз в крови $14,3 \times 10^9$ /л.

1. Какое заболевание можно предполагать у больного?

2. Какие симптомы в этом случае следует искать?

3. С каким заболеванием проводить дифференциальный диагноз в данном клиническом случае?

Задача № 3. В приемное отделение городской больницы обратился студент 18 лет. Утром во время занятий по физической подготовке появились ноющие боли в правой подвздошной области, которые с течением времени усилились и стали очень интенсивными к вечеру,

появились частые позывы на мочеиспускание. Поднялась температура до 37,6 °С, была однократная рвота. Ранее подобных болей не отмечалось. При обследовании: язык обложен белым налетом, живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезненный. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный. Также определяются положительные симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом поколачивания отрицательный. В общем анализе мочи изменений нет. Лейкоцитоз в крови $14,8 \times 10^9/\text{л}$.

1. Ваш диагноз?

2. Какова тактика врача приемного покоя в данном клиническом случае?

Задача № 4. Из дальнего зимовья в участковую больницу обратился охотник, 30 лет, который в течении нескольких дней чувствует общее недомогание, вялость, отсутствие аппетита, отмечает головные боли, задержку стула. Сутки назад появились незначительные боли в правой подвздошной области. Температура повысилась до 38,0 °С. При осмотре апатичен, сонлив. Губы сухие. Язык покрыт «малиновым налетом». Температура на момент осмотра 38,5 °С, пульс 88 ударов в минуту. Живот вздут. При пальпации умеренная болезненность в правой подвздошной области. Селезенка несколько увеличена, болезненная. Симптом Ровзинга положительный. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитов в крови $4,3 \times 10^9/\text{л}$.

1. Какое заболевание можно заподозрить?

2. Что следует предпринять для уточнения диагноза?

3. Тактика врача участковой больницы?

Задача № 5. В приемный покой больницы обратился больной, 28 лет, на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина не вызывают сомнений, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 12x12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

1. Ваш диагноз?

2. Какова тактика врача приемного покоя?

3. Какие принципы лечения данного заболевания?

Задача № 6. Больной Р., 31 год, обратился в районную больницу. Предъявляет жалобы на боли в правой половине живота, тошноту, недомогание. Заболел после приема жирной пищи за 7 часов до обращения в приемный покой. Ранее не болел, к врачам не обращался.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Несколько избыточного питания. Кожа и склеры обычной окраски. Температура 38,1 °С. Аускультативно со стороны сердца и легких без патологии. Живот умеренно вздут. При пальпации отмечается болезненность по правой половине живота от правого подреберья до правой подвздошной области. Здесь же отмечается защитное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина–Блюмберга сомнителен. Желчный пузырь не пальпируется.

1. Ваш диагноз?

2. Между какими двумя заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз в данном клиническом случае?

3. Какова тактика лечения?

Задача № 7. Больной Д., 29 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на умеренные боли в эпигастральной области, тошноту. Боли появились за 2 часа до обращения к врачам. В анамнезе хронический гастрит. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Температура 37,1 °С. Язык сухой, без налета. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной и в правой подвздошной области. Лейкоциты $10,1 \times 10^9/\text{л}$.

1. Ваш диагноз?

Задача № 8. В приемное отделение больницы доставлен больной А., 20 лет, который предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, сухость во рту. Боли появились 3-е суток назад, но были не очень интенсивными, к врачам не обращался. Сегодня боли несколько усилились. При обследовании: состояние удовлетворительное. Температура 37,6 °С. Лейкоцитов в крови $9,9 \times 10^9/\text{л}$. Со стороны мочи без патологических изменений. Живот обычной формы, при пальпации болезненный в правой подвздошной области. Здесь же пальпируется плотное болезненное опухолевидное образование, неподвижное, размерами 8х8 см. Симптомов раздражения брюшины нет.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика и методы диагностики?

Задача № 9. В приемное отделение больницы обратился студент Н., 19 лет, который во время занятий физкультурой почувствовал боли в нижних отделах живота. К врачу не обратился. Утром на следующие сутки боли усилились, появилась рвота двукратно, ухудшилось общее состояние. Обратился к врачу поликлиники, направлен в дежурный стационар. При осмотре: положение вынужденное – сидит наклонившись. Живот умеренно вздут. При пальпации отмечается болезненность и

защитное напряжение мышц живота во всех отделах ниже пупка, но больше в правой подвздошной области. Ниже пупка во всех отделах положителен симптом Щеткина–Блюмберга.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика?

Задача № 10. Больной Л., 19 лет, обратился в хирургический кабинет поликлиники и представил выписку из истории болезни. В ней было указано, что неделю назад перенес аппендэктомию по поводу острого флегмонозного аппендицита в районной больнице. Чувствует себя вполне удовлетворительно, жалоб не предъявляет. При осмотре в правой подвздошной области неокрепший послеоперационный рубец. Признаков воспаления в области рубца нет. Лигатурных свищей нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах.

1. Какова тактика врача хирургического кабинета?

2. На какое время выдается больничный лист больному?

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ. ЖЕЛЧЕКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Задача № 1. Вызов врача скорой помощи. Мужчина, 40 лет, жалуется на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо, лопатку; тошноту, однократную рвоту желчью. Приступ возник через один час после обеда (жирная пища). Ранее подобных болей не было. При объективном обследовании: кожные покровы чистые, бледноватые. Температура 38 °С, пульс 90 ударов в одну минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичен. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот умеренно напряжен и болезненный в правом подреберье, где пальпируется опухолевидное напряженное образование около 5х6 см. Печень не увеличена. Положительные симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси–Георгиевского, слабо положительный симптом Щеткина–Блюмберга.

1. Диагноз и тактика врача «скорой помощи».

Задача № 2. Машина «скорой помощи» доставила в приемный покой больного, 40 лет, через 6 часов после появления сильных болей в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, лопатку, тошноту. Была

однократная рвота желчью. Приступ возник впервые примерно через час после еды (жирная пища). После инъекции платифиллина боли не уменьшились. Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледноватые, пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичен. Артериальное давление 100/70 мм рт. ст. Язык суховат, густо обложен белым налетом. Живот несколько ограничен в акте дыхания, при пальпации выраженная болезненность и напряжение мышц в правом подреберье, где пальпируется опухолевидное напряженное образование 5х6 см. положительные симптомы Ортнера, Мюсси–Георгиевского, Кера, Мэрфи, слабо положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Печень по краю реберной дуги, свободная жидкость перкуторно не определяется. Перистальтика кишечника сохранена. Физиологические отправления без особенностей.

1. Диагноз дежурного хирурга.

2. Необходимые исследования и тактика.

Задача № 3. В хирургическое отделение госпитализирован мужчина, 40 лет, по поводу острого обтурационного холецистита, через 7 часов с момента заболевания. Заболел впервые. Лейкоцитоз $11,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 35 мм/час, билирубин общий 27,0; прямой 2,0; непрямой 25,0 мкмоль/л; трансаминазы, амилаза, мочевины и ПТИ в пределах физиологической нормы. В моче следы белка, диастаза 64 г/л. При обзорной рентгенографии: ограничение в подвижности правого купола диафрагмы, пневматоз поперечно-ободочной кишки в правых отделах. На УЗИ: печень не изменена, желчный пузырь 10х6 см, с утолщенными стенками, в просвете конкремент до 2 см в диаметре, фиксированный в области шейки. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Поджелудочная железа без изменений.

1. Обоснуйте хирургическую тактику.

2. Назначьте лечение.

Задача № 4. Больному, 40 лет, с диагнозом: острый обтурационный холецистит проводилось консервативное лечение в хирургическом стационаре в течение 3 суток. На фоне лечения состояние улучшилось – боли сохраняются лишь при глубокой пальпации в правом подреберье, желчный пузырь не пальпируется, симптомы Ортнера, Мэрфи, Кера, Щеткина–Блюмберга отрицательны. Печень не увеличена. Количество лейкоцитов $7,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/час. При контрольном УЗИ контуры желчного пузыря четкие, размеры его обычные, стенки уплотнены, в просвете конкремент до 2 см в диаметре. Желчный пузырь опорожняется.

1. Определите тактику дальнейшего лечения.

Задача № 5. Больному, 40 лет, в хирургическом стационаре в течение 2 суток проводилось консервативное лечение по поводу острого обтурационного холецистита: инфузионная терапия, спазмолитики. Однако состояние больного ухудшилось: боли усилились, повторяется рвота с примесью желчи, температура $38,5^{\circ}\text{C}$. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичен. Артериальное давление 110/65 мм рт. ст. Легкая иктеричность склер. Живот напряжен и резко болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Положительные симптомы Ортнера, Кера, Щеткина–Блюмберга. Перистальтика не выслушивается. Возрос лейкоцитоз до $14,0 \times 10^9/\text{л}$, увеличилась прямая фракция билирубина ($5,0 \text{ мкмоль/л}$); мочевины $8,0 \text{ ммоль/л}$; трансаминазы: АлАТ 1,45; АсАТ 1,30 ммоль/л. УЗИ: желчный пузырь $11 \times 8 \text{ см}$, стенки утолщены до 5 мм, уплотнены, неровные, появилась двухконтурность. Конкремент до 2 см в диаметре фиксирован в области шейки. Инфильтрация ГДС, сальника, поперечно-ободочной кишки, умеренное количество свободной жидкости в подпеченочном пространстве.

1. Определите дальнейшую тактику лечения.

Задача № 6. В приемный покой доставлена женщина, 76 лет, в тяжелом состоянии, с жалобами на боли в животе, тошноту, многократную рвоту с примесью желчи, высокую температуру $38,0^{\circ}\text{C}$, вздутие живота, неотхождение газов, задержку стула. Заболела 3 дня назад, когда появились незначительные боли в правом подреберье после приема жирной пищи, с иррадиацией в правую лопатку. Аналогичные боли беспокоят около 5 лет, но обычно купировались приемом Но-шпы. Настоящие боли после приема спазмолитика лишь уменьшались на 1–2 часа. С течением времени боли стали постоянными, распространились по всему животу, рвота участилась. Желтухи не было. При осмотре легкая иктеричность склер. Язык сухой, густо обложен грязно-серым налетом. Пульс – 96 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД 160/90 мм рт. ст. Живот вздут, в акте дыхания не участвует верхними отделами. При пальпации болезненность во всех отделах, выраженное напряжение мышц в правом подреберье в правой половине живота. Пальпации желчный пузырь не доступен, но резко положительны симптомы Ортнера, Кера, Мерфи. Щеткина-Блюмберга. Мочеиспускание без изменений. Лейкоцитоз $16,0 \times 10^9/\text{л}$.

1. Ваш диагноз?

2. Врачебная тактика?

Задача № 7. Больная, 76 лет, госпитализирована в хирургическое отделение по поводу острого деструктивного холецистита, осложненного

перитонитом. Также страдает ИБС, стенокардией. Пульс 96 ударов в минуту, ритмичен, напряжен. АД 160/90 мм рт. ст. Пациентке предложена экстренная операция, получено согласие.

1. Проведите предоперационную подготовку.

Задача № 8. В поликлинику к хирургу обратилась женщина, 56 лет, с жалобами на незначительные боли в правом подреберье и желтуху. Болеет 3 суток. Три дня назад после еды возник сильный болевой приступ, сопровождающийся рвотой съеденной пищей, но быстро купированный после приема таблетки Но-шпы. Ранее подобные приступы были незначительными, кратковременными, проходили самостоятельно или после приема Но-шпы. На второй день после последнего приступа болей появилась легкая желтушность склер, но вскоре и желтушность кожи. Обесцветился кал, моча стала темного цвета. Температура оставалась нормальной. Объективно: желтушность кожи и склер выражена. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Живот обычной формы, в акте дыхания участвует, мягкий, болезненный лишь при глубокой пальпации в правом подреберье. Печень приблизительно на один сантиметр выступает из подреберья. Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Ортенера положительный.

1. Ваш диагноз?

2. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз?

3. Тактика врача поликлиники?

Задача № 9. Больная, 56 лет, госпитализирована в экстренном порядке с диагнозом: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, механическая желтуха. Желтуха появилась три дня назад после болевого приступа. Кал обесцветился, моча цвета «пива». Появился зуд кожи. Из анамнеза выяснено, что страдает в течение 5 лет частыми болевыми приступами в правом подреберье, но желтуха появилась впервые. Опиосторхозом не болеет. Объективно: выражена желтушность кожи и склер. Эскориаций нет. Температура 36,9 °С, пульс 90 ударов в минуту, ритмичен АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот мягкий, болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье. Печень выступает из подреберья приблизительно на 1 см, гладкая, безболезненная. Желчный пузырь не пальпируется, слабо положительный симптом Ортенера. Асцита нет. Селезенка не увеличена.

1. Обоснуйте необходимый объем обследования.

Задача № 10. В хирургическом отделении находится больная в возрасте 56 лет. Диагноз: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз,

механическая желтуха. Проводимая консервативная терапия не эффективна: желтуха нарастает, усилился зуд, повысилась температура до 38 °С, хотя болей нет, лишь чувство тяжести в подреберье справа. По УЗИ в желчном пузыре множественные тени повышенной эхогенности, печень увеличена незначительно, общий желчный проток до 1,5 см в диаметре, в нижней трети его образование до 1 см в диаметре с повышенной эхогенностью. По результатам ЭРХПГ – расширение общего желчного протока до 1,5 см; в дистальной части его дефект наполнения.

1. Тактика лечения?

2. Характер операции?

Задача № 11. В приемное отделение больницы доставлена больная 63 лет в тяжелом состоянии, на пятый день с момента заболевания, с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, опоясывающего характера, тошноту, многократную, не приносящую облегчения рвоту, вздутие живота, задержку газов. Боли появились после приема алкоголя и жирной пищи. Из анамнеза: незначительные приступы болей после еды отмечались в течение трех лет, не обследовалась. Изредка принимала отвары желчегонных трав. При объективном осмотре: ожирение 2 ст. Легкая иктеричность склер, цианоз губ, язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Пульс – 110 ударов в минуту, ритмичен, слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт. ст. Живот в акте дыхания ограничен, вздут, мраморные пятна около пупка и боковых поверхностей живота, выраженное напряжение мышц, особенно в правом подреберье и эпигастрии, положительные симптомы Ортнера, Кера, Воскресенского, Мэйо–Робсона, Щеткина–Блюмберга. Свободная жидкость в отлогах местах по данным перкуссии, перистальтика не выслушивается. Стул был накануне. Мочеиспускание без особенностей.

1. Ваш диагноз?

2. План обследования и лечения?

Задача № 12. Вы хирург. Опириуете больную, 63 лет, по поводу острого холецисто-панкреатита. На операции при ревизии из верхне-срединного доступа обнаружено, что в брюшной полости умеренное количество (до 1 литра) желчно-геморрагического выпота, бляшки стеатонекроза по брюшине, сальнику, мезоколон. Поджелудочная железа с очагами некроза, утолщена, увеличена в объеме. Желчный пузырь флегмонозно изменен, содержит множественные камни. Хоledох до 1 см шириной, стенка инфильтрирована и имbibирована желчью.

1. Каков характер патологии?

2. Каков дальнейший ход операции?

Задача № 13. Вы хирург, оперируете больную, 65 лет, по поводу острого флегмонозного холецистита, местного серозного перитонита. Выполнена холецистэктомия от дна. Из культи пузырного протока поступает в большом количестве мутная желчь с описторхами, холедох расширен до 1,5 см. После выполнения интраоперационной холангиографии через дренаж Пиковского вами на снимке обнаружена стриктура дистальной части холедоха и БДС.

1. Какова дальнейшая тактика и ход операции?

Задача № 14. Больному, 50 лет, проведен недельный курс консервативного лечения по поводу острого холецистита. Динамика положительная. При обследовании впервые выявлен описторхоз.

1. Какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Задача № 15. Больная, 72 лет, госпитализирована в хирургическое отделение по поводу острого холецистита. Проводилось консервативное лечение. Динамика положительная. При обследовании обнаружена гипомоторная дискинезия желчного пузыря.

1. Какова дальнейшая тактика лечения?

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Задача № 1. Больная 54-х лет поступила в хирургическое отделение в порядке «скорой помощи» с жалобами на интенсивную боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо; рвоту, зуд кожи, желтушность кожи, темный цвет мочи. Заболела два дня назад, когда возник после нарушения диеты (съела жареную картошку) приступ болей в правом подреберье, а на другой день пожелтела кожа. Страдает желчнокаменной болезнью в течение 10 лет, от операции отказывалась. При объективном осмотре определяется выраженная желтушность кожных покровов и слизистых, язык влажный, обложен белым налетом. Живот болезненный в правом подреберье, печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется, положительный симптом Ортнера. Моча темная, цвета пива, кал обесцвечен.

1. Ваш диагноз?

2. План обследования и лечения?

Задача № 2. Больной, 60 лет, поступил с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, тошноту, желтушность кожных покровов; зуд, усиливающийся к ночи; темный цвет мочи, обесцвеченный кал. Желтушность кожи появилась неделю назад. Страдает описторхозом, несколько лет назад проходил лечение, при последующих обследованиях в кале вновь были обнаружены яйца описторхисов. При объективном обследовании определяется интенсивная желтушность кожи и склер, расчесы (экскориации), болезненность в правом подреберье. Печень увеличена, на 1–2 см выходит из-под края реберной дуги, желчный пузырь не пальпируется. В биохимическом анализе крови отмечается повышение билирубина за счет прямой фракции, повышение уровня щелочной фосфатазы. При ЭГДС: желчь в двенадцатиперстную кишку не поступает, положителен симптом «манной крупы». По УЗИ выраженный перидуктальный и перипортальный фиброз, холангиозктазы, желчный пузырь увеличен, атоничен, холедох расширен, конкременты в его просвете не определяются.

1. Ваш диагноз?

2. Какое исследование необходимо провести для установления диагноза?

Задача № 3. Больной, 50 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, желтушность кожных покровов, зуд, слабость, потерю в весе за последние месяцы. Желтушность появилась 2 недели назад, без болевого приступа, обратился в поликлинику и обследовался у инфекциониста с подозрением на болезнь Боткина, которая была отвергнута. При объективном осмотре: больной пониженного питания, дефицит веса 15 кг, кожные покровы интенсивно желтого цвета, следы расчесов, печень на 2 см выходит из-под реберного края, пальпируется напряженный увеличенный безболезненный желчный пузырь.

1. Ваш диагноз?

2. Порядок обследования?

3. Врачебная тактика?

Задача № 4. Больная, 57 лет, поступила в приемный покой с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, слабость, повышенную температуру тела, темный цвет мочи. Заболела 3 дня назад, желтуха появилась без выраженного болевого синдрома. Возможен контакт с пациентом с болезнью Боткина. При объективном осмотре: желтушность кожных покровов, печень умеренно увеличена, болезненна при пальпации, нижний край ее закруглен. В биохимическом анализе

крови отмечается повышение цифр билирубина за счет обеих фракций, повышена активность трансаминаз.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. Какой метод обследования нужно провести в качестве скрининга для установления характера желтухи?*

Задача № 5. Больной, 47 лет, направлен в хирургический стационар из одного из северных районов Томской области. Предъявляет жалобы на желтушность кожных покровов, выраженный кожный зуд, темный цвет мочи, обесцвеченный кал, слабость, утомляемость. Заболел около месяца назад, когда появилась сначала желтушность склер, затем кожных покровов, постепенно нарастающая, появился кожный зуд. Занимается охотой, в доме есть охотничьи собаки. При объективном осмотре отмечается выраженная желтушность кожи, расчесы. Печень увеличена, в проекции нижнего края определяется опухолевидное образование «каменистой» плотности, расширены вены брюшной стенки, в отлогах местах брюшной полости определяется свободная жидкость. В биохимическом анализе крови отмечается повышение цифр билирубина в основном за счет прямой фракции, щелочной фосфатазы, незначительно повышена активность трансаминаз, гиперпротеинемия за счет грубодисперсных белков, особенно гамма-глобулина. В общем анализе крови эозинофилия, ускорение СОЭ.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. План обследования и лечения?*

Задача № 6. Больная, 49 лет, поступила в хирургический стационар с жалобами на резкую внезапную боль в правом подреберье, иррадиирующую в правое плечо, тошноту, рвоту, желтушность кожных покровов. Несколько лет тому назад оперирована по поводу эхинококкоза печени. При последнем УЗИ в правой доле печени вновь обнаружено какое-то очаговое образование, была направлена на КТ. При объективном осмотре определяется желтушность кожных покровов, увеличение печени. В биохимическом анализе крови повышен уровень билирубина за счет прямой фракции, гиперпротеинемия, гипергаммаглобулинемия. В общем анализе крови эозинофилия, ускорение СОЭ. По УЗИ: увеличение левой доли печени, в правой половине печени в проекции 4-го и 5-го сегментов определяется кистозное образование с перегородчатостью внутри, холедох расширен до 2 см, в просвете определяются округлые дефекты наполнения.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. Врачебная тактика?*

Задача № 7. Больной, 60 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на желтушность кожных покровов, зуд; чувство тяжести в правом подреберье, темный цвет мочи, обесцвеченный кал, слабость, потерю в весе. Болен около 1,5 месяца, когда без болевого приступа появилась и стала нарастать желтушность кожных покровов, зуд. Значительно потерял в весе за последние месяцы. При объективном осмотре: больной заторможен, резко выраженная желтушность кожных покровов, следы расчесов. Больной истощен, пальпируется увеличенный в размерах, напряженный, но безболезненный желчный пузырь, в отлогах местах определяется свободная жидкость. В биохимическом анализе крови высокие показатели билирубина в основном за счет прямой фракции, щелочной фосфатазы. В клиническом анализе крови – умеренная анемия. При ультразвуковом обследовании выявлено увеличение в размерах головки поджелудочной железы, нечеткость контуров, ее инфильтрация распространяется на окружающие ткани, холедох расширен до 2,5 см, ретродуоденальная часть его не дифференцируется, резко увеличен в размерах желчный пузырь, стенки его тонкие, в обеих долях печени определяются мелкоочаговые образования до 0,9–1 см в диаметре, жидкость в отлогах местах.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика?

3. Какая операция должна быть проведена больному?

Задача № 8. Больная, 70 лет, поступила в хирургический стационар с жалобами на интенсивную боль в правом подреберье, иррадиирующую в правое плечо; тошноту, рвоту, желтушность кожных покровов, темный цвет мочи. Заболела около недели назад. Из анамнеза установлено, что оперирована 2 года назад в экстренном порядке по поводу острого калькулезного холецистита, перитонита. После операции неоднократно отмечался приступ боли в правом подреберье, желтушность кожных покровов. При объективном осмотре состояние больной средней степени тяжести, выражена желтушность кожных покровов, в правом подреберье – послеоперационный рубец. Печень на 1–2 см выходит из-под реберной дуги, моча темного цвета, кал глинистого вида. В биохимическом анализе крови повышен уровень прямого билирубина, щелочной фосфатазы. По УЗИ отмечается расширение внепеченочных и внутрипеченочных желчных путей, в просвете холедоха определяется в терминальном отделе конкремент до 1 см в диаметре.

1. Ваш диагноз и тактика?

Задача № 9. Больная 63-х лет поступила в хирургический стационар с жалобами на тупую боль в правом подреберье, тошноту, рвоту,

желтушность кожных покровов, выраженный зуд, подъем температуры тела до 39–40 °С, потрясающие ознобы с проливным потом. При объективном осмотре: состояние больной тяжелое, адинамичная, выраженная желтушность кожных покровов, следы расчесов на коже. Печень умеренно увеличена в размерах, желчный пузырь не пальпируется, положителен симптом Ортнера. В биохимическом анализе отмечается повышение уровня билирубина до 300 мкмоль/л в основном за счет прямой фракции, щелочной фосфатазы, незначительно повышен уровень АЛТ и АСТ, протромбиновый индекс снижен до 52 %. По УЗИ: незначительное увеличение размеров печени, расширение внутри- и внепеченочных желчных протоков, желчный пузырь сморщен, стенки склерозированы, полость заполнена конкрементами. Холедох расширен до 1,5 см, в просвете определяются 2 конкремента, терминальный отдел холедоха осмотру недоступен. По ЭРХПГ – холедох расширен, в просвете 2 округлых дефекта наполнения, терминальный отдел холедоха резко сужен в виде «копья», протяженность стриктуры более 1,5 см, контуры четкие, ровные.

1. Ваш диагноз?

2. Врачебная тактика?

Задача № 10. Больной, 61 год, поступил в хирургический стационар с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье (в области печени), желтушность кожных покровов, зуд, тошноту, периодическую рвоту пищей, подъемы температуры тела до 39–40 °С, сопровождающиеся ознобом, проливным потом. Желтуха давностью около 1 месяца, появилась без приступа болей, постепенно нарастала. При объективном осмотре состояние тяжелое, заторможен, резкая желтушность кожных покровов, расчесы. В биохимическом анализе крови повышен уровень билирубина до 340 мкмоль/л, прямой – 210 мкмоль/л, повышен уровень щелочной фосфатазы, протромбиновый индекс снижен до 45 %, фибриноген до 2,0 г/л, увеличен уровень мочевины до 10,1 ммоль/л. По УЗИ: печень увеличена, резко расширены внутриспеченочные желчные протоки, в области ворот печени просвет общего печеночного протока сужен, стенки его инфильтрированы, желчный пузырь не увеличен, спавшийся, холедох не расширен, поджелудочная железа не изменена.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какой метод обследования следует предпринять для установления диагноза?

3. Лечебная тактика?

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Задача № 1. Больная, 48 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом постхолецистэктомического синдрома, с жалобами на боли в эпигастрии, периодическую рвоту с примесью желчи; изжогу, боли и чувство тяжести после еды. Два года назад перенесла операцию холецистэктомию по поводу острого гангренозного холецистита в экстренном порядке. Кожные покровы обычные. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот болезненный при глубокой пальпации в проекции двенадцатиперстной кишки. Положительные симптомы Менделя, Опенховского. Печень не увеличена. Послеоперационный рубец, в правом подреберье без особенностей.

1. Назовите предположительный диагноз?

2. План обследования и лечения?

Задача № 2. Больная, 65 лет, лечится в хирургическом отделении по поводу постхолецистэктомического синдрома. Страдала в течение 15 лет желчекаменной болезнью, перенесла 10 лет назад вирусный гепатит. Год назад оперирована по поводу острого флегмонозного холецистита, местного серозного перитонита. Жалобы на чувство тяжести в правом подреберье, снижение аппетита и массы тела. Температура 36,9 °С. Пульс 86 в минуту, ритмичен. Артериальное давление 140/70 мм рт. ст. Иктеричность склер и кожных покровов. Живот увеличен в размерах, расширены подкожные вены брюшной стенки. Печень выступает из-под реберной дуги на 5 см, плотная. Определяются асцит, спленомегалия.

1. Определите характер заболевания?

2. План обследования?

Задача № 3. Больной, 49 лет, госпитализирован в хирургическое отделение в экстренном порядке с диагнозом постхолецистэктомический синдром, с жалобами на сильные боли опоясывающего характера в эпигастрии, рвоту, не приносящую облегчения. Боли появились после употребления алкоголя. Год назад перенес холецистэктомию по поводу острого ферментативного холецистита, жирового панкреонекроза. Состояние средней тяжести. Язык влажный, обложен белым налетом. Кожные покровы чистые. Живот ограничен в акте дыхания в эпигастрии. По средней линии послеоперационный рубец, без особенностей.

Ригидность мышц в эпигастрии, ослабление пульсации аорты. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный.

1. Ваш диагноз?

2. План обследования и лечения?

Задача № 4. Больная, 62 лет, находится в хирургическом отделении с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, связанные с приемом пищи. 5 лет назад выполнена холецистэктомия по поводу желчекаменной болезни. В последний год появились вышеуказанные жалобы. Приступы участились. После болевого приступа появляются кожный зуд и моча цвета пива. Легкая иктеричность склер. Температура 36,7 °С. Пульс 80 в минуту, ритмичен. АД 140/70 мм рт. ст. Живот обычной формы. Послеоперационный рубец по средней линии в эпигастрии, без особенностей. Печень не увеличена.

1. Какой предположительный диагноз?

2. План обследования?

Задача № 5. У больной 62 лет, предъявляющей жалобы на приступообразные боли в правом подреберье, появление кожного зуда и мочи цвета пива, перенесшей 5 лет назад холецистэктомию; на УЗИ выявлено расширение общего желчного протока до 1,5 см в диаметре, с наличием в дистальной части конкрементов до 0,5 см. При ЭРХПГ холедох до 1,8 см, дефект наполнения в дистальной части до 0,5 см, стриктура БДС I степени.

1. Определите диагноз и тактику лечения?

Задача № 6. Больная, 63 лет, находится в хирургическом отделении с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, рвоту пищей, температуру до 39,0 °С, озноб, желтуху. Два года назад перенесла холецистэктомию по поводу острого калькулезного гангренозного холецистита. Вскоре появились приступы болей, последний приступ 5 дней назад. Состояние тяжелое. Выражена желтушность кожи и склер, расчесы (экскориации). Послеоперационный рубец в правом подреберье без особенностей. Размеры печени по Курлову 13х11х9 см, печень гладкая, болезненная. Селезенка не увеличена. Пульс 96 в минуту, АД 160/80 мм рт. ст. Кал ахоличен, моча темного цвета.

1. Определите диагноз и план обследования?

Задача № 7. Больная, 68 лет, находится на лечении по поводу постхолецистэктомического синдрома, механической желтухи, холангита. Два года назад перенесла холецистэктомию. В анамнезе частые печеночные колики; последний приступ 5 суток назад, после чего

появилась желтуха, кал светлого цвета, тёмная моча, кожный зуд. Температура 39,0 °С, с ознобом. Выражена желтушность кожи и склер. Печень выступает из подреберья на 3 см, гладкая. Асцита нет. Селезенка не увеличена. Послеоперационный рубец в правом подреберье без особенностей. Пульс 96 в минуту, ритмичен. АД 160/80 мм рт. ст.

- 1. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?*
- 2. По каким основным признакам проводится дифференциальный диагноз?*

Задача № 8. У больной 68 лет, при наличии механической желтухи и холангита обнаружено по УЗИ увеличение печени на 3 см, расширение внутripеченочных и внепеченочных протоков, расширение холедоха до 2 см с наличием в последнем множественных конкрементов. При ЭРХПГ расширение билиарного дерева, холедоха до 2,5 см в диаметре с множественными дефектами наполнения, стриктура БДС.

- 1. Определите план лечения?*

Задача № 9. Больная, 45 лет, госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом постхолецистэктомический синдром. Жалобы на периодические печеночные колики, легко снимаемые приемом но-шпы. Перенесла холецистэктомию два года назад по поводу желчекаменной болезни. Употребляет речную рыбу редко. Состояние удовлетворительное. Легкая иктеричность склер. Пульс 72 в минуту, ритмичен. АД 120/60 мм рт. ст. Язык влажный, слегка обложен белым налетом. Послеоперационный рубец по средней линии в эпигастрии, без особенностей. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, гладкая, плотноватой консистенции. Селезенка не увеличена. Асцита нет. Физиологические отправления в норме.

- 1. Определите диагноз и план обследования?*

Задача № 10. У больной 43 лет, с диагнозом постхолецистэктомического синдрома при обследовании выявлен хронический описторхоз.

- 1. Определите тактику лечения?*

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Задача № 1. К врачу приемного отделения городской больницы обратился больной 22 лет, которого в течение 2 недель беспокоят ноющие боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошнота, в последние 2 дня была неоднократная рвота, состояние после рвоты не улучшалось. Отмечается задержка газов. В анамнезе употребление алкоголя.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы несколько цианотичны. Пульс 92 ударов в минуту. Живот вздут, при пальпации напряжения мышц нет, боли локализуются в эпигастрии и в левом реберно-позвоночном углу.

1. Предварительный диагноз?

2. Дальнейшее обследование и дифференциальный диагноз, лечение?

Задача № 2. Вы исполняете обязанности дежурного хирурга приемного покоя. Поступил больной 44 лет. Доставлен через 2 часа от начала заболевания. Накануне обильно поужинал с приемом алкоголя, утром ощутил резкие боли в эпигастральной области опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения; слабость, потливость, температура тела 37,4 °С, расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы не отходят. Объективно: состояние тяжелое, больной бледен, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом, пульс 140 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена, свободная жидкость не определяется. Резкая болезненность в эпигастрии. Положительные симптомы Воскресенского, Мейо-Робсона. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоциты крови $12 \times 10^9/\text{л}$; диастаза мочи 962 гч/л.

1. Предварительный диагноз?

2. Нормальные показатели диастазы мочи и амилазы крови?

3. Тактика лечения?

Задача № 3. Вы исполняете обязанности хирурга приемного отделения. В порядке скорой помощи поступил больной 43 лет, у которого после погрешности в питании и употребления алкоголя внезапно появились резкие боли в эпигастрии, опоясывающего характера. Температура нормальная. Появилась многократная рвота, не приносящая облегчения.

При осмотре болезненность в эпигастральной области, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза мочи 3069 гч/л. Консервативные мероприятия (постановка желудочного зонда, анальгетики, спазмолитики, антиферменты) эффекта не дали. Состояние больного ухудшилось, пульс 120 ударов в минуту, АД 70/40 мм рт. ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза мочи 8 гч/л.

- 1. Каким образом следует расценить течение заболевания?*
- 2. Какой должна быть тактика?*

Задача № 4. К врачу приемного отделения обратилась больная 42 лет, с жалобами на резкие боли в эпигастральной области с иррадиацией в поясничную область, тошноту, рвоту, жидкий стул. Начало заболевания связывает с приемом обильной жирной пищи. Ранее у больной были приступообразные боли в правом подреберье, диагностирована ЖКБ.

Объективно: иктеричность склер, желтушность кожных покровов. Живот слегка вздут, болезненность при пальпации в правом подреберье, где неотчетливо пальпируется желчный пузырь, боли в эпигастрии. Положительные симптомы Воскресенского, Ортнера, Мейо-Робсона. Лейкоциты крови $15 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 30 мм/час. В общем анализе мочи желчные пигменты ++. Диастаза мочи 380 гч/л.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Что явилось, в данном случае, провоцирующим фактором в развитии заболевания?*
- 3. Врачебная тактика в данной ситуации?*

Задача № 5. К врачу приемного отделения обратилась больная, 68 лет, с жалобами на боли в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболела внезапно, в течение недели чувствовала недомогание, неприятные ощущения в эпигастрии. Ранее перенесла острый деструктивный панкреатит, была оперирована 4 года назад, чувствовала себя удовлетворительно, в последний год диету не соблюдала.

Объективно: избыток массы 12 кг. Одышка, умеренная в покое. Цианоз губ; бледные цианотичные пятна вокруг пупка. Живот вздут, болезненность в эпигастрии, в правом подреберье напряжение мышц, определяется болезненный инфильтрат. Перитонеальных симптомов нет.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Врачебная тактика?*

Задача № 6. В приемное отделение городской больницы поступил больной, 19 лет. При обследовании: лейкоциты крови $12 \times 10^9/\text{л}$, диастаза мочи 4096 гч/л. При обзорной рентгенографии брюшной полости имеется

вздутие поперечно-ободочной кишки. По УЗИ: осмотр поджелудочной железы затруднен из-за выраженного вздутия петель кишечника. На видимых участках она увеличена, контуры неровные, нечеткие. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Объективно: отсутствие пульсации брюшной аорты, желтушность и цианотичные пятна вокруг пупка, болезненность в левом реберно-позвоночном углу. Живот вздут, резко болезненный при пальпации во всех отделах.

- 1. Перечислите вышеописанные симптомы по авторам?*
- 2. Ваш предварительный диагноз?*

Задача № 7. Вы исполняете обязанности ординатора хирургического отделения городской больницы. В вашу палату после операции переведен больной 20 лет из операционной с диагнозом острый геморрагический панкреонекроз, разлитой серозно-геморрагический перитонит. Была выполнена операция – абдоминализация поджелудочной железы, оментопанкреатопексия, дренирование сальниковой сумки.

- 1. Напишите лист назначения пациенту.*
- 2. Какие исследования после операции необходимо провести?*

Задача № 8. Во время лапаротомии у больного обнаружен геморрагический выпот в брюшной полости, стеариновые бляшки в области большого и малого сальника. Отек поджелудочной железы с участками геморрагий на ней.

- 1. Ваш предварительный диагноз?*
- 2. Какой объем операции?*

Задача № 9. Вы исполняете обязанности дежурного хирурга приемного покоя. Вам доставили больного 25 лет, который 1,5 часа назад упал и ударился животом. Появились резкие боли в эпигастральной области, тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения, жажда. Врачом скорой помощи введены спазмолитики, проведена внутривенная инфузия реополиглюкина 400 мл. Объективно: состояние больного тяжелое, язык сухой, обложен беловато-бурым налетом. Больной стонет. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, болезненный во всех отделах. Положительные симптомы Щеткина–Блюмберга, Мейо–Робсона, Воскресенского. Пульс 96 ударов в минуту, слабого наполнения.

- 1. Ваш предварительный диагноз?*
- 2. Исследования в приемном отделении?*
- 3. Тактика хирурга?*

Задача № 10. В приемное отделение городской больницы доставлена больная 57 лет, с жалобами на интенсивные опоясывающие боли в

эпигастральной области, тошноту, многократную рвоту. Заболела остро около 12 часов назад, когда после приема острой пищи и алкоголя появился болевой синдром. 4 года назад перенесла операцию по поводу острого деструктивного панкреатита. Объективно: состояние средней тяжести. Больная повышенного питания. Умеренная одышка в покое, цианоз губ. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот симметричный, в акте дыхания не участвует, вздут. Пятна вокруг пупка цианотичного характера, при пальпации болезненность в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоциты $11 \times 10^9/\text{л}$, диастаза 1020 гч/л. Рентгенография органов брюшной полости: вздутие поперечно-ободочной кишки, свободного газа и уровней жидкости нет. ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудочка. УЗИ: Поджелудочная железа увеличена на видимых участках (недостаточно визуализируется из-за вздутых петель кишечника), контуры неровные, четкие.

1. *Диагноз и тактика врача-хирурга?*
2. *Напишите лист назначений данной больной.*

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Задача № 1. Больной, 39 лет, обратился в поликлинику к хирургу через 2 часа от начала заболевания с жалобами на резкие боли в животе, носящие приступообразный характер, повторяющиеся через 10–15 минут, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Выяснено, что заболел внезапно, связывает с подъемом тяжести, ранее отмечались подобные приступы, но менее интенсивные, в результате чего неоднократно доставлялся в дежурные хирургические стационары в порядке скорой помощи. При осмотре: состояние больного средней тяжести, больной держится за живот, периодически стонет от болей, отмечается акроцианоз. Язык, губы суховаты; пульс 110/мин., АД 100/60 мм рт. ст. Живот ассиметричен, в правом подреберье определяется тугоэластическое образование 8x12 см, перкуторно над ним определяется тимпанит. Перистальтика ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. При пальцевом исследовании прямой кишки ампула ее пустая, сфинктер зияет.

1. *Какой предположительный диагноз?*
2. *Тактика хирурга поликлиники?*

Задача № 2. Больной 19 лет поступил в приемный покой дежурного стационара с жалобами на интенсивные боли схваткообразного характера

в животе, рвоту, вздутие живота, задержку газов, стула не было в течение 2-х суток. Заболел около 8 часов назад. В анамнезе у больного год назад аппендэктомия по поводу деструктивного аппендицита, перитонита. При осмотре: состояние тяжелое, язык сухой, обложен грязным налетом. Температура тела 37,5 °С, пульс 102/мин. Живот вздут, по средней линии старый послеоперационный рубец, в подвздошных областях следы от дренирования брюшной полости. Через брюшную стенку контурируются раздутые петли кишечника, положительный симптом шума плеска. В отлогих местах неотчетливо определяется свободная жидкость, положителен симптом Щеткина–Блюмберга.

- 1. Какой диагноз?*
- 2. Какие диагностические мероприятия необходимо провести?*
- 3. Хирургическая тактика?*

Задача № 3. У больного 32 лет, оперированного 4 дня назад по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, разлитого гнойного перитонита, появились боли в животе, которые стали носить приступообразный характер, рвота, вздутие живота. При осмотре: температура тела повышена до 37,8 °С. Пульс учащен до 112/мин, АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах. По дренажным трубкам, стоящим в обоих подреберьях и обеих подвздошных областях серозно-гнойное отделяемое. Перистальтика не выслушивается. В отлогих местах определяется свободная жидкость. Симптом Щеткина–Блюмберга сомнительный. В анализе крови лейкоцитоз $11,3 \times 10^9/\text{л}$.

- 1. Какое послеоперационное осложнение следует исключить?*
- 2. Какие исследования нужно провести?*
- 3. Хирургическая тактика?*

Задача № 4. В приемный покой дежурного стационара доставлена больная 16 лет через 2 часа от начала заболевания с жалобами на приступообразные боли в животе с периодичностью через 10–15 мин., однократную рвоту, задержку газов, жидкий стул с примесью крови и слизи. При осмотре: температура тела нормальная, язык влажный, пульс 96 в мин. Живот слегка вздут, болезненный в правой подвздошной области, где пальпируется колбасовидной формы, подвижное, болезненное образование. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. При ректальном осмотре на перчатке следы крови.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Диагностические и лечебные мероприятия?*

Задача № 5. Больная, 54 лет, обратилась в приемный покой больницы с жалобами на распирающие боли в животе, задержку газов, отсутствие стула в течение 3-х дней. Из анамнеза выяснено, что страдает частыми запорами, стул иногда имеет вид «овечьего», в нем определяются прожилки крови. За последнее время похудела, стала быстро утомляться. При осмотре: кожные покровы бледноваты, дефицита веса нет. Живот равномерно вздут, болезненный в левой половине, при перкуссии над всеми отделами тимпанит. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. При ректальном осмотре определяется симптом Обуховской больницы. В анализах крови Нв 122 г/л. Эр $3,3 \times 10^{12}$ /л, Лц $9,4 \times 10^9$ /л, СОЭ 47 мм/ч.

- 1. Предварительный диагноз?*
- 2. Какие исследования могут помочь установить диагноз?*
- 3. Хирургическая тактика?*

Задача № 6. Больной 21 года поступил в приемный покой дежурной больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе, многократную, обильную рвоту, задержку газов. Заболел около 5 часов назад после обильной еды, до этого постился. При осмотре: больной мечется от боли, постоянные позывы на рвоту. На расстоянии выслушивается урчание. Язык сухой, обложен желтым налетом. Пульс 118/мин. АД 90/60 мм рт. ст. Живот резко неравномерно вздут. Перкуторно над вздутыми отделами тимпанит. Видны перистальтирующие петли кишок через растянутую брюшную стенку. Положительный симптом Тевенера. При аускультации усилена перистальтика. Симптом Щеткина–Блюмберга сомнительный.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Диагностические и лечебные мероприятия?*

Задача № 7. Больная, 40 лет, поступила в экстренном порядке через 5–6 часов от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку газов и стула. Из анамнеза установлено, что подобные боли в животе наблюдались и раньше. При осмотре: язык сухой, живот неравномерно вздут. Определяется «косопузие» – в правой половине тугоэластическое образование, над ним тимпанит. Перитонеальные явления отсутствуют. При ректальном осмотре пустая ампула, зияние ануса. При обзорной рентгеноскопии симптом «автомобильной шины». Комплекс консервативной терапии неэффективен.

- 1. Ваш диагноз и действия?*

Задача № 8. Больной, 53 года, оперирован по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, разлитого гнойного перитонита, произведена операция аппендэктомия, санация и

дренирование брюшной полости. На 3-и сутки после операции возникли распирающие боли в животе, многократная рвота, задержка газов. При осмотре: живот резко равномерно вздут, язык сухой, пульс 118 в мин., температура тела 38,3 °С. Перкуторно над всеми отделами живота высотой тимпанит. При аускультации перистальтика отсутствует. При пальпации болезненность во всех отделах. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный. По дренажам из брюшной полости гнойное отделяемое. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости в тонком и толстом кишечнике множественные мелкие уровни, преобладает газ над жидкостью, перистальтики нет. Данный через рот барий через полтора часа находится в желудке по данным рентгенографии, эвакуации нет.

1. Ваш диагноз и действия?

Задача № 9. В приёмный покой дежурного хирургического стационара поступила больная 60 лет с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, тошноту, многократную рвоту, вздутие живота. Из анамнеза выяснено, что заболела внезапно около 5 часов назад. В течение 15 лет страдает желчнокаменной болезнью с частыми приступами, от операции отказывалась. Таблетки но-шпы и инъекция баралгина эффекта не принесли. При осмотре: кожные покровы обычной окраски, язык сухой. Пульс 108/мин., АД 160/100 мм рт. ст. Живот вздут, больше в верхних отделах, болезненный при пальпации, перистальтика усилена, симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости вздут тонкий кишечник, имеются тонкокишечные уровни. На обзорной рентгенограмме в проекции желчного пузыря и печени определяется газ. При экстренном ультразвуковом исследовании: желчный пузырь небольших размеров 5,0×2,5 см, стенки утолщены, склерозированы, в полости – крупный конкремент до 2 см в диаметре, желчные протоки не расширены, в желчном пузыре, протоках определяется газ – пневмобилия.

1. Ваш диагноз?

2. Хирургическая тактика?

Задача № 10. В приёмный покой хирургического стационара доставлен больной, 75 лет, через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в животе, рвоту, задержку стула и газов, слабость, сухость во рту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад перенес инсульт, имеется правосторонний паралич, страдает запорами. При осмотре: истощен, у больного дефицит веса, кожные покровы бледные, сухие. Язык суховат. Пульс 98 в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Живот равномерно вздут, болезненный. В левой подвздошной области неотчетливо пальпируется опухолевидное образование без четких контуров, не смещается. При

ректальном осмотре: в ампуле прямой кишки плотные каловые массы, патологических примесей нет, каких-либо опухолевидных образований не определяется.

1. Между какими двумя заболеваниями в данном случае следует дифференцировать?
2. Ваша тактика?

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА

Задача № 1. В районную больницу с вахты был доставлен вахтовик М., 20 лет. Доставившие больного сообщили, что 45 минут назад в общежитии услышали крик, подбежав к больному, увидели его лежащим на правом боку, стонущим и скрежещущим зубами. Последнюю неделю он жаловался на сильную изжогу. При осмотре стонет, бледен, колени приведены к животу, холодный пот, глаза выражают испуг, просит скорейшей помощи. Пульс 58 ударов в минуту, ритмичный мягкий. АД 100/40 мм рт. ст. Дыхательные экскурсии неглубокие, тахипное. Тоны сердца ритмичные, патологических шумов не слышно. Попытка уложить на спину увенчалась успехом на короткое время. Больной принимает прежнее положение. Передняя брюшная стенка в дыхании не участвует, пальпация живота болезненная, резкое напряжение мышц передней брюшной стенки во всех отделах. При перкуссии живота четко определить печеночную тупость не удастся.

1. Ваш диагноз?
2. Ваши действия?

Задача № 2. В районную больницу доставлен больной через 8 часов с момента заболевания. Во второй половине дня он почувствовал резкую боль в эпигастрии, имевшиеся под рукой альмагель и анальгин облегчения, как ранее это бывало, не дали. Ранее был диагностирован гастрит с повышенной кислотностью. Болевые ощущения первоначально возникшие в эпигастрии, стали распространяться по всей правой половине живота. С течением времени боли приобрели тупой характер, но распространялись по всему животу и больше в нижних отделах. При осмотре: кожные покровы бледноваты. Язык сухой, обложен белым налетом. Пульс 76 уд. в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Живот правильной формы. Умеренно напряжен по правой половине. Печеночная тупость

сохранена. При перкуссии выявляется болезненная точка в эпигастрии. В отлогих местах – притупление. Симптомы раздражения брюшины во всех отделах слабо положительны.

1. Каков диагноз?

2. Врачебная тактика?

3. Объем оперативного вмешательства при наличии показаний к нему.

Задача № 3. В приемный покой клиники в 8 ч. утра машиной скорой помощи доставлен больной с жалобами на боли в животе, более выраженные в правой подвздошной области, тошноту, неоднократную рвоту, в одной из порций были прожилки крови. Заболел остро в 4 часа ночи, когда почувствовал резкие боли в эпигастрии. Подобные, но меньшей интенсивности боли бывали и раньше. Три года назад была диагностирована язва желудка, она зарубцевалась. В осенне-весенние периоды проводилось профилактическое лечение. Два раза были приступы острого аппендицита. С возникновением этой боли выпил фосфалюгель, принял таблетку но-шпы. Боли через 1 час значительно уменьшились. Заснул. Сон был беспокойным, проснувшись отметил наличие тупых болей в эпигастрии и более выраженных в правой подвздошной области, появилась тошнота, рвота. При осмотре: положение активное. При движении щадит правую ногу, рукой держится за живот. Кожные покровы чистые. Язык обложен, сухой. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный. Патологии со стороны органов грудной клетки не выявлено. АД 130/85 мм рт. ст. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует слабо. При перкуссии печеночная тупость сохранена. Перкуторно в эпигастрии определяется болезненная точка. При пальпации определяется болезненность в одной половине живота, наибольшая в правой подвздошной области. Напряжение мышц правой половины передней брюшной стенки. Здесь же неярко выраженный симптом Щеткина–Блюмберга.

1. Диагноз?

2. Врачебная тактика?

Задача № 4. Врача поликлиники вызвали к больному мужчине 70 лет. Жалобы на резкую сухость во рту, слабость, боли по всему животу, отсутствие стула, вздутие живота. При сборе анамнеза выяснено, что в течение недели у больного были боли в эпигастрии, усилилась изжога, отрыжка с неприятным запахом, снизился аппетит. Двенадцать часов назад были резкие боли в подложечной области. С течением времени интенсивность их уменьшилась. От обращения к врачу больной отказывался, но в связи с резким ухудшением состояния, появлением

одышки, сердцебиения осознал необходимость вызова врача. При осмотре состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, акроцианоз. Одышка до 40 экскурсий в 1 минуту. Пульс 120 в 1 минуту. АД 95/50 мм рт. ст. Язык густо обложен, сухой. Кожные покровы бледные. Дыхание ослаблено, сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, единичные экстрасистолы. Живот вздут. При пальпации, умеренно напряжен и болезнен во всех отделах. Положителен симптом Щеткина–Блюмберга. В отлогих местах определяется свободная жидкость.

- 1. Каков диагноз и тактика врача поликлиники?*
- 2. Тактика врача стационара?*

Задача № 5. Под диспансерным наблюдением у врача поликлиники находился больной с язвенной болезнью желудка. Обратился по поводу появившихся болей в эпигастрии после длительной ремиссии. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Язык обложен, влажный. Пульс 68 уд/мин. Живот мягкий в нижних и средних отделах, в эпигастрии умеренно напряжен и болезнен. Симптомов раздражения брюшины нет. Назначен прием альмагеля, строгое соблюдение диеты. На следующий день, рано утром боли значительно усилились, таких раньше не было. Через час они стихли, но полностью не исчезли. При осмотре на дому: состояние больного средней тяжести. Старается не подниматься с постели. Кожные покровы бледные. Язык обложен, сухой. Живот напряжен, болезненный в эпигастрии. Положителен симптом Менделя. Неотчётливые симптомы раздражения брюшины.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Действие врача поликлиники?*
- 3. Какова тактика врача клиники?*

Задача № 6. К врачу поликлиники обратился больной, страдающий хроническим холециститом. Приемы но-шпы и аллохола обычно приносили облегчение. При последнем обследовании полгода назад, кроме дуоденального зондирования, подтвердившего наличие холецистита, произведено исследование желудочного сока. Выставлен диагноз гиперацидного гастрита. Накануне обращения почувствовал слабость, тошноту, горечь во рту. Ночью после ужина появились боли в правом подреберье. Принял но-шпу, боли утихли, но не прошли. Днем боли резко усилились «чуть сознание не потерял». Обратился к врачу поликлиники. При осмотре бледен, язык обложен, сухой. Пульс 60 уд. в мин. ритмичный. Живот напряжен во всех отделах, наибольшая болезненность в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины. При перкуссии печеночная тупость определяется неотчетливо.

- 1. Ваш диагноз?*

- 2. Действия врача поликлиники?*
- 3. Какие исследования необходимо провести в приемном покое, чтобы установить точный диагноз?*
- 4. Тактика врача?*

Задача № 7. К участковому врачу обратился больной с жалобами на боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, тошноту, однократную рвоту, неприятные ощущения в предплечье. Заболел два дня назад после ужина. Болевой синдром сопровождался резкой слабостью, потливостью, ознобом, урчанием в животе и жидким стулом. Из анамнеза известно, что раньше бывали весьма умеренные голодные боли, но внимания на это не обращал. У отца больного была язва 12-перстной кишки. При осмотре бледен. Язык сухой, обложен белым налетом. Температура 38,0 °С. Тахикардия. Надключичные ямки сглажены, при пальпации определяется крепитация. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует плохо. При его пальпации выявляется напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность в правом подреберье. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицателен. Со стороны легких патологии не выявлено.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. Ваши действия?*
- 3. Тактика врача стационара?*

Задача № 8. Вас, врача поликлиники, пригласили на дом к мужчине 60 лет. Месяц назад он был выписан из областной больницы, где находился с инсультом, правосторонним гемипарезом. Со слов жены, состояние его резко ухудшилось сутки назад. Он стал беспокойным, пытается что-то сказать, указывая на живот. Стула не было. Пил воду с жадностью, после чего состояние ухудшалось, увеличивалось вздутие живота. В анамнезе резкая изжога после приема кислой и острой пищи. При осмотре: мужчина на вид лет 70-ти. Черты лица заострены, вокруг глаз – темные круги, температура тела 38,2 °С. В контакт вступает плохо. Кожные покровы с сероватым оттенком. Признаки гемипареза. Пульс 120 в 1 мин., единичные экстрасистолы. АД 110/90 мм рт. ст. Живот вздут. При пальпации во всех отделах болезненный, о чем свидетельствует реакция на пальпацию с напряжением мышц брюшной стенки. Глубокую пальпацию провести не дает. Печеночная тупость отсутствует. В отлогах местах – жидкость.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. Ваши действия?*
- 3. Действия врача стационара?*

Задача № 9. В приемный покой стационара из села доставлен больной. Накануне вечером, будучи на дежурстве, почувствовал резкую боль в подложечной области. После приема анальгина боли несколько уменьшились. Всю ночь провел, мучаясь от боли. Вызвать транспорт было невозможно из-за отсутствия телефонной связи. В анамнезе – детские инфекции и аппендэктомия в 16-летнем возрасте. Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. Язык обложен белым налетом, сухой. Пульс 72 уд. в 1 мин., удовлетворительного наполнения. АД 120/80 мм рт. ст. Живот плоской формы, в акте дыхания участвует плохо. При пальпации болезненные ощущения более выражены в эпигастрии и в меньшей степени в правой половине живота. Выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптомы раздражения брюшины по правой половине живота. При перкуссии печеночная тупость определяется неотчетливо.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика врача стационара?

Задача № 10. Около 12 часов дня в участковую больницу доставили больного М. 45 лет, с жалобами на боли по всему животу, тошноту, слабость, жидкий стул. В течение 7 лет страдает язвенной болезнью желудка. При последних обследованиях констатируется рубцевание язвы. Вместе с этим гиперацидное состояние сменилось гипоацидным. Больной стал отмечать снижение аппетита, появилась раздражительность, похудание. Два дня назад возникло обострение с появлением острых болей в эпигастрии, державшихся в течение 1–1,5 часа. С течением времени боли утихли, несколько улучшилось общее состояние, больной пошел на работу. При поездке в автобусе 2 часа назад вновь почувствовал резкие боли в эпигастрии с распространением их по всему животу. При осмотре, состояние больного тяжелое. Проливной липкий пот. Тремор конечностей, температура тела 37,0 °С. Пульс 90 уд. в 1 мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот болезненный и напряжен во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины сомнительны.

1. Ваш диагноз?

2. Ваша тактика?

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Задача № 1. В приемный покой обратился мужчина 49 лет с жалобами на рвоту с кровью цвета «кофейной гущи», тошноту, слабость, жажду. Из анамнеза: язвенный анамнез отсутствует. Накануне был в гостях на свадьбе, была обильная пища и прием алкоголя. Объективно: состояние удовлетворительное, активный сознание ясное. Отмечается умеренный акроцианоз. Пульс частый. АД 100/70 мм рт. ст. Язык обложен коричневым налетом. Живот мягкий, не вздут, умеренно болезненный в эпигастрии. При ректальном исследовании – мелена.

1. Ваш диагноз и тактика?

Задача № 2. В дежурный хирургический стационар доставлен мужчина, 40 лет, с жалобами на общую слабость. Головокружение, мелькание мушек перед глазами, дегтеобразный стул. Из анамнеза: два года страдает гастритом. Ездил на курорт, было кратковременное улучшение. Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы бледные, пульс 110 ударов в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

1. Ваш диагноз и диагностическая тактика?

Задача № 3. В дежурный хирургический стационар доставлен мужчина 43 лет с жалобами на общую слабость, головокружение, жажду, однократную рвоту цвета «кофейной гущи». В анамнезе: язвенная болезнь в течение 3-х лет. В момент осмотра состояние удовлетворительное, несколько эйфоричен. Кожные покровы бледные, руки влажные. Пульс 90 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. При экстренной фиброгастродуоденоскопии: язва в пилорoduodenальном отделе на заднебоковой стенке до 0,5 см в диаметре, дно покрыто сгустком крови и фибрина. Отмечается умеренная контактная кровоточивость.

1. Ваша тактика?

Задача № 4. В дежурный хирургический стационар доставлен мужчина 50 лет с диагнозом желудочное кровотечение. Жалобы при поступлении: слабость, головокружение, тошнота, жажда. Из анамнеза: страдает язвенной болезнью в течение 5 лет. Ежегодно лечится в санаторно-курортных условиях, наступало улучшение. Объективно: состояние средней тяжести, сознание заторможено. Кожные покровы

бледные, язык влажный, покрыт грязным налетом. Пульс 124 удара в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий умеренно вздут, безболезненный. При пальцевом исследовании прямой кишки – на перчатке дегтеобразный стул. При гастроскопии: язва желудка размером 0,8х1см по малой кривизне, с глубоким дном, на дне ее видны два зияющих сосуда, из которых продолжается кровотечение.

1. Ваша тактика?

Задача № 5. В дежурный хирургический стационар обратился мужчина, 29 лет, с жалобами на общую слабость, тошноту, головокружение. Из анамнеза: Боли в эпигастральной области беспокоят в течение 3-х лет. Имеется изжога, боли в эпигастрии после приема пищи. Изредка, чтобы купировать боли, употреблял соду. Объективно: состояние удовлетворительное, активный, сознание ясное, кожные покровы несколько бледноваты. Пульс 98 ударов в минуту. АД 125/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Аускультативно хорошо прослушивается перистальтика кишечника. В общем анализе крови: эр. $4,3 \times 10^{12}$ /л; Нб 80 г/л.

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача № 6. В дежурный хирургический стационар доставлен мужчина, 48 лет, в тяжелом состоянии. От врача скорой помощи известно, что пациент обращался с жалобами на рвоту с кровью цвета «кофейной гущи» с примесью алой крови. Из анамнеза: 2 часа назад почувствовал тошноту, нарастающую слабость, головокружение. Через 1 час появилась рвота цвета «кофейной гущи» с примесью крови. Десять лет назад перенес болезнь Боткина, после лечения чувствовал себя хорошо и мог продолжать работу. Объективно: в момент осмотра состояние тяжелое, сознание ясное. Кожные покровы бледные, холодные. Желтухи нет. Пульс 110 ударов в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Живот обычной формы, умеренно выраженная венозная сеть на правой половине брюшной стенки. Размеры печени по Курлову: 13х11х7 см.

1. Наш диагноз?

2. Какова должна быть диагностическая и лечебная тактика?

Задача № 7. Мужчине, 47 лет, два дня назад провели операцию – резекцию желудка по Бильрот-II по поводу язвы желудка. Вечером в день операции больной жаловался на боли в животе неопределенного характера, чувство вздутия, температура до 38,2 °С, икоту. Пульс 110 ударов в минуту. АД 120/70 мм рт. ст. Дежурный врач указанные клинические проявления расценил как послеоперационную травму.

Назначил анальгетик. Больной уснул до утра. На следующий день состояние не улучшилось: боли в животе неинтенсивного характера держатся, жажда, пульс 120 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Вечером состояние ухудшилось, больной возбужден, тахикардия, жажда, сухой язык. Повязка умеренно промокла кровью. Живот напряжен, болезнен при пальпации во всех отделах. Определяется свободная жидкость в брюшной полости.

1. Ваш диагноз и тактика?

2. Назвать возможные локализации катастрофы?

Задача № 8. В дежурный хирургический стационар доставлен мужчина 50 лет с желудочным кровотечением. Из анамнеза: в течение 5 лет страдает язвенной болезнью. В день поступления: состояние удовлетворительное, сознание ясное. При фиброгастродуоденоскопии в желудке сгустки крови, после промывания выявлена язва антрального отдела желудка по малой кривизне, размером 1 см в диаметре, тромбированный сосуд на дне язвы. Кровотечение остановилось. В течение 3-х дней проводилось консервативное лечение, на 3-и сутки состояние резко ухудшилось, открылась рвота с кровью, больной бледен, холодный пот, коллапс. АД 70/45 мм рт. ст., пульс частый, нитевидный. Эр. $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб 72 г/л.

1. Ваши действия?

Задача № 9. Женщина 49 лет поступила в дежурный хирургический стационар с жалобами на желудочное кровотечение, слабость, тошноту, головокружение. Из анамнеза: в течение 10 лет страдает ревматическим полиартритом, по поводу чего неоднократно лечилась в условиях стационара, различными медикаментозными препаратами, в том числе преднизолоном, аспирином и др. Язвенный анамнез отсутствует. Сегодня утром в 6 часов среди полного благополучия проснулась от тошноты и тут же открылась рвота с кровью. Экстренная фиброгастродуоденоскопия в стационаре выявила диффузное кровотечение со всей поверхности слизистой желудка.

1. Ваша тактика?

2. Назовите причину кровотечения?

Задача № 10. В дежурный хирургический стационар доставлен каретой скорой помощи мужчина, 29 лет, с желудочным кровотечением. Жалуется на общую слабость, тошноту, рвоту, головокружение. Из анамнеза: поел привезенные из дома маринованные грибы. Спустя два часа почувствовал тошноту, общую слабость. Вскоре открылась неукротимая рвота, сначала съеденными грибами, затем с примесью алой

крови. Объективно: состоят средней тяжести, сознание полное, адинамичен, кожные покровы бледные, холодный пот на лице и на руках. Пульс 108 в минуту, АД 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, не вздут, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.

1. Какой диагноз и Ваши действия?

Задача № 11. В дежурный хирургический стационар доставлен мужчина 42 лет с профузным желудочным кровотечением. Страдает язвой желудка в течение 7 лет. Объективно: состояние средней тяжести, сознание несколько заторможено, кожные покровы бледные, слизистая губ бледно-серого цвета. Ворот рубашки испачкан кровью. Пульс 110 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. При пальцевом исследовании прямой кишки мелена. Пациент в срочном порядке взят на операцию, одновременно проводится гемотрансфузия. На операции: в просвете тонкого кишечника темная кровь, а в желудке пальпаторно и визуально патологии не выявлено.

1. Ваша тактика?

Задача № 12. Мужчина, 54 лет, доставлен по скорой помощи в дежурный хирургический стационар в тяжелом состоянии. За сутки до поступления в стационар отмечались общая слабость, головокружение с кратковременной потерей сознания. Сегодня утром отметил дегтеобразный стул. Кожные покровы бледные, пульс 104 в минуту, АД 100/60 мм рт. ст. Эр. $3,2 \times 10^{12}/л$, Нб 80 г/л. При пальцевом исследовании прямой кишки на перчатке кровь. Произведена срочная фиброгастроскопия: в желудке следы крови, на задней стенке 12-перстной кишки имеется язва с кровоточащим сосудом на дне. Произведена эндоскопическая электрокоагуляция дна язвы. Кровотечение остановилось. Однако на другой день вновь возникло кровотечение.

1. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача № 13. Мужчина 52 лет в течение 6 лет лечился по поводу язвы антрального отдела желудка. От предложенной операции отказывался. За последние 4 месяца самочувствие ухудшилось, появилась слабость, отрыжка с запахом тухлого яйца, потеря аппетита, отвращение к мясной пище, снижение работоспособности. Сутки назад заметил дегтеобразный стул.

1. Какой Ваш диагноз?

2. Что нужно для уточнения диагноза?

3. Лечебная тактика?

Задача № 14. Мужчина, 48 лет, поступил в хирургическое отделение с сильными болями в эпигастрии, иррадиирующими в поясницу. В течение 4-х лет страдает язвой 12-перстной кишки. За последние 2 месяца боли носят постоянный и интенсивный характер, независимо от приема пищи. Сегодня утром заметил дегтеобразный стул. Рвоты не было. При рентгенологическом исследовании обнаружена большая язвенная ниша 1,2 см в диаметре на задней стенке 12-перстной кишки. Свободная соляная кислота – 70, общая кислотность – 100. Состояние удовлетворительное.

- 1. О каком осложнении можно подумать?*
- 2. Какова лечебная тактика?*

Задача № 15. Скорой помощью в хирургический стационар доставлен мужчина, 19 лет, с жалобами на общую слабость, тошноту, головокружение. Из анамнеза: гастрит на протяжении последних 5 месяцев. Вчера и сегодня заметил дегтеобразный стул. Состояние удовлетворительное. Активный. Эр. $3,9 \times 10^{12}/л$, Нб 130 г/л. Пульс 90 в минуту, АД 120/80 мм рт. ст. При фиброгастроскопии язва 0,4х0,3 мм в диаметре на передней стенке 12-перстной кишки, на дне язвы тромбированный сосуд, покрыт налетом фибрина, края язвы без инфильтрации, кровотечения нет.

- 1. Лечебная тактика?*

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Задача № 1. Больной страдает язвенной болезнью ДПК в течение 5 лет. Ежегодно бывает обострение заболевания. При последнем обращении предъявляет жалобы на голодные ночные боли, а также усиливающиеся после приема пищи через 1,5 часа. При объективном осмотре: определяется легкая болезненность в эпигастриальной области; на ФГДС язвенный дефект на передней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки размером 0,2х0,4 см; при исследовании желудочной секреции, определяется повышение кислотообразующей функции желудка. После проведения терапии спазмолитиками, антацидами, репарантами, транквилизаторами отмечается положительная динамика, в виде

уменьшения болей, но при контрольном ФГДС язвенный дефект прежних размеров.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика?

Задача № 2. Больная Н., 40 лет, поступила в гастроэнтерологическое отделение по поводу обострения язвенной болезни. Из анамнеза известно, что язвенной болезнью желудка страдает в течение 7 лет с частыми весенне-осенними обострениями. Дважды в течение прошлого года лечилась в хирургическом отделении по поводу гастродуоденального кровотечения. От предложенного хирургического лечения отказалась. Поводом для поступления в клинику в настоящее время явилось обострение язвенной болезни. На второй день лечения почувствовала недомогание, головокружение. При обследовании: АД 130/80 мм рт. ст., пульс 72. Язык чистый, влажный, живот мягкий, болезненный при пальпации в эпигастральной области. При исследовании per-rectum мелены нет. При выполнении срочного анализа крови Hb 80 г/л. Больной был прописан строгий постельный режим, но в последующие дни не было ни мелены, ни черного стула, уровень артериального давления существенно не снижался, частота пульса в пределах 70–76 в мин.

1. Диагноз?

2. Обследование?

3. Лечение?

Задача № 3. В приемный покой хирургического стационара обратился мужчина, 50 лет, с жалобами на сильные боли в эпигастральной области с иррадиацией в поясницу. В течение 4-х лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. За последние 2 месяца боли носят постоянный и интенсивный характер, независимо от приема пищи. Рвоты не было, но утром был однократный дегтеобразный стул. При рентгенологическом исследовании обнаружена большая язвенная нища на задней стенке 12-перстной кишки.

1. О каком осложнении язвенной болезни можно думать?

2. Какова лечебная тактика?

Задача № 4. Во время дежурства по скорой помощи в приемный покой хирургического стационара доставлен больной, 19 лет, с жалобами на слабость, тошноту, головокружение. Из анамнеза: ранее изредка беспокоила изжога, но никогда не обследовался, диету не соблюдал. Вчера и сегодня заметил дегтеобразный стул. Состояние удовлетворительное, активен. Показатели анализа крови: эритроциты $3,9 \times 10^{12}/л$, Hb 130 г/л; пульс 90 в мин., АД 120/80 мм рт. ст. При

фиброгастроскопии – язва 3х4 мм в диаметре на передней стенке 12-перстной кишки, на дне язвы тромбированный сосуд, покрыт налетом фибрина, края язвы без инфильтрации, кровотечение не продолжается.

1. Ваша лечебная тактика?

Задача № 5. Мужчина, 62 года, в течение 6 лет находился на учете по поводу язвы антрального отдела желудка. От предложенной операции отказывался. За последние 4 месяца самочувствие ухудшилось: появилась слабость, отрыжка с запахом тухлого яйца, потеря аппетита, отвращение к мясной пище, снижение работоспособности, периодически бывает дегтеобразный стул. Последние 3 суток усилилась слабость и головокружение.

1. Какой Ваш диагноз?

2. Какие мероприятия необходимы для уточнения диагноза?

3. Лечебная тактика?

Задача № 6. Мужчина, 45 лет, поступил в клинику хирургических болезней в плановом порядке с жалобами: на боли в эпигастрии и правом подреберье, похудание за последние 3 месяца на 12 кг, тошноту, отрыжку и рвоту около 2 раз в неделю. В анамнезе: страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последний год отметил исчезновение весенне-осенних обострений заболевания, исчезла связь болей с приемом пищи. При проведении фиброгастродуоденоскопии гастроскоп не удается провести в 12-перстную кишку из-за выраженной деформации и рубцового стенозирования.

1. Диагноз?

2. Какие мероприятия необходимы для уточнения диагноза?

3. Лечебная тактика?

Задача № 7. В приемный покой доставлен мужчина 40 лет с жалобами на наличие болей в эпигастрии с иррадиацией в спину в имеющие опоясывающий характер. Заболел остро утром. Прием но-шпы и альмагеля незначительно снизил болевой синдром, появилась слабость и тошнота. Страдает язвенной болезнью в течение 3-х лет. При осмотре: состояние больного средней тяжести, лежит поджав ноги к животу. В положении на спине боли усиливаются. Живот напряжен во всех отделах, но больше в эпигастрии, здесь же резкая болезненность. Печеночная тупость, сохранена. Глубокая пальпация живота невозможна.

1. Ваш диагноз?

2. Врачебная тактика?

Задача № 8. К дежурному врачу клиник обратился мужчина, 42 года, с жалобами на тошноту, которая появилась еще утром, к вечеру после ужина появилась боль в эпигастрии, которая постепенно нарастала, что и вынудило обратиться за помощью. Из анамнеза: в течение 10 лет страдает язвенной болезнью ДПК. До этого был диагностирован гастрит. 4 года назад была перфорация язвы, по поводу чего произведена операция ушивания ее. При осмотре: состояние средней степени тяжести, язык обложен белым налетом. Пульс 96 в мин., ритмичен. Кожные покровы бледные. Живот резко напряжен и болезнен в эпигастрии. При перкуссии в правом подреберье – выраженная болезненность, печеночная тупость сохранена.

1. *Предположительный диагноз?*
2. *Врачебная тактика?*

Задача № 9. Больной А., 32 лет, доставлен в больницу с жалобами на частую рвоту ранее съеденной пищей, похудание, резкую слабость. В анамнезе: язвенная болезнь ДПК в течение 6 лет, последний год стал замечать похудание, чувство распирания в эпигастрии после еды, отрыжку тухлым, затем появилась рвота. При осмотре: дефицит веса около 10 кг, кожные покровы бледные, язык сухой. Живот мягкий, слабо болезненный в эпигастрии, где определяется шум плеска. За 2-е суток до поступления в поликлинику проходил рентгеноскопию желудка с дачей бариевой взвеси. Сейчас показатели крови: Нб 105 г/л. эр. $3,2 \times 10^{12}/л$, в анализе мочи отклонений от нормы нет. При проведении обзорной рентгенографии брюшной полости определяется наличие контрастной массы в желудке, увеличение границ желудка

1. *Ваш развернутый диагноз?*
2. *Тактика?*

Задача № 10. Во время дежурства по хирургическому стационару в отделение переведен больной из реанимационного отделения, где находился 2-е сутки после операции резекции 2/3 желудка по Бильрот II в модификации Финстерера, по поводу язвенной болезни, осложненной пенетрацией язвы в поджелудочную железу.

1. *Напишите лист назначения больному.*
2. *Какие исследования необходимо провести после операции?*

БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Задача № 1. В приемный покой клиники поступила больная С., 50 лет с жалобами на общую слабость, сильные боли в эпигастрии, опоясывающего характера, рвоту желчью, запоры. Боли возникают сразу после приема пищи, реже ночью. Из анамнеза было выяснено, что 3 года назад больной выполнена операция резекция желудка. После операции отмечает плохой аппетит, отвращение к сладкому, прогрессирующее похудание. При поступлении состояние средней степени тяжести, пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные. Пульс 70 ударов в минуту, АД-110/70 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастрии.

- 1. Предположительный диагноз?*
- 2. Тактика врача приемного покоя?*
- 3. Методы исследования?*

Задача № 2. На хирургический прием в поликлинику обратилась больная К., 66 лет. Больная пониженного питания дефицит веса 5 кг. Из анамнеза было выяснено, что 6 месяцев назад больной выполнена операция резекции желудка. После операции больная стала отмечать, что прием сладкой пищи либо молока вызывает на непродолжительное время (по 10–15 мин) слабость, недомогание. При соблюдении диеты данные приступы больную практически не беспокоят. Пульс во время приступа учащается на 10 ударов в минуту.

- 1. Ваш предположительный диагноз? Лечение.*
- 2. Какие метода диагностики следует провести больной для подтверждения диагноза?*

Задача № 3. В хирургическую клинику поступила больная, 50 лет, с жалобами на слабость, пониженный аппетит, чувство распирания в эпигастральной области, неустойчивый стул, снижение работоспособности. Из анамнеза выяснено, что за 6 месяцев до поступления больной выполнена операция резекции желудка по поводу язвенной болезни ДПК. После операции стала отмечать, что прием любой пищи вызывает вышеперечисленные жалобы в течение 30–40 мин. Стул стал неустойчивый – поносы сменяются запорами. Похудела на 10 кг. Объективно: больная пониженного питания. На расстоянии слышен шум перистальтики кишечника, больная постоянно срыгивает. Отмечается дрожание пальцев и кистей.

1. Ваш диагноз?

2. Какие исследования подтвердят Ваш диагноз?

Задача № 4. В приемный покой хирургической клиники поступил больной П., 45 лет, с жалобами на боли в эпигастральной области, с иррадиацией в поясничную область, похудание. Из анамнеза выяснено, что больной перенёс операцию резекции желудка за 3 месяца до поступления в клинику. Прием пищи снимает данный болевой синдром, поэтому больной вынужден часто принимать пищу. При осмотре живот обычной формы, пальпация болезненна в эпигастральной области слева от средней линии.

1. Ваш диагноз?

2. Методы диагностики данного вида патологии?

Задача № 5. Больной И., 70 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боль в эпигастральной области, изжогу, отрыжку, рвоту кровью, черный стул. Из анамнеза: страдал язвенной болезнью 12-перстной кишки 15 лет, по поводу чего год назад произведена резекция 2/3 желудка по Финстереру. После операции через 6 месяцев появились вышеперечисленные жалобы. Трижды было желудочное кровотечение. При поступлении состояние ближе к удовлетворительному. Больной обычного телосложения. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. В анализах крови: Нб-105г/л, Эр- $2,0 \times 10^{12}$, СОЭ-7 мм/час, ПТИ-93 %. Per rectum мелена.

1. Ваш диагноз?

2. Какие методы исследования следует провести больному?

Задача № 6. На поликлинический прием обратилась больная М., 56 лет с жалобами на чувство переполнения в эпигастрии после приема пищи, снижение веса за последние 3 месяца, отвращение к мясной пище. Из анамнеза выяснено, что год назад оперирована в онкологическом диспансере по поводу заболевания желудка. Объективно: больная пониженного питания, дефицит веса 10 кг. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации умеренная болезненность в эпигастральной области, где пальпируется плотное, болезненное, не смещаемое образование до 10 см в диаметре.

1. Какое осложнение после резекции желудка у больной?

2. Какие исследования помогут Вам в постановке диагноза?

Задача № 7. В хирургическую клинику поступил больной У. 30 лет, с жалобами на боли в эпигастральной области, отрыжку, тошноту, рвоту. Страдает язвенной болезнью желудка более 5 лет. 2 года назад резекция

желудка по Бильрот II, на короткой петле. 1 год назад выполнена операция стволовая ваготомия. Больной пониженного питания, живот при пальпации мягкий болезненный в эпигастриальной области. При Rg-логическом исследовании пищевод в абдоминальном отделе спастически сокращен, через суженный участок бариевая взвесь малыми порциями поступает в культю желудка. Вышележащие отделы пищевода расширены, имеются глубокие антиперистальтические волны.

1. Ваш диагноз?

2. Врачебная тактика?

Задача № 8. В приемный покой хирургической клиники поступил больной М., 48 лет, с жалобами на потерю в весе, рвоту застойным желудочным содержимым, судороги, вздутие в эпигастриальной области. Из анамнеза выяснено, что год назад больной оперирован по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. После выписки из стационара, через 6 месяцев после операции стали беспокоить боли в эпигастрии, появились выше перечисленные жалобы. Больной лечился самостоятельно, но эффекта от лечения не отмечалось. Объективно: больной пониженного питания. Язык сухой, обложен беловатым налетом, изо рта неприятный, кислый запах. Живот участвует в акте дыхания безболезненный при пальпации. Выполненная Rg-графия желудка показала резко раздутую культю желудка, замедленную эвакуацию бариевой взвеси из культи, мелкими порциями. Каких-либо дефектов в стенке желудка выявлено не было. В биохимических анализах крови отмечается снижение CL- ниже 89 ммоль/л, общего белка до 60 г/л.

1. Ваш диагноз?

2. Дальнейшая тактика?

Задача № 9. На хирургический прием в поликлинику обратился больной 55 лет, с жалобами на чувство полноты, распирающие боли в правом подреберье вскоре после еды, тошноту, отрыжку горьким и рвоту с примесью желчи. В выписке из истории болезни выяснено, что год назад больному выполнена операция резекция желудка по Бильрот II в модификации Финстерера. Выполненная Rg-графия желудка показала заброс бариевой взвеси и, застой контраста в приводящей и двенадцатиперстной кишке.

1. Ваш диагноз?

2. Дальнейшая тактика?

Задача № 10. В приемное отделение клиники машиной скорой помощи доставлен больной Ж., 60 лет. Пациент мечется от боли, скрежещет зубами. Из анамнеза удалось выяснить, что около 1 часа до

поступления у больного появились кинжальные боли в животе, практически потерял сознание. Год назад перенес операцию резекцию желудка по Бильрот I после которой периодически беспокоили боли в животе, особенно в весенне-осенний период. Объективно: больной пониженного питания, живот в акте дыхания не участвует, по средней линии послеоперационный рубец, при пальпации выраженное мышечное напряжение, печеночная тупость не определяется. АД-80/50 мм рт. ст., Рс 60 ударов в мин. При Rg-графии брюшной полости определяется свободный газ под куполом диафрагмы. Лейкоцитов в крови $9,0 \times 10^9$ /л.

1. Диагноз?

2. Врачебная тактика?

ТУПАЯ ТРАВМА ЖИВОТА

Задача № 1. В приемный покой поступил мужчина, 30 лет, с жалобами на боли в левой половине живота, иррадиирующие в левое плечо, слабость, головокружение, тошноту, рвоту, шум в ушах. Доставлен машиной скорой помощи через 2 часа после автомобильной аварии. Состояние средней степени тяжести. Пациент заторможен. лежит с поджатыми к животу ногами на левом боку. Кожные покровы бледные. в области левого подреберья имеется ссадина с подкожным кровоизлиянием. Дыхание поверхностное, пульс 100 ударов в минуту. АД 90/40 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. Отмечается резкая болезненность в левой половине живота, положительный симптом Куленкампа. При изменении положения тела боли усиливаются, пациент старается лечь на левый бок. Печеночная тупость сохранена. Симптом Щеткина–Блюмберга выражен нечетко. Отмечается притупление в левом боковом канале. Рентгенологически определяется высокое стояние и ограничение подвижности левого купола диафрагмы, гомогенная тень в левой части поддиафрагмального пространства, спускающаяся книзу.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика врача?

3. Дополнительное обследование?

Задача № 2. В хирургическое отделение поступил мужчина, 20 лет, с жалобами на боли в животе. Из анамнеза установлено, что 2 часа назад получил удар ногой по животу во время драки. Состояние относительно

удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы обычного цвета. Пульс 80 ударов в минуту, АД 130/90 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается некоторое напряжение прямых мышц живота. Слева от пупка пальпируется опухолевидное образование овальной формы 6–7 см, плотной консистенции, болезненное при пальпации. При поднятии головы в положении лежа образование контурируется более четко в проекции левой прямой мышцы живота. Живот мягкий, болезненный в околопупочной области. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный, Свободная жидкость в брюшной полости перкуторно не определяется.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. План обследования?

3. Врачебная тактика?

Задача № 3. В хирургическое отделение в состоянии алкогольного опьянения поступил мужчина, 36 лет, с жалобами на сильные боли в животе, слабость, головокружение, шум в ушах, тошноту, рвоту кровью. 2 часа назад во время драки получил удар палкой по животу. Перед травмой имел место обильный прием пищи. Состояние тяжелое. Пациент заторможен, на вопросы отвечает с опозданием. Положение вынужденное, с приведенными к животу ногами. Кожные покровы бледные, влажные. Дыхание поверхностное. Пульс 110 ударов в минуту. АД 70/40 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот обычной формы, в акте дыхания не участвует. В эпигастральной области имеется ссадина. При пальпации разлитая болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина–Блюмберга. В отлогах местах брюшной полости притупление перкуторного звука. Печеночная тупость отсутствует. Перистальтика ослаблена. При ректальном исследовании определяется нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. Рентгенологически определяется свободный газ в брюшной полости.

1. Ваш диагноз?

2. Хирургическая тактика?

Задача № 4. На операции по поводу тупой травмы живота при ревизии брюшной полости обнаружен экссудат желтовато-грязного цвета, отек тканей в области двенадцатиперстной кишки, пропитывание их желтовато-зеленоватой жидкостью, забрюшинная эмфизема и гематома, которая распространяется книзу.

1. Ваш диагноз?

2. Этапы операции?

3. Особенности дренирования и ведения послеоперационного периода?

Задача № 5. В приемный покой машиной скорой помощи доставлен мужчина, 42 лет, с жалобами на тупые постоянные боли в животе, иррадиирующие в спину, слабость, головокружение, шум в ушах. Час назад получил травму – упал спиной на кирпичи. Состояние тяжелое, заторможен. Кожные покровы бледные. Дыхание поверхностное. Пульс 100 ударов в минуту, слабого наполнения. АД 70/40 мм рт. ст. В правой поясничной области на уровне L_{II}-L_{III} имеется ссадина, кровоподтек, отечность, болезненность при пальпации. Живот несколько вздут, участвует в акте дыхания. Отмечается локальное напряжение мышц и болезненность в правой мезогастральной области. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Положительный симптом Джойса. Свободная жидкость в брюшной полости перкуторно не определяется. Перистальтика не выслушивается. Общий анализ мочи без изменений. На обзорной рентгенограмме перелом поперечных отростков L_{II}-L_{III} справа. Свободная жидкость и газ в брюшной полости отсутствуют. Имеется сглаженность контура правой поясничной мышцы.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Тактика лечения?

Задача № 6. В хирургическое отделение поступил мужчина, 32 лет, с жалобами на тупые боли в левом подреберье, чувство тяжести в этой области. За день до этого на тренировке ударился левой поясничной областью. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы естественного цвета. Пульс 80 ударов в минуту, ритмичен. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, симметрично участвует в акте дыхания. Отмечаются локальное напряжение и болезненность в левом подреберье. Симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. Перкуторно свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Перкуторно имеется увеличение размеров селезенки. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободная жидкость и газ не определяются.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные обследования?
3. Тактика лечения?

Задача № 7. В хирургическое отделение поступил мужчина, 28 лет, с жалобами на боли в правой половине живота, слабость, головокружение, шум в ушах. Доставлен через 2 часа после того, как на занятии по физкультуре сорвался с брусьев и ударился правым боком. Состояние

пациента тяжелое, в сознании. Положение вынужденное, сидя, согнувшись. Кожные покровы бледного цвета. Пульс 110 ударов в минуту. АД 80/60 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, частое. При изменении положения пытается снова сесть. Язык суховат, обложен желтым налетом. Живот обычной формы, не участвует в акте дыхания. Болезненный при поверхностной пальпации, больше в правой половине брюшной полости. Положительный симптом Куленкампа. Симптом Щеткина–Блюмберга определяется неотчетливо. В отлогих местах брюшной полости определяется притупление. При обзорной рентгенографии брюшной полости отмечается ограничение подвижности диафрагмы справа, гомогенность тени печени.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Врачебная тактика?

Задача № 8. У больного на операции по поводу тупой травмы живота при ревизии брюшной полости обнаружен разрыв стенки желчного пузыря и холедоха.

1. Ваша тактика?

Задача № 9. В приемный покой доставлен мужчина, 40 лет, с жалобами на боли в животе, слабость, рвоту. Поступил через 4 часа после того, как получил удар ногой по животу. Состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Температура 37,4 °С. Кожные покровы естественного цвета. Дыхание поверхностное, частое. Пульс 100 ударов в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, обложен. Живот обычной формы, в дыхании не участвует. При пальпации напряжен во всех отделах, имеется разлитая болезненность. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах брюшной полости-притупление. Симптом Щеткина–Блюмберга положительный. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании отмечается нависание и болезненность передней стенки. Рентгенологически определяется свободный таз в брюшной полости.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Дальнейшая тактика?

Задача № 10. В хирургическом отделении находится пациент с тупой травмой живота в состоянии сильного алкогольного опьянения с подозрением на повреждение органов брюшной полости. Ему необходимо провести лапароцентез.

1. Опишите технику его выполнения?

ПЕРИТОНИТЫ

Задача № 1. В приемное отделение районной больницы доставлен больной, 19 лет. За 2 часа до поступления внезапно почувствовал боли в надчревной области, которые распространились по всему животу. Дважды была рвота. Стул задержан. Газы не отходят. Язык суховат. Пульс 60 ударов в 1 минуту. Живот напряжен, в акте дыхания почти не участвует. При пальпации резкая болезненность по всему животу и мышечное напряжение больше в верхних отделах его. Передняя стенка прямой кишки при пальпации болезненна. Лейкоцитоз $9,5 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ 10 мм/час.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Тактика врача приемного покоя?

Задача № 2. В районную больницу доставлен больной, 20 лет. 18 часов назад почувствовал сильные боли в верхнем отделе живота, была однократная рвота. Живот был твердым «как доска». Затем боли несколько уменьшились и стали распространенными. Тошнота, отрыжка. Стул задержан. Язык сухой. Температура $37,8^\circ\text{C}$. Пульс 110 ударов в минуту. Живот несколько вздут. В дыхании участвует плохо. При пальпации разлитая болезненность по всему животу. Выражен симптом Щеткина–Блюмберга. При аускультации шумов перистальтики почти не слышно. Лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ 20 мм/час.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Тактика врача-хирурга?

3. Какие методы инструментальной диагностики подтверждают Ваш диагноз?

Задача № 3. В хирургическое отделение больницы поступил больной С., 23 лет. Болен трое суток. За мед. помощью не обращался. Внезапно появились боли в животе, которые были весьма интенсивными, затем несколько затихли, но не прошли. Состояние прогрессивно ухудшалось. Повысилась температура до $38\text{--}39^\circ\text{C}$. Трижды была рвота. Стул задержан, газы не отходят. Состояние тяжелое. Температура $38,5^\circ\text{C}$. Лицо осунувшееся. Икота. Пульс 130 ударов в 1 минуту. Дыхание поверхностное. Живот вздут, в дыхании не участвует. При пальпации болезненность по всему животу. Выраженный симптом Щеткина–Блюмберга. Определяется свободная жидкость в брюшной полости. При аускультации шумов перистальтики не выслушивается. Лейкоцитоз $20 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ 45 мм/час. Токсическая зернистость лейкоцитов.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика врача хирургического стационара?

Задача № 4. В хирургическое отделение больницы доставлен студент 19 лет, за 6 часов до поступления внезапно, среди полного здоровья почувствовал сильные «кинжальные» боли в верхнем отделе живота, упал. Состояние тяжелое. Лежит на боку с подтянутыми к животу ногами. При перемене положения тела боли усиливаются. Язык чистый. Лицо бледное, покрытое каплями пота. Пульс 60 ударов в 1 минуту. Дыхание поверхностное. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации резкая болезненность по всему животу и выраженное мышечное напряжение там же (живот доскообразный). При перкуссии живота печеночная тупость отсутствует (над печенью тимпанит). При исследовании через прямую кишку резкая болезненность передней стенки ее и нависание.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Какие методы диагностики позволят правильно поставить диагноз?

3. Объем оперативного вмешательства?

Задача № 5. В хирургическое отделение больницы доставлен больной Н., 33 лет. Заболел 8 часов назад после приема обильного количества пищи (съел большое количество жареной, жирной рыбы). Появились боли в надчреве с иррадиацией в правое плечо и шею. Боли сильные, постоянные. Трижды была рвота желчью, не приносящая облегчения. Язык суховат. Склеры иктеричны. Пульс 100 ударов в 1 минуту. Температура 38,3 °С. Живот при пальпации болезненный в правом подреберье, где определяется грушевидное образование у края прямой мышцы. Там же мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина–Блюмберга. Лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$.

1. Ваш диагноз?

2. Методы диагностики, позволяющие поставить правильный диагноз?

3. Тактика врача хирургического отделения?

Задача № 6. В приемное отделение больницы доставлен больной, 43 лет. Болен 6 часов. Заболел после обильной жирной еды. Внезапно появились сильные опоясывающие боли в верхнем отделе живота, многократная рвота пищей и желчью, не приносящая облегчения. Язык сухой. Температура 37,8 °С. Пульс 96 ударов в минуту. На кожи груди и живота фиолетовые пятна. Склеры желтушны. Живот мягкий. В надчревной области мышечное напряжение. В левом реберно-позвоночном углу болезненность. Пульсация брюшной аорты ослаблена.

Симптом Щеткина–Блюмберга по всему животу. Лейкоцитоз $22 \times 10^9/\text{л}$. Диастаза мочи 1256 гч/л.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Методы диагностики, позволяющие поставить правильный диагноз?*
- 3. Тактика врача приемного покоя?*

Задача № 7. В хирургическое отделение больницы доставлена больная, 19 лет. Болеет около суток. Внезапно среди полного здоровья появились боли в надчревьe, которые распространились на весь живот и локализовались в правой подвздошной области. Однократная рвота. Боли отдают в поясницу и правую ногу. Состояние средней тяжести. Был озноб. Температура $37,6^\circ\text{C}$. Язык сухой. Пульс 100 ударов в 1 минуту. В легких везикулярное дыхание. Живот в дыхании отстает в нижних отделах. При пальпации разлитая болезненность и мышечное напряжение в нижних отделах, больше справа. Положительны симптомы Щеткина–Блюмберга, Воскресенского, Иванова. Лейкоцитоз $12 \times 10^9/\text{л}$. СОЭ 8 мм/час.

- 1. Ваш предварительный диагноз?*
- 2. Тактика врача хирургического отделения?*

Задача № 8. В хирургическое отделение больницы поступил больной, 28 лет. Болеет 10 часов. Внезапно появились схваткообразные боли в животе, многократная рвота сначала пищей, затем желчью, далее с кишечным запахом. Состояние средней тяжести. Лицо осунулось, язык суховат, обложен. Пульс 110 ударов в 1 минуту. Температура $36,8^\circ\text{C}$. Живот ассиметричен. Контурируются петли кишечника справа от пупка. Это совпадает с приступом болей. Пальпация живота болезненна, больше в зоне пупка. По всему животу определяется симптом Щеткина–Блюмберга. Стул задержан. Газы не отходят. При пальцевом исследовании растянута ампула прямой кишки.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. Какие методы инструментальной диагностики следует провести больному?*
- 3. Тактика врача хирургического отделения?*

Задача № 9. В приемный покой поступил больной, 45 лет. Болен трое суток. До этого в течение 5 лет страдал правосторонней паховой грыжей. После подъема тяжести появились сильные боли в паховой области, грыжа перестала вправляться. Боли распространились на весь живот. Была дважды рвота. Стул задержан. Газы не отходят. Язык сухой. Пульс 110 ударов в 1 минуту. Температура $37,7^\circ\text{C}$. Живот болезненный в нижних отделах, где определяется симптом Щеткина–Блюмберга. В паховой

области справа овальной формы выпячивание, спускающееся в мошонку, туго эластической консистенции, резко болезненное, невосприимчивое. Кашлевой толчок не определяется. Кожа в области выпячивания багровая, имеется местное повышение температуры.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика врача-хирурга приемного отделения?

Задача № 10. Больной, 29 лет, оперирован по поводу гангренозно-перфоративного аппендицита, распространенного перитонита. Произведена аппендэктомия, туалет брюшной полости и ее дренирование. 1-е сутки после операции. Состояние тяжелое. Пульс 120 ударов в 1 минуту. Температура 38 °С. Живот вздут. Была трижды рвота. Газы не отходят.

1. Опишите технику его выполнения.

Задача № 11. В приемный покой машиной скорой помощи доставлена больная, 19 лет. Поступила на 5-е сутки заболевания с жалобами на сильные боли внизу живота, иррадиирующие в поясницу, тошноту. Температура 38,9 °С. Лицо с лихорадочным румянцем. Пульс 109 ударов в минуту. Живот в дыхании участвует, мягкий, болезненный при пальпации в нижних отделах справа и слева, где определяется симптом Щеткина–Блюмберга. Из влагалища грязные выделения. При вагинальном исследовании болезненность шейки матки, придатки увеличены, болезненны.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Тактика врача приемного отделения?

3. Каковы должны быть инструментальные методы исследования, применяемые при данном виде патологии?

Задача № 12. Больной, 21 год, поступил в районную больницу, где при обследовании был поставлен диагноз распространенного перитонита, вероятнее всего, аппендикулярного происхождения.

1. Тактика хирурга?

2. Какие доступы применяют при данной патологии?

3. Задачи операции?

Задача № 13. Больной, 20 лет, оперирован двое суток назад по поводу заворота кишечника. Произведено расправление заворота. Состояние больного тяжелое. Рвота желчью, икота и отрыжка. Лицо осунувшееся. Язык сухой. Пульс 100 ударов в 1 минуту. Дыхание поверхностное. Живот вздут, в дыхании не участвует. При пальпации мягкий. Симптомов

раздражения брюшины нет, газы не отходят. Стул задержан. При аускультации шумы перистальтики не прослушиваются.

1. Ваш диагноз?

2. Лечение?

Задача № 14. Больной, 18 лет, болен трое суток. Появились сильные боли в животе, в правой подвздошной области, рвота. За мед. помощью не обращался. В настоящее время состояние тяжелое. Жалуется на сильные боли внизу живота, частые позывы на мочеиспускание и дефекацию, во время которой из прямой кишки выделяется слизь. При мочеиспускании боли и рези. Температура 37,9 °С.

1. Предположительный диагноз?

2. Необходимые исследования?

3. Тактика врача приемного отделения?

Задача № 15. Больной, 19 лет, оперирован 6 дней назад по поводу деструктивного аппендицита. Жалуется на сухой кашель, боли в правом боку, затруднение дыхания, высокую температуру. Состояние больного тяжелое. Одышка в покое. Печень выступает из-под реберной дуги на 2–3 см. Резкая болезненность при пальпации межреберных промежутков в нижних отделах груди справа. При рентгеноскопии высокое стояние и неподвижность правого купола диафрагмы с горизонтальным уровнем жидкости под ней.

1. Ваш диагноз?

2. План обследования и лечения?

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Задача № 1. Больная, 40 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на чувство удушья, раздражительность, боли в области сердца, частые сердцебиения, периодически жидкий стул. Из анамнеза известно, что заболела около двух лет назад после похорон близких, погибших в автокатастрофе. Лечилась безуспешно в поликлинике, принимала какие-то таблетки. Объективно: больная пониженного питания, дефицит веса около 15 кг, эмоционально лабильна, плаксива, при разговоре лицо, шея покрываются красными пятнами. Отмечается выраженный экзофтальм, положительные симптомы Грефе; Мебиуса, Штельвага. АД 130/60 мм рт. ст., пульс 92 уд. в мин., напряжен, аритмичен: единичные экстрасистолы. Щитовидная железа равномерно увеличена в размерах (толстая шея),

мягкая, безболезненная при пальпации, лимфатические узлы не увеличены.

- 1. Ваш клинический диагноз?*
- 2. Диагностика, лечебная тактика?*

Задача № 2. Больная, 38 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на затруднение дыхания и глотания, раздражительность, постоянные сердцебиения, частые перебои, колющие и сжимающие боли в области сердца, потерю в весе. Больна около 10 лет, лечилась постоянно у эндокринолога, от предложенной операции отказывалась. Объективно: дефицит веса 10 кг, экзофтальм, в позе Ромберга – падает, выраженный тремор пальцев рук, положительные глазные симптомы. Основной обмен +89, АД 160/70 мм рт. ст., пульс 110 уд в минуту, аритмичен, дефицит пульса 15 уд. Щитовидная железа равномерно увеличена в размерах соответственно II ст. Печень увеличена в размерах – 11×9×7 см.

- 1. Определить характер заболевания и степень тиреотоксикоза по Милку, тактику лечения?*

Задача № 3. Больная, 40 лет, находится в хирургическом отделении по поводу базедовой болезни, степень увеличения железы – третья, степень тиреотоксикоза по Милку – висцеропатическая, основной обмен +51.

- 1. Принципы предоперационной подготовки?*
- 2. Определите характер оперативного вмешательства?*

Задача № 4. Вы оперируете больную с первичным тиреотоксическим зобом, с III степенью тиреотоксикоза по Милку.

- 1. В каком объеме оперативного вмешательства нуждается больная?*
- 2. Возможные интра- и послеоперационные осложнения.*

Задача № 5. В хирургическое отделение поступила больная, 52 лет, с жалобами на удушье, затруднение глотания, осиплость голоса, утолщение шеи. Из анамнеза: проживает в Томской области, увеличение щитовидной отмечает с 30 лет. Объективно: больная нормального телосложения и питания, адекватна. Глазные симптомы отсутствуют. Пульс 76 уд в минуту, АД 140/80 мм рт. ст., основной обмен +10. Щитовидная железа равномерно увеличена, деформирует шею.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Диагностическая и лечебная тактика?*

Задача № 6. Больной, 40 лет, обратился к хирургу поликлиники с жалобами на наличие опухолевидного образования в области шеи. Считает себя больным в течение 2-х лет, в последние 2 месяца образование значительно увеличилось в размерах. Объективно: глазные симптомы отрицательны, пульс 72 уд. в минуту, дермографизм медленный, розовый. АД 130/70 мм рт. ст. В левой доле щитовидной железы определяется образование тугоэластичной консистенции, размерами 3х4 см, смещаемое при глотании вместе с щитовидной железой, кожные покровы над ней не изменены, лимфатические узлы не увеличены.

1. Ваш клинический диагноз?

2. Диагностическая и лечебная тактика, характер операции?

Задача № 7. Больной, 38 лет, находится в хирургическом отделении с жалобами на раздражительность, плохой сон, похудание, сердцебиение, дрожание рук. Считает себя больным в течение 1,5 лет, лечился у эндокринолога. Объективно: пониженного питания, легкий экзофтальм, положительный симптом Грефе, Штельвага, тремор пальцев рук, быстрый красный дермографизм. Пульс 90 уд. в минуту, ритмичный, АД 120/70 мм рт. ст. В правой доле щитовидной железы узел 2х3 см, тугоэластичной консистенции, смещаемый при глотании. Результат пункционной биопсии – железистая пролиферация.

1. Ваш диагноз?

2. Показания и характер операции?

Задача № 8. В эндокринологическом отделении лечится больной 45 лет, с жалобами на увеличение размеров шеи, слабость, затруднение дыхания и глотания. Болен более 5 лет. При объективном обследовании щитовидная железа диффузно увеличена в размерах, плотная, не смещаемая, безболезненная, лимфатические узлы не увеличены. Признаков тиреотоксикоза нет.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Наиболее информативные методы диагностики?

3. Принципы лечения?

Задача № 9. К хирургу поликлиники обратился больной, 47 лет, с жалобами на боли в области шеи, покраснение кожных покровов, повышение температуры тела, слабость, головную боль. Считает себя больным в течение 6 суток. При объективном осмотре: температура тела повышена до 38 °С, пульс 96 уд. в минуту, удовлетворительных характеристик. АД 120/80 мм рт. ст. Щитовидная железа не увеличена в размерах, болезненная при пальпации, кожа над ней гиперемирована,

местно повышена температура, в области перешейка неотчетливо определяется флюктуация, увеличены регионарные лимфатические узлы.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. Диагностическая и лечебная тактика?*

Задача № 10. Больной, 38 лет, произведена операция субтотальная струмэктомия по поводу диффузного тиреотоксического зоба. Через несколько часов после операции у больной повысилась температура тела до 39 °С, тахикардия до 120 уд. в минуту, аритмия, одышка, АД 80/60 мм рт. ст.

- 1. О каком послеоперационном осложнении можно думать?*
- 2. Необходимое лечение?*

ОЖОГИ И РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА

Задача № 1. Больной М., 35 лет, обратился в поликлинику с жалобами на затрудненное прохождение пищи по пищеводу в течение последних 3 месяцев. Известно, что 1 год тому назад больной случайно выпил глоток уксусной кислоты. При осмотре состояние больного удовлетворительное. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, тургор кожи снижен, пульс 80 ударов в 1 мин. АД 100/80 мм рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации умеренная болезненность в эпигастрии.

- 1. Что может вызывать данную клиническую картину?*
- 2. Какие исследования должны быть назначены больному?*
- 3. Дальнейшая лечебная тактика?*

Задача № 2. К врачу поликлиники обратился больной, 32 лет, с жалобами на затрудненное глотание при прохождении твердой пищи. Три месяца назад на работе по ошибке выпил несколько глотков электролита. При оказании помощи товарищи напоили его молоком. Боль прекратилась через месяц, однако осталось затрудненное глотание, особенно твердой пищи. При осмотре: больной пониженного питания, правильного телосложения, пульс 90 уд. в минуту, ритмичен АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот спокоен. Печень, селезенка не увеличены.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. План обследования и тактика лечения больного?*
- 3. Способы бужирования пищевода?*

Задача № 3. На хирургический прием в поликлинику обратилась больная К., 66 лет. Жалуется на затрудненное глотание, икоту, появляющиеся при первых глотках пищи, срыгивание пищи, иногда наблюдается рвота. Кроме этого, отмечается боль за грудиной, чувство остановки пищи, невозможность глотания твердой пищи. Больная отмечает, что за последнее время она сильно похудела, появилось отвращение к мясным продуктам, снижение трудоспособности, неустойчивый стул. При объективном исследовании: больная пониженного питания, изо рта неприятный запах, имеется осиплость голоса.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. Какие методы диагностики необходимо провести больной и ожидаемые результаты?*
- 3. Дальнейшая тактика и характер операции?*

Задача № 4. Больной М., 51 год, находится на лечении в клинике, готовится к операции. Из анамнеза известно, что операцию произвели через 6 месяцев после того, как больной выпил уксусную кислоту, сильно потерял в весе, перестала проходить пища, даже жидкая. Объективно: больной пониженного питания, на шее эзофагостома, на брюшной стенке послеоперационный рубец и гастростома, кожа вокруг которой мацерирована. Живот при пальпации мягкий безболезненный.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Планируемая операция данному больному?*

Задача № 5. Больной С., 28 лет, поступил в приемное отделение больницы в порядке скорой помощи с жалобами на боли в глотке, за грудиной, в желудке, рвоту слизью. В состоянии алкогольного опьянения случайно принял какую-то жидкость. Возбужден. Умоляет спасти жизнь. Пульс 100 уд. в мин., ритмичен. АД 90/60 мм рт. ст. Бледен. Обращает на себя внимание резко утолщенный «малиновый» облезлый язык, с трудом вмещающийся в полости рта.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Каким химическим веществом получил ожог больной?*
- 3. Первая врачебная помощь?*

Задача № 6. Больной М., 32 лет, поступил в приемное отделение больницы в порядке скорой помощи с жалобами на боли в глотке, за грудиной, в желудке, рвоту слизью с примесью крови. В контакт вступает с трудом (находится в алкогольном опьянении). На коже губ, лица, и руках имеется химический ожог, он покрыт коркой желтого цвета. Виден также ожог слизистой оболочки и полости рта. Бледен, холодный пот, пульс 100 уд. в минуту, ритмичен. АД 90/60 мм рт. ст.

- 1. Ваш диагноз и тактика лечения?*
- 2. Каким химическим веществом получил ожог больной?*
- 3. В какое отделение необходима госпитализация?*

Задача № 7. Бригадой скорой помощи в приемный покой клиники доставлен больной Ф., 18 лет. Со слов сопровождающих, пациент с суицидальной целью выпил кислоту. При поступлении предъявляет жалобы на сильную боль в полости рта, груди, в желудке. Голос осиплый. Из рта запах алкоголя, на коже губ – химический ожог, покрытый беловатой корочкой. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 100 ударов в 1 мин., живот обычной формы, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии. Моча при осмотре имеет темно-коричневый цвет.

- 1. Каков предположительный диагноз, тактика и лечение?*

Задача № 8. В районной больнице находится на лечении больной Л., 34 лет. Из анамнеза известно, что случайно на работе выпил электролит 1 неделю назад. Внезапно у больного повысилась температура, появились боли в грудной клетке справа, боли за грудиной. При объективном обследовании больной возбужден, бледен, голос осиплый, дыхание поверхностное. На шее определяется подкожная эмфизема. Пульс частый, малый. При Rg-логическом исследовании видны расширенная тень и эмфизема средостения, прием контрастного вещества показал выход его в нижней трети пищевода.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Какие контрастные вещества целесообразно применить для исследования пищевода у данного больного?*
- 3. Какие доступы используются при перфорации пищевода к нижней трети его?*

Задача № 9. Больной Ш., 29 лет, поступил в клинику через 6 суток после отравления серной кислотой (в состоянии алкогольного опьянения выпил 100 мл). При поступлении состояние тяжелое, больной истощен, обезвожен. При Rg-скопии пищевода координация глотательных движений не нарушена, отмечается задержка контрастной взвеси в синусе глотки. В пищеводе определяется атипичный рельеф. При исследовании желудка – он заполнился небольшим количеством контрастного вещества, и сделать вывод о его состоянии не представляется возможным.

- 1. Какой период патологического процесса в пищеводе у больного?*
- 2. Какое грозное осложнение может быть у больного в ранние сроки после ожога пищевода?*

Задача № 10. Больной Г., 57 лет, поступил в клинику с жалобами на полную непроходимость пищевода, обильную саливацию, слабость, похудание на 8 кг. Из анамнеза было выявлено, что месяц тому назад выпил уксусную эссенцию. Находился на лечении в токсикологическом отделении. В течение 1-й недели с момента ожога питался через рот, затем появились боли и затруднение при глотании, которое стало прогрессировать. При поступлении состояние больного средней степени тяжести, резко обезвожен, подкожный жировой слой развит плохо. Пульс 88 ударов в мин., АД 140/90 мм рт. ст. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный. Анализы крови и мочи без патологии.

1. Ваш план обследования и лечения больного?

2. Виды гастростомий?

ПАЗАЗТАРННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

Задача № 1. Больная, 40 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, правом подреберье, желтушность кожи и склер, кашель с отхождением мокроты желтого цвета, в положении лежа количество мокроты увеличивалось. Работает на звероферме, где выращивают лисиц и песцов. При осмотре: кожа и видимые слизистые желтушного цвета. В правом легком в нижних отделах определяются мелкопузырчатые хрипы. Живот увеличен за счет правой доли печени, при пальпации которой определяется опухоль «каменистой плотности», размеры печени по Курлову 15x10x8 см.

1. Ваш предположительный клинический диагноз?

2. Диагностика, лечебная тактика?

Задача № 2. В хирургическое отделение поступила больная, 52 лет, с жалобами на приступообразные боли в правом подреберье, усиливающие после погрешности в диете. Боли иррадиируют в правое плечо и лопатку. Из анамнеза: жила в Алтайском крае, работала на звероферме 30 лет. Объективно: больная нормального телосложения, живот правильной формы, при пальпации мягкий. В правом подреберье пальпируется, каменистой плотности, бугристый узел, исходящий из печени. При Rg-логическом исследовании определяется симптом известковых брызг, при УЗИ исследовании имеется большой узел в правой доле печени с полостью распада. Реакция Казони положительна.

1. Ваш диагноз?

- 2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?*
- 3. Лечебная тактика?*

Задача № 3. Больной, 40 лет, обратился к хирургу поликлиники с жалобами на наличие опухолевидного образования в области правого подреберья. Считает себя больным в течение 2-х лет, когда стали беспокоить боли в правом подреберье, тошнота, в последние 2 месяца стал отмечать появление образования в правом подреберье. Опухоль плотная как «камень». Занимается промыслом пушного зверя.

- 1. Ваш клинический диагноз?*
- 2. Диагностическая тактика?*

Задача № 4. На хирургический прием в поликлинику обратилась больная К., 66 лет, с жалобами на кашель с отхождением мокроты, который появился около 3 месяцев назад. Из анамнеза было выяснено, что 1 год назад оперирована по поводу альвеококкоза печени (больной выполнена операция резекция печени). При объективном обследовании больная пониженного питания. На коже брюшной стенки имеется послеоперационный, окрепший рубец. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Аускультация легких выявила ослабление дыхания в нижних отделах правого легкого.

- 1. Какие методы обследования необходимо провести больной?*
- 2. Каков Ваш предположительный диагноз?*
- 3. Ваша дальнейшая тактика.*

Задача № 5. Больной М., 51 год, поступил на лечение в клинику, готовится к операции. Из анамнеза известно, что 2 года назад больному была выполнена операция резекции печени по поводу осложненного альвеококкоза печени. После операции у больного образовался свищ в месте стояния дренажной трубки с серозно-желчным отделяемым. Объективно: больной пониженного питания, на передней брюшной стенке в правом подреберье имеется свищ с желчным отделяемым.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Какие методы исследования необходимо провести больному?*

Задача № 6. Больной Б., 48 лет, поступил в клинику хирургических болезней в плановом порядке, для оперативного лечения по поводу эхинококкоза печени. При УЗИ исследовании печени в правой половине определяется киста эхинококка до 20 см в диаметре, располагающаяся на нижней поверхности органа. При перемене положения тела во время

исследования больной почувствовал боль в животе, озноб, отмечалось снижение АД, затруднение дыхания.

- 1. Какое грозное осложнение можно предположить у больного?*
- 2. Ваша дальнейшая тактика?*

Задача № 7. В приемный покой участковой больницы поступил больной, 15 лет, который упал с высоты. После падения у ребенка появился кашель с отхождением мокроты, в которой определялись прозрачные пузырьки различного диаметра. Стали беспокоить боли в грудной клетке справа, затруднение дыхания. При объективном обследовании: пострадавший пониженного питания, кожные покровы цианотичны, дыхание 30 в минуту, обнаружено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания, притупление перкуторного звука в нижних отделах, аускультативно ослабление дыхания со свистящим компонентом.

- 1. О каком заболевании и его осложнении можно думать у ребенка?*
- 2. Ваша дальнейшая тактика?*

Задача № 8. В клинике хирургических болезней находится больной С., 30 лет, с диагнозом эхинококкоз печени. Пациент готовится к операции. При обследовании больному выполнено УЗИ печени, общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови. Выполнена реакция Казони, которая положительна. Планируется выполнить рентгенологическое исследование.

- 1. В каком случае контрастируется хитиновая оболочка паразита?*
- 2. Какие дополнительные приемы при рентгенологическом исследовании позволяют установить диагноз эхинококкоза?*

Задача № 9. Во время операции по поводу эхинококкоза печени у больного А., 54 лет, найдена киста паразита до 15 см в диаметре. После вскрытия и удаления дочерних пузырей, полость кисты обработана раствором антисептика.

- 1. Какие вещества применяются для обработки полости эхинококковой кисты?*
- 2. Какие виды операций выполняются при эхинококкозе печени?*

Задача № 10. В клинике хирургических болезней находится больной Д., 25 лет, по поводу эхинококкоза печени. Больной готовится к операции. Внезапно больного стали беспокоить боли в правом подреберье, появилась желтушность кожи и склер, потемнела моча, обесцветился кал. Выполненная фиброгастродуоденоскопия показала отсутствие желчи в

двенадцатиперстной кишке. Повысились цифры билирубина до 120 ммоль/л, за счет прямой фракции (до 90 ммоль/л).

- 1. Какое осложнение у данного больного можно предположить?*
- 2. Какие методы диагностики позволят подтвердить ваш диагноз?*

ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ. ОСЛОЖНЕНИЯ ГРЫЖ

Задача № 1. К хирургу в поликлинику обратился мужчина, 25 лет, с жалобами на сильные боли в правой половине живота, появившиеся час назад после поднятия тяжести. Боль была очень сильной, сопровождалась однократной рвотой. Общее состояние удовлетворительное. Язык слегка суховат, чистый. Пульс 92 удара в мин., ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, болезненный, в правой подвздошной области незначительное мышечное напряжение, симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный. При ревизии пахового канала определяется расширение наружного пахового кольца до 1 см, по ходу канала плотное, резко болезненное образование латеральнее элементов семенного канатика. Симптом кашлевого толчка отрицательный.

- 1. Ваш диагноз и тактика?*

Задача № 2. В приемный покой доставлен на носилках мужчина, 25 лет, с диагнозом ущемленной правосторонней косой паховой грыжи. Состояние удовлетворительное. Пульс 92 удара в мин., ритмичен. АД 120/70 мм рт. ст. В правом паховом канале латеральное элементов семенного канатика определяется плотное болезненное образование. Симптомы кашлевого толчка и Щеткина–Блюмберга отрицательные. Мочеиспускание нормальное. Газы отходят.

- 1. Ваша тактика?*
- 2. Объем обследования и предоперационной подготовки?*

Задача № 3. Вы – хирург. Необходимо выполнить экстренную операцию мужчине 25 лет по поводу ущемленной правосторонней косой паховой грыжи. Ущемление произошло 2 часа назад в наружном паховом кольце. Перитонита нет.

- 1. Опишите технику предстоящей операции?*

Задача № 4. Вы хирург. Оперируете мужчину 45 лет по поводу ущемленной левосторонней пахово-мошоночной грыжи через 5 часов с момента ущемления. Грыжевое содержимое – петля тонкой кишки. Она

темно-вишневого цвета, перистальтика отсутствует, пульсации сосудов брыжейки нет.

1. Как вы оцениваете жизнеспособность кишки?

2. Ваша тактика?

Задача № 5. В хирургическое отделение госпитализирован в экстренном порядке мужчина, 56 лет, в тяжелом состоянии, на 5-е сутки с момента заболевания. В течение 10 лет страдал паховой грыжей, 2–3 раза в год грыжа ущемлялась, но легко вправлялась в положении лежа. К врачам не обращался, боялся операции. Боли по всему животу, тошнота, неоднократная рвота, газы не отходят, стул был 3 суток назад. Кожные покровы бледные. Язык сухой, обложен грязным налетом. Пульс 110 ударов в мин., ритмичен, мягкий. АД 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, в акте дыхания ограничен. В левой паховой области и мошонке кожа гиперемирована, пастозна, здесь же образование 10х8 см, тугоэластической консистенции, резко болезненное, непальпируемое, симптом кашлевого толчка отрицательный. При пальпации живот мягкий, напряжен в левой половине в нижних отделах, здесь же слабо положителен симптом Щеткина–Блюмберга.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика хирурга?

Задача № 6. Вы – хирург. Оперируете мужчину 56-ти лет по поводу ущемленной левосторонней пахово-мошоночной грыжи, флегмоны грыжевого мешка, под общим обезболиванием, из срединного лапаротомного доступа.

1. Опишите дальнейший этап операции?

Задача № 7. В приемное отделение доставлена женщина, 67 лет, с жалобами на сильные приступообразные боли в животе, тошноту, рвоту. Заболела 5 часов назад, когда появились боли и небольшое образование в паховой области справа. Периодически это образование появлялось в течение гола, но исчезало в горизонтальном положении. Боли усилились, газы отходят, стул был накануне. Кожные покровы чистые. Язык суховат, слегка обложен белым налетом. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичен. АД 130/60 мм рт. ст. Живот слегка вздут, в акте дыхания участвует, мягкий. Болезненность и легкое напряжение справа в нижних отделах. Ниже пупартовой связки пальпируется болезненное плотное образование до 3 см в диаметре с отрицательным симптомом кашлевого толчка.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика?

3. Особенности операции?

Задача № 8. К хирургу поликлиники обратился молодой человек 17 лет, с жалобами на боли в области пупка. Боли впервые появились 2 часа назад после занятия физкультурой.

Объективно: состояние удовлетворительное. Язык влажный. Пульс 80 ударов в мин., хорошего наполнения, ритмичен. АД 110/60 мм рт. ст. Живот обычной формы, мягкий, безболезненный. На 2 см выше пупка по средней линии определяется болезненное опухолевидное образование.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика?

Задача № 9. В приемное отделение доставлен больной, 16 лет, с жалобами на боли в области пупка. Боли появились 1,5 часа назад после физической нагрузки. Боль сильная, была однократная рвота. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Язык влажный, чистый. Пульс 88 ударов в мин., ритмичен. Живот мягкий, участвует в акте дыхания, в области пупка определяется опухолевидное образование до 3,5 см в диаметре, невправимое, резко болезненное. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Физиологические отправления в норме.

1. Ваш диагноз и врачебная тактика?

Задача № 10. Вы – хирург. Оперируете больного, 17 лет, по поводу ущемленной пупочной грыжи через 2 часа с момента ущемления. Грыжа размером 3,5 см, грыжевое кольцо до 1 см в диаметре. При вскрытии мешка обнаружено ущемление сальника. Он жизнеспособен.

1. Опишите дальнейшие этапы операции.

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ

Задача № 1. Мужчина, 28 лет, впервые обратился к врачу поликлиники с жалобами на боли в правой нижней конечности, утомляемость при ходьбе. В анамнезе установлено, что несколько лет назад на протяжении длительного периода работал в холоде. Был выставлен диагноз хронической венозной недостаточности. В течение нескольких месяцев состояние оставалось относительно удовлетворительным, но внезапно в ногах появилось онемение, резкие боли, похолодание конечности. Приступ был купирован приемом

анальгетиков, спазмолитиков. После срезания «сухой мозоли» на I пальце правой стопы появилась круглая трофическая язва, которая после лечения зажила.

- 1. Ваш предварительный диагноз?*
- 2. Какими дополнительными методами его можно уточнить?*
- 3. Назначьте лечение.*

Задача № 2. На прием к андрологу обратился мужчина, 45 лет, с жалобами на снижение потенции, боли в ягодичных мышцах и нижних конечностях. Из анамнеза установлено, что отец больного в 60 лет умер от инфаркта миокарда. Сам в последнее время отмечает быструю утомляемость, сильные боли в ногах при незначительной физической нагрузке, периодически возникающие боли в сердце. Объективно: кожа нижних конечностей бледная, истончена, холодная на ощупь, волосяной покров отсутствует. Пульсация на бедренных артериях резко ослаблена. Больной был направлен на консультацию к хирургу.

- 1. С каким предположительным диагнозом был направлен больной к хирургу?*
- 2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?*
- 3. Предложите лечение.*

Задача № 3. К хирургу поликлиники обратилась женщина, 30 лет, с жалобами на периодические боли и онемение в пальцах кистей, сопровождающиеся потерей чувствительности, самостоятельно проходящие через несколько минут. Из анамнеза удалось выяснить, что данные жалобы появились после увольнения с работы. При осмотре – пальцы синевато-лилового оттенка, отмечается пастозность кожи, более выраженная в области суставов. Пульсация на лучевых артериях сохранена.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Стадия заболевания?*
- 3. Предложите лечение.*

Задача № 4. К хирургу поликлиники обратился мужчина, 35 лет, с жалобами на периодически возникающие резкие боли в икроножных мышцах, заставляющие останавливаться при ходьбе. Из анамнеза установлено, что работает газосварщиком, курит в течение 15 лет. При осмотре – кожа нижних конечностей бледная, пульсация на магистральных сосудах сохранена, на стопе отсутствует. Отмечаются положительные симптомы Оппеля, Гольдфлама. Ногтевые пластинки резко деформированы, кожа истончена. После блокады 2-го поясничного симпатического ганглия нога потеплела, боли практически исчезли.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Стадия процесса?*
- 3. Лечение?*

Задача № 5. Мужчина, 40 лет, доставлен в приемный покой с жалобами на интенсивные постоянные боли в левой нижней конечности, усиливающиеся по ночам, повышение температуры тела до 38 °С. Из анамнеза установлено, что больной заядлый рыбак, курит до двух пачек сигарет в день. Лечился у хирурга поликлиники в течение 10 дней. Объективно: состояние средней степени тяжести, тахикардия до 100 ударов в минуту. Местно кожа конечности багрово-синюшного цвета. Определяется отек, распространяющийся до верхней трети голени. На подошвенной поверхности стопы и в межпальцевых промежутках глубокие трещины. На нижней трети голени по медиальной поверхности круглая язва до 4 см в диаметре, с дном грязно-серого цвета. I, II пальцы черного цвета с отслоенным эпидермисом. Болевая, тактильная чувствительность отсутствует. Пульсация на магистральных сосудах ослаблена.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Стадия процесса?*
- 3. Тактика?*

Задача № 6. Женщина, 60 лет, доставлена в приемное отделение с жалобами на резкие боли в правой нижней конечности, похолодание ее, почернение I пальца правой стопы. Из анамнеза установлено, что боли в ногах беспокоят несколько лет, лечилась амбулаторно. Несмотря на лечение боли в последние дни значительно усилились, появился отек, изменение цвета I пальца правой стопы. При осмотре – кожа конечности бледная с цианотическими пятнами, сухая, холодная на ощупь. До голеностопного сустава определяется отек. I палец багрово-синюшного цвета, движения в нем резко болезненны. Пульсация на бедренной артерии резко ослаблена, на подколенной отсутствует.

- 1. Поставьте диагноз?*
- 2. Какие дополнительные методы обследования можно провести для уточнения диагноза?*
- 3. Тактика лечения?*

Задача № 7. Молодой человек, 30 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на боли в правой нижней конечности, резко усиливающиеся при ходьбе и по ночам, отек, повышение температуры до 37,8 °С. Из анамнеза установлено, что боли в ногах беспокоят в течение года, иногда вынужден останавливаться при ходьбе из-за резкого их

усиления. Отмечается зябкость ног, ползание «мурашек». Объективно: правая нижняя конечность отечна, синюшного цвета. По медиальной поверхности голени и бедра определяются по ходу большой подкожной вены в нескольких участках шнуровидные уплотнения, умеренно болезненные. Пульсация на бедренной артерии сохранена.

1. Поставьте диагноз.

2. Назначьте лечение.

Задача № 8. В приемное отделение доставлена женщина, 58 лет, с жалобами на боли в нижней конечности. Из анамнеза установлено, что более 10 лет страдает сахарным диабетом II типа. Лечилась нерегулярно, гликемия крови 11–12 ммоль/л. Объективно: на левой нижней конечности отмечается отек, распространяющийся до колена, цианоз конечности. I палец багрово-синюшного цвета, на тыльной поверхности стопы язва, прикрытая грязно-серым налетом. Пульсация на бедренной, подколенной артерии резко ослаблена, на тыле стопы не определяется.

1. Поставьте диагноз.

2. Предложите лечение.

Задача № 9. Женщина, 40 лет, обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в нижних конечностях, усталость в них при ходьбе, онемение и зябкость в пальцах рук и ног, резкое побледнение кончиков пальцев в холодную погоду. Из анамнеза установлено, что курит на протяжении 15 лет, недавно перенесла развод. Объективно: пастозность кожных покровов обеих кистей и стоп, мраморность окраски, пульсация на артериях кистей и стоп сохранена.

1. Между какими двумя заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

2. Какой из симптомов у данной больной является диагностическим критерием?

3. Назначьте лечение.

Задача № 10. Больной, 42 года, обратился к хирургу поликлиники в середине октября с жалобами на боли в ногах, отек стоп, зябкость их, чувство ползания «мурашек», онемение в пальцах. Из анамнеза известно, что работает сантехником. В течение недели ликвидировал крупную аварию теплотрассы, работал в резиновых сапогах по 8–10 часов в день в траншее.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика?

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН

Задача № 1. В поликлинику на прием к хирургу обратилась больная 32 лет с жалобами на наличие расширенных вен на ногах, чувство тяжести, усталости в ногах к вечеру. Из анамнеза установлено, что больна около 1 года, когда стали появляться перечисленные жалобы, за врачебной помощью не обращалась, не лечилась. Работа связана с длительным стоянием на ногах. При осмотре: на внутренней поверхности голеней имеются участки варикозно расширенных вен, кожа над ними истончена, кожная температура повышена, в положении лежа вены спадаются.

- 1. Какая стадия варикозного расширения вен имеется у больной по классификации CEAP?*
- 2. Какова лечебная тактика?*

Задача № 2. В приемный покой хирургического стационара доставлен больной, 45 лет, с жалобами на кровотечение из варикозного узла на голени. Из анамнеза: болен варикозной болезнью в течение 6 лет, ранее от предложенного оперативного лечения отказывался. Сегодня во время мытья в ванной повредил кожу над варикозным узлом, после этого началось кровотечение. При осмотре: на бедре имеется кровоостанавливающий жгут, наложенный бригадой скорой помощи, в области средней трети правой голени по внутренней поверхности имеется варикозно расширенный узел, плотный при пальпации, из него струйкой выделяется кровь.

- 1. Ваши действия?*
- 2. Правильна ли тактика бригады скорой помощи?*

Задача № 3. Для планового оперативного лечения в хирургическое отделение поступила больная, 52 лет, с жалобами на чувство тяжести и распирания в ногах, судороги в икроножных мышцах, отеки голеней, парестезии, появляющиеся к вечеру. Из анамнеза: болеет варикозной болезнью около 8 лет, ранее никогда не лечилась. Последние 2 года заметила на внутренней поверхности голеней появление сначала пигментных пятен, затем кожа стала плотной, легкоранимой, сухой. Иногда беспокоит кожный зуд. При осмотре: на внутренней поверхности голени с переходом на бедро имеется сеть варикозно расширенных вен в виде выбухающих сплетений цилиндрической формы. Кожные покровы

нижней трети голени над внутренней лодыжкой блестящего цвета, имеют пигментные пятна, плотно спаяны с подкожной клетчаткой.

1. Какую операцию можно выполнить больной?

Задача № 4. Для планового оперативного лечения в хирургическое отделение поступила больная, 48 лет, с жалобами на чувство тяжести и распирания в ногах, судороги в икроножных мышцах, отеки голеней, парестезии, появляющиеся к вечеру. Из анамнеза установлено, что варикозное расширение вен появилось около 4-х лет назад после родов. Последний год стали появляться отеки на ногах к вечеру, которые к утру проходят; чувство тяжести, парестезии. При осмотре: на внутренней поверхности голени с переходом на бедро имеется сеть варикозно расширенных вен цилиндрической формы. Кожные покровы на нижних конечностях не изменены.

1. Какой объем исследований необходимо провести больной перед операцией?

Задача № 5. В поликлинику на прием к хирургу обратился мужчина, 56 лет, с жалобами на наличие варикозно расширенных вен в области внутренней поверхности левого бедра, чувство тяжести и усталости в ногах, отек левой стопы и голени к вечеру. Из анамнеза: перечисленные жалобы появились около 6 месяцев назад, одновременно с этим заметил снижение аппетита, быструю усталость, похудание. Страдает хроническими запорами, иногда в кале бывает кровь и слизь. При осмотре: на внутренней поверхности левой голени имеется сеть варикозно расширенных вен, при пальпации они тугоэластической консистенции. В горизонтальном положении напряжение вен практически не изменилось. При осмотре живота имеется болезненность по левой половине и асимметрия за счет выбухания левой половины живота.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Ваши действия?

Задача № 6. На плановое оперативное лечение в хирургическое отделение городской больницы поступила больная, 54 лет, с жалобами на видимое расширение подкожных вен на ногах, отеки голеней, чувство тяжести в ногах, кожный зуд. В анамнезе: варикозной болезнью страдает длительное время, неоднократно ставился диагноз – острый тромбофлебит подкожных вен, по поводу чего лечилась в хирургических стационарах, последний год на внутренней поверхности голени появилась трофическая язва, которая зарубцевалась после лечения в поликлинике. При осмотре – на внутренней поверхности левой голени имеется сеть варикозно расширенных вен, при пальпации венозные узлы плотные, спаяны с

окружающей подкожной клетчаткой. В области нижней трети голени над внутренней лодыжкой имеется свежий рубец от зажившей трофической язвы.

1. Ваш диагноз?

2. Какую операцию нужно предлагать больной?

Задача № 7. В поликлинику на прием к хирургу обратилась больная, 55 лет, с жалобами на отеки голеней, чувство тяжести в ногах, кожный зуд, парестезии, появляющиеся к вечеру. Из анамнеза установлено, что варикозное расширение вен появилось около 25 лет назад после первых родов. Последний год стали появляться отеки на ногах к вечеру, которые к утру проходят, чувство тяжести, парестезии. Около 1 года назад впервые появилась трофическая язва в области нижней трети правой голени, по поводу которой проходила лечение. Сейчас язва вновь рецидивировала. При осмотре: на внутренней поверхности голени с переходом на бедро имеется сеть варикозно расширенных вен змеевидной формы. Кожные покровы нижней голени над внутренней лодыжкой блестящего цвета, истончены, имеют пигментные пятна, плотно спаяны с подкожной клетчаткой. В области медиальной лодыжки трофическая язва размером 4,5х5 см, покрыта струпом из-под которого выделяется гнойное содержимое, кожа вокруг мацерирована. Голень отечна.

1. План обследования и лечения?

Задача № 8. Вы – хирург, оперируете больную, которой 40 лет, по поводу варикозного расширения вен левой нижней конечности. При выполнении комбинированной флебэктомии, после перевязки и пересечения большой подкожной вены у места ее впадения в бедренную, вместе с добавочными ветвями, зонд Бэбкокка проведен только до средней трети бедра.

1. Ваши дальнейшие действия, как закончить операцию?

Задача № 9. В поликлинику на прием к хирургу обратилась больная 45 лет, после выписки из хирургического отделения городской больницы, где была выполнена операция флебэктомия слева по Троянову–Тренделенбургу, Бэбкокку, Нарату, Коккету. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При осмотре: на коже внутренней поверхности бедра и голени послеоперационные рубцы, зажившие первичным натяжением, при пальпации болезненности нет, отеков на голени нет.

1. Дайте рекомендации больной.

Задача № 10. В хирургическое отделение городской больницы поступила больная, 42 лет, с жалобами на наличие расширенных вен на

ногах, чувство тяжести, усталости в ногах к вечеру. Из анамнеза установлено, что больна около 8 лет, когда стали появляться перечисленные жалобы. За врачебной помощью не обращалась, не лечилась. Работа связана с длительным стоянием на ногах. В последний год стали появляться отеки голеней в вечернее время. При осмотре: на внутренней поверхности голеней с переходом на внутреннюю поверхность бедра до средней трети, имеется сеть варикозно расширенных вен, кожа над ними истончена, кожная температура повышена, в положении лежа вены спадаются.

- 1. Какой объем функциональных проб необходимо провести перед операцией?*
- 2. Какой объем операции необходимо предложить больной?*

ОСЛОЖНЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: ТРОМБОФЛЕБИТЫ, ФЛЕБОТРОМБОЗЫ, ПОСТТРОМБОТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Задача № 1. В поликлинику к хирургу обратилась женщина, 48 лет, с жалобами на появление боли в области расширенных вен на левой голени, покраснение и уплотнение их, повышение температуры тела до 37,3 °С. За неделю до этого перенесла ОРВИ. Страдает варикозной болезнью вен нижних конечностей в течение нескольких лет. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, при осмотре нижних конечностей с обеих сторон видны варикозно расширенные, извитые подкожные вены в области голени и бедра. По ходу вен левой голени до средней трети определяются участки уплотнений в виде тяжей, кожа над ними умеренно гиперемирована, отмечается местная гипертермия и болезненность при пальпации. Отека конечности нет.

- 1. Ваш диагноз?*
- 2. Где должна лечиться больная?*
- 3. Назначьте и обоснуйте лечение.*

Задача № 2. В приемное отделение, в порядке «скорой помощи» поступил мужчина, 52 лет, с жалобами на боль, покраснение в области левой голени и бедра, повышение температуры тела до 37,5 °С, головную боль. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение суток, им предшествовала физическая нагрузка. Страдает варикозным расширением вен нижних конечностей около 15 лет. Объективно: состояние ближе к

удовлетворительному, при осмотре нижних конечностей видны варикозно расширенные извитые подкожные вены по медиальной поверхности бедра и голени, с обеих сторон. Слева на протяжении голени и нижней трети бедра большая подкожная вена пальпируется в виде плотного, резко болезненного, местами гиперемированного тяжа, отмечается местная гипертермия. Отека конечности нет.

1. Ваш диагноз.

2. Где должен лечиться данный больной?

3. Определите необходимый минимум обследования и тактику лечения.

Задача № 3. В приемное отделение в порядке «скорой помощи» доставлен мужчина, 36 лет, с жалобами на выраженные боли и покраснение по ходу голени и бедра слева, ограничение движений в конечности в связи с болью, повышение температуры тела до 39,0 °С, ознобом и проливным потом, головную боль, сухость во рту. Указанные жалобы появились 5 дней назад, после физической нагрузки и травмы левой голени с образованием обширной ссадины, которую ничем не обрабатывал. Позже появилось покраснение в этой области, которое распространилось выше на голень и бедро. Страдает варикозным расширением вен нижних конечностей, больше выраженной слева. Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы влажные. Температура тела 38,5 °С, язык сухой, обложен белым налетом, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 ударов в минуту. Status localis: на медиальной поверхности нижней трети левой голени видна обширная инфицированная ссадина, в окружности которой отек, гиперемия. По ходу варикозно расширенной большой подкожной вены, по медиальной поверхности голени и бедра, вплоть до его верхней трети выраженный плотный, болезненный, гиперемированный инфильтрат, с вовлечением окружающих тканей, местная гипертермия, явления пахового лимфаденита слева.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика в данном случае.

Задача № 4. В поликлинику к хирургу обратился мужчина, 44 лет, с жалобами на ноющие, распирающие боли, отек стопы и голени справа. При ходьбе и движениях стопой боли усиливаются. Указанные жалобы появились впервые, после длительней ходьбы на улице с переохлаждением ног. Объективно: состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,0 °С. При осмотре правая стопа и голень до верхней трети увеличены в объеме за счет плотного отека, кожа здесь розоватой окраски, с цианотичным оттенком,

напряжена, на этом фоне выражен подкожный венозный рисунок. При пальпации болезненность икроножных мышц, боль в мышцах голени при тыльном сгибании стопы, кожа теплая на ощупь.

- 1. Ваш предположительный диагноз.*
- 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать найденную у больного патологию?*
- 3. Где должен лечиться больной?*

Задача № 5. В травматологический стационар поступил мужчина, 65 лет, с повреждением позвоночника. Было проведено экстренное оперативное лечение. После операции больной находился на строгом постельном режиме. На 10-е сутки послеоперационного периода он отметил чувство тяжести, умеренные распирающие боли в левой нижней конечности, увеличение ее в объеме. При объективном осмотре: вся левая нижняя конечность, вплоть до верхней трети бедра, увеличена в объеме за счет отека, кожа над пораженным участком розовая, с цианотичным оттенком, отчетливо выделяется подкожный венозный рисунок. Пульсация на подколенной и тыльной артериях стопы определяется, несколько снижена, конечность теплая на ощупь, при пальпации мышцы голени и бедра умеренно болезненны. Температура тела субфебрильная. В анализах лейкоцитоз $9,1 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 30 мм/ч, ПТИ 106 %, фибриноген 7,5 г/л.

- 1. Предполагаемый диагноз в данном случае и методы его подтверждения.*
- 2. Назначьте и обоснуйте лечение.*
- 3. Профилактические меры, которые необходимо было провести у данного больного.*

Задача № 6. В приемное отделение в порядке «скорой помощи» доставлена женщина, 35 лет, с жалобами на сильные ноющие, распирающие боли в левой нижней конечности, пояснице, крестце, нижней части живота; отек левой нижней конечности, повышение температуры тела до $37,5^\circ\text{C}$, общее недомогание. Указанные явления отмечает впервые. Наблюдается у гинеколога по поводу растущей фибромиомы матки. Объективно: состояние средней степени тяжести, кожные покровы бледноватые. Язык сухой; легкие и сердце без особенностей. Status localis: вся левая нижняя конечность значительно увеличена в объеме за счет отека, кожа напряжена, отчетливо виден рисунок подкожных вен, мышцы голени и бедра болезненны при пальпации. Также отмечается отечность ягодичной области, нижней части живота, пальпация здесь болезненна, неотчетливо определяются сомнительные перитонеальные симптомы. В анализах лейкоцитоз

11,0x10⁹/л, эритроциты 3,9x10¹²/л, гемоглобин 115 г/л, СОЭ 35 мм/ч, ПТИ 110 %, фибриноген 9,0 г/л.

1. Ваш предположительный диагноз.

2. План лечения.

3. Показано ли в данном случае оперативное вмешательство?

Задача № 7. В приемное отделение, в порядке «скорой помощи» доставлена женщина, 40 лет, с жалобами на острые, «рвущие» боли в левой нижней конечности, ягодице, крестце, вздутие живота, похолодание конечности, значительное увеличение ее в объеме; повышение температуры тела до 39,0 °С, озноб, головную боль, сухость во рту, учащенное мочеиспускание. Из анамнеза выяснено, что возникнув остро, после травмы (больная поскользнувшись, упала на улице, сильно ударившись левым бедром и ягодицей) боли и отек прогрессивно нарастали в течение суток. Страдает варикозным расширением вен нижних конечностей около 10 лет. Ранее, 1 год назад, отмечала подобный эпизод отека правой нижней конечности в пределах голени и бедра, прошедший после консервативного лечения, однако такую тяжесть состояния отмечает впервые. При объективном осмотре: состояние тяжелое, адинамично. Кожные покровы бледные, АД 90/60 мм рт. ст., пульс 100 ударов в минуту. Язык сухой, живот умеренно вздут в нижних отделах, перистальтика вялая. Status localis: левая нижняя конечность бледная, холодная на ощупь, значительно увеличена в объеме за счет отека, не оставляющего ямок при надавливании пальцем, распространяющегося на нижнюю часть живота, ягодицы, промежность. Пульсация периферических артерий не определяется. Диагноз врача «скорой помощи»: тромбоэмболия бедренной артерии слева.

1. Согласны ли Вы с диагнозом врача «скорой помощи»?

2. Дифференциальная диагностика в данном случае (включая возможные дополнительные методы обследования).

3. Лечебная тактика.

Задача № 8. В поликлинику к хирургу обратилась женщина, 38 лет, с жалобами на умеренные ноющие боли в левой стопе и голени, периодически возникающий отек конечности, развивающийся при длительном стоянии и проходящий после ночного отдыха, наличие единичных расширенных подкожных вен голени слева. Из анамнеза выяснено, что 2 года назад перенесла острый флеботромбоз глубоких вен левой голени. Объективно: состояние удовлетворительное. Левая стопа и голень незначительно отечны, цвет кожи обычный, в нижней трети видны единичные варикозно расширенные подкожные вены по рассыпному типу. В клинико-биохимических анализах без отклонений от нормы.

1. Ваш диагноз?
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать данную патологию.
3. Ваши рекомендации больной?

Задача № 9. В стационар на плановую госпитализацию поступил больной, 52 лет, с жалобами на наличие длительно не заживающей болезненной язвы правой голени, уплотнение и пигментацию голени, отек конечности при длительном нахождении в положении стоя, единичные судороги икроножных мышц. Из анамнеза выяснено, что 3 года назад перенес острый флеботромбоз глубоких вен правой нижней конечности, через 2,5 года после этого постепенно появились вышеуказанные жалобы, образовалась язва на голени, зажившая после консервативной терапии, а 3 недели назад язва образовалась вновь. Объективно: состояние удовлетворительное, на медиальной поверхности нижней трети правой голени виден язвенный дефект 8х6 см, неглубокий, с возвышенными краями. Дно покрыто гнойно-некротическими массами, в окружности язвы индурация и пигментация тканей.

1. Ваш диагноз?
2. Укажите принципы лечения в данном конкретном случае.

Задача № 10. Больная, 55 лет находилась на постельном режиме после экстирпации матки с придатками по поводу злокачественной опухоли. Страдает также варикозным расширением вен нижних конечностей. На 5-й день послеоперационного периода при попытке подняться в постели состояние ее внезапно ухудшилось, появились острые, «колющие» боли в области сердца и между лопатками, резкий цианоз лица и верхней части туловища, одышка, тахипноэ, общее беспокойство. АД 90/60 мм рт. ст., пульс 110 ударов минуту. Отмечается набухание шейных вен. При экстренной ЭКГ обнаружена острая перегрузка правых отделов сердца.

1. Предположительный диагноз и возможный этиопатогенез в данном случае?
2. Профилактические меры, которые необходимо было провести у данной больной?

ТРОМБОЗЫ И ЭМБОЛИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Задача № 1. Больной, 48 лет, поступил в экстренном порядке с жалобами на боли в левой голени и бедре, покраснение по ходу варикозно расширенной большой подкожной вены, отечность, повышенную температуру тела до 37,6 °С. В течение 10 лет страдает варикозной болезнью левой нижней конечности, боль и краснота по ходу вены появились неделю назад, амбулаторное лечение было неэффективным. При осмотре – по ходу расширенной, варикозно измененной большой подкожной вены левой голени и нижней трети бедра широкой полосой гиперемия, инфильтрация, болезненность. Консервативная терапия успеха не имела, гиперемия и инфильтрация распространились до верхней трети бедра. На этом фоне у больного появились боли в грудной клетке, одышка, кровохарканье.

- 1. О каком осложнении варикозной болезни можно думать?*
- 2. В чем заключается ошибка врачей в лечении этого больного?*

Задача № 2. Больная, 60 лет, оперирована в плановом порядке по поводу желчнокаменной болезни, произведена открытая холецистэктомия. Из сопутствующей патологии необходимо отметить гипертоническую болезнь, варикозное расширение вен обеих нижних конечностей. На 3 сутки после операции больная встала с постели, после чего появилась внезапная интенсивная боль за грудиной, одышка. При осмотре отмечается бледно-пепельный оттенок кожи верхней части туловища, одышка, тахикардия до 106 ударов в минуту. АД снижено до 90/60 мм рт. ст. Перкуторно границы сердечной тупости смещены вправо, акцент и раздвоение II тона над легочной артерией. Дыхание справа ослаблено. На электрокардиограмме признаки перегрузки правых отделов сердца.

- 1. О каком послеоперационном осложнении можно думать?*
- 2. Меры профилактики этого осложнения?*
- 3. Врачебная тактика?*

Задача № 3. Больной, 58 лет, поступил в дежурный хирургический стационар с жалобами на сильнейшую боль в правой нижней конечности, бледность ее, похолодание, онемение, которые появились около двух часов назад. Страдает митральным пороком сердца, в последнее время часто бывают приступы мерцательной аритмии. При объективном осмотре отмечается бледность правой нижней конечности с мраморным

оттенком, кожные покровы холодны на ощупь, отсутствует чувствительность, положителен симптом «канавки», пульсация на бедренной артерии не определяется, слева – нормальная.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика?

Задача № 4. Больной, 49 лет, поступил в дежурный хирургический стационар с жалобами на интенсивные боли в обеих нижних конечностях, иррадиирующие в крестец, боль в нижних отделах живота. Около 1,5 лет назад перенёс инфаркт миокарда, после чего развилась аневризма сердца. Состояние тяжелое, «мраморность» кожных покровов обеих нижних конечностей, ягодиц, нижних отделов брюшной стенки, нарушение чувствительности этих отделов, снижение кожной температуры, пульсация на бедренных артериях не определяется.

1. Ваш диагноз?

2. Какое обследование необходимо провести для уточнения клинического диагноза?

3. Врачебная тактика?

Задача № 5. Больная, 60 лет, поступила в стационар с жалобами на интенсивную боль в правой верхней конечности, похолодание ее, нарушение чувствительности, которые появились около 5 часов назад. Больная страдает митральным пороком сердца, мерцательной аритмией. При объективном осмотре: правая рука до верхней трети плеча бледная с мраморным рисунком, холодная, нарушена чувствительность, положителен симптом «канавки», пульсация на плечевой артерии отсутствует.

1. Ваш диагноз и действия?

Задача № 6. Больная, 59 лет, поступила в дежурный стационар через трое суток от начала заболевания с жалобами на боли интенсивного характера в левой нижней конечности, онемение ее, нарушение движений. 3 года назад оперирована по поводу злокачественной опухоли придатков матки, проводилась лучевая терапия на паховые области. При объективном осмотре: левая нижняя конечность до пупартовой связки холодная, снижены все виды чувствительности, кожные покровы мраморной окраски, мышечная контрактура, пульсация на бедренной артерии не определяется.

1. Ваш диагноз?

2. Какая стадия острой ишемии имеет место?

3. Ваши диагностические и лечебные мероприятия?

Задача № 7. Больной, 49 лет, поступил в дежурный хирургический стационар с жалобами на боли в правой руке, ощущение «беганья мурашек», похолодание, побледнение кожных покровов, которые появились 2 часа тому назад. Больной месяц назад перенес инфаркт миокарда, находился на лечении в кардиоцентре. При объективном осмотре отмечается бледность и похолодание кожных покровов правого предплечья, снижена болевая чувствительность, пульсация на лучевой артерии не определяется, усилен венозный рисунок.

1. Ваш диагноз и тактика?

Задача № 8. Больной, 67 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на интенсивную боль в правой нижней конечности, похолодание ее, онемение пальцев. Больной страдает облитерирующим атеросклерозом сосудов нижних конечностей, по поводу чего наблюдается у ангиохирурга. При объективном осмотре: правая голень цианотична, резко снижена кожная температура, отсутствуют рефлексy и все виды чувствительности, мышечная контрактура в голеностопном суставе, движения в стопе отсутствуют, стопа отечна, на тыле её пузыри с геморрагическим содержимым.

1. Ваш диагноз и тактика?

Задача № 9. Больной, 49 лет, оперирован по поводу эмболии бедренной артерии справа, произведена эмболэктомия, до и после операции проводилась терапия гепарином. Через сутки после операции у больного развилась обширная гематома мягких тканей в области послеоперационных швов, открылось носовое кровотечение, появились кровоподтеки в области инъекций. В анализах крови: протромбиновый индекс не определяется, время свертывания крови составляет 15 минут.

1. О каком послеоперационном осложнении идет речь?

2. Какие нормальные показатели названных факторов свертывающей системы крови?

3. Какое лечение следует назначить больному?

Задача № 10. Больная, 61 год, оперирована по поводу вентральной послеоперационной грыжи брюшной стенки. На 6-е сутки пошла в туалет, где потеряла сознание. При объективном осмотре: больная без сознания, кожные покровы бледные с пепельным оттенком, пульс определяется на крупных артериях, 120 ударов в минуту; АД 60/40 мм рт. ст. На ЭКГ признаки острого легочного сердца.

1. О каком послеоперационном осложнении можно думать?

2. Между какими состояниями нужно дифференцировать?

3. Ваши диагностические и лечебные действия?

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Задача № 1. Больной, 16 лет, был прооперирован по поводу острого гангренозного аппендицита. В послеоперационном периоде состояние больного резко ухудшилось, температура до 38–39 °С, пульс 110–120 ударов в минуту; появилась иктеричность склер, увеличилась печень, асцит. Лейкоцитоз до $18 \times 10^9/\text{л}$ со сдвигом влево.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз?*
- 2. Чем объяснить причины возникновения иктеричности склер, увеличение печени, асцита?*
- 3. Лечебная тактика?*

Задача № 2. Больной, 60 лет, поступил в больницу с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии, тошноту, периодическую рвоту, понос. Из анамнеза выяснено, что год назад перенес тупую травму живота. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, кожные покровы обычного цвета, отеков нет, температура тела 36,6 °С. Со стороны грудной клетки патологии нет. При осмотре живота в эпигастрии определяется мягкоэластичное, округлое, слегка болезненное образование. Размеры печени по Курлову 10–9–8 см, край ровный, безболезненный, селезенка пальпируется. В лабораторных анализах крови, функциональных пробах печени отклонений от нормы не выявлено. При рентгенографии органов брюшной и грудной полости, ЭГДС патологии не найдено. По УЗИ в проекции головки и тела поджелудочной железы отмечается сферическое образование, свободное от эхосигналов, с четкими границами, отмечается резкое увеличение селезенки.

- 1. Диагноз?*
- 2. Лечебная тактика?*
- 3. Назовите основные причины, которые могут вызвать подпеченочную форму портальной гипертензии.*

Задача № 3. В больницу поступил больной, 50 лет, с жалобами на снижение аппетита, похудание на 15 кг, болезненность и тяжесть в правом подреберье, увеличение в объеме живота. В течение 10 лет употребляет алкоголь. Больной пониженного питания, тургор кожи снижен. Печень и селезенку пальпировать не удастся из-за резкого увеличения в размерах живота, определяется выпячивание пупка, феномен зыбления. В общем и биохимическом анализах крови без существенных отклонений от нормы. По ЭГДС в дистальных отделах пищевода нечеткое расширение вен. По

УЗИ поверхность печени неровная, выявлено диффузно-неоднородная структура паренхимы.

- 1. Ваш предположительный диагноз.*
- 2. Какой метод диагностики является решающим для постановки диагноза цирроза печени?*
- 3. Назовите методы лечения асцита.*

Задача № 4. Больной, 60 лет, поступил в дежурный стационар с жалобами на рвоту с кровью, похудание, периодические поносы. Злоупотребляет алкоголем. Состояние средней степени тяжести. АД 100/70 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту. Кожные покровы желтушны. Со стороны органов грудной клетки патологии нет. Живот увеличен в объеме, перкуторно определяется жидкость в брюшной полости. Размеры печени по Курлову 8х7х6 см, край плотный. В общем анализе крови: Эр. $2,9 \times 10^{12}$ /л; Нв 100 г/л. В биохимическом анализе крови: билирубин 39,3 мкмоль/л, повышен за счет обеих фракций; общий белок 50 г/л; АлАТ 2,0 Е/л; АсАТ 2,5 Е/л.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз?*
- 2. Какой метод подтвердит кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода?*
- 3. Назовите естественные портокавальные анастомозы, которые функционируют при портальной гипертензии?*
- 4. Назовите нормальную величину портального давления?*

Задача № 5. Больной, 38 лет, поступил в дежурный стационар с жалобами на рвоту с примесью крови, головокружение, тяжесть в правом подреберье, периодический понос, похудение на 10 кг. Злоупотребляет алкоголем. Состояние средней степени тяжести. Желтушность кожных покровов, сосудистые звездочки на груди, увеличение печени и селезенки. В анализах крови: анемия, гипоальбуминемия, гипогаммаглобулинемия, повышение трансаминаз в 4 раза. По УЗИ печени: увеличенная печень с диффузно неоднородной структурой паренхимы печени.

- 1. Ваш предполагаемый диагноз?*
- 2. Лечебно-диагностическая тактика?*
- 3. Назовите цели и методы консервативной терапии при кровотечении?*

Задача № 6. Больной, 40 лет, переведен в хирургическое отделение из гастроэнтерологического с жалобами на рвоту с кровью, мелену, слабость. Злоупотребляет алкоголем. При осмотре больного: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, кожные покровы желтушны. Сосудистые звездочки на коже, в области пупка расширение вен по типу

«головы медузы», размеры печени уменьшены, край неровный, плотный. В общем анализе крови: Эр. $3,09 \times 10^{12}$ г/л; Нв 99 г/л.

- 1. Ваш диагноз, лечебно-диагностическая тактика?*
- 2. Устройство и применение зонда Блэкмора?*
- 3. Назовите показания и противопоказания к оперативному лечению при данной патологии?*

Задача № 7. Больной, 54 года, обратился в больницу с жалобами на похудение, периодические поносы, пожелтение кожных покровов, тяжесть в эпигастрии. В анамнезе был эпизод рвоты с кровью. Кожные покровы желтушны, сосудистые звездочки на теле, на передней стенке «голова медузы». Живот увеличен в объеме, в брюшной полости определяется жидкость, печень и селезенка увеличены. Край печени плотный, поверхность бугристая. В анализах крови: анемия, тромбоцитопения, лейкопения, нарушения функциональных проб печени.

- 1. Ваш предположительный диагноз?*
- 2. Какие инструментальные методы диагностики необходимо использовать для постановки диагноза?*
- 3. Перечислите симптомы гиперспленизма?*

Задача № 8. Больной, 45 лет, поступил в городскую больницу с жалобами на рвоту с кровью, мелену. В анамнезе у больного цирроз печени. Назначена консервативная терапия с использованием зонда Блэкмора. Через 2 суток состояние больного ухудшается. По ЭГДС признаки продолжающегося кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода.

- 1. Врачебная тактика?*
- 2. Виды оперативного вмешательства при остром кровотечении из варикозно расширенных вен пищевода?*
- 3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать желудочное кровотечение?*

Задача № 9. Больной, 35 лет, направлен в гепатологический центр в плановом порядке на оперативное по поводу цирроза печени, портальной гипертензии с варикозным расширением вен пищевода.

- 1. Какие виды операций применяют при синдроме портальной гипертензии?*

Задача № 10. Больная, 25 лет, поступила на обследование в гепатологический центр с предварительным диагнозом цирроз печени. Год назад перенесла беременность, которая осложнилась выкидышем. После этого появились тяжесть в правом подреберье, тошнота, асцит. При

осмотре резко увеличена печень, пальпируется селезенка. В крови незначительные изменения функциональных проб печени. При лапароскопии с прицельной биопсией данных за цирроз не получено. При каваграфии обнаружена облитерация нижней полой вены на уровне печеночного сегмента.

1. Ваш диагноз?

ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ

Задача № 1. К хирургу поликлиники обратился мужчина, 47 лет, с жалобами на боли в правой кисти, усиливающиеся при движении пальцем, головную боль, плохой сон, чувство жара. Болен трое суток. Состояние удовлетворительное, но температура тела 38 °С. Правая кисть отечна, больше на тыле. Третий и четвертый пальцы разведены. У основания их – зона максимальной болезненности. Сведение пальцев усиливает боль. В правой подмышечной области пальпируются болезненные, уплотненные лимфоузлы.

1. Ваш диагноз, тактика, лечение?

Задача № 2. К хирургу поликлиники обратился шофер, 42 года, с жалобами на боли в области правой кисти, повышение температуры тела до 37,5 °С. Два дня назад во время работы появилась болезненная мозоль на ладони. Через сутки боли усилились. На ладонной поверхности правой кисти у основания 3-го пальца болезненная припухлость, инфильтрация, гиперемия. Имеется отёк тыла киста.

1. Ваш диагноз и лечение?

Задача № 3. В приёмный покой доставлен мужчина, 30 лет, с жалобами на сильные, пульсирующие боли в левой кисти, повышение температуры тела до 38,5 °С, головную боль, плохой сон. Болен трое суток. Работа связана с техникой, маслами. Состояние средней степени тяжести. Левая кисть отёчна, особенно на тыле её. Зона максимальной болезненности в области возвышения большого пальца. Движения его ограничены из-за боли. На левом предплечье красные полосы, увеличенные и болезненные лимфоузлы в левой подмышечной области.

1. Ваш диагноз?

2. Характер операции, путь введения антибиотиков?

Задача № 4. В гнойное хирургическое отделение госпитализирована больная, 16 лет, с жалобами на сильные пульсирующие боли в правой кисти. 3 дня назад порезала ладонь. Рану обработала настойкой йода. Боли усилились на второй день, в динамике нарастают, ночь не спала, появилась слабость, головная боль, озноб. Состояние средней тяжести. Температура 38,5 °С. Правая кисть отечна, больше с тыльной стороны. Зона максимальной болезненности в середине ладони, уменьшена её вогнутость. Сгибание пальцев усиливает боль, но разгибание практически невозможно.

1. Ваш диагноз?

2. Характер операции, путь введения антибиотиков, иммобилизация?

Задача № 5. К хирургу поликлиники обратилась больная, 15 лет, с жалобами на боли в ногтевой фаланге III пальца левой кисти. Два дня назад сорвала заусенец. Палец отечен, около ногтевого валика гиперемия и отечность, резкая болезненность при пальпации зондом.

1. Ваш диагноз, лечение?

Задача № 6. К хирургу поликлиники обратился мужчина, 45 лет, с жалобами на сильные боли во II пальце правой кисти. Неделю назад ущемил палец дверью. Были сильные боли, которые постепенно уменьшились. Ноготь стал темным, через двое суток боли вновь усилились, повысилась температура до 37,6 °С, плохо спал ночью. Ногтевая фаланга II пальца отечна, гиперемирована на тыле. Ногтевая пластинка отслоена у основания желтовато-геморрагической жидкостью. При пальпации зондом боль усиливается.

1. Ваш диагноз, лечение?

Задача № 7. В гнойном хирургическом отделении 5 суток назад мужчине, 40 лет, проведена операция под проводниковой анестезией по Усольцевой – вскрытие сухожильного панариция V пальца левой кисти. На момент осмотра состояние ухудшилось: боли распространились на кисть и предплечье, появился озноб, слабость, головная боль. Температура повысилась до 39,0 °С. При исследовании левая кисть в состоянии ладонного сгибания, разгибание ее резко болезненно. Максимальная зона болезненности в дистальном отделе предплечья. Болезненные, уплотненные лимфоузлы в локтевой ямке и подмышечной области.

1. Ваш диагноз и дальнейшее лечение?

Задача № 8. К хирургу поликлиники обратилась больная, 16 лет, с жалобами на боли в IV пальце правой кисти пульсирующего характера, усиливающиеся при опускании руки вниз. Заболела после укола пальца во

время шитья. Ногтевая фаланга IV пальца правой кисти отечна, с ладонной поверхности припухлость с округлым пятнышком желто-зеленого цвета диаметром до 4 мм и розовым ободком вокруг. Пальпация зондом болезненна. Температура 36,9 °С.

1. Ваш диагноз и лечение?

Задача № 9. В гнойное хирургическое отделение госпитализирован больной, 16 лет, с жалобами на сильные боли в правой кисти, особенно в III пальце, высокую температуру до 38 °С, озноб, головную боль. 3 дня назад уколол палец иглой, была капелька крови. Правая кисть отечна, особенно III палец, он находится в согнутом положении, складчатость уменьшена; разогнуть палец не удастся из-за резкого усиления боли. При пальпации зондом максимальная болезненность по средней линии пальца с ладонной стороны.

1. Ваш диагноз и характер операции?

Задача № 10. Больному, 18 лет, хирургом поликлиники 13 дней назад был вскрыт подкожный панариций ногтевой фаланги III пальца правой кисти. Состояние вначале улучшилось, но в течение последних трех суток боли усилились, вновь повысилась температура до 37,9 °С, ухудшился сон. Ногтевая фаланга отечна. Из раневых поверхностей скудное гнойное отделяемое с малыми грануляциями. При зондировании определяется неровная поверхность и мелкие фрагменты костной ткани.

1. Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения?

ПАРАПРОКТИТ

Задача № 1. Больной, 18 лет, обратился в районную больницу с жалобами на боли в промежности, повышение температуры до 38,3 °С, озноб в течение двух дней. Боли носят острый пульсирующий характер, усиливаются при движении, перемене положения тела, кашле, дефекации. При осмотре больного температура тела 38 °С, пульс 78 ударов в минуту, при объективном обследовании патологических изменений со стороны органов грудной и брюшной полостей нет. При осмотре промежности имеется небольшая гиперемия, сглажена радиальная складчатость, припухлость кожи около заднего прохода спереди. При пальпации в этой области отмечается резкая болезненность, в центре флюктуация.

Пальцевое исследование прямой кишки резко болезненно, верхняя граница инфильтрата не заходит выше гребешковой линии.

1. Ваш диагноз, тактика и лечение?

2. Вид обезболивания?

Задача № 2. Больной, 20 лет, обратился в приемный покой городской больницы с жалобами на тупые боли в прямой кишке, усиливающиеся при дефекации, повышение температуры до 37 °С. Считает себя больным в течение 5 дней. При осмотре состояние удовлетворительное, температура тела 36,8 °С. При объективном обследовании патологических изменений со стороны органов грудной и брюшной полостей нет. При осмотре промежности видимых изменений со стороны кожи нет. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется округлое образование, расположенное под слизистой оболочкой прямой кишки над гребешковой линией.

1. Ваш диагноз и тактика лечения?

Задача № 3. Больной, 19 лет, обратился в районную больницу с жалобами на общее недомогание, плохой сон, потерю аппетита, тупые боли в прямой кишке, усиливающиеся при дефекации. Считает себя больным в течение 5 дней. При осмотре температура тела 37,8 °С, пульс 84 удара в минуту. При объективном обследовании патологических изменений со стороны органов грудной и брюшной полостей нет. При осмотре промежности видимых изменений со стороны кожи нет. При пальпации промежности в области правой ягодицы при толчкообразных движениях ощущается тупая, глубокая болезненность. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется повышенный тонус анального сфинктера, над гребешковой линией определяется инфильтрат, спаянный с правой стенкой прямой кишки, болезненный при надавливании на него пальцем. Верхняя граница инфильтрата с трудом достигается кончиком пальца.

1. Ваш диагноз, тактика?

2. Характер операции и вид обезболивания?

Задача № 4. Больной, 19 лет, обратился в городскую больницу с жалобами на боли внизу живота над лобком, усиливающиеся при ходьбе и дефекации, повышение температуры до 39,2 °С, головную боль. Считает себя больным в течение 2 дней. Из анамнеза выяснено, что такие же симптомы были у больного год назад. К врачам не обращался, так как боли постепенно сами утихли после того, как было отхождение кала с примесью гноя.

1. Ваш предварительный диагноз?

- 2. Какие методы исследования необходимо провести больному для подтверждения диагноза?*

Задача № 5. Больной, 22 лет, поступил в приемный покой дежурного стационара с жалобами на боли внизу живота, головную боль, повышение температуры, озноб. При осмотре температура тела 37,8 °С, пульс 86 ударов в минуту. При объективном обследовании патологических изменений со стороны органов грудной клетки нет. При пальпации живота отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки справа. Выставлен диагноз острый аппендицит. Больной экстренно оперирован. При вскрытии брюшной полости обнаружен неизмененный червеобразный отросток, однако, в забрюшинной жировой клетчатке таза выявлено скопление гноя. Брюшная полость была ушита, гнойник дренирован дополнительным разрезом в правой подвздошной области. Послеоперационный период осложнился флегмоной передней брюшной стенки, отмечались боли в промежности, выделение гноя из прямой кишки. На передней стенке образовался гнойный свищ.

- 1. Каков характер заболевания?*
- 2. Какие методы исследования помогли бы правильно поставить диагноз?*
- 3. Допущенные ошибки при выполнении операции?*

Задача № 6. Больной, 40 лет, поступил в больницу с жалобами на боли в области анального канала, слизисто-гнойные выделения из свища промежности, выделение темной крови из прямой кишки. Болен в течение 15 лет. Заболевание началось остро, в поликлинике был вскрыт гнойник. В последующем сформировался свищ прямой кишки, по поводу которого оперирован 6 раз, причем каждый раз свищ рецидивировал. За последний год отмечает похудание на 10 килограмм, плохой аппетит, снижение работоспособности. Область промежности деформирована за счет грубо сформировавшихся рубцов, на фоне которых выявляется свищевое отверстие, свищ имеет чрессфинктерный ход. Отмечается значительный рубцовый процесс по ходу свища и в анальном канале у внутреннего отверстия. Ткани отечны и инфильтрированы, пальцевое исследование болезненно.

- 1. О каком осложнении хронического парапроктита идет речь?*
- 2. Ваш план обследования и лечения?*

Задача № 7. Больной, 19 лет, поступил в больницу с жалобами на боли и зуд в области заднего прохода, постоянное загрязнение белья гнойным отделяемым. Из анамнеза выяснено, что 6 месяцев назад заболевание началось остро с образования гнойника в области

промежности, который на 3 день вскрылся самостоятельно. Состояние удовлетворительное. При осмотре промежности наружное свищевое отверстие расположено на 6 часах. При исследовании установлено, что ход свища идет под кожей анального канала с переходом на подслизистую, открывается в крипту задней полуокружности канала.

1. Ваш предположительный диагноз и методы исследования?

Задача № 8. Больной, 20 лет, поступил в больницу с жалобами на постоянное загрязнение белья, зуд около заднего прохода. Заболевание началось год назад с острого парапроктита, который был вскрыт в поликлинике, в последующем сформировался свищ. Больной отмечает три обострения воспалительного процесса с повышением температуры до 38,0 °С, возникновением болей в промежности, гнойными выделениями из свища в области промежности. Лечился в поликлинике. При объективном обследовании патологических изменений со стороны органов грудной и брюшной полостей нет. При осмотре промежности имеется наружное свищевое отверстие, которое расположено в 4 см от края ануса на 5 часах. Свищевой ход пальпируется в подкожной клетчатке. Проба с метиленовым синим положительна. Зонд, введенный в наружное отверстие, идет чрессфинктерно и проходит в просвет прямой кишки.

1. Ваш диагноз, план обследования?

2. Какое оперативное лечение показано при данной патологии?

Задача № 9. Больная 25 лет, поступила в больницу с жалобами на постоянные гнойные выделения из промежности в течение последнего месяца. В межъягодичную складку вынуждена закладывать ватку или марлю, стул и мочеиспускание не нарушены. Год назад в районной больнице была оперирована по поводу острого парапроктита, который был вскрыт без ликвидации внутреннего отверстия свища. При объективном обследовании патологических изменений со стороны органов грудной и брюшной полостей нет. При осмотре промежности имеется наружное свищевое отверстие, которое расположено на 2 часах в 5 см от края ануса. Свищевой ход не пальпируется. При пальцевом исследовании прямой кишки наблюдается уплотнение в области передней крипты. При фистулографии свищевой ход располагается снаружи от сфинктера.

1. Ваш диагноз?

2. Какие еще методы исследования необходимо провести больной?

3. Какое оперативное лечение показано при данной патологии?

Задача № 10. Больной, 17 лет, поступил в больницу с жалобами на боли в промежности, усиливающиеся при ходьбе. Акт дефекации безболезненный. Изменений со стороны стула и мочеиспускания нет.

Температура тела нормальная. При объективном обследовании патологических изменений со стороны органов грудной и брюшной полостей нет. При осмотре промежности в межъягодичной складке над копчиком определяется инфильтрат с размягчением в центре. Размер инфильтрата 5 см в диаметре, кожа над ним гиперемирована. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений нет.

1. Каков характер заболевания?

2. Определите лечение?

МАСТИТ

Задача № 1. В приемный покой городской больницы поступила женщина, 27 лет, с жалобами на распирающие боли, чувство тяжести в левой молочной железе, повышение температуры тела до 38,0 °С, озноб. В анамнезе: перечисленные жалобы появились с вечера, вначале температура поднималась до 37,4 °С. 1 месяц назад первые роды, ребенка кормит грудью. При осмотре: молочная железа увеличена в объеме, напряжена, болезненна при пальпации, в верхне-наружном квадранте пальпируется плотное, подвижное, болезненное уплотнение, продолговатой формы с четкими границами, кожа над ним гиперемирована.

1. Ваш диагноз и действия?

Задача № 2. В приемный покой дежурного хирургического стационара обратилась женщина, 32 лет, с жалобами на высокую температуру тела до 40 °С, боли в правой молочной железе, увеличение и деформацию ее. В анамнезе: больна около 5 дней, обращалась в поликлинику, где ставился диагноз лактостаз. За эти дни состояние ухудшилось: выросли боли, появился озноб, вчера к вечеру заметила выделение гноя через сосок. 2 месяца назад самостоятельные роды, до настоящего времени ребенка кормила грудью. При осмотре: правая молочная железа увеличена в объеме, оттеснена кпереди, при пальпации резкая болезненность по всей железе. Гиперемии, инфильтрации нет.

1. Ваш диагноз?

2. Врачебная тактика?

Задача № 3. В поликлинику на прием к хирургу обратилась женщина, 56 лет, с жалобами на боли в левой молочной железе, повышение температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам, отек и покраснение

в области молочной железы. Из анамнеза выяснено, что больна около 2-х месяцев, когда вначале появилась небольшое покраснение кожи вокруг соска, затем быстро нарастал отек и гиперемия, появились боли. При осмотре: левая молочная железа увеличена в размерах, кожа над ней гиперемирована, отечна, вокруг соска в виде «лимонной корки».

1. Ваш диагноз?

2. Диагностические и лечебные мероприятия?

Задача № 4. В приемный покой дежурного хирургического стационара обратилась женщина, 25 лет, с жалобами на высокую температуру тела до 40 °С, боли в правой молочной железе, увеличение и деформацию ее. Из анамнеза выяснено, что 3 месяц назад срочные роды, ребенка кормит грудью, больна 3 суток, заболевание началось с появления уплотнения в молочной железе, одновременно с этим уменьшилось количество молока, затем повысилась температура тела, вначале до 37,5 °С. При осмотре: правая молочная железа увеличена в объеме, кожа над ней гиперемирована, в верхне-наружном квадранте определяется образование, плотное, без четких границ с флюктуацией в центре.

1. Установите диагноз.

2. Определите лечение.

3. Тактика кормления ребенка?

Задача № 5. В женскую консультацию к участковому гинекологу на осмотр пришла беременная женщина. При осмотре молочных желез сосок втянутой формы.

1. Дайте рекомендации по профилактике развития мастита, подготовке к кормлению ребенка и по уходу за сосками в послеродовом периоде.

Задача № 6. На прием к хирургу в поликлинику обратилась женщина, 27 лет, с жалобами на боли, покалывание и чувство тяжести в левой молочной железе, также повышение температуры тела до 38,7 °С. В анамнезе: 1 месяц назад срочные роды, 3 суток назад появились боли в железе, припухлость, покраснение кожи. За сутки температура увеличилась, боли выросли, вокруг соска появилось болезненное уплотнение. При осмотре: левая молочная железа несколько увеличена в объеме, при пальпации болезненность вокруг соска, там же имеется гиперемия кожи и плотный болезненный инфильтрат без четких границ с флюктуацией в центре, увеличены лимфатические узлы в подмышечной впадине.

1. Диагноз и лечебная тактика?

Задача № 7. На прием к хирургу в поликлинику обратилась женщина, 37 лет, с жалобами на боли, покалывание и чувство тяжести в левой молочной железе, образование плотного инфильтрата в ней. Из анамнеза установлено, что 4 дня назад в железе появилось болезненное уплотнение и гиперемия, повысилась температура тела до 37,6 °С. Ранее, 10 лет назад были самостоятельные роды, ребенка кормила грудью. При осмотре: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы плотный, безболезненный инфильтрат, малоподвижный, без четких границ, из соска выделений нет. Гиперемия кожи над этим участком.

1. Ваш диагноз?

2. Диагностическая и лечебная тактика?

Задача № 8. Вы – хирург. В приемное отделение городской больницы доставлена женщина, 26 лет с жалобами на слабость, высокую температуру тела, озноб, боли в правой молочной железе, увеличение ее в объеме, покраснение и выделение гнойного содержимого из соска. Из анамнеза: больна около недели, когда появились боли, покраснение в железе, за эти дни состояние ухудшилось, выросли боли, появился озноб, вчера к вечеру заметила выделение гноя через сосок. Два месяца назад самостоятельные роды, до настоящего времени ребенка кормила грудью. При осмотре: состояние тяжелое, заторможена, температура тела 39,8°С, кожные покровы бледные, аускультативно в легких дыхание жесткое, сухие и влажные хрипы по всем легочным полям. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, край печени выступает из-под реберной дуги на 3 см. В левом подреберье пальпируется увеличенная селезенка. При осмотре молочной железы она багрового цвета, болезненна, уплотнена, в центре определяются очаги флюктуации при пальпации, увеличены подмышечные лимфатические узлы. Из соска выделяется гной.

1. Диагноз и лечебная тактика?

Задача № 9. В поликлинике у хирурга в течение 5 дней проходит лечение по поводу острого лактационного мастита больная, 25 лет. Получала антибиотики, десенсибилизирующие препараты, витамины, также физиопроцедуры. За это время состояние вначале улучшилось: уменьшились боли, снизилась температура тела. Затем вновь появились распирающие боли, покалывание и чувство тяжести, температура вечером накануне была 38,9 °С. При осмотре: левая молочная железа увеличена, напряжена, болезненна при пальпации. Она гиперемирована больше в нижне-внутреннем квадранте, где определяется болезненное уплотнение без четких контуров, имеется увеличение лимфатических узлов в подмышечной ямке.

1. Каков диагноз и дальнейшая тактика поликлинического хирурга?

Задача № 10. В поликлинику на прием к хирургу обратилась больная 28 лет, после выписки из стационара, где проходила лечение по поводу острого гнойного лактационного мастита. Выполнялась операция вскрытие гнойника под местной анестезией. Жалобы на наличие раны с выделением гнойного отделяемого в небольшом количестве, вечернее повышение температуры до субфебрильных цифр, умеренные боли в железе. При осмотре: правая молочная железа обычной формы, в верхне-наружном квадранте имеется свежий рубец до 3 см длиной, в нижней части которого имеется точечное отверстие свищевого хода с гнойным отделяемым. Вокруг имеется уплотнение тканей железы до 5 см в диаметре.

1. Диагноз и дальнейшая тактика?

ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Задача № 1. Больной, 58 лет, госпитализирован в гнойное хирургическое отделение с жалобами на кашель с выделением небольшого количества гнойной мокроты. Болен в течение недели, заболевание связывает с простудой. Лечился амбулаторно, но состояние ухудшилось: повысилась температура по вечерам до 39,0 °С, появились боли в левой половине грудной клетки, головная боль, слабость, потливость. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичен. АД 110/70 мм рт. ст., частота дыхания 20 в минуту, Пациент пониженного питания. Кожные покровы бледноватые, цианоз губ. Перкуторно под левой лопаткой притупление, дыхание ослаблено, масса влажных разнокалиберных хрипов. Над остальными отделами лёгких дыхание жестковатое, сухие хрипы. Рентгенологически выявлен лобит нижней доли левого лёгкого с просветлением в центре.

1. Диагноз и принцип лечения больного.

Задача № 2. Больной, 47 лет, госпитализирован в гнойное хирургическое отделение в тяжелом состоянии. Болен в течение трех недель. Заболел остро после переохлаждения. Жалобы на слабость, кашель с выделением слизистой, затем гнойной мокроты с неприятным запахом. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Температура 39 °С с ознобом, влажным, липким потом. Гнилостный запах от крошковатой, серого цвета мокроты, до 300 мл в

сутки. Притупление легочного звука слева, ослабленное дыхание с массой влажных разнокалиберных хрипов. Рентгенологически диффузное затемнение левого лёгкого со множественными полостями до 1–2 см в диаметре с уровнем жидкости в них.

1. Поставьте диагноз и наметьте план лечения.

Задача № 3. Больной, 48 лет, обратился к хирургу поликлиники с жалобами на умеренную слабость, выделение серозной мокроты до 30 мл в сутки. Болен в течение трёх месяцев. Месяц назад выписан из пульмонологического отделения, где лечился по поводу правосторонней верхнедолевой деструктивной пневмонии. После лечения состояние улучшилось, но по вечерам повышается температура до 37,4 °С. При рентгенологическом исследовании в верхней доле правого легкого во втором сегменте определяется полость до 5 см в диаметре с плотными стенками без уровня жидкости.

1. Поставьте диагноз и определите тактику лечения.

Задача № 4. Больной, 65 лет, поступил с жалобами на кашель с отхождением мокроты до 50 мл в сутки серозно-гнойного характера, с примесью крови. Болен около месяца, когда появилась слабость, недомогание, сухой кашель. Справа под лопаткой влажные мелкопузырчатые хрипы. При рентгенологическом исследовании правый корень бесструктурен. На прямой и боковой рентгенограммах на этом фоне полость до 2 см в диаметре с уровнем жидкости и перифокальной воспалительной инфильтрацией.

1. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?

Задача № 5. В гнойном хирургическом отделении находится больной, 39 лет в тяжелом состоянии, с жалобами на одышку, слабость, потливость и кашель с выделением гнойной мокроты до 300 мл в сутки с неприятным запахом. Температура 38,5°С. Одышка в покое. Пульс 105 ударов в минуту, ритмичен, АД 100/60 мм рт. ст. Справа в боковых отделах притупление перкуторного тона. Влажные разнокалиберные хрипы. Рентгенологически: лобит средней доли с наличием полости до 5 см диаметром, расположенной пристеночно в 5 сегменте, с горизонтальным уровнем жидкости.

1. Выберите наиболее адекватный путь санации абсцесса лёгкого.

Задача № 6. Больная, 46 лет, поступила с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 39–40 °С, боли в левой половине груди. Заболела остро. В анамнезе в течение последних 3 лет повторные пневмонии. Состояние тяжелое, цианоз губ, бледность кожных и

слизистых оболочек, одышка в покое. Пульс 110 ударов в минуту, слабого наполнения, ритмичен. АД 90/60 мм рт. ст. Перкуторно слева тупость от IV ребра книзу по подмышечным и лопаточной линиям, дыхание не выслушивается. На остальном протяжении дыхание жесткое, сухие хрипы.

1. Какой предварительный диагноз и план обследования?

Задача № 7. Больной, 56 лет, обратился к хирургу поликлиники с жалобами на периодическое повышение температуры до 38 °С, одышку, слабость, недомогание, сухой кашель. Четыре месяца назад выписан из хирургического отделения, где лечился по поводу острой эмпиемы плевры справа пункциями. Пульс 86 ударов в минуту, ритмичен. АД 120/70 мм рт. ст. Кожные покровы бледноватые. Дыхание несколько ослаблено в нижних отделах справа. Хрипов нет.

Рентгенологически в задне-базальном отделе правой плевральной полости определяется эллипсовидная полость 12х5 см с плотными стенками, с умеренным количеством жидкости.

1. Ваш диагноз?

2. План лечения.

Задача № 8. Больной, 38 лет, находится на лечении по поводу острого абсцесса правого легкого, проводится консервативное лечение. Два часа назад появились сильные боли в правой половине грудной клетки, одышка. Кожные покровы бледные, цианоз губ. Пульс 100 ударов в минуту. АД 110/60 мм рт. ст. Перкуторно справа в нижних отделах грудной полости определяется тупость от V ребра, выше – коробочный звук.

1. Определите характер заболевания, план обследования, лечения.

Задача № 9. Больной, 21 года, экстренно госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на одышку, слабость, незначительные боли в правой половине грудной полости. Заболел остро, когда после кашля возникли вышеуказанные жалобы. Кожные покровы бледноватые, цианоз губ. Температура 36,2 °С. Частота дыхания до 22 в минуту. Перкуторно справа в верхних отделах тимпанит, здесь же не выслушивается дыхание. В нижних отделах дыхание везикулярное, хрипов нет.

1. Определите характер заболевания, план обследования, лечения.

Задача № 10. Больной, 50 лет, находится на лечении по поводу острого гнойного плеврита. Проводится консервативное лечение с ежедневными плевральными пункциями. Эффекта не получено:

температура до 39 °С, с ознобами, слабость, одышка в покое. Притупление перкуторного звука слева от V ребра по аксиллярным и лопаточной линиям, здесь же не выслушивается дыхание. По данным УЗИ – значительное скопление жидкости в левой плевральной полости. Микрофлора не определяется.

1. Определите дальнейшую тактику и лечение.

ОСТЕОМИЕЛИТ. АРТРИТ

Задача № 1. В районную больницу обратился больной, 16 лет, с жалобами на повышение температуры до 38,0 °С, боли в нижней трети правой голени и в области правого голеностопного сустава, общую слабость, головную боль. Болен в течение 2 суток. Травмы не было. Выставлен диагноз: ревматизм. Больной госпитализирован в терапевтическое отделение. Назначены нестероидные противовоспалительные средства. Эффекта от лечения не было. Через двое суток состояние больного ухудшилось: повысилась температура до 39,0 °С, боли в нижней конечности усилились, в нижней трети голени припухлость мягких тканей.

- 1. Правильно ли выставлен диагноз?*
- 2. О каком заболевании можно было подумать?*
- 3. Лечебно-диагностическая тактика?*

Задача № 2. В приемный покой городской больницы поступил больной, 16 лет, с жалобами на сильные боли в правой голени, боли распирающего характера, затруднение при ходьбе, озноб, слабость. Болен в течение трех суток. Травмы не было. Объективно: имеется умеренный отек мягких тканей правой голени, кожа обычного цвета, резкая болезненность при пальпации по ходу большеберцовой кости. Какой-либо патологии со стороны вен не определяется. Температура 37,8 °С. Нагрузка на большеберцовую кость по оси болезненна.

- 1. О каком заболевании можно подумать?*
- 2. Ваша тактика, принципы лечения?*

Задача № 3. В приемный покой городской больницы поступил больной, 20 лет, с жалобами на сильные боли в области левого бедра, припухлость, высокую температуру до 39 °С, головные боли, повышенное потоотделение, общую слабость. Болен в течение 10 дней, когда был

поставлен диагноз лакунарной ангины, по поводу которой проводилась противовоспалительная терапия. Травму отрицает. Объективно: левое бедро резко отечно, вся боковая поверхность гиперемирована, при пальпации резкая болезненность. Лейкоцитоз до $15 \times 10^9/\text{л}$. На рентгенограмме левого бедра отмечается отслоение надкостницы на протяжении 5 см.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика?

Задача № 4. В больницу обратился больной, 18 лет, с жалобами на боли в верхней трети правой голени, усиливающиеся при физической нагрузке. Травмы не было. Из анамнеза выяснено, что после физической нагрузки в этой области часто возникали боли. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура нормальная, деформации голени нет, объем движений в коленном суставе не ограничен. Имеется незначительная локальная гиперемия на передней поверхности верхней трети голени. Пальпация безболезненна. На рентгенограмме определяется круглая полость в верхней трети большеберцовой кости.

1. Ваш диагноз и лечебная тактика?

Задача № 5. В больницу обратился больной, 30 лет, с жалобами на ноющие боли в области старого рубца на левом бедре, незначительную припухлость. В прошлом три раза оперировали по поводу обострения хронического остеомиелита левого бедра. Объективно: состояние удовлетворительное, на наружной поверхности в области средней трети левого бедра грубые рубцы, умеренная припухлость, свища нет.

1. Ваш предположительный диагноз и лечебно-диагностическая тактика?

Задача № 6. В приемный покой больницы поступил больной, 16 лет, с жалобами на боли в области правого локтевого сустава, усиливающиеся при движении, припухлость, общую слабость, головные боли, повышение температуры до $37,8^\circ\text{C}$. Из анамнеза выяснено, что неделю назад выписался из стационара, где в течение трех недель лечился по поводу двусторонней пневмонии. При осмотре сустав резко отечен, гиперемирован, рука полусогнута, отмечается местное повышение температуры.

1. О каком заболевании можно подумать?

2. Лечебно-диагностическая тактика?

Задача № 7. В приемный покой больницы поступил больной, 19 лет, с жалобами на сильные распирающие боли в правом коленном суставе, усиливающиеся при движении, припухлость, общую слабость, повышение температуры до 38°C . Из анамнеза выяснено, что три дня назад ушиб

ногу. При осмотре коленный сустав отечен, гиперемирован. Нечетко определяется симптом баллотирования надколенника. При пальпации умеренная болезненность. Дежурный хирург поставил диагноз: правосторонний гонит. Больной госпитализирован. На сустав наложена повязка с гипертоническим раствором, назначена антибиотикотерапия.

1. Оцените лечебно-диагностическую тактику врача.

Задача № 8. В больницу обратился больной, 25 лет, с жалобами на сильные боли в левом коленном суставе, невозможность ходить, припухлость, высокую температуру. Из анамнеза выяснено, что два дня назад упал с высоты и ушиб коленный сустав. Объективно: состояние средней степени тяжести, температура 38 °С, пульс 100 ударов в минуту, коленный сустав резко увеличен в объеме, кожа гиперемирована. На наружной поверхности сустава имеются ссадины. Сустав болезнен при пальпации. Определяется симптом баллотирования надколенника.

1. Предположительный диагноз?

2. Лечебно-диагностическая тактика?

Задача № 9. В больницу обратился больной, 20 лет, с жалобами на сильные боли в правом голеностопном суставе, усиливающиеся при движении. Беспокоит общая слабость, головные боли, повышение температуры до 39 °С. Из анамнеза выяснено, что три дня назад ударился ногой о металлический предмет. При осмотре правой нижней конечности отмечается подошвенное сгибание стопы. Сустав резко отёчен, горячий на ощупь. Кожа гиперемирована и натянута. При пальпации сустава больной испытывает резкую болезненность.

1. Предположительный диагноз и лечебно-диагностическая тактика?

Задача № 10. В больницу обратился больной, 28 лет, с жалобами на сильные боли в области правого тазобедренного сустава, усиливающиеся при движении, общую слабость, головные боли, повышение температуры до 38,7 °С. Из анамнеза выяснено, что два дня назад упал на правую ногу. При осмотре правая конечность в положении небольшого сгибания и ротации кнаружи. Активные движения невозможны, а пассивные, особенно ротационные, болезненны. Легкий удар по вертелу вызывает жестокую боль. Сустав отечен, горячий на ощупь, кожа гиперемирована. При пальпации сустав резко болезненный.

1. Предположительный диагноз и лечебно-диагностическая тактика.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРЯМОЙ КИШКИ. ГЕМОРРОЙ

Задача № 1. В приемный покой дежурной больницы обратился больной, 35 лет, с жалобами на боли в области заднего прохода, усиливающиеся при дефекации, ходьбе, повышенную температуру тела, мажущие белые выделения. Из анамнеза выявлено, что страдает в течение 8 лет геморроем, настоящее обострение связано с принятием алкоголя и острой пищи. Подобные состояния бывают часто. При осмотре: температура тела 37,8 °С. В области заднего прохода в виде розетки по всему периметру выпавшие, синюшные, плотные, резко болезненные геморроидальные узлы, одни из них с эрозией слизистой, кожа вокруг заднего прохода гиперемирована, инфильтрирована.

1. Ваш диагноз?

2. Лечебная тактика?

Задача № 2. В поликлинику на прием к хирургу обратился больной, 40 лет, с жалобами на интенсивные боли в области заднего прохода, отдающие в крестец, ощущения инородного тела в заднем проходе, усиливающиеся при ходьбе, натуживании, повышенную температуру тела, незначительные кровянистые выделения. Из анамнеза установлено, что работает шофером, страдает геморроем в течение 10 лет, запорами, часто бывают обострения и кровотечения, связанные с приемом алкоголя или поднятием тяжестей, неоднократно предлагали оперативное лечение, от которого отказывался. При осмотре: температура тела 38,1 °С, в области заднего прохода воспалительная опухоль, состоящая из увеличенных, плотных, резко болезненных, багрово-синюшных наружных геморроидальных узлов, некоторые из них с изъязвлениями.

1. Ваш диагноз и действия?

Задача № 3. В приемный покой доставлен больной, 37 лет, с жалобами на кровотечение из заднего прохода, боли в области заднего прохода, слабость, головокружение. Из анамнеза установлено, что страдает частыми запорами, постоянно на каловых массах в конце дефекации в виде капель отмечает алую кровь. К врачам не обращался. В последнее время стал отмечать слабость. При осмотре кожные покровы бледные, пульс 98 уд. в мин. АД 100/60 мм рт. ст. В клиническом анализе крови анемия: Hb 90 г/л, эритроциты $2,7 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель 0,7. При осмотре области заднего прохода из него струйкой подтекает алая

кровь, в крови нижнее белье. При осмотре зеркалом на 3, 7, 11 часах в просвете анального канала выбухают синюшные, мягкоэластичные образования, на 11 часах подтекает алая кровь.

1. Ваш диагноз и действия?

Задача № 4. В поликлинику на прием к хирургу обратилась больная, 42 лет, с жалобами на тупые боли в области заднего прохода, ощущение инородного тела в области заднего прохода, запоры, периодические выделения крови после акта дефекации, постоянное выпадение геморроидальных узлов после натуживания, дефекации, которые больная вынуждена вправлять рукой. Из анамнеза выяснено, что страдает геморроем в течение 12 лет (после вторых родов). При осмотре: снаружи в области заднего прохода каких-либо изменений не определяется, при ректальном осмотре увеличены внутренние геморроидальные узлы, в положении на корточках при натуживании из ануса выпадают геморроидальные узлы.

1. Ваш диагноз с указанием стадии заболевания?

2. Диагностическая и лечебная тактика?

Задача № 5. В поликлинике на прием к хирургу обратилась больная, 27 лет, с жалобами на интенсивную боль во время и после акта дефекации, хронические запоры, примесь крови в виде полоски на каловых массах. Из анамнеза выяснено, что болеет уже в течение 3-х лет, лечилась самостоятельно (ректальные свечи, слабительные). При осмотре: больная пониженного питания, эмоционально лабильная. При осмотре заднего прохода и осторожном вытягивании кожных складок на 6 часах виден «сторожевой бугорок». Пальцевое исследование невозможно из-за резкого спазма сфинктера прямой кишки и резкой болезненности.

1. Ваш диагноз и действия?

Задача № 6. В приемный покой хирургического стационара доставлен больной, 52 лет, с жалобами на сильнейшую боль в области заднего прохода, наличие в этой, области опухолевидного образования. Кровотечение, повышенную температуру тела, слабость. Из анамнеза установлено, что двое суток назад, находясь в лесу, на лесозаготовках, поднял корень упавшего дерева, после чего появились вышеописанные жалобы. Сначала был доставлен в районную больницу, затем в областной центр. При осмотре: состояние тяжелое, температура тела 38,3 °С, одышка, пульс 108 уд. в мин., АД 100/70 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, перитонеальных симптомов нет. В области заднего прохода определяется шаровидной формы выпячивание, оно черного цвета, со множественными эрозиями, покрыто фибрином.

Имеется спазм сфинктера прямой кишки, кожные покровы промежности и нижнее белье испачканы кровянистыми выделениями с дурным запахом.

1. Ваш диагноз и действия?

Задача № 7. На прием к хирургу обратилась больная, 30 лет, с жалобами на резкую боль в области заднего прохода при дефекации, запоры, примесь крови к каловым массам.

Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение 3-х недель, когда после ректоскопии, предпринятой по поводу полипа прямой кишки, возникли выше перечисленные жалобы. При осмотре области заднего прохода каких-либо изменений не выявлено, в коленно-локтевом положении при натуживании и осторожном расправлении кожных складок на 12 часах определяется свежая линейная трещина, края ее без грануляций и омозолелости, «сторожевой бугорок» не сформирован, скудно кровоточит.

1. Ваш диагноз?

2. Диагностические и лечебные мероприятия?

Задача № 8. В приемный покой хирургического стационара доставлен больной, 53 лет, с жалобами на кровотечение из заднего прохода, слабость, головокружение. Из анамнеза: злоупотребляет алкоголем, несколько месяцев назад отмечалась кровавая рвота, к врачам не обращался, со слов больного «отлежался» дома. При осмотре: кожные покровы бледные с желтушным оттенком, пульс 106 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. Живот увеличен в размерах, типа «лягушачьего», в отлогих местах определяется свободная жидкость, на брюшной стенке расширены вены. Печень увеличена, на 5–6 см выходит из-под реберной дуги, нижний край плотный, бугристый. При экстренной ЭГДС определяются расширены вены нижней трети пищевода и кардиального отдела желудка, признаков кровотечения нет. При осмотре заднего прохода и пальцевом исследовании найдено следующее: через слизистую просвечивают синюшные расширенные, извитые вены, имеется дефект слизистой над одним из венозных узлов, прикрыт тромбом. В анализе крови анемия.

1. Ваш диагноз и действия?

2. Показано ли оперативное лечение?

Задача № 9. В приемный покой хирургического стационара доставлен больной, 45 лет, с жалобами на интенсивную боль в области заднего прохода, ощущение инородного тела, выпячивание из заднего прохода какого-то образования. Из анамнеза выяснено, что работает грузчиком. В течение 4-х лет во время акта дефекации, в области заднего прохода появляется какое-то выпячивание, которое после дефекации

вправляется самостоятельно. После поднятия тяжести сутки назад в области заднего прохода появилось выпячивание, которое вправить больному не удалось. При осмотре: в области заднего прохода отмечается выпячивание в виде «рога» длиной до 5 см, слизистая покрывающая это выпячивание розовая, с отдельными кровоизлияниями, эрозиями, выраженный спазм сфинктера.

1. Ваш диагноз?

2. Диагностические и лечебные мероприятия?

Задача № 10. В хирургическое отделение на плановое оперативное лечение поступил больной 60 лет с диагнозом «Выпадение прямой кишки». Болен в течение 2-х лет, когда при акте дефекации стала выпадать прямая кишка, которая вправляется самостоятельно. Помимо этого больной страдает аденомой предстательной железы, часто бывают острые задержки мочеиспускания. При ректальном осмотре определяется увеличение предстательной железы. В положении на корточках при натуживании из области заднего прохода выпячивается участок кишки примерно 2–5 см длиной, тонус сфинктера достаточно сохранен. Выпавший участок кишки без воспалительных изменений, эрозий. При ректоскопии какой-либо другой патологии прямой кишки не найдено.

1. Какова степень выпадения прямой кишки?

2. Показано ли оперативное лечение?

3. Какую операцию целесообразно в данном случае провести?

ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Ответ на задачу № 1.

У больного острый аппендицит. Необходимо срочно направить больного в хирургическое отделение для оперативного лечения. Больному запрещается до операции введение наркотических анальгетиков и обезболивающих препаратов. Поить и кормить больного нельзя. Транспортировка в лежачем положении.

Ответ на задачу № 2.

У больного нельзя исключить острый аппендицит, такая клиническая картина возможна при ретроперитонеальном расположении отростка с псоас-гнойником. Проверить симптом Образцова. Поэтому пациента нужно срочно отправить в хирургическое отделение, где необходимо провести хромоцистоскопию. Если патология со стороны почек будет исключена, следует склониться в пользу диагноза острого аппендицита и экстренного оперативного лечения. Перед транспортировкой ввести спазмолитики. Введение обезболивающих противопоказано. Транспортировать в лежачем положении.

Ответ на задачу № 3.

У больного вероятно наличие острого аппендицита с тазовым или ретроцекальным расположением отростка. Отсутствие патологии в анализе мочи позволяет исключить почечную колику. Дизурические расстройства при ретроцекальном расположении отростка не являются редкостью. Больного необходимо срочно госпитализировать в хирургическое отделение для оперативного лечения. Введение обезболивающих противопоказано. Поить больного нельзя.

Ответ на задачу № 4.

Имеются веские подозрения на брюшной тиф. Следует внимательно осмотреть кожу больного на предмет выявления розеол. Направить в дежурный стационар, где необходима консультация хирурга и инфекциониста.

Ответ на задачу № 5.

У больного аппендикулярный инфильтрат. Необходимо госпитализировать в хирургическое отделение на лечение, так как при данной патологии возможны осложнения, требующие операции. Эта форма острого аппендицита лечится консервативно. При лечении необходимо применять антибиотики, холод на живот, общеукрепляющую и десенсибилизирующую терапию. После рассасывания инфильтрата, рекомендуют через 2–3 месяца выполнить в плановом порядке аппендэктомию. При абсцедировании инфильтрата – экстренная операция.

Ответ на задачу № 6.

У больного веские подозрения на острый холецистит. Нельзя также исключить наличие острого аппендицита. Необходимо наблюдение хирургом в течение 1–2 часов. Больному необходимо выполнить УЗИ брюшной полости, общий анализ крови, мочи. Определить диастазу мочи. Пациенту показано введение спазмолитиков. Обезболивающие вводить нельзя. Кормить и поить нельзя.

Ответ на задачу № 7.

В данном случае нельзя исключить острый аппендицит, который в 20–40 % случаев начинается с наличия болей в эпигастрии, что принимается ошибочно за гастрит (симптом Кохера–Волковича). При локализации болей в правой подвздошной области, повышении лейкоцитоза необходимо больного срочно госпитализировать в хирургическое отделение. Введение обезболивающих противопоказано. Поить больного и выполнять ему клизму нельзя.

Ответ на задачу № 8.

У больного аппендикулярный инфильтрат. Необходима госпитализация в хирургическое отделение. Для уточнения диагноза показано УЗИ брюшной полости. При аппендикулярном инфильтрате показано введение антибиотиков, холод на живот, проведение десенсибилизирующей терапии. После рассасывания инфильтрата – плановая аппендэктомия через 2–3 месяца. При абсцедировании инфильтрата – экстренная операция: вскрытие и дренирование гнояника.

Ответ на задачу № 9.

У больного острый аппендицит, осложненный разлитым перитонитом. Показано экстренное оперативное лечение под общим обезболиванием из нижнесрединного доступа.

Ответ на задачу № 10.

Врач поликлиники делает запись в амбулаторной карте пациента. Продлевает больничный лист при неосложненных формах аппендицита на 1 месяц с момента операции. При осложненных формах и у лиц тяжелого физического труда сроком на 1,5–2 месяца.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Ответ на задачу № 1.

Диагноз: острый обтурационный холецистит. Сделать инъекцию растворов спазмолитиков в/м и доставить больного в приемный покой хирургического стационара.

Ответ на задачу № 2.

Диагноз: острый обтурационный холецистит. Анализ крови: общий и биохимический (билирубин, белок, трансаминазы, амилаза, мочевины), анализ мочи с определением желчных пигментов, диастазы. Обзорная рентгенография органов грудной и брюшной полостей, УЗИ, ЭКГ. Госпитализация в хирургическое отделение.

Ответ на задачу № 3.

Необходимо назначить консервативное лечение, учитывая отсутствие признаков деструктивного воспаления желчного пузыря и перитонита. Щелочное питье, голод, в/в инфузии, спазмолитики, антибактериальная терапия.

Ответ на задачу № 4.

Больному необходимо предложить оперативное лечение по стиханию острых явлений на 4-й–5-й день после госпитализации – ЛХЭ (лапароскопическую холецистэктомию), так как при желчнокаменной болезни всегда имеется хроническое воспаление стенки желчного пузыря.

Ответ на задачу № 5.

Так как проводимая консервативная терапия не эффективна, а у больного деструктивный обтурационный холецистит с явлениями местного перитонита, необходима экстренная операция – холецистэктомия лапаротомным, но возможно и лапароскопическим способом или из мини-доступа.

Ответ на задачу № 6.

У пожилой женщины, вероятно, деструктивный холецистит с явлениями перитонита. Необходима госпитализация в хирургическое отделение и подготовка к экстренной операции с проведением общего и биохимического анализов крови, мочи; обзорная рентгенография органов брюшной и грудной полостей, ЭКГ (с консультацией терапевта), УЗИ, ЭГДС.

Ответ на задачу № 7.

Предоперационная подготовка к экстренной операции проводится не более 1–2 часов, включает в себя аспирацию желудочного содержимого, введение спазмолитиков, антибиотиков, проведение инфузионной терапии, а также очистительная клизма, бритье операционного поля и катетеризация мочевого пузыря.

Ответ на задачу № 8.

У больной, вероятно, желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, осложненный механической желтухой. Необходимо провести дифференциальный диагноз с инфекционным гепатитом и механической желтухой на почве опухоли БДС или головки поджелудочной железы. Вызвать машину «скорой помощи» или направить больную на срочную госпитализацию в дежурный хирургический стационар.

Ответ на задачу № 9.

Для подтверждения диагноза, кроме лабораторных исследований: общего анализа крови (возможно повышение СОЭ), биохимического анализа крови (повышение билирубина преимущественно за счет прямой фракции, трансаминаз, щелочной фосфатазы, мочевины, снижение фибриногена, ПТИ), анализа мочи с определением желчных пигментов и кала на стеркобилин, необходимо проведение УЗИ (выявление и расположение конкрементов по желчевыведительной системе, состояние печени, поджелудочной железы, селезенки), ЭРХПГ (состояние желудка, ДПК, БДС и прямое контрастирование билиарного тракта).

Ответ на задачу № 10.

У больной абсолютные показания к операции. На фоне механической желтухи появились явления холангита.

Под общим обезболиванием необходима холецистэктомия лапаротомным доступом, интраоперационная холангиография, фиброхоледохоскопия. При проходимом БДС – холедохолитотомия с дренированием холедоха по Пиковскому.

Ответ на задачу № 11.

У больной клиника острого холецистопанкреатита с явлениями перитонита. Необходимо выполнить общий и биохимический анализы крови (билирубин, трансаминазы, амилаза, общий белок, мочевины, ПТИ), мочи и диастазы, обзорную рентгенографию; грудной и брюшной полостей, УЗИ, ЭКГ и провести подготовку к экстренной операции.

Ответ на задачу № 12.

Ферментативный калькулезный холецистит, жировой панкреонекроз, желчно-геморрагический перитонит. Необходимы холецистэктомия с дренированием по Пиковскому общего желчного протока, холангиография (возможно и фиброхоледохоскопия), абдоминализация поджелудочной железы с криодеструкцией, санация брюшной полости. Брюшную полость дренировать через контрапертуру в правом подреберье, а сальниковую сумку через левостороннюю люмботомию или левое подреберье.

Ответ на задачу № 13.

При описторхозной стриктуре дистальной части общего желчного протока и БДС необходимо выполнить супрадуоденальный холедоходуоденоанастомоз, оставляя и наружный дренаж Пиковского, что позволяет после операции провести антигельминтную санацию йодином. Возможны эндоскопические методы лечения – стентирование.

Ответ на задачу № 14.

При описторхозном холецистите по стиханию острых, явлений необходимо проведение дегельминтизации антигельминтными препаратами в инфекционном или гастроэнтерологическом отделениях.

Ответ на задачу № 15.

При дискинезиях желчевыделительной системы необходимо консервативное лечение под наблюдением гастроэнтеролога, строгое соблюдение диеты.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Ответ на задачу № 1.

У больной механическая желтуха на почве холедохолитиаза, вентильного камня холедоха. Необходимо провести биохимическое

исследование крови, ультразвуковое исследование, ЭРХПГ. Больной показало оперативное лечение либо холедохолитоэкстракция эндоскопическими методами.

Ответ на задачу № 2.

У больного стриктура БДС описторхозного генеза. Необходимо провести ЭРХПГ.

Ответ на задачу № 3.

У больного механическая желтуха, скорее всего, на почве опухоли головки поджелудочной железы. Необходимо биохимическое исследование крови, УЗИ панкреатодуоденальной зоны, ЭРХПГ, КТ. Больной должен быть оперирован в течение 10 дней с момента поступления в стационар.

Ответ на задачу № 4.

Можно предположить болезнь Боткина. Необходимо провести ультразвуковое исследование, определить активность трансаминаз.

Ответ на задачу № 5.

У больного альвеококкоз печени, портальная гипертензия, механическая желтуха. Необходимо провести УЗИ. КТ. Больному показано оперативное лечение.

Ответ на задачу № 6.

У больной перфорация эхинококковой кисты печени в желчные пути, обтурация холедоха дочерними пузырями, механическая желтуха. Показано оперативное лечение.

Ответ на задачу № 7.

У больного опухоль головки поджелудочной железы с метастазами в печень, механическая желтуха. Показана паллиативная желчеотводящая операция в сроки максимум 10 дней с момента поступления – холецистоэнтероанастомоз.

Ответ на задачу № 8.

У больной постхолецистэктомический синдром, холедохолитиаз, механическая желтуха. Показана эндоскопическая ретроградная холангиография с последующей эндоскопической папиллосфинктеротомией и удалением конкремента при помощи петли или корзинки Дормиа.

Ответ на задачу № 9.

У больной желчнокаменная болезнь, сморщенный желчный пузырь, холедохолитиаз, рубцовая стриктура (продленная) терминального отдела холедоха, механическая желтуха, холангит. Больной показана после краткой предоперационной подготовки операция, т.к. дооперационная разгрузка желчных путей при помощи эндоскопической папиллосфинктеротомии невозможна из-за продленной стриктуры холедоха. Следует планировать холецистэктомию, холедохотомию, холедоходуоденостомию.

Ответ на задачу № 10.

У больного механическая желтуха в результате высокого блока желчных путей на почве опухоли Клацкина либо стриктуры. Учитывая инфильтрацию стенок печеночного протока, больше данных за опухоль печеночного протока. Для уточнения диагноза необходима чрескожная чреспеченочная холангиография. Учитывая давность желтухи, холангит, нарушение функции печени, необходима дооперационная декомпрессия желчных путей при помощи чрескожной чреспеченочной холангиостомии с последующей операцией после купирования желтухи.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ответ на задачу № 1.

У больного, вероятно, заболевание желудка или двенадцатиперстной кишки – язвенная болезнь. Провести ЭГДС, УЗИ, анализ желудочного сока. Если диагноз язвенной болезни подтвердится, то лечение у гастроэнтеролога. Заболевание не связано с перенесенной операцией поэтому диагноз постхолецистэктомического синдрома ставить нельзя.

Ответ на задачу № 2.

У больной цирроз печени, портальная гипертензия. Заболевание не связано с перенесенной операцией, обусловлено длительным течением желчекаменной болезни и перенесенным вирусным гепатитом. Необходимо кроме клинических и биохимических анализов проведение УЗИ.

Ответ на задачу № 3.

У больного обострение хронического панкреатита, не связанного с удалением желчного пузыря. Необходимы клинические и биохимические

исследования крови и мочи (амилаза, диастаза). УЗИ, ЭГДС. Лечение консервативное: инфузионная и антиферментная терапия, спазмолитические препараты, антибиотики.

Ответ на задачу № 4.

У больной постхолецистэктомический синдром, вероятно, холедохолитиаз. Необходимо кроме клинических и биохимических исследований крови, анализа мочи, выполнить УЗИ, ЭРХПГ и дуоденальное зондирование.

Ответ на задачу № 5.

У больной холедохолитиаз, стриктура БДС. Целесообразна эндоскопическая папиллосфинктеротомия с извлечением камня общего желчного протока.

Ответ на задачу № 6.

У больной постхолецистэктомический синдром, механическая желтуха, холангит. Необходимо кроме общего и биохимического анализов крови (билирубин, трансаминазы, ЩФ, ПТИ, мочевины, общий белок), мочи (желчные пигменты), кала (стеркобилин) выполнить УЗИ и ЭРХПГ.

Ответ на задачу № 7.

Дифференциальный диагноз проводить с инфекционным гепатитом, циррозом печени по клиническим признакам, анамнезу, лабораторным показателям и специальным методам исследования.

Ответ на задачу № 8.

Необходимо провести предоперационную подготовку с анестезиологом. Выполнить под наркозом повторную операцию: холедохолитотомию, холедоходуоденостомию с наружным дренированием общего желчного протока.

Ответ на задачу № 9.

Возможен описторхоз. Кроме клинического и биохимического исследований крови (эозинофилия, прямой билирубин, высокий белок), мочи, кала на яйца глистов выполнить УЗИ, ЭГДС, дуоденальное зондирование.

Ответ на задачу № 10.

Необходимо проведение антигельминтной терапии празиквантелом или бильтрицидом в гастроэнтерологическом или инфекционном отделении.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Ответ на задачу № 1.

На основании данных задачи, можно предположить наличие у больного острого панкреатита. Для уточнения диагноза необходимо: лейкоциты крови, общий, анализ мочи и диастаза. УЗИ органов брюшной полости.

Дифференциальную диагностику необходимо провести с

- острым холециститом при холецистите отсутствует симптом Мейо–Робсона и опоясывающий характер боли. При холецистите уровень амилазы повышен незначительно.
- Перфоративной язвой: боли непрерывные, рвота менее частая, распространена мышечная ригидность. При рентгенографии – газ под диафрагмой, ЭГДС – перфоративная язва.
- Динамическую кишечную непроходимость от механической после проведения медикаментозной стимуляции.
- С инфарктом миокарда по характерным признакам на ЭКГ.

Лечение консервативное: инфузии, антиферментные препараты, спазмолитики. При развитии перитонита и стойком интенсивном болевом синдроме – оперативное лечение.

Ответ на задачу № 2.

У больного острый панкреатит, тяжелая ферментная интоксикация. В приемном отделении для подтверждения диагноза необходимо проведение УЗИ брюшной полости. Нормальные показатели амилазы крови до 28 гч/л, диастазы мочи 16–64 ед.

Больного необходимо госпитализировать в хирургическое отделение, начать комплексную дезинтоксикационную терапию. Строгий постельный режим. Голод. В/в введение растворов включая антиферментную терапию, анальгетики, спазмолитики. Если терапевтический эффект достигнут не будет, появятся признаки некроза поджелудочной железы, нагноения или перитонита, больного следует оперировать.

Ответ на задачу № 3.

У больного острый панкреатит. Ухудшение состояния, несмотря на проводимые мероприятия, и резкое падение цифр диастазы мочи, говорят о наступлении панкреонекроза.

Больного необходимо экстренно оперировать. При панкреонекрозе произвести абдоминализацию, оментопанкреатопексию, либо криодеструкцию с последующим подведением тампона и дренажной

трубки в сальниковую сумку. В послеоперационном периоде ранее проводимую терапию продолжить.

Ответ на задачу № 4.

У больной можно предположить острый холецистопанкреатит. Предрасполагающие факторы:

1. ЖКБ.
2. Употребление жирной пищи.

Больную необходимо госпитализировать в хирургический стационар после подтверждения диагноза в приемном отделении. В стационаре: голод, в/в введение инфузий с анальгетиками, спазмолитиками, антиферментными препаратами, назначение антибиотиков.

При эффективности консервативной терапии операция по стиханию острых явлений. При ухудшении состояния (перитонит, механическая желтуха) экстренная операция: лапаротомия, холецистэктомия, интраоперационная холангиография, осмотр поджелудочной железы через lig. gastocolicum, ее блокада, дренирование желчных протоков по Пиковскому, дренирование сальниковой сумки и брюшной полости. В послеоперационном периоде – ранее проводимая терапия.

Ответ на задачу № 5.

У больной можно предположить острый холецистопанкреатит.

Тактика:

Обследование в приемном отделении: лейкоциты крови, общий анализ мочи и диастаза, рентгенография органов брюшной полости, ЭКГ, гликемия крови.

Госпитализация, консервативные мероприятия: инфузии, аминокaproновая кислота, спазмолитики, анальгетики, антиферментные препараты.

При прогрессировании процесса и появлении симптомов раздражения брюшины – оперативное лечение.

Ответ на задачу № 6.

Описаны симптомы: Гобье, Воскресенского, Кулена, Мондора. Мейо–Робсона.

Предварительный диагноз: острый панкреатит. Необходима госпитализация в хирургическое отделение и проведение консервативной терапии: инфузии, антиферментные препараты, спазмолитики, анальгетики.

Ответ на задачу № 7.

Лист назначений:

Режим постельный, положение Фовлера, голод. Инфузии, антиферментные препараты, спазмолитики, анальгетики.

Исследования:

- 1) биохимический анализ крови (билирубин, сахар, мочевины, АЛТ, АСТ, общий белок, ПТИ, фибриноген, амилаза);
- 2) общий анализ крови;
- 3) общий анализ мочи, диастаза;
- 4) УЗИ в динамике.

Ответ на задачу № 8.

У больного жировой и геморрагический панкреонекроз. Необходимо взять выпот из брюшной полости на посев для определения флоры, содержания амилазы, осушить. Провести блокаду поджелудочной железы 0,5 % раствором новокаина, абдоминализацию с оментопанкреатопексией либо криодеструкцию с последующим дренированием сальниковой сумки и брюшной полости.

Ответ на задачу № 9.

Посттравматический панкреонекроз.

В приемном отделении необходимо провести следующие обследования:

- 1) общий анализ крови, эритроциты, гематокрит, лейкоциты;
- 2) общий анализ мочи, диастаза;
- 3) рентгенография органов грудной и брюшной полости;
- 4) УЗИ органов брюшной полости.

В диагностически трудных случаях лапароскопию или лапароцентез по методике «шарящего катетера». При наличии признаков разрыва полого или паренхиматозного органа с явлениями перитонита – оперативное лечение: тщательная ревизия, устранение причины, туалет и дренирование брюшной полости.

Ответ на задачу № 10.

У больного острый панкреатит. Необходима госпитализация с проведением консервативной терапии: режим постельный, голод. Инфузии, антиферментные препараты, спазмолитики, анальгетики.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Ответ на задачу № 1.

У больного острая кишечная непроходимость, скорее всего на почве заворота сигмовидной кишки. Необходимо вызвать «скорую помощь» и срочно направить больного в дежурный хирургический стационар.

Ответ на задачу № 2.

У больной острая кишечная непроходимость, перитонит. Для подтверждения диагноза необходимо произвести обзорную рентгенографию брюшной полости. Учитывая наличие перитонеальных симптомов, необходимо экстренно оперировать больную. Перед операцией нужно ввести в желудок зонд, эвакуировать желудочное содержимое для предупреждения регургитации во время вводного наркоза.

Ответ на задачу № 3.

У больного клиника ранней спаечной непроходимости кишечника. Для дифференциального диагноза с динамической кишечной непроходимостью необходимо провести обзорную рентгенографию брюшной полости с последующим исследованием пассажа бария по желудочно-кишечному тракту. После этого необходимо провести комплекс консервативной терапии: гипертоническая клизма, введение гипертонического раствора внутривенно, эвакуация содержимого желудка, ввести препараты, стимулирующие перистальтику кишечника (прозерин). При безуспешности этих мер в течение 3-х часов и задержке бария в желудке свыше 3-х часов показана релапаротомия.

Ответ на задачу № 4.

Скорее всего, имеет место илеоцекальная инвагинация. После обзорной рентгеноскопии брюшной полости, учитывая отсутствие перитонеальных симптомов, небольшую давность заболевания, следует провести консервативную терапию: спазмолитики, клизму. При безуспешности лечения в течение 3-х часов, отрицательной рентгенологической картине необходимо оперативное лечение – дезинвагинация.

Ответ на задачу № 5.

Можно думать об obturационной кишечной непроходимости на почве опухоли левой половины толстого кишечника. В установлении диагноза

помогут следующие исследования: обзорная рентгенография органов брюшной полости, экстренная фиброколоноскопия. Провести комплекс консервативной терапии. При положительной динамике – обследование, подготовка, плановое оперативное лечение: резекция левой половины толстой кишки с первичным анастомозом при операбельном процессе; при безуспешности консервативного лечения в течение 3-х часов – экстренная операция: операция Гартмана при операбельности или межкишечный обходной анастомоз при неоперабельности процесса.

Ответ на задачу № 6.

Имеется клиническая картина странгуляционной тонкокишечной непроходимости на почве заворота либо узлообразования. Для подтверждения диагноза необходимо провести обзорную рентгенографию брюшной полости. Учитывая странгуляционный характер непроходимости, показано экстренное оперативное вмешательство. Необходима также кратковременная предоперационная подготовка: внутривенное введение солевых растворов, гипертонического раствора.

Ответ на задачу № 7.

Диагноз – заворот сигмовидной кишки. Показано оперативное лечение: нижнесрединная лапаротомия; при жизнеспособной кишке – разворот заворота, операция мезосигмопликации по Гаген-Торну, при некрозе – резекция сигмовидной кишки с выведением проксимального конца в виде стомы и ушиванием дистального конца наглухо. В последующем через 2–3 месяца производится восстановительная операция наложения коло-колоанастомоза.

Ответ на задачу № 8.

У больного послеоперационная паралитическая непроходимость кишечника. Необходимо произвести следующие мероприятия:

- через нос в желудок поставить зонд для постоянной эвакуации содержимого;
- произвести коррекцию водно-солевого обмена;
- ввести средства, стимулирующие перистальтику кишечника;
- сделать перидуральную блокаду или поставить в перидуральное пространство катетер для введения препаратов;
- контролировать пассаж бария по кишечнику;
- при безуспешности этих мер предпринять релапаротомию, так как на фоне послеоперационной динамической непроходимости кишечника может развиваться ранняя спаечная непроходимость.

Ответ на задачу № 9.

Учитывая небольшие размеры желчного пузыря, пневмобилию можно предположить наличие пузырно-дуоденального свища и кишечную непроходимость на почве обтурации тонкой кишки желчными камнями. Отсутствие перитонита позволяет начать лечение с консервативных мероприятий. Обязательно назначение спазмолитиков, так как инородные тела способствуют спазму кишки. При безуспешности консервативной терапии, в течение 3-х часов следует прибегнуть к лапаротомии, энтеротомии и удалению желчных камней, обтурирующих просвет кишки.

Ответ на задачу № 10.

Можно предположить два заболевания:

- 1) кишечную непроходимость на почве опухоли сигмовидной кишки;
- 2) непроходимость на почве калового камня сигмовидной кишки.

Для уточнения диагноза необходимо провести обзорную рентгенографию брюшной полости. В дальнейшем нужно механически очистить прямую кишку от каловых масс, выполнить клизму и провести экстренную ректоскопию.

ПЕРФОРАТИВНАЯ ЯЗВА ЖЕЛУДКА

Ответ на задачу № 1.

У больного перфоративная язва. Период шока.

Немедленно уложить больного на носилки и транспортировать в хирургическое отделение. Можно ввести спазмолитики.

Показана экстренная операция. Больному выполнить анализ крови на лейкоцитоз, общий анализ мочи и провести обзорную R-графию брюшной полости на наличие свободного газа в ней. Затем побрить область операции и транспортировать в операционную.

Ответ на задачу № 2.

Диагноз: перфоративная язва желудка в стадии мнимого благополучия.

Врач приемного покоя обязан немедленно на каталке направить больного в хирургическое отделение.

Врач отделения тотчас после обзорной рентгенографии брюшной полости на наличие свободного газа, анализов крови и мочи должен взять больного на операцию.

На операции необходимо провести ревизию передней и задней стенок желудка, ушить перфоративное отверстие, провести туалет брюшной

полости раствором антисептика от 3 до 5 литров и дренировать ее дренажными трубками в зависимости от распространенности перитонита.

Ответ на задачу № 3.

Можно думать о прикрытой перфоративной язве желудка. Необходима дифференциальная диагностика с острым аппендицитом.

Врач должен экстренно поднять больного на носилках в отделение. Обезболивающие не вводить. Можно ввести спазмолитики.

Врач отделения в плане дифференциальной диагностики должен проанализировать общий анализ крови, произвести обзорную рентгенографию брюшной полости и выполнить ЭГДС.

При подтверждении диагноза показана экстренная операция: срединная лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, ушивание перфоративного отверстия, туалет и дренирование брюшной полости.

Ответ на задачу № 4.

У больного прободная язва желудка в стадии разлитого перитонита. Необходима срочная транспортировка больного в хирургический стационар машиной скорой помощи, во время транспортировки нужно быть готовым к интенсивной терапии прямо в пути. Врач стационара должен снять ЭКГ, провести обзорную рентгенографию (грудной и брюшной полостей), взять анализ крови на лейкоцитоз, общий анализ мочи, провести консультацию терапевта и затем экстренно взять больного на операцию с выполнением ушивания перфорации, тщательного туалета и дренирования брюшной полости.

Ответ на задачу № 5.

Прикрытая перфоративная язва.

Срочно направить в хирургический стационар.

Показана экстренная операция, перед операцией необходимо взять анализ крови на лейкоцитоз, общий анализ мочи, провести рентгенографию грудной и брюшной полостей. При необходимости ЭГДС. Во время операции провести тщательную ревизию, ушивание перфоративного отверстия, туалет и дренирование брюшной полости.

Ответ на задачу № 6.

Можно думать об остром деструктивном холецистите с перфорацией желчного пузыря и развитием перитонита или о перфоративной язве ДПК. На машине скорой помощи направить больного в хирургическое отделение, можно ввести спазмолитики. Показана экстренная операция. Для уточнения диагноза можно провести обзорную рентгенографию брюшной полости, УЗИ брюшной полости, взять кровь на лейкоцитоз,

общий анализ мочи. Вне зависимости от диагноза показана лапаротомия, ревизия, ушивание перфоративного отверстия, туалет брюшной полости, ушивание с оставлением дренажа в брюшной полости.

Ответ на задачу № 7.

В данном случае необходимо дифференцировать острый холецистит и атипичную перфоративную язву ДПК. В пользу последней можно указать анамнез (голодные боли, язвенная болезнь у отца) и наличие газа в средостении с выходом его в подключичные области. Немедленно машиной скорой помощи отправить больного в стационар.

В хирургическом отделении после рентгенологического подтверждения наличия пневмомедиастинума и исключения патологии легких показана операция: лапаротомия, ревизия брюшной полости, мобилизацией ДПК по Кохеру, ушивание перфоративного отверстия и дренирование забрюшинной клетчатки.

Ответ на задачу № 8.

У больного перитонит, вероятнее как следствие перфорации язвы желудка или ДПК.

Немедленно машиной скорой помощи транспортировать больного в дежурный хирургический стационар. После снятия ЭКГ, консультации терапевта, обзорной рентгенографии брюшной полости показана экстренная операция. Во время операции – тщательная ревизия, ушивание перфоративного отверстия, туалет и дренирование брюшной полости.

Ответ на задачу № 9.

У больного перфоративная язва желудка в период мнимого благополучия.

В стационаре для уточнения диагноза, провести обзорную R-графию брюшной полости, общий анализ мочи и кровь на лейкоцитоз. При подтверждении диагноза показана экстренная операция.

Ответ на задачу № 10.

Двухмоментная прикрытая перфоративная язва – рак желудка. Срочная транспортировка больного в хирургический стационар.

Перед операцией, для уточнения диагноза можно провести рентгенографию брюшной полости. Анализ крови на лейкоцитоз, общий анализ мочи, экстренную ФГДС, при необходимости лапароцентез с применением шарящего катетера для выяснения наличия перитонита. При подтверждении диагноза – экстренное оперативное вмешательство – ушивание язвы и дренирование брюшной полости при наличии гнойного

перитонита. При отсутствии перитонита показана резекция желудка по онкологическим принципам.

ЖЕЛУДОЧНОЕ КРОВОТЕЧЕНИЕ

Ответ на задачу № 1.

Синдром Маллори-Вейсса. Госпитализация в хирургический стационар в горизонтальном положении. Проведение ОАК, определение гематокрита, проведение пальцевого исследования прямой кишки, экстренной гастродуоденоскопии, определение факторов свертывающей системы крови (ВСК, ПТИ, фибриноген, тромбоциты).

Назначение консервативного лечения: в/в введение аминокaproновой кислоты, хлористого кальция, викасола; холод на живот; очистительная клизма; инфузионная терапия, наблюдение, постельный режим.

Ответ на задачу № 2.

Можно заподозрить язвенную болезнь желудка и ДПК, кровотечение.

Больного необходимо госпитализировать. Проведение ОАК, определение гематокрита, факторов свертывающей системы крови. Пальцевое исследование прямой кишки. Экстренная ЭГДС, определение группы крови и резус-принадлежности.

Консервативная гемостатическая терапия (в/в введение аминокaproновой кислоты, хлористого кальция, викасола, холод на живот, переливание крови и кровезаменителей по показаниям и т.д.). Наблюдение, постельный режим.

Ответ на задачу № 3.

Необходимо попытаться провести консервативное гемостатическое лечение. Для этого нужно провести ЭГДС, эндоскопический гемостаз, орошение язвы гемостатическими средствами. Постельный режим.

Ответ на задачу № 4.

Больному показана экстренная операция. В зависимости от операционных находок и состояния больного применить один из методов хирургического лечения (прошивание сосудов, клиновидная резекция, резекция желудка и др.).

Ответ на задачу № 5.

Для уточнения диагноза необходимо пальцевое исследование прямой кишки, ЭГДС, определение свертывающей системы крови.

Ответ на задачу № 6.

Портальная гипертензия на почве цирроза печени. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Для уточнения диагноза необходимо провести: рентгенографию желудка и пищевода, ЭГДС. Начать комплекс консервативных мероприятий, направленных на остановку кровотечения (поставить зонд Блекмора, в/в введение аминокапроновой кислоты, хлористого кальция, викасола, СЗП), возможен эндоскопический гемостаз – склерозирование вен пищевода.

Ответ на задачу № 7.

Развилось осложнение – внутрибрюшное кровотечение после резекции желудка. Об этом свидетельствуют: нарастающая тахикардия, падение АД, дефанс мышц живота, промокание повязки кровью. Показана экстренная релапаротомия. Кровотечение возможно из лигированных сосудов желудка. Возможно повреждение селезенки.

Ответ на задачу № 8.

У больного повторное профузное кровотечение. Показана экстренная операция. Перед операцией необходимо вывести из коллаптоидного состояния: поднять АД и нормализовать другие показатели гемодинамики.

Ответ на задачу № 9.

Провести консервативное лечение, направленное на остановку кровотечения. Операция не показана. Причиной желудочного кровотечения является длительное применение гормонотерапии и аспирина, приведшее к изменению свертывающей системы крови и сосудистых стенок – геморрагический гастрит.

Ответ на задачу № 10.

Синдром Маллори–Вейсса. Необходимо госпитализировать больного. Провести общий анализ крови, определить гематокрит, провести пальцевое исследование прямой кишки. Одновременно с целью дезинтоксикационных мероприятий и остановки кровотечения провести в/в гемостатическую терапию, инфузии. Очистительные клизмы. Постельный режим. Наблюдение.

Ответ на задачу № 11.

Необходимо найти источник кровотечения. Для этого нужно выполнить гастротомию, провести осмотр слизистой желудка от кардии до 12-перстной кишки.

Ответ на задачу № 12.

Больному показана экстренная операция. Под прикрытием переливания крови выбрать один из вариантов оперативного вмешательства при гастродуоденальном кровотечении (прошивание сосудов, клиновидная резекция, резекция желудка, дуоденотомия с прошиванием кровоточащего сосуда).

Ответ на задачу № 13.

У больного осложнение язвенной болезни – малигнизация язвы и кровотечение. Для уточнения диагноза необходимо провести рентгенографию желудка и ЭГДС.

Больному показана операция – субтотальная резекция желудка по онкологическим принципам или гастрэктомия.

Ответ на задачу № 14.

У больного осложнение язвенной болезни 12-перстной кишки – пенетрация язвы в поджелудочную железу с кровотечением. Больному после подготовки показано оперативное лечение. Консервативные мероприятия не вылечат больного. Объем операции – резекция 2/3 желудка.

Ответ на задачу № 15.

Больному показано консервативное лечение. После остановки кровотечения необходим перевод в гастроэнтерологическое отделение для продолжения консервативной терапии.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И 12-ПЕРСТНОЙ КИШКИ

Ответ на задачу № 1.

Диагноз: язвенная болезнь с локализацией язвы в луковице двенадцатиперстной кишки в стадии обострения. Хроническое рецидивирующее течение. Больному показано оперативное лечение в виде селективной проксимальной ваготомии.

Ответ на задачу № 2.

Язвенная болезнь желудка в фазе обострения с частыми рецидивами. Низкие цифры гемоглобина следует объяснить скрытым желудочным кровотечением. Для верификаций последнего необходимо срочно повторить исследование общего анализа крови, гематокрита, сывороточного железа, анализа кала на скрытую кровь. В последующем учитывая молодой возраст, частые обострения и желудочную локализацию язвы, возможно проведение операции экономной резекции желудка в сочетании с селективной ваготомией.

Ответ на задачу № 3.

У больного осложнение язвенной болезни 12-перстной кишки – пенетрация язвы в поджелудочную железу с умеренным кровотечением. Больному после остановки кровотечения и подготовки показана плановая операция. Консервативные мероприятия будут неэффективны. Показана резекция желудка по Бильрот-2. В случае же если кровотечение не остановится от консервативных мероприятий – экстренная операция.

Ответ на задачу № 4.

Больному показано консервативное лечение. Молодой возраст, небольшая язва, никогда ранее не лечился, дуоденальная локализация - все это диктует проведение консервативной гемостатической и противоязвенной терапии.

Ответ на задачу № 5.

У больного осложнение язвенной болезни – малигнизация язвы с умеренным кровотечением. Для уточнения предполагаемого диагноза необходимо провести фиброгастродуоденоскопию с биопсией или рентгенографию желудка.

Больному показана операция – дистальная субтотальная резекция желудка по онкологическим принципам.

Ответ на задачу № 6.

У больного имеется осложнение язвенной болезни – стеноз выходного отверстия желудка. Для уточнения степени стеноза необходимо провести рентгенологическое исследование желудка с дачей бария с целью изучения эвакуаторной функции.

Больному показана операция – резекция 2/3 желудка по Бильрот-2.

Ответ на задачу № 7.

Диагноз: язвенная болезнь желудка, осложненная пенетрацией в поджелудочную железу. Необходимо провести дифференциальный диагноз с острым панкреатитом и перфоративной язвой. Для этого

выполнить анализ мочи на диастазу, УЗИ органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, а в сомнительных случаях – лапароскопию. После этого готовить больного к плановой операции.

Ответ на задачу № 8.

У больного язвенная болезнь ДПК в стадии обострения с угрозой перфорации (предперфоративное состояние). Нельзя исключить наличие острого панкреатита.

Врачебная тактика состоит в наблюдении с введением спазмолитиков и одновременной дифференциальной диагностикой. Взять анализ крови на лейкоцитоз, определить диастазу мочи, выполнить обзорную рентенографию брюшной полости. При установлении факта перфорации - срочная операция. При иных условиях – подготовка к плановой операции.

Ответ на задачу № 9.

У больного декомпенсированный стеноз выходного отдела желудка, необходимо биохимическое исследование крови, особенно важное значение имеет уровень общего белка, хлоридов, К, Na. По абсолютным показаниям показано оперативное лечение, а случае снижения указанных показателей – после подготовки, включающей переливание одногруппной плазмы, гипертонического раствора хлористого натрия, белковых и солевых растворов.

Ответ на задачу № 10.

Диета – голод в течение 3-х дней. Режим – постельный. Инфузии в объеме 3,5 литра. С целью профилактики острого панкреатита – антиферментные препараты. Белковые препараты (одногруппная плазма, альбумин). Необходимо контролировать показатели диастазы мочи и амилазы крови, кроме того, провести УЗИ органов брюшной полости.

БОЛЕЗНИ ОПЕРИРОВАННОГО ЖЕЛУДКА

Ответ на задачу № 1.

Больной можно поставить предположительный диагноз: состояние после резекции желудка, синдром приводящей петли. Необходима госпитализация в хирургическое отделение. Больной провести рентгенологическое исследование с контрастированием барием, изучение продвижения его, эвакуация из желудка поможет в диагностике

заболевания. Выполнить биохимическое исследование крови, которое должно включать исследование сахара, белка и его фракций.

Ответ на задачу № 2.

У больной демпинг-синдром I степени – легкая форма заболевания, характеризующаяся слабо выраженными клиническими проявлениями. Данный вид нарушений корректируется диетой, общеукрепляющей терапией. Оперативная коррекция не показана. Для уточнения диагноза необходимо исследование сахарной кривой (гипергликемический коэффициент не превышает 1,5–1,6). Эвакуация бария из культи желудка совершается в течение 15–20 мин, а время прохождения бария по тонкому кишечнику длится не менее 5 часов.

Ответ на задачу № 3.

У больной демпинг-синдром II степени характеризующийся клиническими проявлениями средней степени тяжести. Гипергликемический коэффициент достигает 1,6–1,7. Пульс во время приступа учащается на 10–15 ударов, систолическое давление снижается на 5–10 мм рт. ст. Культи желудка опорожняется от бария в течение 10–15 мин. Время прохождения бария по тонкому кишечнику 3–3,5 часов.

Ответ на задачу № 4.

У больного осложнение после резекции желудка – пептическая язва анастомоза. Для диагностики данной патологии необходимо выполнить R-логическое исследование желудка, фиброгастродуоденоскопию, исследовать желудочную секрецию.

Ответ на задачу № 5.

Больному можно поставить диагноз пептической язвы анастомоза, осложнившейся желудочно-кишечным кровотечением. Для диагностики данного заболевания необходимо выполнить фиброгастродуоденоскопию, метод, который позволяет не только правильно поставить диагноз, но при наличии кровотечения произвести остановку кровотечения. Не потеряли своей значимости и R-логическое исследование желудка с барием, а также изучение кала на скрытую кровь.

Ответ на задачу № 6.

У больной рецидив опухоли желудка. Необходимо провести, фиброгастродуоденоскопию для подтверждения диагноза. При данном виде исследования возможно взятие биопсии из ткани опухоли.

Целесообразно выполнить R-логическое исследование, способное выявить степень стеноза области анастомоза.

Ответ на задачу № 7.

У больного кардиоспазм после ваготомии, часто данный вид патологии носит функциональный характер, данный вид патологии, следует лечить консервативно, назначив больному бензогексоний, спазмолитики, противовоспалительную терапию. При безуспешности терапии, возможно, использовать пневмокардиодилатацию, что в большинстве случаев имеет положительный эффект.

Ответ на задачу № 8.

У больного имеется стеноз гастроэнтероанастомоза, вследствие нарушения методики операции – нарушение эвакуации из желудка с развитием ахлоргидрии повлекшей развитие судорожного синдрома. Больному необходимо провести в короткие сроки инфузионную, заместительную терапию (переливание солевых растворов, плазмы, одногруппной эритроцитной массы) с целью подготовки к операции, выполнение которой направлено на коррекцию проходимости зоны анастомоза.

Ответ на задачу № 9.

Больному можно поставить диагноз синдрома приводящей петли. Пациента необходимо направить на стационарное лечение. Провести консервативное лечение, при неэффективности – операция. Реконструкция способа Б-II в Б-I; реверсия сегмента тонкой кишки; реконструкция анастомоза по Ру.

Ответ на задачу № 10.

У больного пептическая язва анастомоза с перфорацией. Больному показана экстренная операция – ушивание язвы с ваготомией, при отсутствии перитонита – реконструктивная операция.

ТУПАЯ ТРАВМА ЖИВОТА

Ответ на задачу № 1.

Закрытый одномоментный разрыв селезенки, геморрагический шок II степени.

Необходимо выполнить анализ крови (Эр, Нб, Нт, Лц,), лапароцентез с применением методики шарящего катетера. При подтверждении

внутрибрюшного кровотечения экстренная операция на фоне противошоковой терапии. При отсутствии повреждения полых органов произвести реинфузию крови. Временную остановку кровотечения осуществляем пережатием сосудистой ножки селезенки-пальцем или зажимом. Выполняем спленэктомию. Осушаем брюшную полость и дренируем левое поддиафрагмальное пространство и малый таз.

Ответ на задачу № 2.

Гематома передней брюшной стенки. Необходимо определить Эр, Лц, Нб, Нт, диастазу мочи, выполнить обзорную рентгенографию органов грудной клетки и брюшной полости, УЗИ. В случае сомнения сделать лапароскопию. Проводить динамическое наблюдение за пациентом.

Лечение консервативное: постельный режим, вначале холод, затем тепло на область гематомы, физиопроцедуры. При увеличении гематомы в размерах ее следует вскрыть, опорожнить от сгустков и крови, лигировать кровоточащий сосуд, послойно ушить рану с резиновым выпускником. Если гематома не будет рассасываться в течение 7 дней или произойдет ее нагноение, то в первом случае производят опорожнение полости с последующим ушиванием раны наглухо, а во втором – вскрытие и дренирование раны с последующим лечением ее как гнойной.

Ответ на задачу № 3.

Закрытый полный разрыв стенки желудка, геморрагический шок III степени. Необходима экстренная лапаротомия на фоне противошоковой терапии, переливания крови. Перед операцией целесообразно ввести зонд в желудок и опорожнить его.

После ревизии желудка (передней и задней стенки) при обнаружении полного разрыва операция сводится к экономному иссечению краев раны желудка и ушиванию ее двухрядным швом в поперечном направлении с последующим укрытием дефекта желудка сальником на ножке. Гематомы стенки желудка и его связочного аппарата должны быть удалены, кровотечение остановлено, стенка желудка ушита. Брюшную полость промывают раствором антисептика, дренируют в подреберье и подвздошных областях.

Ответ на задачу № 4.

Закрытый забрюшинный разрыв двенадцатиперстной кишки. Произвести мобилизацию кишки по Кохеру. Разрыв кишки необходимо ушить двухрядным швом в поперечном направлении. Осушить забрюшинную клетчатку и дренировать забрюшинное пространство через дополнительный разрез в правой поясничной области. В послеоперационном периоде обязательна постоянная аспирация

желудочного содержимого. Проводят интенсивную антибактериальную терапию, коррекцию нарушенных функций жизненно важных органов.

Ответ на задачу № 5.

Перелом поперечных отростков L₂-L₃. Забрюшинная гематома. Геморрагический шок II степени. Дополнительно необходимо провести УЗИ, КТ, в сомнительном случае – лапароскопию. При подтверждении диагноза – лечение консервативное: покой, гемостатическая терапия, гемотрансфузии, антибиотикотерапия. В случае нагноения – люмботомия, дренирование забрюшинной клетчатки.

Ответ на задачу № 6.

Субкапсулярный разрыв селезенки. Необходимо сделать ОАК, ОАМ, диастазу мочи, выполнить УЗИ, КТ. Лечение консервативное: покой, гемостатическая терапия, динамическое наблюдение. В случае разрыва гематомы – экстренная операция.

Ответ на задачу № 7.

Закрытое повреждение печени с повреждением капсулы. Геморрагический шок II степени.

Пациенту на фоне противошоковой терапии, переливания эритромассы показана экстренная операция. При поверхностных разрывах печени – блоковидные швы по Б.И. Альперовичу, при размозжениях – резекция печени с тампонированием раны сальником или лоскутом диафрагмы по Петровскому. Необходима профилактика острой печеночной недостаточности.

Ответ на задачу № 8.

Необходимо выполнить холецистэктомию. Если дефект холедоха небольшой, то ушиваем его стенку. В противном случае ушиваем холедох на дренаже Кера.

Ответ на задачу № 9.

Закрытый полный разрыв стенки тонкой кишки. Показана экстренная операция на фоне противошоковой терапии. Проводится ревизия тонкого кишечника от связки Трейца. Если дефект до 1 см, то ушиваем его двухрядным швом в поперечном направлении. Если множественные дефекты стенки (3 дефекта на 5 см) или имеется отрыв кишки от брыжейки, то выполняется резекция кишки с отступанием от краев раны на 3–4 см с наложением анастомоза «конец в конец», брюшная полость промывается раствором фурациллина. Дренирование брюшной полости.

Ответ на задачу № 10.

После катетеризации мочевого пузыря в положении больного лежа на спине после обработки поля под местной анестезией раствором новокаина делают небольшой разрез кожи по средней линии на 3–4 см ниже пупка, подшивают апоневроз с последующим его разрезом. Трояковым прокалывают брюшную стенку под углом 45° по направлению к мечевидному отростку.

ПЕРИТОНИТЫ

Ответ на задачу № 1.

У большого перитонит, скорее всего, I фаза его течения (болевая). Необходимо срочно доставить больного в хирургическое отделение. Транспортировка – лежа. Введение обезболивающих и выполнение клизм запрещаются.

Ответ на задачу № 2.

У больного перитонит, вторая фаза течения перитонита. Его следует срочно транспортировать в хирургическое отделение для экстренной операции. Транспортировка лежа. Перед этим возможно осуществить аспирацию содержимого желудка. Введение обезболивающих и клизма запрещены. Выполнить общий анализ крови, мочи. При сомнениях в диагнозе – проведение лапароскопии. Во время операции – удаление первопричины перитонита, а затем тщательная санация брюшной полости с дренированием.

Ответ на задачу № 3.

У больного третья стадия распространенного перитонита. Необходима экстренная операция. До операции следует удалить содержимое желудка, ввести сердечные гликозиды, перелить внутривенно реополиглюкин. Введение обезболивающих и клизма запрещены. Во время операции ликвидация источника перитонита, с последующим промыванием брюшной полости до 6–8 литров и дренированием в подреберьях и подвздошной областях.

Ответ на задачу № 4.

У больного перитонит на почве перфорации язвы. Ему требуется экстренная операция. Выполнить R-графию брюшной полости, ФГДС, при которых в брюшной полости определяется свободный газ под куполом диафрагмы (в виде серпа), в желудке – язвенный дефект. Транспортировка лежа. Перед транспортировкой целесообразно осторожно удалить

желудочное содержимое. Введение обезболивающих запрещается. Во время операции – ушивание язвы, промывание брюшной полости, дренирование.

Ответ на задачу № 5.

У больного острый холецистит, осложненный перитонитом. Выполнить рентгенографию органов грудной и брюшной полости, провести УЗИ. Ему необходима срочная госпитализация в хирургическое отделение. Транспортировка лежа. Введение обезболивающих запрещается. Больной нуждается в экстренной операции.

Ответ на задачу № 6.

У больного острый панкреатит, осложненный перитонитом. Выполнить общий анализ крови, мочи, определить диастазу и липазу. Провести УЗИ брюшной полости. Транспортировка лежа. Введение обезболивающих запрещается. Кормить и поить нельзя. Ему требуется срочная госпитализация в хирургическое отделение.

Ответ на задачу № 7.

У больной острый аппендицит с деструкцией отростка, осложненный перитонитом. Ей требуется экстренная операция – аппендэктомия из срединного доступа. Клизма до операции запрещена.

Ответ на задачу № 8.

У больного острая кишечная непроходимость, осложненная перитонитом. Выполнить рентгенографию брюшной полости. Транспортировка лежа. Удалить зондом содержимое желудка. Введение обезболивающих препаратов запрещается. Проводить предоперационную дезинтоксикационную терапию. Показана экстренная операция.

Ответ на задачу № 9.

У больного ущемленная грыжа, осложненная флегмоной грыжевого мешка и перитонитом. Необходимы: госпитализация в хирургическое отделение и экстренная операция. Вправление грыжи и введение обезболивающих запрещается.

Ответ на задачу № 10.

Необходимо больному провести в полном объеме послеоперационное лечение перитонита, для чего: 1) придать положение Фовлера; 2) удалить содержимое желудка или поставить назогастральный зонд; 3) назначить лечение антибиотиками широкого спектра действия (влияющими на кишечную палочку). Антибиотики назначить внутривенно. Внутривенно

до 4,5–5 литров жидкости с целью коррекции водноэлектролитного обмена, улучшения микроциркуляции и дезинтоксикации. Форсировать диурез. Стимуляция деятельности кишечника, но без назначения клизм в первые 4 суток.

Ответ на задачу № 11.

У больной генитальный – перитонит. Необходимо провести УЗИ брюшной полости, пункцию заднего свода влагалища. Транспортировка лежа в гинекологический стационар. Введение наркотических анальгетиков противопоказано.

Ответ на задачу № 12.

Больной должен быть немедленно оперирован. Обезболивание – наркоз. Доступ – срединная лапаротомия. Задачи операции: 1) удалить источник перитонита (если это воспаленный червеобразный отросток - аппендэктомия); 2) удалить экссудат, 3) промыть брюшную полость большим количеством дезинфицирующего раствора – до 5 литров; 4) дренировать брюшную полость силиконовыми дренажами; 5) провести коррекцию расстройств водно-электролитного обмена и дезинтоксикационную терапию.

Ответ на задачу № 13.

У больного послеоперационный парез кишечника. Ему необходимо наряду с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией провести активную стимуляцию кишечника: удалить содержимое желудка, выполнить гипертоническую клизму, ввести внутривенно гипертонический раствор, подкожно раствор прозерина 0,05 % – 1 мл.

Ответ на задачу № 14.

Предположительный диагноз: тазовый гнойник, вероятно аппендикулярного происхождения. Для уточнения диагноза следует провести, пальцевое ректальное исследование, во время которого определяется нависание и болезненность передней стенки прямой кишки. Выполнить УЗИ малого таза, общий анализ крови и мочи. Срочная госпитализация в хирургическое отделение для диагностической пункции и оперативного лечения.

Ответ на задачу № 15.

У больного правосторонний поддиафрагмальный абсцесс. Для уточнений диагноза следует осуществить УЗИ и диагностическую пункцию. При подтверждении: диагноза срочное оперативное вмешательство – вскрытие гнойника.

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Ответ на задачу № 1.

Диффузный тиреотоксический зоб III ст., 3-я степень тиреотоксикоза по Милку. Выполнить: ЭКГ, исследование крови на гормоны щитовидной железы, УЗИ, ларингоскопию, радиоизотопное сканирование, основной обмен. После предоперационной подготовки субтотальная, субфасциальная струмэктомия по Николаеву.

Ответ на задачу № 2.

У больной диффузный тиреотоксический зоб II ст., тиреотоксикоз IV ст. по Милку. Показано консервативное лечение.

Ответ на задачу № 3.

Мерказолил, метилурацил, внутривенная инфузионная терапия, включая растворы 10 % глюкозы, Рингера, Люголя, седативные и мочегонные средства, витамины.

Характер операции – субтотальная, субфасциальная струмэктомия по Николаеву.

Ответ на задачу № 4.

Больной показана субтотальная, субфасциальная струмэктомия по Николаеву. Возможные интраоперационные осложнения: кровотечение, воздушная эмболия, повреждение возвратных нервов, удаление паращитовидных желез, в послеоперационном периоде – тиреотоксический криз.

Ответ на задачу № 5.

У больной эутиреоидный эндемический зоб IV степени. Показано УЗИ, ЭКГ, радиоизотопное, сканирование, консультация отоларинголога, Р-графия пищевода с контрастом и оперативное лечение.

Ответ на задачу № 6.

У больного узловой эутиреоидный зоб. После проведения УЗИ, радиоизотопного сканирования железы, консультации отоларинголога, биопсии, по абсолютным показаниям нуждается в оперативном лечении – энуклеации узла.

Ответ на задачу № 7.

У больного тиреотоксическая аденома, по абсолютным показаниям нуждается в субтотальной струмэктомии.

Ответ на задачу № 8.

Можно предположить зоб Риделя. Для подтверждения диагноза необходимо провести УЗИ, пункционную биопсию. Целесообразно оперативное лечение.

Ответ на задачу № 9.

У больного абсцедирующий тиреоидит. Для уточнения диагноза необходимо УЗИ. Больного направить в хирургическое отделение. Лечение: противовоспалительная терапия, вскрытие абсцесса перешейка железы.

Ответ на задачу №10.

У больной тиреотоксический криз. Лечение: гормоны, сердечные средства, охлажденный раствор глюкозы, раствор Люголя внутривенно, холод на область крупных сосудов, гемодилюция с форсированным диурезом.

ОЖОГИ И РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА

Ответ на задачу № 1.

Причиной клинической картины может быть: а) рубцовое сужение пищевода, б) ахалазия пищевода, в) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Для уточнения диагноза должны быть назначены наиболее информативные исследования: а) контрастная рентгенография пищевода; б) фиброэзофагоскопия. Дальнейшее лечение больного может быть продолжено в хирургическом отделении.

Ответ на задачу № 2.

У больного рубцовое сужение пищевода после химического ожога. Для диагностики необходимо выполнить Р-логическое исследование, ЭГДС. Больного необходимо направить в ЛОР отделение для бужирования пищевода. Известно несколько способов бужирования пищевода: а) бужирование через рот, вслепую; б) бужирование под контролем эзофагоскопа; в) бужирование за нитку орто- и ретроградно; г) бужирование по нитке; д) бужирование по металлической струне-направителю.

Ответ на задачу № 3.

У больной можно заподозрить рак пищевода. Для уточнения диагноза пациентке необходимо провести исследование кала на скрытую кровь, при

данной патологии появление её наблюдается часто. Выполнить общий анализ крови в которой отмечается анемия с явлением гипо- и диспротеинемии, ускоряется СОЭ. Р-графия пищевода с контрастированием покажет место сужения, неровный контур стенки, как бы с изрытыми краями (дефект наполнения). Возможно двойное контрастирование. Выполнить ЭГДС с биопсией, что подтвердит Ваш диагноз. Больную необходимо направить в онкологический диспансер. В I–II стадиях заболевания производят радикальную операцию, в III–IV стадиях – паллиативная операция.

Ответ на задачу № 4.

Больной находится в клинике после операции удаления пищевода по поводу ожога и рубцовой стриктуры его. Больному планируется произвести пластику пищевода, которую можно выполнить из тонкой кишки (операция Ру-Герцена-Юдина), трубчатой гастростомой из желудка, можно создать пищевод из ободочной кишки.

Ответ на задачу № 5.

У больного ожог щелочью. Больному необходимо промыть желудок. Перед введением зонда дают прополоскать рот, а затем выпить 100–150 мл 1–2 % раствора новокаина, с целью обезболивания слизистой оболочки пищевода. Зонд смазывают вазелином и вводят в желудок, который промывают небольшими порциями (0,5 л) воды или 1 % раствором лимонной кислоты или уксусной в объеме 8–10 л до полного исчезновения признаков едкого вещества в промывных водах. Перед промыванием сделать инъекцию наркотического анальгетика. Одновременно катетеризация подключичной вены для проведения противошоковой и детоксикационной терапии.

Ответ на задачу № 6.

Ожог и отравление азотной кислотой. Больному необходимо промыть желудок. Перед введением зонда дают прополоскать рот, а затем выпить 100–150 мл 1–2 % раствора новокаина, с целью обезболивания слизистой оболочки пищевода. Зонд смазывают вазелином и вводят в желудок, который промывают небольшими порциями (0,5 л) воды или 1–2 % раствора соды в объеме 8–10 л до полного исчезновения признаков едкого вещества в промывных водах. Противошоковая и детоксикационная терапия в отделении реанимации или детоксикации.

Ответ на задачу № 7.

Больной получил отравление уксусной кислотой – ожог (покрыт беловатой коркой). Больной нуждается в промывании желудка. Перед

введением зонда дают прополоскать рот, а затем выпить 100–150 мл 1–2 % раствора новокаина, с целью обезболивания слизистой оболочки пищевода. Зонд смазывают вазелином и вводят в желудок, который промывают небольшими порциями (0,5 л) воды в объеме 8–10 л до полного исчезновения признаков едкого вещества в промывных водах. При отравлении кислотами в конце промывания через зонд вводят раствор соды (2–5 %) для снятия ацидоза и борьбы с гемолизом (темно-коричневый цвет мочи). Госпитализация в реанимационное отделение или отделение детоксикации для проведения противошоковой и детоксикационной терапии, гемодилюции, гемосорбции (лимфосорбции), плазмозамещения, а иногда и гемодиализа.

Ответ на задачу № 8.

У больного химический ожог пищевода, осложнившийся перфорацией в нижней трети. Контрастирование лучше проводить водорастворимыми препаратами: кардиотрастом, урографинном и др.

Больному показано экстренное оперативное лечение. При медиастините, локализуемом в нижней части пищевода, наиболее простой доступ к нему через диафрагму со стороны брюшной полости или задним внеплевральным доступом. В положении больного на животе рассекают кожу и мышцы клюшкообразным разрезом. Межреберные мышцы рассекают, не вскрывая плевру, её отслаивают в направлении гнойника. После вскрытия гнойника гной отсасывают и дренируют полость. Мягкие ткани зашивают до дренажа.

Ответ на задачу № 9.

У больного первый период (по М.А. Сапожниковой) период острого каррозивного эзофагита. Кислота вызывает разрушение белков и быстро приводит к развитию коагуляционного некроза. Струп при отхождении может привести к грозному осложнению – кровотечению, кроме того может быть перфорация пищевода с развитием медиастинита.

Ответ на задачу № 10.

Больному необходимо выполнить биохимическое исследование крови, при ожогах, особенно кислотами, развивается гемолиз, приводящий к функциональным нарушениям почек и печени с развитием в последующем печеночно-почечной недостаточности. Врачу стационара сразу необходимо готовить больного к операции: проводить в/в инфузии полиглюкина, однокрупной плазмы, эритроцитной массы, для снятия болевого синдрома – промедол. С целью профилактики гнойно-воспалительных осложнений назначают антибиотики широкого спектра действия. Для

спасения больного от голодной смерти при рубцовом сужении пищевода необходимо накладывать гастростому. Существует несколько видов: метод Витцеля, Кадера, Топровера.

ПАРАЗИТАРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ

Ответ на задачу № 9.

У больной можно предположить осложненный альвеококкоз печени с развитием желчно-бронхиального свища. С целью уточнения диагноза больной необходимо провести реакцию Казони, Rg брюшной полости, обзорную R-графию органов грудной клетки, бронхоскопию и бронхографию. После предоперационной подготовки больную необходимо оперировать по абсолютным показаниям.

Ответ на задачу № 2.

У больной альвеококкоз печени с полостью распада. Дифференциальный диагноз следует проводить с холециститом, опухолью печени. При подтверждении диагноза альвеококкоза больную следует оперировать по абсолютным показаниям. При операбельности процесса выполнить резекцию правой половины печени. У больных с осложнёнными формами альвеококкоза, с полостью распада выполняется паллиативная операция – опорожнение полости распада с криодеструкцией и марсупиализацией. Полость дренируется тампонами с мазью Вишневского.

Ответ на задачу № 3.

У больного альвеококкоз печени. С целью верификации диагноза провести пробу Казони, выполнить УЗИ-печени, R-графию брюшной полости. Направить больного в хирургическое отделение для оперативного лечения. Показания к операции абсолютные.

Ответ на задачу № 4.

Больной необходимо провести R-логическое исследование органов грудной и брюшной полости для исключения метастатического поражения органов грудной клетки альвеококком. Необходимо выполнить УЗИ органов брюшной и грудной клетки, реакцию Казони. При подтверждении диагноза больную направить в хирургическое отделение для оперативного лечения.

Ответ на задачу № 5.

У больного осложнение после резекции печени – желчный свищ. Необходимо провести фистулографию с использованием контрастного вещества (биллигност, верографин, уротраст, кардиотраст), УЗИ органов брюшной полости, общий анализ крови, мочи, биохимическое исследование крови.

Ответ на задачу № 6.

У больного при перемене положения тела произошла перфорация эхинококковой кисты. Эхинококковая жидкость, излившаяся в брюшную полость, вызвала у больного аллергическую реакцию в виде анафилактического шока. Больного необходимо поместить в отделение реанимации для выведения из шока, при стабилизации состояния больного необходима срочная операция.

Ответ на задачу № 7.

У ребенка в момент падения произошло вскрытие эхинококковой кисты правого легкого в плевральную полость и бронх. Больному необходимо выполнить R-графию органов грудной и брюшной полости, УЗИ брюшной и грудной полости, фибробронхоскопию. Госпитализировать больного в хирургический стационар для оперативного лечения.

Ответ на задачу № 8.

При гибели эхинококка, когда происходит обызвествление хитиновой оболочки, она видна в виде кольцевидного образования на фоне пораженного органа. При расположении кисты на диафрагмальной поверхности печени, исследование с пневмоперитонеумом позволяет определить спайки между печенью и диафрагмой. Сообщение эхинококковой кисты с просветом бронха выявляется при помощи бронхографии, выполняемое с помощью водорастворимого, контрастного вещества.

Ответ на задачу № 9.

Для обработки полости эхинококковой киста используют 10% настойку йода с последующим протираaniem стенок марлевыми салфетками. При эхинококкозе выполняются: закрытая одномоментная эхинококкотомия, открытая одномоментная эхинококкотомия, вылушение паразита вместе с фиброзной капсулой, резекция печени.

Ответ на задачу № 10.

У больного осложнение эхинококкоза – прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки с развитием механической желтухи. Для уточнения диагноза больному необходимо выполнить УЗИ печени, а также ретроградную холангиографию. Больному показана операция по абсолютным показаниям.

ГРЫЖИ БРЮШНОЙ СТЕНКИ

Ответ на задачу № 9.

У больного ущемленная правосторонняя косая канальная паховая грыжа. Необходимо организовать транспортировку больного машиной скорой помощи в клиностатическом положении в дежурный хирургический стационар.

Ответ на задачу № 2.

Больной нуждается в госпитализации и срочной подготовке к операции. Выполнить общий анализ крови, мочи, бритьё зоны операции. Выполнять премедикацию перед операцией нельзя из-за опасности самопроизвольного вправления грыжи.

Ответ на задачу № 3.

Операцию нужно выполнять под местной инфильтрационной анестезией по А.В. Вишневскому. После рассечения кожи и подкожной клетчатки с поверхностной фасцией вскрыть стенку грыжевого мешка, фиксировать содержимое, затем рассечь переднюю стенку пахового канала, то есть апоневроз наружной косой мышцы живота, что ликвидирует ущемляющее кольцо. После чего оценить жизнеспособность ущемленных органов: кишечника по цвету, пульсации брыжеечных сосудов и перистальтике. Жизнеспособные органы погрузить в брюшную полость. Затем выделить и иссечь грыжевой мешок после перевязки его в области шейки. Закончить операцию пластикой передней стенки пахового канала по Кимбаровскому.

Ответ на задачу № 4.

Для окончательной оценки жизнеспособности необходимо выполнить блокаду брыжейки 0,5 % раствором новокаина 50–60 мл, обложить петлю кишки салфетками, смоченными теплым физиологическим раствором. Если цвет кишки не изменится, не восстановятся пульсация сосудов и

перистальтика, то необходимо выполнить резекцию измененного участка на 40 см проксимальнее и 20 см дистальнее с наложением анастомоза «конец в конец». Иссечь грыжевой мешок после предварительной перевязки в области шейки и выполнить пластику передней стенки пахового канала.

Ответ на задачу № 5.

Ущемленная пахово-мошоночная грыжа слева, флегмона грыжевого мешка. Больному показана экстренная операция после подготовки под общим обезболиванием из срединного лапаротомного доступа.

Ответ на задачу № 6.

Проводится ревизия: определяется отдел ущемленной кишки. При флегмоне грыжи наступает некроз последней. Выполняется резекция этого отдела на 40 см приводящего и 20 см отводящего с наложением анастомоза «конец в конец». Резецированные концы герметично закрыты. Брюшная полость санится раствором фурациллина, ушивается с оставлением микроирригатора. Затем делается разрез слева выше пупартовой связки кожи, подкожной клетчатки с поверхностной фасцией. Вскрывается грыжевой мешок, аспирируется грыжевая вода с фиксацией некротизированной кишки. Затем вскрывается паховый канал, и кишка удаляется. Грыжевой мешок иссекается, а раневой канал дренируется.

Ответ на задачу № 7.

Ущемленная правосторонняя бедренная грыжа. Необходима экстренная операция после аспирации желудочного содержимого с помощью зонда, бритья зоны операции, анализов крови и мочи, ЭКГ. Без премедикации, под местной инфильтрационной анестезией по А.В. Вишневскому вскрыть грыжевой мешок, фиксировать содержимое, затем рассечь ущемляющее кольцо – связку Жимберната на зажимах (во избежание смертельного внутрибрюшного кровотечения – «corona mortis!»). Оценить жизнеспособность кишки по цвету, пульсации сосудов и перистальтике. Затем иссечь мешок и выполнить пластику бедренного канала по Бассини.

Ответ на задачу № 8.

Ущемленная параумбиликальная грыжа. Организовать транспортировку в дежурный хирургический стационар машиной скорой помощи для срочного оперативного лечения.

Ответ на задачу № 9.

Ущемленная пупочная грыжа. Необходима госпитализация в хирургическое отделение для срочного оперативного лечения, исследование крови, мочи, аспирация желудочного содержимого зондом. Премедикацию перед операцией не выполнять.

Ответ на задачу № 10.

Сальник после рассечения пупочного кольца погрузить в брюшную полость. Грыжесвой мешок иссечь. Брюшину ушить. Учитывая небольшие размеры пупочного кольца, можно выполнить пластику по Лексеру – наложение кисетного шва.

ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АРТЕРИЙ

Ответ на задачу № 1.

Облитерирующий эндартериит. Стадия IV.

Осциллография, капилляроскопия, термография, ангиография.

Антиагреганты, антикоагулянты, десенсибилизирующая терапия, физиотерапия. Операция Диеца.

Ответ на задачу № 2.

Синдром Лериша.

УЗИ сосудов малого таза, ангиография, СКТ с контрастированием.

При неэффективности консервативной терапии (антиагреганты, антикоагулянты, десенсибилизирующая терапия, спазмолитики) – протезирование сосудов.

Ответ на задачу № 3.

Болезнь Рейно.

Ангиопаралитическая.

Спазмолитики, десенсибилизирующая терапия, седативная терапия, средства, улучшающие микроциркуляцию (актовегин). При неэффективности – удаление звездчатого узла или 3-го грудного симпатического ганглия.

Ответ на задачу № 4.

Облитерирующий эндартериит.

III стадия по Лидскому.

Операция Диеца, возможно в сочетании с операцией Воскресенского.

Ответ на задачу № 5.

Облитерирующий эндартериит, гангрена пальцев левой стопы.
VI по Лидскому.
Ампутация конечности.

Ответ на задачу № 6.

Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей.
Начинающаяся гангрена правой нижней конечности.
Допплерография сосудов нижних конечностей, ангиография.
Консервативная терапия: противогангренозная сыворотка, антикоагулянты, антиагреганты, антибиотики. При неэффективности – ампутация конечности на уровне бедра.

Ответ на задачу № 7.

Болезнь Бюргера.
Антиагреганты, антикоагулянты, спазмолитики, анальгетики, повязки с гепариновой мазью.

Ответ на задачу № 8.

Диабетическая ангиопатия сосудов нижних конечностей. Гангрена левой нижней конечности.
После коррекций гликемии – ампутация на уровне бедра.

Ответ на задачу № 9.

Между болезнью Рейно и облитерирующим эндартериитом.
Наличие пульсации на артериях.
Спазмолитики, десенсибилизирующая терапия, седативная терапия, средства, улучшающие микроциркуляцию (актовегин, падутин, калликреин).
Физиотерапия – электрофорез с новокаином на воротниковую зону. При неэффективности – удаление звездчатого узла или 3-го грудного симпатического ганглия.

Ответ на задачу № 10.

Траншейная стопа.
Госпитализация в стационар для консервативного лечения: Спазмолитики, анальгетики, десенсибилизирующая терапия, средства, улучшающие микроциркуляцию. Физиотерапия: токи Бернара, УВЧ на поясницу.

ВАРИКОЗНОЕ РАСШИРЕНИЕ ВЕН

Ответ на задачу № 1.

У больной имеется варикозное расширение вен, хроническая венозная недостаточность в стадии компенсации. Можно рекомендовать больной консервативное лечение – ношение эластических чулок или бинтование конечностей эластичным бинтом, а также ношение удобной обуви, избегания длительного стояния на ногах. Возможно проведение склерозирующей терапии.

Ответ на задачу № 2.

Снять жгут, так как он, мешая венозному оттоку крови, препятствует остановке кровотечения. Наложить тугую давящую повязку на область варикозного узла, либо ниже него. В случае если кровотечение не останавливается, возможно, прошивание кровоточащего сосуда. В последующем решить вопрос о оперативном лечении.

Ответ на задачу № 3.

Следует выполнить комбинированную флебэктомию по Троянову-Тренделенбургу с удалением большой подкожной вены по Бэбкокку и частичным иссечением по Нарату в сочетании с субфасциальной перевязкой коммуникантных вен из разреза по задней поверхности голени по Фелдеру. Этот доступ позволяет избежать манипуляций на измененных тканях и дает возможность перевязать как внутреннюю, так и наружную группы перфорантных вен голени.

Ответ на задачу № 4.

Следует выполнить клинические анализы крови, мочи, биохимический анализ крови с показателями свертывающей системы. Кроме того, провести ряд функциональных проб для изучения состояния клапанов поверхностных вен (пробы Гаккенбруха, Троянова–Тренделенбурга), коммуникантных вен (трехжгутовая проба Берроу–Шейниса, Пратта-2, Тальмана), проходимости глубоких вен (маршевая проба Дельбе–Пертеса, Пратта 1). В сомнительных случаях необходимо выполнить МРТ-флебологию.

Ответ на задачу № 5.

У больного компенсаторное варикозное расширение поверхностных вен вследствие сдавления подвздошных вен опухолью. Необходимо исключить опухоль прямой кишки, для этого провести ректальный

осмотр, фиброноколоноскопия, после этого направить больного в онкологический стационар для оперативного лечения.

Ответ на задачу № 6.

Диагноз: варикозная болезнь, хроническая венозная недостаточность, стадия декомпенсации.

Операция: комбинированная флебэктомия по Троянову – Тренделенбургу, Маделунгу с субфасциальной перевязкой коммуникантных вен по Линтону.

Ответ на задачу № 7.

Необходимо провести ряд обследований в виде клинических анализов крови, мочи, свертывающей системы крови. Выполнить функциональные пробы. Одновременно с этим начать лечение трофической язвы. После санирования которой, больную направить в стационар для оперативного лечения.

Ответ на задачу № 8.

После удаления большой подкожной вены на бедре с помощью зонда Бэбкокка, извитые вены на нижней трети бедра и голени иссечь через небольшие разрезы путем подкожной тоннелизации зажимом по Нарату. После выполнить перевязку коммуникантных вен по методу Коккета (надфасциально).

Ответ на задачу № 9.

Больной нужно рекомендовать ношение эластических чулок или бинта в течении 4-6 месяцев после операции, ношение удобной обуви, перерыв в работе для лечебной гимнастики, хождение босиком. В летнее время отдых на море, плавание, пешие прогулки.

Ответ на задачу № 10.

Маршевая проба, для изучения проходимости глубоких вен, трехжгутовая проба Бероу–Шейниса либо Тальмана для выяснения места несостоятельных коммуникантных вен, одновременно наметить места их локализации раствором бриллиантовой зелени. Либо выполнение УЗИ вен.

Операция: комбинированная флебэктомия по Троянову–Тренделенбургу, Бебкокку, Нарату с перевязкой коммуникантных вен чрескожно, по Клаппу, в ранее намеченных местах.

ОСЛОЖНЕНИЯ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ: ТРОМБОФЛЕБИТЫ, ФЛЕБОТРОМБОЗЫ. ПОСТТРОМБОТИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ

Ответ на задачу № 1.

Острый тромбофлебит подкожных варикозно расширенных вен левой голени.

При локализации процесса в пределах голени больной может лечиться амбулаторно.

Дозированная ходьба с обязательным эластическим бинтованием обеих конечностей; нестероидные противовоспалительные средства, антиагреганты, венотоники; местно – гепариновая мазь, НПВС в гелях.

Ответ на задачу № 2.

Острый тромбофлебит подкожных варикозно расширенных вен левой нижней конечности.

При данной локализации процесса больной должен лечиться в стационаре, в связи с опасностью развития восходящего тромбофлебита – потенциальной причины тромбоэмболии легочной артерии.

ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, коагулограмма, при возможности – доплеровское УЗИ. Тактика лечения: вначале – комплексная консервативная терапия, при прогрессировании процесса (восходящий тромбофлебит) – экстренная операция флебэктомия.

Ответ на задачу № 3.

Инфицированная ссадина левой голени. Острый септический восходящий тромбофлебит подкожных варикозно расширенных вен левой нижней конечности. Паховый лимфаденит слева.

Экстренное оперативное лечение, после краткой предоперационной подготовки (инфузионная, дезинтоксикационная терапия, антибиотики, прямые антикоагулянты). Оперция – флебэктомия с иссечением пораженных тканей единым блоком по Маделунгу, обязательная ревизия устья тромбированной вены.

Ответ на задачу № 4.

Острый тромбофлебит глубоких вен правой голени.

Данную патологию необходимо дифференцировать со спастическим миозитом мышц голени, кровоизлиянием в мышцы голени, рожистым воспалением, целлюлитом, лимфостазом различной этиологии.

Больного необходимо госпитализировать в хирургический стационар.

Ответ на задачу № 5.

Флеботромбоз глубоких вен левого бедра. Положительные физикальные симптомы Хоманса, Пайра, Пратта, Левенберга, данные флебографии, импедансной плетизмографии, доплеровского УЗИ подтвердят диагноз.

Возвышенное положение конечности, эластическое бинтование, гепарин в/венно 4–5 дней с переходом на непрямые антикоагулянты (под контролем ВСК, ПТИ).

Эластическое бинтование нижних конечностей, по возможности ранняя активизация, превентивное назначение малых доз гепарина.

Ответ на задачу № 6.

Острый илеофemorальный тромбоз слева.

Строгий постельный режим с возвышенным положением конечности, эластическое бинтование, гепарин в/венно 7–10 дней с переходом на непрямые антикоагулянты (под контролем ВСК, ПТИ).

Оперативное лечение – тромбэктомия в данном случае неэффективна, в связи с риском ретромбоза (не устранена провоцирующая патология в малом тазу – фибромиома).

Ответ на задачу № 7.

Острый диффузный тромбоз глубоких вен таза и левой нижней конечности.

Наличие у больной тромбоза глубоких вен указывает выраженный отек конечности, промежности, низа живота, характерные физикальные симптомы, наличие в анамнезе варикозной болезни, перенесенного тромбоза глубоких вен правой нижней конечности, резко повышенная температура тела. Для уточнения диагноза можно использовать флебографию, ангиографию, доплеровское УЗИ.

Массивная комплексная консервативная терапия (строгий постельный режим с возвышенным положением конечности, антикоагулянты, антиагреганты, тромболитики, средства, улучшающие реологию крови, детоксикация; спазмолитики вплоть до введения их в бедренную артерию), при возможности – экстренная операция (тромбэктомия).

Ответ на задачу № 8.

Посттромботическая болезнь левой нижней конечности. Хроническая венозная недостаточность в стадии компенсации.

Данную патологию необходимо дифференцировать с первичным варикозным расширением вен нижних конечностей, врожденной патологией (болезнь Клиппеля–Треноне), лимфостазом, отеками сердечного и почечного происхождения.

Рациональный режим труда и отдыха, эластическое бинтование нижних конечностей (компрессионные чулки), венотоники, НОАК в малых дозах, диспансерное наблюдение.

Ответ на задачу № 9.

Посттромботическая болезнь, язвенная форма. Хроническая венозная недостаточность в стадии декомпенсации.

Консервативная терапия в данном случае проводится как подготовка к операции или при отказе больного от оперативного лечения, и включает: а) очищение язвы (повязки с антисептиками, протеолитические ферменты в любых формах); б) после очищения язвы – средства, ускоряющие гранулирование и эпителизацию, компрессионная терапия (цинк-желатиновые повязки Унна, гипсовый сапожок, повязки по Войтенко). После заживления язвы проводится оперативное лечение, вероятнее всего, заключающееся здесь в перевязке несостоятельных перфорантных вен по Лintonу, Кокетту или Фельдеру. Все лечение проводится на фоне сосудистой терапии (антикоагулянты, антиагреганты, венотоники).

Ответ на задачу № 10.

Тромбоэмболия легочной артерии. Вероятнее всего злокачественная опухоль и оперативное вмешательство спровоцировали флелотромбоз вен малого таза, при движениях флотирующий тромб явился источником тромбоэмболии. Менее вероятна тромбоэмболия из варикозных подкожных вен.

Обязательное эластическое бинтование обеих конечностей, ранняя активизация больной, превентивное назначение малых доз антикоагулянтов.

ТРОМБОЗЫ И ЭМБОЛИИ МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Ответ на задачу № 1.

У больного восходящий тромбофлебит в системе большой подкожной вены левой нижней конечности, осложнившийся тромбоэмболией ветвей легочной артерии.

Ошибка заключалась в том, что при восходящем тромбофлебите большой подкожной вены с распространением процесса до средней трети бедра из-за опасности развития ТЭДА показана срочная операция – перевязка большой подкожной вены по Троянову-Тренделенбургу с иссечением тромбированных вен.

Ответ на задачу № 2.

У больной тромбоэмболия легочной артерии.

Профилактика этого осложнения у больных, страдающих варикозной болезнью, заключается в эластичном бинтовании конечностей, коррекции свертывающей системы крови, гепаринотерапии, активном поведении больного в постели («ходьба в постели»).

По клинике у больной эмболия долевых и сегментарных ветвей, при которой проводится консервативная терапия, которая заключается в введении в подключичную вену антикоагулянтов, тромболитиков, в симптоматическом лечении: антиагреганты, спазмолитики, обезболивающие, сердечные препараты, борьба с коллапсом.

Ответ на задачу № 3.

У больного эмболия бедренной артерии справа.

Показана тромбэктомия при помощи зонда Фогарти.

Ответ на задачу № 4.

У больного эмболия бифуркации аорты.

Для подтверждения диагноза необходимо сделать аортографию. Больному показана ретроградная тромбэктомия из доступа над одной из бедренных артерий зондом Фогарти.

Ответ на задачу № 5.

У больной эмболия подмышечной артерии справа. Показана тромбэктомия зондом Фогарти.

Ответ на задачу № 6.

У больной тромбоз подвздошной артерии справа, острая ишемия III–Б.

У больной абсолютные показания к оперативному лечению: стадия декомпенсации артериального кровообращения.

Показана операция тромбэктомия, фасциотомия.

Ответ на задачу № 7.

У больного скорее всего эмболия артерий правого предплечья. Для подтверждения диагноза необходима ангиография. Поскольку эмболия артерий предплечья к гангрене не приводит, больному показана консервативная терапия: обезболивающие, спазмолитики, антикоагулянты, тромболитики.

Ответ на задачу № 8.

У больного на фоне облитерирующего атеросклероза сосудов нижних конечностей наступил тромбоз подколенной артерии, приведший к гангрене, конечности. Показана ампутация на уровне средней трети бедра.

Ответ на задачу № 9.

У больного признаки передозировки антикоагулянтов.

Нормальные показатели протромбинового индекса 80–100 %, время свертывания крови – 4–10 минут.

Антидотом гепарина является протамина сульфат.

Ответ на задачу № 10.

Можно думать о массивной тромбоэмболии легочной артерии.

Дифференцировать диагноз между ТЭЛА и острым инфарктом миокарда. В постановке правильного диагноза может помочь ЭКГ в динамике, ангиопульмонография.

Необходимо срочно начать противошоковые мероприятия. После выведения больной из коллапса – пункция подключичной вены, зондирование сердца с измерением давления в правых полостях сердца и легочной артерии, ангиопульмонография, реканализация основного ствола легочной артерии путем многократного проведения катетера через тромботические массы, подведение к эмболу гепарина и тромболитиков.

ПОРТАЛЬНАЯ ГИПЕРТЕНЗИЯ

Ответ на задачу № 1.

Пилефлебит – гнойный тромбофлебит воротной вены.

Вышеперечисленные симптомы возникают из-за нарушения оттока по портальной вене.

Катетеризация пупочной вены с целью длительного введения антибиотиков широкого спектра, дезинтоксикационная и иммуностимулирующая терапия.

Ответ на задачу № 2.

Посттравматическая киста головки и тела поджелудочной железы.

Подпеченочная портальная гипертензия. Спленомегалия.

Хирургическое лечение кисты.

Подпеченочная портальная гипертензия возникает при патологических процессах в области воротной вены или её ветвей в результате следующих

причин: сдавление или инфильтратом портальной вены или ее ветвей, аневризмы селезеночных и печеночных артерий, пилефлебита, тромботической окклюзии.

Ответ на задачу № 3.

Цирроз печени. Портальная гипертензия. Асцит. Варикозное расширение вен пищевода.

Лапароскопия с биопсией печени.

Постельный режим; диета с ограничением потребления натрия и жидкости, мочегонная терапия.

Лапароцентез при большом количестве жидкости.

При неэффективности консервативной терапии показано оперативное вмешательство для отведения асцитической жидкости непосредственно в сосудистое русло – лимфовенозный анастомоз или в подкожную клетчатку – операция Кальба.

Ответ на задачу № 4.

Цирроз печени. Портальная гипертензия. Асцит. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

Анастомозы: в области кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода между верхними, средними, нижними прямокишечными венами; между околопупочными венами и пупочной веной.

50–150 мм вод. ст.

Ответ на задачу № 5.

Цирроз печени. Портальная гипертензия. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

Необходимо проведение ЭГДС. Показана консервативная терапия.

Цели консервативной терапии: остановка кровотечения, восполнение кровопотери, коррекция функции печени

Методы: медикаментозная гемостатическая терапия, применение зонда Блекмора, инъекционная склерозирующая терапия, печеночная терапия в полном объеме.

Ответ на задачу № 6.

Цирроз печени. Портальная гипертензия.

Для постановки диагноза кровотечения необходимо провести ЭГДС.

Показана консервативная терапия: гемостатики, зонд Блекмора, возможно использование инъекционной склерозирующей терапии.

Зонд Блекмора состоит из 2 частей: эзофагеальной и гастральной с тремя просветами. После введения зонда в манжеты нагнетают воздух.

Прижимаются вены кардии и нижней трети пищевода. Для избежания пролежней баллоны каждые 5–6 часов освобождают от воздуха. Применяют не более 48 часов.

Показания к оперативному лечению: массивное кровотечение, прогрессирующее падение АД.

Противопоказания к операции: тяжелая коагулопатия, алкогольный гепатит, печеночная недостаточность тяжелой степени.

Ответ на задачу № 7.

Цирроз печени. Портальная гипертензия. Асцит. Варикозно расширенные вены пищевода. Гиперспленизм.

ЭГДС; ректороманоскопия; УЗИ; радионуклеидные методы исследования; сплено – гепато-портоспленометрия; спленопортоспленометрия; умбиликальная портоспленометрия; каваграфия.

Анемия, тромбоцитопения, лейкопения.

Ответ на задачу № 8.

Показано оперативное лечение.

Прошивание варикозных вен пищевода (операция Таннера): неотложное портоспленальное шунтирование.

Дифференцировать с синдромом Маллори–Вейсса, кровотечением из острой и хронической язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Ответ на задачу № 9.

Шунтирующие операции (портоспленальные и спленоренальные анастомозы).

Органоанастомозы (оментопексия, спленопексия).

Трансплантация печени.

Ответ на задачу № 10.

Болезнь Бадди–Киарри.

ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПАЛЬЦЕВ И КИСТИ

Ответ на задачу № 1.

Комиссуральная флегмона правой кисти, подмышечный лимфаденит. Больной нуждается в госпитализации в дежурный хирургический стационар, где под внутривенным наркозом или регионарной анестезией вскрыть флегмону двумя разрезами по ладонной поверхности и тыльной

поверхности в межпальцевом промежутке, не пересекая кожную складку, дренировать резиновым выпускником. Повязка с гипертоническим раствором. Антибиотики широкого спектра действия до уточнения чувствительности микрофлоры внутримышечно или внутривенно регионарно, анальгетики, асептическая повязка.

Ответ на задачу № 2.

У больного мозольный абсцесс правой кисти. Под регионарной анестезией по Усольцевой сделать разрез над центром гнойника, сделать посев гноя на определение микрофлоры и чувствительности к антибиотикам, рану санировать 3 % перекисью водорода, фурациллином, дренировать резиновым дренажом, наложить повязку с гипертоническим раствором или хлоргексидином. Лечение амбулаторно.

Ответ на задачу № 3.

У больного флегмона тенора левой кисти, осложненная лимфангитом, лимфаденитом. Необходима госпитализация в гнойное хирургическое отделение и экстренная операция – вскрытие флегмоны под внутривенным общим или регионарным обезболиванием. Разрезы делать по краю возвышения большого пальца на ладони, не до лучезапястной складки около 2-х см, с контрапертурой по краю II пястной кости с дренированием резиновым выпускником. Антибиотики вводить внутривенно регионарно.

Ответ на задачу № 4.

Флегмона срединного ладонного пространства правой ладони. Операция под внутривенным или регионарным обезболиванием. Разрезы на ладони по II и IV межпальцевому промежутку со вскрытием ладонного апоневроза и перевязка поверхностной артериальной дуги. Дренирование резиновыми дренажами. Регионарный путь введения антибиотиков. Иммобилизация тыльной гипсовой лангетой.

Ответ на задачу № 5.

У больной паронихия. Необходимо под проводниковой анестезией по Оберсту–Лукашевичу сделать дугообразный разрез околоногтевого валика параллельно ногтевой пластинке. Лечение амбулаторное.

Ответ на задачу № 6.

У больного подногтевой панариций. Под проводниковой анестезией по Оберсту–Лукашевичу необходимо удалить ногтевую пластинку,

санировать ногтевое ложе, положить мазевую повязку. Лечение амбулаторное.

Ответ на задачу № 7.

Тендовагинит V пальца левой кисти осложнился флегмоной клетчаточного пространства Пирогова–Парона, регионарным лимфаденитом. Необходимо под внутривенным наркозом вскрыть и дренировать двумя разрезами в проекции лучевой и локтевой кости глубокое клетчаточное пространство, расположенное между квадратным пронатором и глубокими сгибателями пальцев. Иммобилизация конечности и антибактериальная, противовоспалительная терапия с регионарным введением антибиотиков.

Ответ на задачу № 8.

У больного кожный панариций. Необходимо без анестезии иссечь отслоившейся эпидермис, промыть поверхность раствором антисептика, положить мазевую повязку. Но обязательно осмотреть тщательно поверхность после удаления гноя для исключения панариция в форме «запонки» (дефект в дерме, ведущий в подкожную клетчатку). В последнем случае необходимо вскрытие подкожного панариция под проводниковой анестезией по Оберсту–Лукашевичу.

Ответ на задачу № 9.

У больного гнойный тендовагинит III пальца правой кисти. Необходимо под проводниковой анестезией по Усольцевой или регионарной анестезией с одновременным введением антибиотиков сделать разрезы в проекции сухожилия без вскрытия суставных поверхностей пальца, но обязательным вскрытием сухожильного влагалища; дренирование и иммобилизация пальца.

Ответ на задачу № 10.

Подкожный панариций осложнился костным. Необходимо направление в дежурный хирургический стационар для дальнейшего обследования и лечения: сравнительная рентгенография III пальца в 2-х проекциях, под анестезией по Оберсту–Лукашевичу. Разрезы с пересечением сухожильных перемычек, с удалением лишь свободно лежащих секвестров. Регионарное введение антибиотиков и рентгенотерапия.

ПАРАПРОКТИТ

Ответ на задачу № 1.

Подкожный парапроктит.

Показана госпитализация в гнойное хирургическое отделение и экстренное оперативное вмешательство: вскрытие гнойника радиарным разрезом с ликвидацией внутреннего отверстия свища, дренирование.

Методом выбора является общее внутривенное обезболивание (гексенал, тиопентал, каталар и др.).

Ответ на задачу № 2.

Подслизистый парапроктит. Необходима госпитализация и экстренное оперативное лечение.

Ответ на задачу № 3.

Седлищно-прямокишечный парапроктит.

Госпитализация и оперативное лечение: под внутривенным общим обезболиванием полуовальным разрезом с иссечением полоски кожи вскрыть гнойник, дренировать.

Ответ на задачу № 4.

Наличие болей над лобком при акте дает основание предположить тазово-прямокишечный парапроктит, который был у больного за год до обращения, но самопроизвольно вскрылся. Сейчас не исключена возможность его рецидива.

Осмотр промежности, пальцевое исследование прямой кишки в положении больного на корточках, ректороманоскопия, УЗИ, общий анализ крови и мочи.

Ответ на задачу № 5.

У больного был тазово-прямокишечный парапроктит.

Больному необходимо было провести осмотр промежности, бимануальное исследование промежности, пальцевое исследование прямой кишки, ректороманоскопия, УЗИ.

Ошибки операции: необоснованно вскрытие брюшной полости и дренирование парапроктита через брюшную стенку.

Ответ на задачу № 6.

О самом грозном осложнении хронического парапроктита – озлокачествлении свища прямой кишки.

Ректоскопия с биопсией свищевого хода и гистологическим исследованием, фистулография.

Оперативное лечение.

Ответ на задачу № 7.

Полный интрасфинктерный свищ прямой кишки.

Осмотр и пальпация перианальной области, пальцевое исследование прямой кишки, зондирование свища, осмотр прямой кишки ректальным зеркалом, исследование с метиленовым синим, фистулография, ректороманоскопия, посев отделяемого на определение микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

Ответ на задачу № 8.

Полный чрессфинктерный свищ прямой кишки.

Общий анализ крови и мочи, пальцевое исследование прямой кишки, исследование прямой кишки ректальным зеркалом, фистулография, ректороманоскопия, посев отделяемого на определение микрофлоры и её чувствительности к антибиотикам. Иссечение свища в просвет прямой кишки с ушиванием рассеченных мышечных волокон сфинктера.

Ответ на задачу № 9.

Полный экстрасфинктерный свищ прямой кишки.

Общий анализ крови и мочи, зондирование свища, ректороманоскопию, посев отделяемого на определение микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам.

Иссечение свища с закрытием внутреннего отверстия.

Ответ на задачу № 10.

Нагноившаяся околокопчиковая киста.

Вскрытие и дренирование околокопчиковой кисты.

МАСТИТ

Ответ на задачу № 1.

У больной лактостаз. Необходимо выполнить ретромаммарную новокаиновую блокаду, затем подкожно у края ареолы ввести 1 мл 0,1 % раствора атропина. После этого приступить к сцеживанию молока, можно использовать молокоотсос. В последующем наложить повязку, приподнимающую железу.

Ответ на задачу № 2.

У больной острый ретромаммарный гнойный лактационный мастит. Необходимо госпитализировать больную для оперативного лечения. Вскрытие гнойника производить разрезом в области переходной складке в нижней части железы по Байденгейеру. Железу тупо отслоить от фасции большой грудной мышцы, приподнять кверху. Гнойную полость обработать антисептиком и дренировать.

Ответ на задачу № 3.

У больной маститоподобный рак. Для точной диагностики необходимо выполнить пункционную биопсию и направить больную в онкологический стационар для дальнейшего лечения.

Ответ на задачу № 4.

У больной острый гнойный лактационный мастит. Необходимо госпитализировать больную для оперативного лечения. Выполнить вскрытие гнойника радиарными по направлению к соску, без рассечения ареолы, разрезами по Ангереру. В случае необходимости дополнить разрез наложением контрапертуры для обеспечения дренажа гнойника с последующей аспирацией гноя и промыванием полости.

Кормить ребенка молоком из пораженной молочной железы нельзя, необходимо его сцеживать; молоко из здоровой железы также сцеживать и кипятить, только после этого можно давать его ребенку.

Ответ на задачу № 5.

Профилактика мастита состоит в предупреждении развития трещин соска и застоя молока.

До родов – подготовка к кормлению, обмывание водой комнатной температуры, протирание жестким полотенцем молочных желез и сосков, массаж сосков 3–5 мин., вытягивание их во время массажа. Санация хронических заболеваний носоглотки, кариозных зубов. В послеродовом периоде – обработка сосков 2 % раствором борной кислоты до- и после кормления. Полезны кварцевое облучение желез, воздушные ванны, обмывание желез водой с мылом. При появлении трещин необходимо использовать 0,2 % грамицидиновую, фурациллиновую мази, хлоргексидин. После каждого кормления и обработка сосков они закрываются стерильными салфетками. Ношение удобной одежды.

Ответ на задачу № 6.

У больной острый лактационный гнойный субареолярный мастит. Необходимо выполнить вскрытие гнойника из циркулярного разреза по краю околососкового кружка. После операции железу фиксировать в

приподнятом положении повязкой. Каждые 4 часа сцеживать молоко, для уменьшения лактации ограничить прием жидкости, назначить антибиотики широкого спектра действия. перевязки делать ежедневно до очищения раны, затем перейти на мазовые повязки, вначале с левомеколем, потом с мазями, стимулирующими регенерацию.

Ответ на задачу № 7.

У больной острый нелактационный мастит в стадии инфильтрации. Для диагностики выполнить пункцию инфильтрата в нескольких направлениях. Назначить противовоспалительное лечение, физиопроцедуры в виде озокеритовых аппликаций или электрофореза с антибиотиками; в случае появления симптомов нагноения инфильтрата- вскрытие гнойника.

Ответ на задачу № 8.

У больной острый гнойный лактационный мастит, осложненный сепсисом. Необходимо срочно госпитализировать больную, провести оперативное лечение в виде вскрытия гнойника под наркозом из нескольких разрезов по Ангереру с ревизией всех затеков, удалением некротических тканей, обработкой антисептиком и дренированием резиново-марлевым дренажем с силиконовыми трубками для активной аспирации. Назначение антибиотиков широкого спектра действия до получения антибиотикограммы, детоксикации с форсированием диуреза, противовоспалительного лечения, неспецифической иммунизации антистафилококковым гамма-глобулином, введение антистафилококковой плазмы. Ежедневные перевязки с промыванием дренажей антисептическими растворами. Прекратить лактацию.

Ответ на задачу № 9.

У больной острый лактационный мастит в стадии абсцедирования. Необходимо направить в дежурный хирургический стационар для экстренного оперативного лечения.

Ответ на задачу № 10.

У больной хронический мастит после неадекватно вскрытого гнойника. Необходимо направить в стационар на оперативное лечение, целесообразно выполнить секторальную резекцию молочной железы.

ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Ответ на задачу № 1.

У больного левосторонняя нижнедолевая пневмония с переходом в острый абсцесс левого лёгкого. Лечение консервативное.

Ответ на задачу № 2.

У больного гангрена левого лёгкого. Необходимо провести активную предоперационную подготовку в течение 7–10 дней для выполнения операции – левосторонней пневмонэктомии.

Ответ на задачу № 3.

У больного хронический абсцесс верхней доли правого лёгкого. Показано оперативное лечение: сегментэктомия или лобэктомия.

Ответ на задачу № 4.

Целесообразно выполнить бронхоскопию и бронхографию с целью дифференциального диагноза абсцедирующей пневмонии и опухоли, анализ мокроты на БК и атипичные клетки, посев ее для уточнения характера микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам.

Ответ на задачу № 5.

Необходимо дренировать полость гнойника лёгкого через грудную стенку, учитывая пристеночное расположение.

Ответ на задачу № 6.

Левосторонний острый гнойный плеврит. Необходима рентгенография грудной клетки в двух проекциях, УЗИ, общий и биохимический анализы крови, мочи, плевральная пункция.

Ответ на задачу № 7.

У больного хроническая эмпиема плевры справа. Целесообразно оперативное лечение, возможно по способу А.В. Вишневого.

Ответ на задачу № 8.

У больного острый абсцесс лёгкого осложнился пневмотораксом. Необходимо срочное рентгенологическое исследование и дренирование плевральной полости во II межреберье справа по среднеключичной линии для активной аспирации воздуха, а по аксиллярной линии в нижних отделах для аспирации гнойного выпота.

Ответ на задачу № 9.

У больного спонтанный пневмоторакс. Необходимо рентгенологическое обследование и дренирование плевральной полости во II межреберье справа для активной аспирации воздуха.

Ответ на задачу № 10.

Показано дренирование плевральной полости с активной аспирацией гноя, санация ее антисептическими, протеолитическими и антибактериальными препаратами. Посев гноя на определение анаэробной инфекции.

ОСТЕОМИЕЛИТ, АРТРИТ

Ответ на задачу № 1.

Диагноз выставлен неправильно. Для ревматизма характерен полиартрит мелких суставов, положительная динамика заболевания от приема нестероидных противовоспалительных средств.

Можно было подумать о гематогенном остеомиелите.

Для подтверждения этого диагноза необходимо провести общий анализ крови, рентгенографию костей правой голени.

Больного госпитализировать в хирургическое отделение, назначить большие дозы антибиотиков, инфузионную дезинтоксикационную терапию. В зависимости от рентгенологических данных решить вопрос об объеме оперативного вмешательства.

Ответ на задачу № 2.

Можно подумать о гематогенном остеомиелите правой голени.

Госпитализация в хирургическое отделение. Лечение острого гематогенного остеомиелита должно быть комплексным: иммобилизация, антибиотикотерапия, дезинтоксикационная терапия, стимулирующая терапия, оперативное лечение по показаниям.

Ответ на задачу № 3.

Острый гематогенный остеомиелит левого бедра, осложненный флегмоной.

Необходима госпитализация в хирургическое отделение. В экстренном порядке под наркозом вскрыть флегмону бедра, раскрыть затеки, провести кюретаж кости. Взять гноя на определение микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам. Проводить противовоспалительную терапию.

Ответ на задачу № 4.

Абсцесс Броди. В период обострения проводится антибиотикотерапии, при её безуспешности – хирургическое лечение, которое включает вскрытие полости, удаление гнойного содержимого, взятие гноя на посев для определения микрофлоры и чувствительности её к антибиотикам, дренирование. Если операция производится в неактивный период, то необходимо выполнить мышечную пластику полости.

Ответ на задачу № 5.

Можно подумать об очередном обострении хронического остеомиелита левого бедра.

Для подтверждения необходимо сделать рентгенографию левого бедра в 2-х проекциях.

При отсутствии секвестрации провести консервативное лечение, включающее антибиотики, физиотерапию, рентгенотерапию. При наличии секвестрации выполнить операцию – секвестрэктомию.

Ответ на задачу № 6.

Можно подумать об артрите правого локтевого сустава, как осложнении перенесенной пневмонии. Инфицирование сустава наступило, по-видимому, гематогенным путём

Необходимо провести пункцию сустава. При получении гнойного содержимого необходимо выполнить артротомию с последующим дренированием сустава. В лечении необходима иммобилизация, а также активная противовоспалительная терапия с учетом чувствительности флоры к антибиотикам.

Ответ на задачу № 7.

Лечебно-диагностическая тактика была неполной.

Необходимо было сделать рентгенографию коленного сустава, пункцию сустава со взятием содержимого на посев для определения микрофлоры и чувствительности ее к антибиотикам, промыть сустав антисептическими растворами, ввести антибиотики, выполнить иммобилизацию конечности. При получении гнойного содержимого показана артротомия.

Ответ на задачу № 8.

Можно предположить гемартроз левого коленного сустава.

Для исключения внутрисуставного перелома необходимо провести рентгенографию коленного сустава. Показана пункция сустава. Лечение включает иммобилизацию конечности, пункцию сустава для удаления крови и введения антибиотиков.

Ответ на задачу № 9.

Можно подумать об артрите правого голеностопного сустава.

Для исключения перелома необходимо провести рентгенографию голеностопного сустава. Выполнить пункцию сустава. Лечение включает пункцию сустава с последующим введением антибиотиков, иммобилизацию сустава. При получении гнойного отделяемого – артротомия.

Ответ на задачу № 10.

Можно подумать о правостороннем коксите. Для исключения перелома необходимо провести рентгенографию сустава. Выполнить пункцию тазобедренного сустава.

Необходима иммобилизация конечности. При серозном характере отделяемого ежедневные пункции с последующим введением антибиотиков. При получении гноя показана артротомия.

ГЕМОРОЙ

Ответ на задачу № 1.

У больного острый геморрой: выпадение и ущемление геморроидальных узлов. Необходимо ввести обезболивающее, произвести пресакральную блокаду Sol. Novocaini 80,0 мл, после чего вправить при помощи салфетки, смоченной вазелиновым маслом выпавшие узлы, наложить на область заднего прохода давящую повязку. Больному назначить постельный режим (положение на животе), ректальные свечи с ихтиолом или -амидопирином, противовоспалительную терапию (антибиотики, нимесулид), обезболивающие препараты. Очень эффективен детралекс в дозе 6 табл. в течение 3-х суток. После купирования острых воспалительных явлений через 2–3 недели показана плановая операция – геморроидэктомия.

Ответ на задачу № 2.

У больного тромбоз наружных геморроидальных узлов. Необходима срочная госпитализация, постельный режим, назначение обезболивающих, противовоспалительных препаратов. Очень эффективен детралекс в дозе 6 таблеток в сутки. Можно произвести короткий блок – ввести в тромбированные узлы фибринолизин на новокаине. Хороший эффект дает пресакральная новокаиновая блокада. Местно на область геморроидальных узлов – повязка с мазью Вишневского, с гепариновой мазью. После ликвидации воспалительных явлений – обследование:

ректороманоскопия. У больного имеются показания к оперативному лечению – геморроидэктомии.

Ответ на задачу № 3.

У больного хронический геморрой, геморроидальное кровотечение, постгеморрагическая анемия. Необходим постельный режим, назначение гемостатических препаратов (хлористый кальций 10 % в/в, клизма с 1 % хлористым кальцием, викасол в/м), ректальных свечей с викасолом, адреналином. Возмещение кровопотери. После обследования и предоперационной подготовки рекомендовать или инъекционный метод лечения – введение в узлы склерозанта или оперативное лечение – геморроидэктомию.

Ответ на задачу № 4.

У больного хронический геморрой, 2-я стадия выпадения геморроидальных узлов. Больного необходимо направить на обследование – ректороманоскопию, фиброколоноскопию, общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови, исследование свертывающей системы крови, а затем на оперативное лечение в стационар.

Ответ на задачу № 5.

У больной хроническая трещина заднего прохода (давность заболевания, наличие «сторожевого бугорка»). Ректальный осмотр, ректокопию следует проводить только после введения анальгетиков либо введения под трещину раствора новокаина. Учитывая хронический характер трещины, консервативное лечение эффекта не даст. Необходимо направить больную на оперативное лечение.

Ответ на задачу № 6.

У больного выпадение и ущемление прямой кишки с некрозом выпавшего участка кишки. Учитывая это, вправление кишки недопустимо. Показано после подготовки экстренное вмешательство – резекция прямой кишки в пределах жизнеспособных тканей с выведением проксимального отдела в виде колостомы. В последующем через 2–3 мес. восстановление кишечной трубки с низведением проксимального отдела и подшиванием его к анусу.

Ответ на задачу № 7.

У больной ятрогенная трещина заднего прохода. Детальный осмотр (ректальный, ректоскопия) возможны только после обезболивания (введение анальгетиков, новокаиновая блокада). Учитывая небольшой срок заболевания, отсутствие признаков хронической трещины, показано консервативное лечение, которое целесообразнее провести в условиях

стационара. Следует назначить послабляющую диету, очистительные клизмы ежедневно утром в течение 10–14 дней, ректальные свечи с анестезином, дарсонваль по Удену № 15. Хороший эффект дают блокады трещины спиртово-новокаиновые, либо введение под трещину 30 тыс. гидрокортизона на новокаине № 5 через 2–3 дня; растяжение сфинктера по Рекамье.

Ответ на задачу № 8.

У больного цирроз печени, портальная гипертензия, кишечное кровотечение из порто-кавальных анастомозов прямой кишки. Показана консервативная, гемостатическая терапия. Оперативное лечение противопоказано, так как расширение геморроидальных вен в данном случае вторичное, симптоматическое.

Ответ на задачу № 9.

У больного выпадение и ущемление прямой кишки. Учитывая жизнеспособность выпавшего участка кишки, показано вправление после введения анальгетиков и пресакральной новокаиновой блокады с помощью салфетки с мазью. Больному следует наложить пращевидную повязку, назначить постельный режим (в положении на животе). После купирования острых явлений и обследования решить вопрос об оперативном лечении.

Ответ на задачу № 10.

У больного 1 степень выпадения прямой кишки. Аденома простаты, частые задержки мочеиспускания являются на данный момент противопоказанием для оперативного лечения. После лечения у уролога (консервативного или оперативного) возможно оперативное лечение выпадения прямой кишки. Учитывая 1-ю степень выпадения, можно сделать операцию типа Тирша.

Рекомендованная литература

1. Абдоминальная хирургическая инфекция: Российские национальные рекомендации / М. М. Абакумов, С. Ф. Багненко, В. Б. Белобородов [и др.]. – 2-е издание, перераб. и доп. – Москва: Издательство "Медицинское информационное агентство", 2018. – 168 с. – ISBN 9785894819273.
2. Абдоминальная хирургия [Электронный ресурс]: национальное руководство: краткое издание / ред.: И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкин. – Электрон. текстовые дан. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 912 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>
3. Альперович Б. И., Соловьев М. М. Неотложная хирургия живота: руководство для врачей / Б.И. Альперович, М.М. Соловьев; Сиб. гос. мед. ун-т. – Томск: Курсив, 2002. – 222 с.
4. Боженков Ю. Г. Интенсивная терапия в неотложной хирургии живота: Руководство для врачей / Ю. Г. Боженков, И. Н. Стороженко, А. К. Чернышев. – М.: Медицинская книга; Нижний Новгород: НГМА, 2001. – 227 с.
5. Винокуров, М.М. Перфоративная язва двенадцатиперстной кишки: монография / М. М. Винокуров; М. М. Винокуров, Н. М. Гоголев, В. В. Савельев; отв. ред. М. М. Винокуров; М-во образования и науки Российской Федерации, ФГАОУ ВПО "Северо-Восточный федеральный ун-т им. М. К. Аммосова". – Якутск: Изд. дом СВФУ, 2012. – 110 с. – ISBN 9785751315429.
6. Гостищев, В.К. Клиническая оперативная гнойная хирургия: руководство / В. К. Гостищев. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 448 с.
7. Дедов И. И. Эндокринология: монография / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. Ф. Фадеев. – М. «Гэотар-Медиа», 2007 г. – 432 с.
8. Атлас оперативной хирургии грыж. – М.: Медпрактика / Егиев В. Н. и [др.] – 2003. – С. 228.
9. Кириенко А. И. Острый тромбофлебит: монография / А. И. Кириенко, А. А. Матюшенко, В. В. Андрияшкин. – М.: Литтерра, 2006. – 108 с.
10. Клиническая ангиология: Руководство: В 2 т. / Под ред. А.В. Покровского. – М.: Медицина, 2004. Т. 2. – 888 с.

11. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с острым и хроническим геморроем. Год утверждения: 2013. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/koloproktologija/klinicheskie-rekomendaci-po-diagnostike-i-lecheniyu-vzroslyh-pacientov-s-ostrym-i-hronicheskim-gemoroem.html>
12. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с анальной трещиной. Год утверждения: 2013. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/koloproktologija/klinicheskie-rekomendaci-po-diagnostike-i-lecheniyu-vzroslyh-pacientov-s-analnoi-treschinoi.html>
13. Клинические рекомендации по диагностике и лечению взрослых пациентов с выпадением прямой кишки, внутренней ректальной инвагинацией и солитарной язвой прямой кишки. Год утверждения: 2013. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/koloproktologija/klinicheskie-rekomendaci-po-diagnostike-i-lecheniyu-vzroslyh-pacientov-s-vypadeniem-prjamoj-kishki-vnutrennei-rektalnoi-invaginaciei-i-soli.html>
14. Клинические рекомендации. Острая неопухолевая кишечная непроходимость. Год утверждения: 2020. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/klinicheskie-rekomendaci-ostрая-neopuholevaja-kishechnaja-neprohodimost.html>
15. Клинические рекомендации. Острый аппендицит у взрослых. Год утверждения: 2020. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/-ostрый-appendicit-u-vzroslyh-2020.html>
16. Клинические рекомендации. Острый панкреатит. Версия от 09 октября 2020. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/urgentnaja-abdominalnaja-hirurgija/ostрый-pankreatit-versija-sentjabr-2020.html>

17. Кротовский Г. С., Зудин А. М., Учкин И. Г., Талов Н. А., Александрова Е.С. Медикаментозное лечение хронической критической ишемии нижних конечностей. РМЖ. 2010;17:1046. Точка доступа: https://www.rmj.ru/articles/khirurgiya/Medikamentoznoe_lechenie_hronicheskoy_kriticheskoy_ishemii_nizhnih_konechnostey/#ixzz8CWhNBHBM
18. Липницкий Е. М. Лечение трофических язв нижних конечностей: учебное пособие / Е. М. Липницкий; Библиотека практикующего врача). – М.: Медицина, 2001. – 160 с.
19. Мастит. Причины и ведение // ВОЗ, Женева. – 2000. – 45 с.
20. Материалы образовательной платформы «teachmeAnatomy». Точка доступа: <https://teachmeanatomy.info/the-basics/>
21. Милонов О. Б., Тоскин К. Д., Жебровский В. В. Послеоперационные осложнения и опасности в абдоминальной хирургии: руководство для врачей. – М.: Медицина, 1990. – 560 с.
22. Минченко А. Н. Раны. Лечение и профилактика осложнений: учебное пособие / отв. ред. Н. В. Рухляда. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 207 с.
23. Национальные клинические рекомендации. Абдоминальная инфекция и сепсис. Год утверждения: 2017. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/abdominalnaja-hirurgija/abdominalnaja-infekcija-i-sepsis.html>
24. Национальные клинические рекомендации. Абдоминальная инфекция и сепсис. Год утверждения: 2017. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/abdominalnaja-hirurgija/abdominalnaja-infekcija-i-sepsis.html>
25. Национальные клинические рекомендации. Перитонит и абдоминальный сепсис. Год утверждения: 2016. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie-rekomendaci/peritonit-i-abdominalnyi-sepsis.html>
26. Национальные клинические рекомендации. Хирургическое лечение осложнений хронического панкреатита. Год утверждения: 2019. Точка доступа: <http://общество-хирургов.рф/stranica-pravlenija/klinicheskie->

rekomendaci/abdominalnaja-hirurgija/hirurgicheskoe-lechenie-oslozhnenii-hronicheskogo-pankreatita-p-01-01-003-2-0-2019.html

27. Неотложная абдоминальная хирургия [Электронный ресурс]: методическое руководство для практикующего врача / ред.: И. И. Затевахин, А. И. Кириенко, А. В. Сажин. – Электрон. текстовые дан. – М.: МИА, 2018. – 488 с. – Режим доступа: <https://www.medlib.ru>
28. Осложненные формы хронической венозной недостаточности нижних конечностей: руководство для врачей / М.Д. Ханевич, В. И. Хрупкин, А. Л. Щелоков [и др.]; Гос. ин-т усовершенствования врачей М-ва обороны Рос. Федерации. - М.; МедЭкспертПресс; Петрозаводск: ИнтелТек, 2003 (ГП Тип. им. П. Ф. Анохина). – 176 с.
29. Панкреатит / под ред. профессора Мерзликина Н.В. М.: ГЭОТАР – Медиа, 2014 – 528с.
30. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Минздрава России. Интерактивный образовательный модуль тематический (ИОМ-Т) «Спаечная кишечная непроходимость».
31. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Интерактивный образовательный модуль тематический (ИОМ-Т) «Хронический панкреатит. Лечение (по утвержденным клиническим рекомендациям)».
32. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению ахалазии кардии и кардиоспазма / Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2016;26(4).
33. Романчишин А. Ф. Рак щитовидной железы: руководство для врачей / А.Ф. Романчишин, А. В. Гостимский, И. В. Решетов. – ГЭОТАР-Медиа, 2020 г. –128 с.
34. Руководство по амбулаторной хирургической помощи / под ред. П. Н. Олейникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014.

35. Руководство по хирургии очаговых паразитарных заболеваний печени / под ред. профессора Мерзликина Н.В. – Томск, «Печатная мануфактура», 2014 г. – 468с.
36. Савельев В.С., Кириенко А.И. Клиническая хирургия. Национальное руководство. В 3-х томах. – ГЭОТАР-Медиа, 2013 г.
37. Сепсис в начале XXI века. Классификация, клинко-диагностическая концепция и лечение. Патолого-анатомическая диагностика: Практическое руководство / под ред. В. С. Савельева, Б. Р. Гельфанда. — М.: Литтерра, 2006. — 176 с.
38. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник / А. В. Николаев. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 736 с.: цв. ил. – ISBN 978-5-9704-5137-3.
39. Торакальная хирургия: Руководство для врачей / Л. Н. Бисенков, Н. В. Бебия, С. В. Гришаков [и др.]. – Санкт-Петербург: ЭЛБИ-СПб, 2004. – 928 с. – ISBN 5939791034.
40. Федеральный закон «О донорстве крови и ее компонентов» от 20.07.2012 N 125-ФЗ ст. 30 (ред. от 07.03.2018)
41. Хирургические болезни: учебник / Н. В. Мерзликин, Н. А. Бражникова, Б. И. Альперович, В. Ф. Цхай. – В 2-х т. Том 2. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 600 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-3457-4.
42. Эндокринология: национальное руководство / под ред. И. И. Дедова, Г. А. Мельниченко. – 2-е изд., перераб и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа. 2021. – 1112 с.
43. 80 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. – М.: Триада-Х, 2008. – 910 с.

Учебное издание

Авторы:

**В.Ф. Цхай, Л. Ю. Петров, И. А. Лызко,
М.Ю. Грищенко, Е.Е. Васильченко, А.И. Копанчук,
А.В. Сусиков**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ХИРУРГИИ

Учебное пособие

Под реакцией проф. Т.Б. Комковой

Редактор Харитонов Е.М.
Технический редактор Забоев И.Г.
Обложка Забоев И.Г.

Издательство СибГМУ
634050, г. Томск, пр. Ленина, 107
тел. +7 (3822) 901–101, доб. 1760
E-mail: otd.redaktor@ssmu.ru

Подписано в печать 05.06.2023 г.
Формат 60x84 $\frac{1}{16}$. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Гарнитура «Times». Печ. л. 10,2. Авт. л. 8
Тираж 100 экз. Заказ № 26

Отпечатано в Издательстве СибГМУ
634050, Томск, ул. Московский тракт, 2
E-mail: lab.poligrafii@ssmu.ru