

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»

Первая кафедра хирургических болезней

ЗАДАЧИ
ПО КЛИНИЧЕСКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ СИТУАЦИЯМ
ДЛЯ СТУДЕНТОВ 4-ГО КУРСА
ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА

Гродно 2020

УДК 617(076.1)
ББК 54.5я73
3 15

Рекомендовано Центральным научно-методическим Советом ГрГМУ
(протокол № ----- от ----- 2020 г.).

Составители: сотрудники первой кафедры хирургических болезней
к.м.н., доц. Могилевец Э.В.; к.м.н., доц. Маслакова Н.Д.;
к.м.н., доц. Василевский В.П.; к.м.н., доц. Сушко А.А.

Рецензент: д.м.н., профессор кафедры общей хирургии Гродненского
государственного медицинского университета

Задачи по хирургическим ситуациям для студентов 4-го курса
лечебного факультета / Под общ. ред. доц. Э.В. Могилевца. –
[1-е изд. стереотип.]. – Гродно: ГрГМУ, 2020. – 95 с.

ISBN 985-496-001-3

Ситуационные задачи подготовлены для студентов 4-го курса лечебного
факультета. Сборник задач по хирургическим ситуациям предназначен для
закрепления полученных студентами теоретических знаний, практических
навыков и умений, формированию у них клинического мышления врача.

УДК 617 (076.1)
ББК 54.5я73

ISBN 985-496-001-3

© ГрГМУ, 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	5
ЧАСТЬ 1. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	6
Тема 1. Острый аппендицит	6
Тема 2. Хронический аппендицит. Осложнения острого аппендицита.....	8
Тема 3. Грыжи.....	12
Тема 4. Острый панкреатит.....	15
Тема 5. Заболевания тонкой и ободочной кишки.....	23
Тема 6. Перитонит.....	27
Тема 7. Острые осложнения гастродуоденальных язв.....	31
Тема 8. Хронические осложнения гастродуоденальных язв.....	36
Тема 9. Заболевания желчных путей.....	41
Тема 10. Кишечная непроходимость.....	46
Тема 11. Заболевания аорты, артерий и острая артериальная непроходимость.....	49
Тема 12. Заболевания вен.....	56
Тема 13. Тромбозы и тромбозы магистральных вен, постфлебитический синдром, хирургия лимфатической системы.....	60
Тема 14. Заболевания легких и плевры.	66
ЧАСТЬ II. ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	73
Тема 1.....	73
Тема 2.....	75
Тема 3.....	77
Тема 4.....	81
Тема 5.....	87
Тема 6.....	89
Тема 7.....	92
Тема 8.....	95

Тема 9.....	98
Тема 10.....	102
Тема 11.....	104
Тема 12.....	108
Тема 13.....	111
Тема 14.....	114

ПРЕДИСЛОВИЕ

Программа по хирургическим болезням на 4-ом курсе лечебного факультета включает острые заболевания органов брюшной полости, наружные грыжи и их осложнения, осложнения язвенной и желчнокаменной болезней, часто встречающуюся патологию венозной и артериальной систем, актуальные вопросы колопроктологии, нагноительные процессы легких и плевры. Студенты в течение двух семестров вынуждены усваивать большой объем информации по частной хирургии, который включает знание патогенеза, типичной клиники заболевания, дифференциальной диагностики, современных лабораторных и инструментальных методов исследования, рациональных способов лечения пациентов.

Однако не менее важным при изучении данной дисциплины является приобретение практических навыков по выше указанным разделам частной хирургии. Этому в полной мере способствуют ситуационные задачи, которые составлены с учетом программы преподавания хирургических болезней на 4-ом курсе лечебного факультета. Особенную актуальность данный аспект преподавательской деятельности приобретает в настоящее время в связи с все более широким внедрением дистанционных методов обучения, в том числе и в клинической медицине.

Решение задач во время проведения практических занятий и самостоятельной подготовки к ним является обязательным элементом педагогического процесса, направленного на совершенствование знаний и умений будущих врачей и преломляющего теоретические знания к реальным клиническим ситуациям. Это позволяет вырабатывать у студентов необходимое клиническое мышление, что необходимо для своевременного принятия решения по оказанию адекватной помощи пациентам, с учетом последних достижений медицинской науки и практики.

Заведующий первой кафедрой

хирургических болезней,

доцент

Э.В. Могилевец

ЧАСТЬ I. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Глава 1. ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Задача 1. Пациент, 42 года поступил с жалобами на боли в эпигастральной и околопупочной области, тошноту, повышение температуры до 37⁰С. Заболел 2 часа назад.

Какие клинические и дополнительные методы исследования показаны для постановки диагноза?

Задача 2. Пациентка, 76 лет. Диагностирован острый аппендицит. В анамнезе инфаркт миокарда, варикозная болезнь нижних конечностей в стадии субкомпенсации.

Нужна ли предоперационная подготовка? Если да - то какая?

Задача 3. Пациент, 65 лет. Поступил с жалобами на выраженные боли по всему животу больше справа. Заболел 2 дня назад, когда появились боли в эпигастральной области, тошнота, однократная рвота, не приносящая облегчения.

За медпомощью не обращался. Принимал нош-пу, активированный уголь, промывал желудок. Боли переместились в правую подвздошную область, а последние два часа распространились по всему животу.

Ваш диагноз и тактика.

Задача 4. Пациентка, 27 лет. Беременность 26 недель. 4 часа назад появились боли в правой поясничной и подреберной области. Была однократная рвота, не приносящая облегчения. Температура 37⁰С. При повороте на левый бок боли уменьшаются.

Какие клинические и дополнительные методы необходимо применить для постановки диагноза?

Задача 5. Пациент, 19 лет. Поступил в приемный покой с жалобами на умеренную болезненность в правой подвздошной области. Симптомы Ситковского, Образцова слабо положительные. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского отрицательные. Диагноз острого аппендицита сомнительный.

Ваша тактика?

Задача 6. Пациентка, 32 года доставлена машиной скорой помощи с направляющим диагнозом острый аппендицит?

Ваша тактика.

Задача 7. Пациент поступил в приемный покой, где при обследовании был выявлен острый аппендицит. Однако от госпитализации он категорически отказался.

Ваши действия.

Задача 8. Пациент доставлен в дежурную больницу машиной скорой помощи с направляющим диагнозом острый аппендицит. Беспокоят боли в правой половине живота. Симптомы Ситковского, Бартамье-Михельсона отрицательные, симптом Воскресенского, Островского, Коупа слабopоложительные. В анализе мочи обнаружено значительное количество неизмененных эритроцитов.

Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача 9. Пациентка, 25 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастральной области, которые затем локализовались в правой подвздошной, тошноту, однократную рвоту. При диагностическом обследовании в течение 6 часов (клинически УЗИ, фиброгастроскопия, обзорный снимок брюшной полости) исключить диагноз острого аппендицита не представляется возможным.

Какой метод диагностики Вы считаете нужным предложить пациентке?

Задача 10. Пациент с диагнозом острый аппендицит взят на лапароскопическую операцию, во время которой обнаружен воспаленный Меккелев дивертикул, червеобразный отросток не изменен.

Требуется ли аппендэктомия?

Задача 11. Во время операции лапароскопической аппендэктомии произведено удаление деструктивно-измененного отростка, расположенного ретроцекально, ретроперитонеально. Забрюшинная клетчатка воспалена с

участками некроза.

Как дренировать ложе отростка?

Задача 12. Пациент, 27 лет, обратился в дежурную больницу с жалобами на интенсивную боль в эпигастральной области, которая через два часа сместилась в правую подвздошную область. Накануне отмечал тупую боль в эпигастральной области, изжогу. В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки.

Дифференциальный диагноз с каким заболеванием необходимо провести для уточнения диагноза?

Задача 13. Пациент, 78 лет, страдает мультифокальным атеросклерозом, сердечной и дыхательной недостаточностью. Поступил в хирургическое отделение с диагнозом: острый аппендицит.

Какой выбор оперативного вмешательства и анестезиологического пособия Вы предпочтете?

Задача 14. Оперирована пациентка, 35 лет, с диагнозом острый аппендицит. При рассечении париетальной брюшины в брюшной полости обнаружена темная кровь.

Каковы дальнейшие действия хирурга?

Задача 15. Пациент, поступающий в дежурную больницу с клинической картиной острого аппендицита, отказывается от госпитализации.

Каковы действия врача?

Глава 2. ХРОНИЧЕСКИЙ АППЕНДИЦИТ. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Задача 16. У пациента, 68 лет, страдающим сердечно-сосудистой и легочной патологией, диагностирован острый деструктивный аппендицит, осложнившийся распространенным перитонитом.

Сроки операции? Вид анестезиологического пособия? Выбор оперативного доступа.

Задача 17. Пациент, 48 лет, находился в хирургическом отделении с диагнозом «Аппендикулярный инфильтрат». После проводимого консервативного лечения, самочувствие пациента улучшилось, инфильтрат не пальпируется. Анализы крови и мочи в норме.

Ваши рекомендации пациенту при выписке?

Задача 18. Пациент, 52 года, находился на лечении в хирургическом отделении с диагнозом: Аппендикулярный инфильтрат. Проводилось консервативное лечение. Однако на 3-и сутки боли в правой подвздошной области усилились, появилась гектическая температура, озноб. При пальпации в правой подвздошной области локально резкая болезненность, дефанс мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга, Раздольского, Воскресенского.

Какое осложнение наступило у пациента? Дополнительные методы исследования. Ваша тактика?

Задача 19. При поступлении в стационар, пациент, 46 лет, предъявляет жалобы на интенсивные боли по всему животу, тошноту, гектическую температуру. Из анамнеза: заболел три дня назад, возникли боли в эпигастральной области, которые затем переместились в правую подвздошную область. Пациент за медицинской помощью не обращался. Два часа назад интенсивные боли распространились по всему животу. При осмотре определяется напряжение мышц передней брюшной стенки, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Раздольского по всему животу.

Ваш предположительный диагноз? Дополнительные методы исследования. Тактика хирурга.

Задача 20. Пациентка, 28 лет, поступила в стационар с предположительным диагнозом: Острый аппендицит. Вследствие того, что дополнительными методами исследования исключить диагноз острый аппендицит не представлялось возможным, произведена диагностическая лапароскопия, во время которой обнаружен аппендикулярный инфильтрат.

Тактика хирурга?

Задача 21. Во время лапароскопической операции по поводу острого аппендицита выявлен флегмонозно-измененный червеобразный отросток, в малом тазу мутный выпот.

Ваша тактика?

Задача 22. Пациент, 58 лет, оперирован по поводу гангренозного аппендицита, разлитого гнойного перитонита. Произведена лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. На 7-е сутки после операции у пациента возникли тупые боли в правом подреберье. Желтушность кожных покровов, гектическая температура, признаки интоксикации.

Ваш предположительный диагноз? Дополнительные методы исследования? Тактика лечения.

Задача 23. У пациента после проведения аппендэктомии разрезом по Волковичу-Дьяконову на перевязке обнаружена гиперемия, инфильтрация, болезненность в области послеоперационного рубца. Температура субфебрильная.

Ваш предположительный диагноз? Необходимы ли дополнительные методы исследования? Тактика лечения.

Задача 24. Пациентка, 32 года, произведена лапароскопическая аппендэктомия ретроцекально, ретроперитонеально расположенного червеобразного отростка. Через 6 часов от момента операции у пациентки появилась резкая слабость, мелькание «мушек» перед глазами, кожные покровы бледные, тахикардия до 100 ударов в минуту, АД 80/50 мм.рт.ст.

Какое осложнение операции Вы предполагаете? Дополнительные методы обследования. Тактика.

Задача 25. Пациенту, 62 года, была произведена нижнесрединная лапаротомия по поводу деструктивного аппендицита, разлитого гнойного перитонита. Произведена аппендэктомия. Санация, дренирование брюшной полости. Послеоперационный период протекал без осложнений. Однако, на

8-е сутки, внезапно возникли схваткообразные боли, рвота. Живот неравномерно вздут, газы не отходят.

Ваш предположительный диагноз? Дополнительные методы обследования. Лечение.

Задача 26. Пациентка, 43 года, была оперирована по поводу гангренозного аппендицита разрезом Волковича-Дьяконова, на 3-и сутки стала отмечать нарастающие боли внизу живота. Поднялась температура до 38°C. Появились признаки интоксикации. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный. Над лоном определяется болезненный инфильтрат, над которым определяются симптомы раздражения брюшины. Per rectum – нависание, резкая болезненность передней стенки прямой кишки.

Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки диагноза. Дальнейшие действия.

Задача 27. Пациент, 62 лет, диагностирован острый аппендицит, разлитой перитонит. Произведена нижнесрединная лапаротомия. Во время операции обнаружен гангренозно-измененный червеобразный отросток, купол слепой кишки инфильтрирован, багрового цвета. Произведена аппендэктомия. При перитонизации культи отростка швы прорезываются. Произведена санация, дренирование брюшной полости, подведение тампона к куполу слепой кишки через отдельный разрез.

Цель постановки тампона? Какого послеоперационного осложнения Вы опасаетесь?

Задача 28. У пожилого пациента аппендикулярный инфильтрат длительно не рассасывается.

Какова тактика врача?

Задача 29. У пациента, 34 лет, после аппендэктомии длительно держалась гектическая температура. Одновременно пальпировался инфильтрат над лобком. Затем внезапно появился обильный зловонный стул с примесью гноя, что привело к улучшению общего состояния пациента.

Какова тактика врача?

Задача 30. У пациента, 61 года, на 4-ые сутки с момента выполнения аппендэктомии по поводу острого гангренозного перфоративного аппендицита осложнившегося разлитым перитонитом, резко выражен парез кишечника.

Наметьте лечебные мероприятия.

Глава 3. ГРЫЖИ

Задача 31. Пациента, 76 лет, последние 4 года беспокоит затрудненное мочеиспускание. Год назад заметил выпячивание в правой паховой области, 4,0x5,0 которое исчезает в положении лежа. Образование безболезненное, мягкой консистенции. Размер наружного отверстия пахового канала 3 см.

Ваш диагноз? Тактика лечения.

Задача 32. При пальпации грыжевого мешка у пациента с паховой грыжей выявлено, что одна стенка утолщена, мягко-эластической консистенции.

Какой вид грыжи можно предположить? Какие предоперационные методы обследования необходимо провести для исключения осложнений во время операции?

Задача 33. В хирургическое отделение для плановой операции поступил пациент 60 лет с рецидивной паховой грыжей.

Какой вид герниопластики Вы планируете?

Задача 34. У пациента 18 лет во время операции по поводу правосторонней паховой грыжи обнаружено, что правое яичко находится внутри грыжевого мешка.

К какому типу относится такая грыжа? Особенности оперативного вмешательства.

Задача 35. Пациент, 52 года, в течение последних 6 месяцев его беспокоят постоянные тупые боли в эпигастрии. 2 месяца назад заметил опухолевидное образование около пупка, которое пациента не беспокоит. При обследовании в области белой линии живота на 5 см выше пупка

определяется опухолевидное образование, безболезненное, эластической консистенции, в брюшную полость не вправляется.

С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какие методы дополнительных исследований применить?

Задача 36. Пациент, 18 лет, поступил с жалобами на наличие выбухания в правой подвздошной области, которое исчезает в положении лежа. Образование заметил случайно 3 месяца назад.

Какие методы обследования необходимы для постановки диагноза? Если нужна операция, то какая?

Задача 37. Пациент, 72 года, страдающий сердечно сосудистой патологией, пневмосклерозом, поступил с жалобами на выпячивание в левой паховой области. При осмотре образования выше паховой связки 5x7 см, мягко-эластической консистенции при натуживании опускается в мошонку. Причиняет тупые тянущие боли при подъеме тяжести.

Ваш предварительный диагноз? Клинические методы обследования. Тактика хирурга.

Задача 38. Пациент, 50 лет, тучного телосложения предъявляет жалобы на наличие выпячивания в эпигастральной области по ходу белой линии живота. Объективно выпячивание мягко эластичной консистенции, безболезненное, свободно вправляется в брюшную полость. Дефект апоневроза 5 см. выявлен диастаз прямых мышц живота до 6 см.

Ваш диагноз и тактика?

Задача 39. Пациентке, 62 года, год назад была произведена верхнесрединная лапаротомия по поводу деструктивного холецистита. 6 месяцев назад стала отмечать выбухание передней брюшной стенки в области рубца. Объективно на 5 см выше пупка выпячивание 7x8 см свободно вправляется в брюшную полость. Дефект апоневроза 6 см.

Ваш диагноз? Возможные причины образования дефекта апоневроза. Тактика хирурга.

Задача 40. Пациент, 20 лет, беспокоят тянущие боли в левой паховой

области при физической нагрузке. При осмотре левое паховое кольцо расширено до 2 см. Выпячивания при натуживании нет. При прохождении пахового канала пальцем определяется наличие «кашлевого толчка». Заподозрена канальцевая грыжа.

Какими дополнительными методами обследования можно подтвердить данный диагноз? Тактика хирурга.

Задача 41. Пациентка, перенесшая полостную операцию, дважды оперирована по поводу послеоперационной вентральной грыжи. В настоящее время в области послеоперационного рубца дефект апоневроза 8x4 см. Пальпаторно окружающие ткани плотные, регидные.

Ваш диагноз? Метод оперативного вмешательства.

Задача 42. Пациентка, 42 года, страдает хроническим бронхитом на фоне бронхэктатической болезни, с частыми обострениями, сопровождающимися надрывным кашлем. Два месяца назад заметила выпячивание в области пупка, которое исчезает в положении лежа. При кашле значительно увеличивается.

Ваш предположительный диагноз? Необходимое обследование? Ваша тактика.

Задача 43. Пациент, 21 год, 6 месяцев назад заметил выпячивание правой паховой области, за медицинской помощью не обращался. Час назад во время занятия спортом почувствовал резкую боль в правой паховой области. Машиной скорой помощи пациент доставлен в стационар. При осмотре в правой паховой области выпячивание 4,0x3,0 см, напряженное, резко болезненное. Отрицательный симптом «кашлевого толчка».

Ваш диагноз и тактика?

Задача 44. У пациентки, 68 лет, три года назад диагностирована пупочная грыжа. От оперативного лечения воздерживалась. Самостоятельно вправляла грыжу, носила бандаж. Последние 4 месяца выпячивание не вправляется. Появились тянущие боли в мезогастральной области.

Какое осложнение грыжи наступила у пациентки?

Задача 45. Пациентка, 56 лет, четыре года назад оперирована по поводу злокачественного заболевания кишечника, была произведена средне-срединная лапаротомия. Два года назад стала отмечать выпячивание в нижней трети послеоперационного рубца. Диагностирована послеоперационная вентральная грыжа. От оперативного лечения воздерживается. Около трех часов до поступления в стационар отметила резкие боли в области выпячивания. Тошноту, рвоту.

Ваш предположительный диагноз? Какие методы обследования показаны? Тактика хирурга.

Задача 46. Пациент, 62 года длительно страдал пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад появились боли в области мошонки. Принимал обезболивающие препараты. В виду того, что боли не прекращались, распространились по всему животу, пациент доставлен в стационар. Выставлен диагноз: ущемленная пахово-мошоночная грыжа. Пациент взят на операцию по экстренным показаниям. В грыжевом мешке оказались петли тонкой кишки.

Как оценить их жизнеспособность? Какая тактика при некрозе ущемленного участка кишечника?

Задача 47. Пациент, 38 лет, доставлен машиной скорой помощи с диагнозом: ущемленная паховая грыжа. Ущемление произошло 3 часа назад. В приемном покое грыжа самостоятельно вправилась. Боли купировались

Тактика хирурга.

Глава 4. ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Задача 48. Пациентка 48 лет поступила с жалобами на боли в эпигастрии, правом подреберье, тошноту. Из анамнеза известно, что 6 месяцев назад выполнена холецистэктомия по поводу ЖКБ. При осмотре кожа и видимые слизистые иктеричны, температура тела 36,8. В легких дыхание везикулярное. PS 82 уд. в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом, живот мягкий болезненный в правом подреберье.

Симптомы Перитонеальные симптомы не вызываются. При УЗИ имеется умеренное расширение общего желчного протока до 12 мм в диаметре, подозрение на конкремент в его просвете. С целью уточнения патологии желчных протоков эндокопическая ретроградная панкреатохолангиография (ЭРХПГ). Контрастированы частично главный панкреатический проток и общий желчный проток, в просвете которого определяется конкремент. Выполнена эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ) с литоэкстракцией. К вечеру у пациентки появились резкие опоясывающие боли, вздутие живота, многократная рвота, показатели амилазы крови- 72г/л, мочи- 240г/л.

Какое заболевание развилось у оперированной и чем оно было вызвано? Какие имеются анатомические предпосылки для развития этого осложнения при манипуляциях на большом дуоденальном сосочке? Какими доступными инструментальными методами можно подтвердить диагноз и какова тактика лечения?

Задача 49. Пациентка 76 лет поступила с жалобами на резкие, опоясывающие боли в верхней половине живота. Боли появились внезапно после употребления жирной пищи. Боли нестерпимые, беспокоит многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Страдает много лет ЖКБ, ИБС, ГБ. Температура тела 37,2. При осмотре состояние тяжелое, склеры иктеричны, акроцианоз, кожа покрыта холодным потом, пульс 125 уд. в мин. аритмичный, АД 140/90 мл.рт.ст. Дыхание везикулярное. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации умеренно вздут, мягкий, печеночная тупость сохранена. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Амилаза мочи 840 г/л. При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, стенка 1-2 мл. толщиной, в просвете мелкие конкременты, внепеченочные желчные протоки расширены в просвете мелкие конкременты. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контуры смазанные.

Какой диагноз можно поставить в данном случае? Определите и обоснуйте лечебно-диагностическую тактику? Укажите необходимый объем обследования больной?

Задача 50. Пациентка 82 лет поступила с жалобами на резкие боли в эпигастрии, правом подреберье, которые появились около суток, периодически боли носят опоясывающий характер. Беспокоит тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения. Количество рвотных масс незначительное. Из анамнеза установлено, что много лет страдает желчно-каменной болезнью, ИБС, ГБ, перенесла инфаркт миокарда.

Состояние больной тяжелое. Кожа и видимые слизистые желтушно окрашены. Дыхание жестковатое. Пульс 112 уд. в мин. аритмичный, АД 160/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации отмечается напряжение мышц в эпигастрии и правом подреберье. Пальпируется дно увеличенного желчного пузыря, определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье. Газы отходят, мочи мало.

В клиническом анализе крови лейкоцитоз со сдвигом формулы влево. Билирубин 72 мкмоль/л, амилаза крови 48 г/л, амилаза мочи 250 г/л.

При УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь увеличен, напряжен, толщина стенки 4-5 мм, в его просвете разнокалиберные конкременты, мутное содержимое. Желчные протоки умеренно расширены, четко конкременты не определяются. Поджелудочная железа увеличена, эхогенность снижена, контур смазан, осмотр затруднен из-за вздутия поперечноободочной кишки.

Какой клинический диагноз можно поставить пациентке? Укажите на анатомические предпосылки, создающие условия для развития данного характера патологии? Обоснуйте лечебную тактику у данном клиническом наблюдении?

Задача 51. Пациент 38 лет доставлен в хирургическое отделение в тяжелом состоянии с жалобами на боли по всему животу, слабость, тошноту,

рвоту, задержку стула и газов. Боли в животе появились три недели назад. К врачу не обращался, так как в течении месяца в запое, длительное время злоупотребляет алкоголем. Состояние больного тяжелое, положительные симптомы Мондора, Куллена, Грея-Турнера. В легких дыхание жесткое. Пульс 124 уд. в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен грязным налетом. Живот вздут. Перистальтика кишечника не выслушивается. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Мочи мало.

В клиническом анализе крови выраженный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, анемия, высокая СОЭ, токсическая зернистость.

При УЗИ в брюшной полости определяется свободная жидкость, содержащая эховзвесь, расширенные петли кишечника, содержащие свободную жидкость. Структура поджелудочной железы неоднородная, визуализируются полости деструкции в ткани железы, секвестры. В забрюшинной клетчатке слева также определяются очаги деструкций без признаков секвестрации и формирования полостей. При лапароскопии в брюшной полости мутный выпот, множество бляшек стеатонекроза.

Какой клинический диагноз можно поставить в данном случае? Какие еще дополнительные исследования необходимо выполнить пациенту и консультация каких специалистов необходима? Перечислите основные составляющие предоперационной подготовки? Какой объем операции показан пациенту?

Задача 52. Пациент 51 года уже в течении 17 дней находится на стационарном лечении в хирургическом отделении по поводу острого алиментарного панкреонекроза. Поступил в первые сутки от начала заболевания. По клиническим и УЗИ данным был диагностирован острый панкреатит, стерильный панкреонекроз. Проводилась консервативная терапия. Образовался парапанкреатический инфильтрат. Температура была на субфебрильных цифрах. С третьей недели заболевания на фоне антибактериальной терапии температура тела начала подниматься до 39,8 с падением на два градуса и более. В клиническом анализе крови нарастает

лейкоцитоз. При УЗИ в сальниковой сумке визуализируется жидкостное образование, содержащие мелкие секвестры, объемом до 200 мл.

Какой клинический диагноз можно поставить? Какие осложнения острого панкреатита встречаются? Какой метод лечения применяется при ограниченных гнойных очагах и какой показан данному пациенту?

Задача 53. Пациент, 49 лет, после употребления обильной мясной, жирной и пряной пищи внезапно ощутил приступ опоясывающей боли в эпигастральной области. Была многократная рвота. Температура тела оставалась нормальной. При пальпации эпигастральной области определяется умеренная болезненность. Диастаза мочи составляет 1024 ед. Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния пациента: интенсивность боли значительно уменьшилась, прекратилась рвота. Живот стал мягким. Выявляется лишь легкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Диастаза мочи уменьшилась до 256 ед.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Задача 54. У пациента, 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые, как бы опоясывая, отдавали в спину. Температура тела оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не приносящая облегчение. При осмотре выявлялась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот был мягким. Симптомы раздражения брюшины не определялись. Диастаза в моче равнялась 4096 ед. Консервативные мероприятия (регионарная новокаиновая блокада, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие препараты, введение парентерально большого количества глюкозо-солевых растворов и декстранов) к улучшению состояния не привели. В последующем состояние пациента ухудшилось: участился пульс до 120 уд. в мин., АД снизилось до 70/40 мм. рт. ст. Усилились симптомы интоксикации, в брюшной полости в эпигастральной области на фоне ригидности мышц в эпигастрии стал нечетко пальпироваться инфильтрат. Уровень глюкозы крови поднялся до 9 ммоль/л.

Диастаза в моче составила 8 ед.

Каким образом следует расценить течение заболевания и какова должна быть тактика лечения?

Задача 55. Пациент, 24 лет в течение последнего года беспокоят ноющие боли в эпигастральной области и наличие нечетко пальпируемого, сферической формы образования в глубине эпигастральной области размером 15x20 см. Образование слегка пульсирует, шум над ним не выслушивается. Окружность живота постепенно увеличивается. В анамнезе у пациента тяжелая тупая травма живота. Общее состояние его особенно не страдает. Диспептических расстройств, нарушений стула и мочеиспускания нет. Диастаза мочи равняется 256 ед. В общем клиническом анализе крови и многочисленных биохимических исследованиях крови патологии не обнаружено.

Между какими заболеваниями и с помощью каких методов следует проводить дифференциальный диагноз заболевания?

Задача 56. В приемное отделение поступила пациентка 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром ощутила резчайшие боли в эпигастральной области, опоясывающего характера. Появилось затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость, обильное потоотделение. Температура тела 37⁰С. Расстройств мочеиспускания нет. Имеется задержка стула, но газы отходят. Раньше больная ничем не болела. Доставлена через 2 ч от начала заболевания. При осмотре состояние пациентки тяжелое, больная бледна, выражен акроцианоз, кожа покрыта холодным липким потом. Пульс 140 уд. в мин. АД - 100/60 мм. рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот принимает участие в акте дыхания. Перистальтика вялая. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Живот при пальпации мягкий. Выявляется резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона положительные. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9$ /л. Диастаза мочи - 1024 ед.

Ваш диагноз?

Задача 57. Вратарь, 22 лет, получил сильный удар в эпигастральную область. Через час доставлен в приемный покой в тяжелом состоянии. Жалуется на резчайшие нарастающие боли в эпигастральной области. Боли постепенно приобрели опоясывающий характер. Появилось затрудненное дыхание. Состояние пациента прогрессивно ухудшается. Он бледен. Выражен акроцианоз. Пациент покрыт холодным, липким потом. Пульс слабого наполнения, 140 уд. в мин. Живот слегка вздут, имеется напряжение мышц и резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Щеткина-Блюмберга в данной области слабоположительный. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Эритроцитов в крови - $4,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобина - 140 г/л.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

Задача 58. Пациент, 45 лет оперируется по поводу острого панкреатита. Во время ревизии брюшной полости диагностирован отек поджелудочной железы и отсутствие расширения общего желчного протока. Желчный пузырь напряжен. Опорожняется с трудом. Пальпаторно в нем определяются камни.

Какой объем хирургического вмешательства следует предпринять на поджелудочной железе? Необходимо ли вмешательство на желчных путях?

Задача 59. У пациента, госпитализированного в тяжелом состоянии в хирургическое отделение с диагнозом «разлитой перитонит» неясной этиологии, во время экстренной лапароскопии обнаружены стеариновые пятна в большом и малом сальниках, желудочно-ободочной связке. В брюшной полости имеется геморрагический выпот, содержащий панкреатические ферменты.

Ваш диагноз? Какова тактика ведения пациента?

Задача 60. У пациентки, 32 лет, после погрешности в еде спустя 12 ч появились сильные боли в верхней половине живота опоясывающего характера, многократная рвота, слабость. Была кратковременная потеря

сознания. Известно, что пациентка страдает желчнокаменной болезнью. Общее состояние пациентки тяжелое. Она возбуждена, склеры глаз слегка иктеричные; пульс – 110 уд. в мин., АД-70/40 мм.рт.ст., язык сухой, живот вздут. При пальпации отмечается резкая болезненность в верхних отделах живота. Перистальтика кишечника аускультативно не определяется. Положительные симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Диастаза мочи – 512 ед.

Какой предварительный диагноз Вы поставите? Какими специальными исследованиями диагноз можно уточнить?

Задача 61. У пациента, 46 лет, поступившего в клинику с опоясывающими болями в верхней половине живота, многократной рвотой и диастазой мочи 1024 ед., на 20-й день консервативного лечения стал пальпироваться болезненный инфильтрат в эпигастрии и левом подреберье. Одновременно появилась температура тела в пределах 38,0-38,5⁰С с ознобами. Несмотря на проводимую в течение 5 дней антибиотикотерапию, инфильтрат не уменьшился в размерах. Температура приняла гектический характер. Содержание лейкоцитов в крови увеличилось до 20x10⁹/л.

С каким заболеванием пациент госпитализировался в клинику? Какое осложнение основного заболевания развилось у него? Что должен предпринять хирург в связи с развившимся осложнением?

Задача 62. У пациентки, 68 лет, через 4 ч после приема жирной пищи появились сильные боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину. Была трижды рвота с примесью желчи. Из анамнеза известно, что пациентка страдает хроническим калькулезным холециститом. Состояние пациентки средней тяжести. Она стонет от болей в животе, беспокойна. Пульс составляет 98 уд. в мин. Язык сухой. Живот вздут: пальпаторно определяется выраженная болезненность в эпигастрии и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Перистальтика кишечника ослаблена. Температура тела – 37,1⁰С, лейкоцитов в крови – 9x10⁹/л.

Какое заболевание следует заподозрить? Какими лабораторными

исследованиями крови и мочи можно подтвердить диагноз? Какое лечение показано в данном клиническом наблюдении?

Глава 5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ТОНКОЙ И ОБОДОЧНОЙ КИШКИ

Задача 63. Пациент С., 40 лет, отмечает неприятные ощущения, зуд в области анального канала после акта дефекации, периодически возникает кровотечение с выделением алой крови цвета не смешанного с калом. При ректальном исследовании во время натуживания на «6 часах» циферблата определяется опухолевидное образование мягко-элластической консистенции с изъязвлениями в области верхушки и следами геморрагии.

Поставьте предварительный диагноз? С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Тактика хирурга?

Задача 64. Пациент Н., 19 лет, предъявляет жалобы на интенсивные, острые боли в области промежности, усиливающиеся при натуживании, акте дефекации, повышение температуры тела до 39,0, озноб. При осмотре анальной области отмечается гиперемия кожи справа от ануса, отечность и выбухание тканей, при пальпации резкая болезненность и флюктуация.

Поставьте предварительный диагноз. Приведите анатомические локализации данной патологии. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Какова тактика лечения данного пациента?

Задача 65. Пациент И., 30 лет, предъявляет жалобы на наличие свища с гнойным отделяемым в области промежности, существующего около года. При осмотре на коже промежности обнаружен свищ с небольшим гнойным отделяемым и мацерацией кожи вокруг него. При пальпации выявляется в подкожной клетчатке плотный тяж.

Ваш предварительный диагноз. Анатомическая локализация патологических очагов в зависимости от хода свища. Какие виды операций можно выполнить пациенту?

Задача 66. Пациент 40 лет страдает хроническим геморроем в течение

6 лет. 2 суток назад после приема алкоголя и острой пищи появились резкие боли в области заднего прохода, усиливающиеся при кашле, движении. При ректальном осмотре в области анального отверстия на "7" часах циферблата - увеличенный, багрово-синюшного цвета геморроидальный узел, резко болезненный при пальпации.

Ваш предварительный диагноз. Определите тактику лечения.

Задача 67. Пациент Н., 62 лет, предъявляет жалобы на боли тянущего характера в области промежности, выделение из прямой кишки слизи. При ректороманоскопическом исследовании на 7 см от ануса отделе обнаружено несколько образований диаметром от 0,5 до 3 см. с четко определяемой ножкой. Данные образования смещаются вместе со слизистой оболочкой кишки.

Поставьте предварительный диагноз. Назовите методы оперативного лечения данной патологии.

Задача 68. У пациента А., 42 лет длительно страдающего запорами, в момент дефекации возникают режущие боли в области заднего прохода, иррадиирующие в промежность. После дефекации незначительное кровотечение в виде полос на поверхности кала. При исследовании ректальным зеркалом в области задней комиссуры видна рана, располагающаяся в продольном направлении, длиной 1,3-1,5 см края ее плотные, дно покрыто грануляциями.

Поставьте предварительный диагноз. Перечислите, с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Укажите тактику лечения данного пациента?

Задача 69. Пациент К., 56 лет, предъявляет жалобы на недержание газов, выпадение прямой кишки во время акта дефекации, которая потом самостоятельно вправляется. Объективно: при натуживании пациента определяется участок прямой кишки конусовидной формы, поверхность ее собрана в поперечные складки, гофрирована. Слизистая оболочка без изменений.

Поставьте предварительный диагноз? Укажите осложнения заболевания.

Задача 70. Пациент 18 лет предъявляет жалобы на боли в межягодичной области. При осмотре кожа в крестцово-копчиковой области гиперемизирована, отечна, при пальпации резко болезненна, в центре гиперемии имеется точечное отверстие пропускающее головку пуговчатого зонда, при надавливании на окружающие ткани из отверстия выделяется гной.

Ваш предварительный диагноз? Укажите, с какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию. Определите тактику лечения.

Задача 71. Пациент 38 лет, поступил в проктологическое отделение с жалобами на обильные кровотечения алой кровью из прямой кишки при каждой дефекации. Выяснилось, что с изменением места жительства, режима, диеты, появились запоры, стул только после слабительных средств. Затем присоединились боли во время стула, кал плотной консистенции, сопровождается кровотечением. При обследовании Нв 74 г/л. Эритроцитов 2,8 мкл.

Ваш диагноз? Факторы, способствующие осложнению заболевания. Принципы лечения.

Задача 72. Пациентка 30 лет обратилась с жалобами на выделение крови при дефекации и боль в течение 20 минут после стула. Болеет в течение 40 дней. При исследовании прямой кишки на 6 часах в области переходной линии подрытая рана 0,3 на 1 см с перифокальной гиперемией, бледными грануляциями, при контакте кровоточит, резко болезненная.

Ваш диагноз? Виды хирургического вмешательства?

Задача 73. Пациент К. предъявляет жалобы на боли, дискомфорт и чувство распирания в области заднего прохода, повышение температуры тела до $38,5\text{ }^{\circ}\text{C}$, при дефекации боль резко усиливается. Местно: в параректальной области с левой стороны от анального отверстия при положении больного на

спине имеется инфильтрат в диаметре до 7 см, плотный, резко болезненный при пальпации, кожа гиперемирована, отёчна, в центре инфильтрата размягчение, наблюдается местное повышение температуры. Исследование прямой кишки невозможно из-за болезненности и деформации заднепроходного отверстия отеком тканей.

Ваш диагноз? Какова тактика лечения?

Задача 74. Пациентка 60 лет обратилась с жалобами на боли в левой половине живота и левом подреберье. Боли носили схваткообразный характер, была однократная рвота. Ректальное исследование: тонус сфинктера снижен, ампула пустая, стенки прямой кишки безболезненные, патологические образования не определяются. На рентгенограмме при тугом заполнении толстой кишки водным раствором взвеси сульфата бария обнаруживаются множественные округло-овальные выбухания стенки с плавным чётким контуром 0,5-1 см в диаметре. Гаустрация и рельеф слизистой оболочки кишки не изменены.

Каков диагноз? С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию? Возможные осложнения заболевания? Выбор метода операции?

Задача 75. В начале акта дефекации из прямой кишки у пациента, 42 лет, выделяется алая кровь. В общем клиническом анализе крови содержание гемоглобина 60 г/л.

Каковы Ваши диагноз и тактика?

Задача 76. При обследовании пациента во время ректороманоскопии перфорирован ампулярный отдел прямой кишки.

Каковы действия хирурга?

Задача 77. Пациент, 48 лет, поступил с явлениями кровоточащего геморроя. В анамнезе у него желтуха. При физикальном и УЗИ отмечается асцит.

Каковы Ваши диагноз и тактика?

Глава 6. ПЕРИТОНИТ

Задача 78. В хирургическое отделение поступила пациентка, 40 лет, через 2 суток от начала заболевания, с жалобами на боли в правой подвздошной области, над лоном, левой подвздошной области. Боли начались в эпигастрии и через несколько часов мигрировали в правую подвздошную область. Через 12 часов боли распространились на все нижние отделы живота. При осмотре общее состояние пациентки тяжелое, в сознании, кожные покровы пониженной влажности, язык сухой. Пульс 92 в минуту, АД 110/80 мм.рт.ст. Живот умеренно вздут, пальпация в нижних отделах резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

Поставьте предварительный диагноз, и укажите предоперационную подготовку и хирургическую тактику.

Задача 79. Пациентка, 30 лет, в хирургическом отделении 8 дней назад произведена операция – лапараскопическая аппендэктомия по поводу гангренозного аппендицита, диффузного перитонита. Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 3сутки удалены дренажи из брюшной полости. На 5 сутки появились тупые боли внизу живота, температура повысилась до 38,5⁰С, появилось вздутие живота, газы отходят, стул был. В мезогастррии нечетко пальпируется объемное образование, мягко-эластической консистенции, резко болезненное, размерами 8х6 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Per rectum – без патологии. Заподозрен межкишечный абсцесс.

Дополнительные методы обследования, необходимые для уточнения диагноза? Ваша тактика лечения.

Задача 80. В хирургическом отделении находится на лечении пациентка, 48 лет. 5 дней назад произведена аппендэктомия нижнесрединным разрезом по поводу гангренозного перфоративного аппендицита, диффузного перитонита. После операции температура тела была субфебрильная, в последние 2 дня стала повышаться, к вечеру до 38-

39,5⁰С. Появились боли внизу живота, тенезмы. При пальпации живот мягкий, безболезненный в верхних отделах, над лоном умеренное напряжение мышц, резкая болезненность, симптомы раздражения брюшины не определяются. При исследовании per rectum - нависание и резкая болезненность передней стенки прямой кишки. Бимануально при вагинально-ректальном исследовании определяется резко болезненное плотное образование 8x5 см.

Поставьте предварительный диагноз. В чем вы видите наиболее вероятную причину возникновения заболевания? Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза. Определите хирургическую тактику и этапы оперативного вмешательства при абсцессе Дугласова пространства.

Задача 81. Пациент, 38 лет, поступил в приемное отделение хирургического стационара спустя 6 часов с момента начала заболевания, жалуется на наличие интенсивных болей в эпигастрии, которые начались внезапно, как от удара кинжалом. Из анамнеза известно, что пациента в течение 4 месяцев беспокоили боли тупого характера в эпигастральной области. Объективно язык сухой, пульс 97 в минуту, АД 90/60 мм.рт.ст., живот напряжен в верхних отделах, при пальпации резко болезненный, определяются симптомы раздражения брюшины по ходу правого бокового канала. Исследование per rectum – нависание и болезненность передней стенки прямой кишки.

Поставьте предварительный диагноз.

Укажите, какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза.

Задача 82. Пациент, 65 лет, с повышенной массой тела госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «острый холецистит» на 4-е сутки от начала приступа. При поступлении общее состояние пациента удовлетворительное. Температура тела 37,9.⁰С. Пульс 92 уд. в мин. Живот участвует в акте дыхания, при пальпации болезненный в

правом подреберье, где определяются симптомы Грекова-Ортнера и Мерфи. Желчный пузырь пропальпировать не представляется возможным из-за значительной подкожно-жировой клетчатки.

Пациенту назначено консервативное лечение. Однако через 3 час. с момента госпитализации состояние пациента резко ухудшилось: появилась сильная боль в правом подреберье, которая затем распространилась по всему животу. Пациент побледнел, появилась одышка. Живот увеличился в объеме. Пальпаторно стала определяться разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине.

Что произошло с пациентом?

Какой должна быть тактика хирурга?

Задача 83. Пациент, 29 лет, госпитализирован в хирургическое отделение с ножевым проникающим ранением брюшной полости через 5 часов после травмы. Во время экстренной лапароскопии обнаружено большое количество кишечного содержимого. На петлях кишечника и париетальной брюшине обнаружены наложения фибрина, тонкий кишечник раздут. Имеются ножевые ранения его петель в 3-х местах.

Какой должна быть тактика хирурга?

Задача 84. Пациент, 66 лет, повторно оперирован по поводу множественных межкишечных абсцессов, возникших вследствие разлитого гнойного перитонита. Также диагностировано обширное нагноение послеоперационной раны.

Какой метод оперативного вмешательства следует использовать?

Задача 85. В туберкулезный диспансер вызван для консультации хирург. Пациент, 35 лет, страдающий туберкулезом легких, предъявляет жалобы на боли в животе тупого характера, наличие диспептических расстройств, субфебрильную температуру тела. При объективном осмотре: общее состояние пациента удовлетворительное, он истощен, тургор кожи снижен. Живот втянут, при пальпации отмечается разлитая болезненность, симптомы раздражения брюшины не определяются. Температура тела $37,5^{\circ}\text{C}$,

пульс 76 уд. в мин.

Какой диагноз следует поставить пациенту?

Какова тактика его лечения?

Задача 86. Пациент, 58 лет, в анамнезе - туберкулез легких, поступил с жалобами на боли в животе. Диагноз острого аппендицита сомнительный. Была произведена диагностическая лапароскопия, во время которой в брюшной полости обнаружено около 500 мм прозрачной жидкости, червеобразный отросток и Меккелев дивертикул не изменены. На висцеральной брюшине, покрывающей толстый, тонкий кишечник и брыжейку, обнаружено наличие небольших белесоватых бугорков.

Какое заболевание имеется у пациента?

Тактика хирурга.

Задача 87. В хирургическое отделение поступила женщина, 48 лет, с ущемленной левосторонней бедренной грыжей. Длительность ущемления около двух суток. При осмотре пациентки в области наружного отверстия левого бедренного канала определяется опухолевидное, флюктурирующее, напряженное, резко болезненное образование. Кожа под ним воспалительно изменена. Одновременно при пальпации брюшной полости больше в ее нижних отделах выявляется резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

Какое заболевание имеется у пациентки?

Как лечебную тактику следует предпринять?

Задача 88. У оперированного, 62 лет, перенесшего открытую холецистэктомию с наружным дренированием желчных протоков по Вишневскому по поводу острого калькулезного деструктивного холецистита, на 5-ые сутки послеоперационного периода наступило ухудшение состояния. Внезапно появилась боль первоначально в правом подреберье, а затем по всему животу. Возникла тошнота, появилась рвота. Живот увеличился в объеме, стал резко болезненным. При пальпации во всех отделах брюшной полости определяется симптом Щеткина-Блюмберга. По дренажу

Вишневого выделения желчи прекратилось. В общем клиническом анализе крови лейкоцитоз: $15 \times 10^9/\text{л}$.

Какое осложнение операции развилось у пациента?

Какое лечение ему показано?

Задача 89. У пациента, 38 лет, оперированного в поздней (токсической) стадии разлитого фибринозно-гнойного перитонита, обусловленного перфорацией гангренозно измененного червеобразного отростка, для его лечения в послеоперационном периоде применен метод перитонеального диализа брюшной полости. Однако на 2-ые сутки с момента выполнения операции количество вводимых растворов стало превышать количество выводимых. Живот оперированного увеличился в объеме. В отлогих местах брюшной полости определяется притупление.

Какое осложнение дренирования брюшной полости возникло у пациента?

Как следует поступить?

Глава 7. ОСТРЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Задача 90. Пациент И., 44 лет, лет поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, головокружение, сердцебиение, многократную рвоту типа "кофейной гущи", черный жидкий стул. Считает себя больным в течение нескольких часов, когда впервые появились вышеуказанные жалобы. Пациент страдает язвенной болезнью желудка 8 лет. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 90/65 мм рт ст, Рс 120/мин. Язык влажный, обложен налетом. Живот не вздут, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Заключение ФГДС: язвенная болезнь желудка. Острая язва угла желудка 9мм в диаметре, осложненная кровотечением. В клиническом анализе крови – Нв-74 г/л, Нт – 28%, эритроциты – $2,5 \times 10^{12}/\text{л}$.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо выполнить?
3. Определите лечебную тактику и целесообразный объем операции.

Задача 91. Пациент К. 58 лет поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, головокружение, сердцебиение, рвоту типа "кофейной гущи", черный жидкий стул. Считает себя больным в течение недели, когда появились боли в эпигастрии, изжога, интенсивность которых нарастала. К утру текущего дня, после рвоты, боль уменьшилась, но появился черный жидкий стул. Пациент страдает язвенной болезнью ДПК в течение 7 лет. Наследственность не отягощена. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 100/65 мм рт ст, Ps 110/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При пальцевом исследовании прямой кишки – на перчатке жидкий кал, дегтеобразного цвета. В клиническом анализе крови – Hb – 85 г/л, Ht – 32%, эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите методы исследования, которые необходимо выполнить данному пациенту.
3. Определите лечебную тактику в отношении данного пациента. Перечислите показания к оперативному вмешательству.

Задача 92. Пациент Н. 52 лет поступил в приемное отделение с жалобами на слабость, головокружение, сердцебиение, рвоту типа "кофейной гущи", черный жидкий стул. Страдает язвенной болезнью ДПК в течение 7 лет. Наследственность не отягощена. Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. АД 100/65 мм рт ст, Ps 110/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации умеренно болезненный в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины

отрицательные. Заключение ФГДС: ЯБДК. Острая язва ЛДК 5 мм в диаметре, осложненная кровотечением. В клиническом анализе крови – Нв-90 г/л, Нт-35%, эритроциты- $2,8 \times 10^{12}$ /л.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифф. диагностику.

3. Какие методы исследования необходимо выполнить данному пациенту.

Задача 93. У пациента 45 лет, не имевшего каких - либо жалоб со стороны желудочно-кишечного тракта, внезапно возникла интенсивная боль (по типу кинжальной) в эпигастральной области. Наблюдалась тошнота и однократная рвота. Пациент бледен, покрыт холодным липким потом и занимает вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу бедрами. Изменение положения тела пациента приводит к усилению болей. Пальпация живота болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$. Пульс замедлен до 50-60 уд.в мин.

Каковы Ваш диагноз и действия?

Задача 94. У пациента 36 лет, страдавшего в течение последних 5 лет язвенной болезнью 12-перстной кишки, внезапно появилась резкая боль в правом подреберье. В момент ее возникновения пациент покрылся холодным липким потом и занял вынужденное положение на правом боку с приведенными к животу ногами. Однако через 30-60 мин после начала болевого приступа интенсивность боли уменьшилась. Пациент смог самостоятельно передвигаться.

Каковы Ваш диагноз и действия?

Задача 95. Пациент 25 лет, не имевший ранее каких либо желудочных жалоб, госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом «прободная язва 12-перстной кишки». Во время лапароскопии (лапаротомии) при ревизии брюшной полости установлено наличие прободного отверстия $0,4 \times 0,4$ см с мягкими краями без воспалительной инфильтрации вокруг на

передней стенке луковицы 12-перстной кишки.

Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить?

Задача 96. Пациент 55 лет, поступил в хирургическое отделение клиники через 4 час с момента наступления перфорации язвы тела желудка. Длительность «язвенного» анамнеза составляет 6 лет. Пациент неоднократно лечился амбулаторно и стационарно, в том числе один раз в связи с кровотечением из язвы. Со слов пациента, при исследовании кислотопродуцирующей функции желудка отмечено ее гипоацидное состояние.

Какого объема операцию необходимо применить в данном случае?

Задача 97. У пациента 50 лет, длительно страдавшего язвенной болезнью 12-перстной кишки, в течение последнего месяца усилились боли в правом подреберье. За два часа до поступления в дежурную больницу во время выполнения тяжелой физической работы он внезапно почувствовал нарастающую слабость и головокружение. На этом фоне пациент на несколько минут потерял сознание. Больной бледен. Покрыт холодным липким потом. Пульс 100 уд.в мин, АД 90/60 мм рт. ст.

Какое осложнение язвенной болезни развилось у больного? Какие методы исследования нужно применить для уточнения диагноза?

Задача 98. Пациент 49 лет, госпитализирован в хирургическое отделение клиники в 4-ый раз по поводу кишечного кровотечения из язвы луковицы 12- перстной кишки. Длительность язвенного анамнеза больного составляет 8 лет. Возникшее в очередной раз кишечное кровотечение остановлено в результате проведенного комплексного консервативного лечения и эндоскопического гемостаза.

Следует ли пациенту предлагать операцию?

Задача 99. Пациент 42 лет, оперирован в экстренном порядке по поводу профузного желудочно-кишечного кровотечения неясной этиологии. Во время лапаротомии при ревизии брюшной полости найдена кровоточащая язва задней стенки луковицы 12 - перстной кишки.

Какую следует выполнить операцию?

Задача 100. У пациента 49 лет, не имеющего язвенного анамнеза, возникло профузное желудочное кровотечение, не останавливающееся на фоне интенсивного консервативного лечения. При лапаротомии и гастротомии по задней стенке тела желудка, в его верхней трети, обнаружены единичные изъявления в диаметре 0,5 x 0,8 см.

Что явилось источником желудочного кровотечения? Какую операцию необходимо произвести пациенту?

Задача 101. Пациент 55 лет, поступил в хирургическое отделение с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения. Во время экстренной фиброгастродуоденоскопии установлено наличие язвы тела желудка размером 1,5x1,5 см с тромбированным сосудом. От операции больной категорически отказался. В течение 24 час приводилось консервативное комплексное лечение. Однако желудочное кровотечение внезапно возобновилось.

Какова Ваша тактика в лечении данного пациента?

Задача 102. У пациента 54 лет, после многократной, не приносящей облегчения рвоты, обусловленной приемом алкоголя, возникло желудочное кровотечение. В рвотных массах отмечалась жидкость цвета кофейной гущи с примесью алой крови. При фиброгастроскопии в пищеводно-кардиальной зоне найден линейный разрыв слизистой длиной 1,5 см и глубиной 0,3 см с незначительным подтеканием из него крови.

Что произошло с пациентом? Как следует поступить с пациентом?

Задача 103. У пациента 65 лет, страдающего язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение последних 10 лет и имеющего тяжелую сопутствующую патологию, наступила перфорация язвы. От предлагаемого хирургического лечения он категорически отказался.

Как следует поступить с пациентом?

Глава 8. ХРОНИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНЫХ ЯЗВ

Задача 104 А. Пациент 49 лет обратился к врачу с жалобами на постоянное чувство тяжести в эпигастрии, тупые боли и отрыжку "тухлым яйцом", обильную рвоту съеденной накануне пищей. После рвоты наступает облегчение. Начал терять в весе. Страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 12 лет. Объективно: кожные покровы сухие, тургор кожи снижен. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс 98 уд/мин, АД 100/60 мм. рт. ст. язык суховат, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный, выявляется шум плеска в эпигастрии.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
3. Какими методами исследования подтвердить диагноз?
4. Определите лечебную тактику и укажите наиболее целесообразный объем операции.

Задача 105. Пациент 18 лет доставлен машиной скорой помощи с жалобами на слабость, головокружение, одышку, рвоту типа "кофейной гущи". Считает себя больным в течение нескольких часов, когда появились указанные жалобы. Отмечает, что в течение 2 недель были боли в эпигастрии, которые проходили после еды. Лечился от гастрита. Объективно: кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм. рт. ст, пульс 110 уд/мин. язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий. При пальцевом исследовании прямой кишки – сфинктер в тонусе, на перчатке кал дегтеобразного цвета. При фиброгастродуоденоскопии- язва задней стенки луковицы 12-перстной кишки до 1 см в диаметре, из ее дна- струйное артериальное кровотечение. Эндоскопически остановить кровотечение не удалось. В клиническом анализе крови- эритроциты $-2,8 \times 10^{12}/л$, Hb- 85 г/л, Ht- 30%.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие методы исследования необходимо выполнить больному?
3. Определите лечебную тактику.
4. Обоснуйте целесообразный объем операции.

Задача 106. Пациент 52 лет обратился к врачу с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии, изжогу, отрыжку кислым, периодическую рвоту. Рвотных масс много, после рвоты наступает облегчение. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка с весенними обострениями. В течение последних 4 месяцев появились указанные жалобы. Заподозрен язвенный стеноз выходного отдела желудка. При рентгенологическом исследовании диагностирован субкомпенсированный стеноз.

1. Сформулируйте диагноз. Какие степени стеноза выделяют?
2. Проведите предоперационное обследование больного.
3. Какие изменения характерны для язвенного стеноза?

Задача 107. 55-летний мужчина в течение 5 лет страдает язвой антрального отдела желудка с ежегодными обострениями. Последний год периодичность болей исчезла, они стали менее острыми, не постоянными. Снижился аппетит. Пациент стал заметно терять в весе, появилась слабость. При рентгенологическом исследовании на малой кривизне антрального отдела желудка определяется ниша диаметром 2,5 см с инфильтративным валом. При фиброгастроскопии обнаружена каллезная язва диаметром около 3 см. В полигастробиопсийном материале, взятом с края язвы, обнаружены атипичные клетки.

Ваш диагноз и тактика?

Задача 108. Пациент 49 лет, жалуется на чувство тяжести в эпигастриальной области после еды, упорную рвоту с «тухлым» запахом и примесью давно съеденной пищи, потерю веса, слабость. Болен около 11 лет. Его дефицит веса составляет 15 кг. Пациент бледен, кожа сухая. В верхней половине живота контурируется растянутый желудок, имеется шум плеска натошак. При рентгенологическом исследовании определяется задержка

контрастной массы в желудке более чем на 24 ч.

Диагноз? Лечение?

Задача 109. 32-летняя женщина жалуется на периодически возникшие боли в эпигастральной области и правом подреберье без четкой связи с приемом пищи, изжогу. Боли беспокоят также по ночам. Выше перечисленные жалобы беспокоят пациента в течение 3-х лет. Больная нигде не лечилась. Сезонность обострений выражена не четко. Имеется гиперацидное состояние желудочной секреции. При рентгенологическом исследовании желудка – отмечается деформация луковицы 12-перстной кишки.

Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные методы надо применять для его подтверждения? Какова хирургическая тактика?

Задача 110. 46-летний мужчина поступил с жалобами на боли в животе, возникающие через 2,5 часа после приема пищи, изжогу, отрыжку кислым, боли по ночам. Болен в течение 4 лет. Ежегодно отмечает обострения весной и осенью продолжительностью от 2-ух – до 3-ех недель. 3 раза находился на стационарном лечении и один раз в санатории. После лечения боли на несколько месяцев утихли. В последующем он чувствовал себя хорошо. Вес пациента не снижен. Гематологические и биохимические показатели без отклонений от нормы. При изучении кислотопродуцирующей функции желудка найдено гиперацидное состояние желудочной секреции больше в первой фазе. При рентгенологическом исследовании желудка и 12 - перстной кишки с водной взвесью бария сульфата эвакуация из желудка не нарушена. Имеется деформация луковицы 12-перстной кишки. При фиброгастродуоденоскопии выявлена неглубокая язва луковицы 12-перстной кишки размерами 0,4 на 0,5 см.

Ваш диагноз? Лечебная тактика? Показано ли хирургическое вмешательство пациенту? Если показано, то почему и какое?

Задача 111. Пациент 50 лет, длительное время страдал болями в животе, вначале с выраженной сезонностью обострений. Последний год боли

почти постоянные, усиливаются после еды, беспокоят по ночам, иррадиируют в спину. Имеется резко выраженное гиперацидное состояние желудочной секреции. Рентгенологически отмечается деформация луковицы 12-перстной кишки и глубокая ниша на задней стенке луковицы. При фиброгастродуоденоскопии обнаружена язва на задней стенке луковицы 12-перстной кишки размерами 1,5 на 2 см и глубиной около 1 см с подрывными краями.

Ваш диагноз и тактика?

Задача 112. 60-летний мужчина жалуется на боли в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, усиливающиеся вскоре после еды. Болеет 1,5 года. Поступил в стационар впервые. Во время двух предыдущих обострений лечился амбулаторно по поводу гастрита. Общее состояние пациента удовлетворительное. При пальпации отмечается небольшая болезненность в эпигастрии. Имеется нормацидный тип желудочной секреции. Во время рентгенологического исследования в средней трети малой кривизны желудка обнаружена ниша диаметром 1 см с конвергенцией складок с воспалительным валом глубиной около 1,5 см. При фиброгастродуоденоскопии найдена каллезная язва. В биоптатах из краев язвы атипичных клеток не найдено.

Ваш диагноз и тактика?

Задача 113. У пациента с клиническим диагнозом субкомпенсированного стеноза привратника во время операции найдено умеренное расширение желудка, язва луковицы 12-перстной кишки, пенетрирующая в головку поджелудочной железы, резко выраженные рубцовые изменения начальной части 12-перстной кишки, включая ее переднюю стенку.

Какую операцию целесообразно произвести пациенту?

Задача 114. 52 - летний пациент в течение 4 лет страдает язвенной болезнью желудка. Рентгенологически и фиброгастроскопически выявлена каллезная язва верхней трети малой кривизны желудка диаметром 3,5 см.

При прицельной полигастробиопсии из краев и дна язвы, из слизистой, окружающей язву элементов злокачественного перерождения не найдено.

Какой объем операции Вы изберете? Будете ли проводить какие-либо дополнительные исследования для решения этого вопроса? Если да, то какие?

Задача 115. 36-летний пациент жалуется на резкие боли в эпигастрии, усиливающиеся после еды, изжогу. Болен в течение 6 лет с сезонными обострениями весной и осенью. Несколько раз лечился стационарно, после чего наступало временное улучшение. При фиброгастроскопии установлено наличие двух язв тела желудка и луковицы 12-перстной кишки.

Ваша тактика? Если показана операция, то какая?

Задача 116. Пациента 38 лет, в течение нескольких лет беспокоили изжога осенью и весной, а также неинтенсивные, непродолжительные боли в эпигастрии. На протяжении последних 4-х месяцев интенсивность болей резко усилилась. Они стали постоянными, иррадируют в спину, усиливаются после еды. Наблюдаются частые рвоты, возникающие или самостоятельно, или пациент вызывает их искусственно с целью уменьшения болей. Вес пациента заметно уменьшился. При обследовании отмечено умеренное гиперацидное состояние желудочной секреции. Рентгенологически желудок и луковица 12-перстной кишки не изменены, в верхней части нисходящей ветви 12-перстной кишки имеется сужение. При релаксационной дуоденографии сужение 12-перстной не устраняется. Фиброскоп провести дальше луковицы 12-перстной кишки не удается. Стационарное лечение в течение 2,5 месяцев эффекта не дало.

Ваш диагноз и тактика?

Задача 117. Пациентка 43 лет, поступила с жалобами на периодически возникающие боли в эпигастриальной области, резко связанные в осенне-зимний период с приемом пищи. Боли не очень сильные и успокаиваются при соблюдении диеты. Пациентка по поводу болей за медицинской помощью не обращалась. Выше перечисленные жалобы беспокоят 5 лет. За

это время пациентка трижды перенесла внутреннее кровотечение, проявлявшееся меленой, слабостью, нерезким снижением гематологических показателей. После поступления пациентки в стационар кровотечение у нее быстро останавливалось.

Ваш предположительный диагноз? Какие исследования необходимы для его уточнения? Какова лечебная тактика?

Глава 9. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЖЕЛЧНЫХ ПУТЕЙ

Задача 118. Пациентка, 82 года, поступила в стационар с жалобами на резкие боли в правом подреберье, рвоту, не приносящую облегчения. Из анамнеза: страдает желчекаменной болезнью с частыми приступами в течение 6 лет. Приступы купировались консервативно. В плановом порядке пациентка не оперирована в связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и легких. Риск операционного вмешательства IV степени. В настоящее время нарастает клиника деструктивного холецистита местного неограниченного перитонита.

Хирургическая тактика? Вид анестезии.

Задача 119. Пациент, 42 года, поступил в стационар с жалобами на резкие приступы болей, возникшие двое суток назад. После купирования появилась иктеричность склер, затем желтушность кожных покровов. Из анамнеза: 7 лет назад перенес плановую операцию лапароскопическая холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни.

Какие методы обследования необходимы для уточнения диагноза? Тактика хирурга при выявлении холедохолитиаза.

Задача 120. Пациентка, 38 лет, поступила в приемный покой с жалобами на выраженные боли в правом подреберье с иррадиацией в эпигастральную область. Лопатку и надключичную область справа. Приступ начался 2 часа назад после обильного приема жирной, жареной пищи. Аналогичные приступы, но менее интенсивные, проходили после приема спазмолитиков. За медицинской помощью не обращалась

Ваш предположительный диагноз? Какие методы обследования необходимо провести в первые 12 часов от момента поступления? Тактика хирурга.

Задача 121. Пациентка, 48 лет, доставлена в стационар машиной скорой помощи с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, начавшиеся 6 часов назад. В настоящее время боли распространились на эпигастральную область, приняли опоясывающий характер. В анамнезе – желчекаменная болезнь.

Какие клинические и дополнительные методы исследования показаны для решения вопроса о тактике ведения пациентки?

Задача 122. Пациент, 50 лет, поступил в стационар с жалобами на интенсивную боль в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, рвоту, не приносящую облегчения. При осмотре кожные покровы бледные, иктеричность склер. Живот несколько вздут, ограничено участвует в акте дыхания. При пальпации определяется напряжение мышц, болезненность в правом подреберье. Положительные симптомы Кера, Отнера-Грекова, Мюсси-Гиоргиевского, Мерфи. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза? Какой вид лечения Вы предлагаете?

Задача 123. Пациентка, 44 лет, два года беспокоят частые приступы болей в правом подреберье, которые купируются приемом спазмолитиков. Не сопровождаются признаками интоксикации. Последние месяцы приступы стали сопровождаться иктеричностью склер.

Ваш предположительный диагноз? Необходимые методы обследования. Тактика хирурга.

Задача 124. Пациент, 52 года, шесть лет страдает желчекаменной болезнью. Приступы болей в правом подреберье два - три раза в год после приема жирной жареной пищи. Интоксикацией, рвотой, подъемом температуры не сопровождались. Купировались спазмолитиками. Доставлен

машиной скорой помощи в стационар с жалобами на интенсивные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, неукротимую рвоту, не приносящую облегчения. При осмотре: состояние средней тяжести, живот вздут в эпигастральной области, резко болезненный.

Какое осложнение желчекаменной болезни наступило? Какие клинические, лабораторные, инструментальные методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Задача 125. У пациента, 58 лет, страдающего в течение последних 5 лет периодически возникающими болями в правом подреберье, очередной приступ окончательно не купировался, продолжались постоянные ноющие боли. При пальпации в правом подреберье определяется плотное эластическое малоболезненное образование 7x5 см с гладкой поверхностью. Симптомы раздражения брюшины не выявляются. Признаков интоксикации нет.

Ваш предположительный диагноз? Методы обследования. Тактика лечения.

Задача 126. У пациентки, 38 лет, страдающей приступами болей в правом подреберье, при УЗИ выявлены конкременты в желчном пузыре, расширение холедоха до 1,2 см, наличие гиперэхогенного образования в его терминальном отделе.

Ваш диагноз? Ваш план хирургического пособия.

Задача 127. Пациент, 52 лет, доставлен машиной скорой помощи с жалобами на сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо и лопатку. Боли начались 4 часа назад после приема жирной пищи. Была однократная рвота, не приносящая облегчения. При пальпации в правом подреберье определяется болезненность, напряжение мышц передней брюшной стенки. Положительные симптомы Кера, Отнера-Грекова, Мюсси-Гиоргиевского, Мерфи. Температура 37,8 °С, лейкоциты крови $14,0 \times 10^9$ /л. Назначено интенсивное консервативное лечение, включающее в себя спазмолитики, антибиотики. Внутривенное введение кристаллоидных и

коллоидных растворов, новокаиновая блокада круглой связки печени. Состояние пациента улучшилось. Боли уменьшились. Через 48 часов полностью исчезли. Болезненность оставалась лишь в точке Кера.

Ваш диагноз? Дальнейшая тактика лечения пациента.

Задача 128. Пациентка, 32 года, поступила в приемный покой с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, иррадиирующие в эпигастральную область, правое плечо. При осмотре: кожные покровы желтушные, живот умеренно вздут, резко болезненный в правом подреберье, где определяется напряжение мышц. Положительные симптомы Кера, Отнера-Грекова, Мюсси-Гиоргиевского, Мерфи. При исследовании УЗИ выявлен увеличенный желчный пузырь, стенка его двуслойная, отечная, в просвете застойная желчь, мелкие конкременты. Холедох расширен до 1,5 см, в нем определяется конкремент.

Ваш диагноз? План хирургического лечения.

Задача 129. У пациентки, 48 лет, после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо и лопатку. До $38,3^{\circ}\text{C}$ повысилась температура тела. Была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9/\text{л}$. После назначения спазмолитиков, антибиотиков и выполнения новокаиновой блокады состояние пациентки улучшилось. Температура тела снизилась до нормы. Боли в правом подреберье уменьшились. Напряжение мышц стало меньше, и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность оставалась лишь в точке проекции желчного пузыря. При УЗИ исследовании желчный пузырь в длину до 5-6 см в его просвете конкрементов нет. Лейкоцитов в крови $6,0 \times 10^9/\text{л}$.

Ваш диагноз и дальнейшая тактика лечения больной?

Задача 130. У пациента, 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до $38,5^{\circ}\text{C}$, напряжением

мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. При пальпации в правом подреберье определялись положительные симптомы Грекова-Ортнера, Мерфи Симптом Щеткина—Блюмберга сомнительный. Ультразвуковое исследование желчного пузыря выявило конкременты в его просвете и двухслойность стенки. Проводимые консервативные мероприятия (антибиотики, спазмолитики, новокаиновая блокада) в течение 3 суток не привели к положительным результатам. Лейкоцитоз крови находится на уровне $15,0 \times 10^9/\text{л}$.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Задача 131. Эмоционально лабильная женщина 34 лет в течение 3 лет страдает от периодически появляющихся кратковременных приступов сильных болей в правом подреберье, иррадиирующих в правое плечо и лопатку. Периодически у пациентки бывают поносы, сменяющиеся запорами. Болевой синдром не сопровождается повышением температуры тела и не связан с приемом пищи. Длительность приступов от 1 до 5 ч. Иктеричности кожи и слизистых оболочек никогда не отмечалось. При пальпации области правого подреберья напряжения мышц нет. Выявляется небольшая болезненность в точке желчного пузыря. Пациентка жалуется на неприятные ощущения, возникающие при пальпации брюшной аорты и толстого кишечника. Лейкоцитов в крови $6,0 \times 10^9/\text{л}$. Во всех трех порциях, полученных при дуоденальном зондировании, отклонений от нормы не найдено. При УЗИ камни в желчном пузыре не обнаружены. Пузырь несколько растянут, после приема желтков медленно сокращается.

Ваш диагноз и тактика лечения?

Задача 132. Пациентка, 55 лет, срочно оперирована через 7 суток от начала заболевания по поводу тяжело протекающего острого холецистита. Во время операции обнаружено, что желчный пузырь перфорирован. Имеется разлитой желчный перитонит. Удалить желчный пузырь не представляется возможным из-за технических трудностей и крайне тяжелого состояния больной. Наложить надежную холецистостому тоже невозможно,

так как стенка пузыря в области шейки некротизирована.

В чем будет заключаться оперативная помощь в данном случае?

Задача 133. Пациентке, 72 лет, произведена операция холецистостомии по поводу острого флегмонозного холецистита. Ее состояние после операции стало быстро улучшаться, и через 5—7 дней она чувствовала себя вполне удовлетворительно. Неудобство доставляло лишь наличие дренажной трубки и истечение по ней желчи.

Какие показатели необходимо учитывать для определения сроков удаления дренажа? Как удаляется трубка? Требуется ли имеющийся наружный желчный свищ специального закрытия?

Глава 10. КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Задача 134. У пациента 56 лет, на операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружена опухоль сигмы с перфорацией. Отдаленных метастазов нет.

Какова тактика хирурга?

Задача 135. На операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружена полная обтурация слепой кишки опухолью. Опухоль неподвижна. Состояние пациента тяжелое.

Тактика хирурга?

Задача 136. Пациент 75 лет, оперируется по поводу острой кишечной непроходимости. Обнаружен заворот сигмы с ее гангреной.

Тактика хирурга?

Задача 137. У мальчика, 12 лет, поставлен диагноз «илеоцекальная инвагинация». С момента начала заболевания прошло 10 час. Общее состояние больного вполне удовлетворительное.

Какова должна быть лечебная тактика?

Задача 138. Пациент 62 лет, оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки. При ревизии выявлено, что опухоль размером 12 x 10 см плотная, неподвижная, прорастает париетальную брюшину. Отмечается

множество метастазов в лимфатические узлы брыжейки и сальника.

Как Вы закончите операцию?

Задача 139. У пациента 70 лет, во время лапаротомии обнаружена обтурация сигмовидной кишки каловым камнем. Кишка жизнеспособна. Общее состояние пациента тяжелое.

Каков выбор метода операции?

Задача 140. На операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружен рак прямой кишки. Общее состояние пациента тяжелое.

Какова тактика хирурга?

Задача 141. У пациента 70 лет, госпитализированного в хирургический стационар с признаками острой кишечной непроходимости возникло кровотечение из неоперабельной опухоли прямой кишки.

Какова тактика хирурга?

Задача 142. На операции у пациента 71 года, оперированного по поводу острой кишечной непроходимости, обнаружена инвагинация подвздошной кишки в слепую.

Какова тактика хирурга?

Задача 143. На операции у пациента 62 лет, обнаружен заворот тонкой кишки. Кишка жизнеспособна, но приводящий отдел ее переполнен жидкостью и газами.

Какова тактика хирурга?

Задача 144. У пациента, оперированного по поводу острой кишечной непроходимости, обнаружена полная обтурация прямой кишки раковой опухолью.

Каковы действия хирурга?

Задача 145. В хирургическое отделение доставлена пациентка с клинической картиной острой кишечной непроходимости. Длительность заболевания 12 часов. Состояние больной тяжелое, пульс слабого наполнения 120-130 в минуту, АД 90/60 мм. рт. ст. О каком виде непроходимости можно подумать в первую очередь? Каковы действия хирурга?

Задача 146. Вы дежурный хирург. Одновременно в клинику поступил пациент с острым аппендицитом и пациент с заворотом тонкой кишки. У вас один операционный стол и одна бригада хирургов. Какого пациента вы прооперируете в первую очередь?

Задача 147. У пациента в возрасте 76 лет явления обтурационной непроходимости кишечника на почве рака нисходящего отдела толстой кишки. Кроме основного заболевания он страдает коронарной недостаточностью. Со времени начала заболевания прошло 3 суток. Отмечает вздутие живота, не было кала и газов. Во время операции случай признан операбельным. Какую операцию предпочтительнее сделать в данном случае? Прогноз.

Задача 148. Пациент 41 года, поступил с жалобами на резкие боли в животе, которые появились 2 часа назад, через 2 часа после обильной еды. В анамнезе периодически возникали боли незначительной интенсивности. При осмотре: рвота, живот ассиметричен, брюшная стенка выбухает в левой подвздошной и мезогастральной области, пациент кричит от боли. Пальпаторно в левой подвздошной области определяется овоидной формы образование, резко болезненное. Ректально: анус зияет. Каковы диагноз и тактика лечения?

Задача 149. Пациент 42 лет, оперированный 2 года назад по поводу разрыва селезёнки, поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Боли носят схваткообразный характер. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение мышц передней брюшной стенки. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

Какой диагноз в данном клиническом наблюдении? Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях пациента? Какова лечебная тактика?

Задача 150. Женщина с пониженным социальным статусом, 25 лет поступила в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Пациентка беспокойна, стремится изменить положение тела, пониженного питания. Язык влажный. Пульс - 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотно-эластическое образование 6x8 см. Хирургом в приемном отделении поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Пациентка экстренно оперирована. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование диаметром 5 см, с неровной фрагментированной плотно - эластической поверхностью, не связанное со стенкой кишки. Приводящий отдел резко расширен. Ободочная кишка спавшаяся.

Какой патологический процесс является наиболее вероятным? С какой иной патологией следует дифференцировать интраоперационную находку? Как следует закончить операцию?

Глава 11. ЗАБОЛЕВАНИЯ АОРТЫ, АРТЕРИЙ И ОСТРАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Задача 151. Пациент, 18 лет, поступил в отделение сосудистой хирургии клиники с жалобами на наличие пульсирующего образования, занимающего среднюю и нижнюю треть бедра. Из анамнеза установлено, что в быту две недели назад получил ножевое ранение средней трети бедра. Дежурным врачом после обращения за медицинской помощью по причине отсутствия интенсивного наружного кровотечения произведена первичная хирургическая обработка и наложение швов на рану кожи. При обследовании: диаметр бедра на границе с₃ и н₃ на стороне поражения увеличен до + 4 см по сравнению с контрлатеральным. Ткани последнего напряжены, отмечается их синхронная пульсация с сердечной деятельностью. Пульсация артерий нижних конечностей во всех зонах определения сохранена. Кожная рана бедра зажила первичным натяжением, швы сняты. При ангиографическом исследовании в зоне ножевого ранения

имеется экстравазация контраста из просвета поверхностной бедренной артерии с распространением его в межмышечном пространстве и быстрым заполнением рядом лежащей бедренной вены.

Какое ангиохирургическое осложнение имеет место в данном случае? С помощью какой минивазивной эндоваскулярной интервенции возможна его ликвидация?

Задача 152. Пациентка 93 лет, доставлена в приемный покой с интенсивными болями в правой нижней конечности. Боли возникли за сутки до поступления, очень скоро после этого пациентка отметила похолодание и онемение стопы и голени справа. Пациентка последний год с трудом передвигается по квартире из-за тяжелого коморбидного статуса со стороны сердца. Часто страдает одышкой при невыраженной физической нагрузке. Пульс аритмичный до 110 ударов в 1 минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт ст. Правая голень имеет мраморную окраску, дистальные части стоп бледно-синюшного цвета. Активные движения в голенно-стопном суставе резко ограничены, все виды чувствительности снижены. Пульсация в паху справа и на всех уровнях конечности слева сохранена несколько ослаблена на берцовых артериях. Пульс на подколенной артерии и артериях стопы справа отсутствует.

Какой патологический статус развился у пациентки? Какова тактика лечения в данном клиническом наблюдении?

Задача 153. Пациентка И., 36 лет, срочно переведена из терапевтического отделения, где лечилась по поводу ревматического митрального порока сердца. 2 часа назад у нее внезапно появилась резкая боль в правой ноге. Вслед за этим наступило ее онемение и прекратились движения в стопе: по словам больной, нижняя конечность стала как бы «чужой». При осмотре: правая нога бледная, от пальцев стоп до средней трети бедра холодная, движения в голеностопном суставе и пальцах стопы отсутствуют. Пульс на артериях стопы, в подколенной ямке не определяется, усилена пульсация на общей бедренной артерии. На здоровой ноге пульс

определяется отчетливо.

Что произошло с пациенткой? Как Вы поступите?

Задача 154. Пациент, 54 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в левой нижней конечности, зябкость, парестезии, перемежающую хромоту через 100 м. Болен 2 года. Лечился консервативно с незначительным улучшением. Объективно: левая нижняя конечность холоднее правой, ее кожа бледного цвета. Пульс на левой общей бедренной артерии определяется, в подколенной ямке и над артериями стопы не определяется. Реовазография свидетельствует о резком снижении реографического индекса слева. Выполнена чрескожная бедренная ангиография слева. На ангиограмме обнаружена сегментарная окклюзия левой поверхностной бедренной артерии в верхней трети.

Какое лечение необходимо провести пациенту?

Задача 155. Активно курящий с юношества пациент, 39 лет страдает облитерирующим тромбангиитом (эндартериитом) артерий нижних конечностей в течение последних 10 лет. Многократно лечился в специализированных стационарах и на курортах. 2 года тому назад ему была произведена операция двухсторонней поясничной симпатэктомии с хорошим эффектом на один год. В настоящее время у пациента имеется влажная гангрена трех пальцев левой стопы. Стопа и нижняя часть голени отечны. На подколенных артериях определяется слабая пульсация. Пациент практически не спит, может лежать только с опущенной вниз ногой.

Какова лечебная тактика в данном клиническом случае?

Задача 156. У 58-летнего длительно курящего мужчины, стали возникать боли в левой икроножной мышце после прохождения 40-50 м, нога стала мерзнуть даже в летнее время и уставать после непродолжительного стояния. При осмотре стопа и нижняя треть голени слева бледнее, чем справа, на ощупь холоднее. Пульс на левой нижней конечности определяется лишь на общей бедренной артерии. Общее состояние пациента удовлетворительное.

Какой диагноз следует поставить? Как обследовать и лечить пациента?

Задача 157. У пациента, 64 лет, перенесшего трансмуральный инфаркт миокарда с явлениями мерцательной аритмии на 14 сутки внезапно возникли резкие боли в левой голени и стопе. Больной осмотрен через час после появления выше описанных жалоб. Он стонет от боли. Стопа, средняя и нижняя треть голени бледные, холодные. Пальпация мышц голени резко болезненна. Активные движения в голеностопном суставе отсутствуют. Тактильная чувствительность на стопе снижена. Пульсация слева на общей бедренной артерии и на остальных артериях конечности не определяется.

О каком патологическом статусе в данном клиническом наблюдении следует подумать? Какова должна быть лечебная тактика?

Задача 158. У пациентки, 28 лет, периодически после психо-эмоционального напряжения и после переохлаждения возникает симметричный кратковременный спазм концевых фаланг пальцев кистей и стоп. Это сопровождается появлением в них чувства холода и снижением чувствительности. В момент приступа пальцы приобретают бледную окраску. Однако через несколько минут спазм сменяется активной гиперемией кожных покровов пальцев. В межприступном периоде кожа пальцев не изменена.

Какое заболевание имеется у пациентки? Какова врачебная тактика в данном клиническом наблюдении?

Задача 159. Пациент, 52 лет, обратился к сосудистому хирургу с жалобами на перемежающую хромоту при ходьбе на расстояние 100-150 м. Болеет 5 лет. 2 раза проходил комплексное консервативное лечение, после которого дистанция без болевой ходьбы увеличивалась до 200-250 м. Пальпаторно и аускультативно определяется грубый систолический шум на бедренных артериях, ослабление пульсации на подколенных и отсутствие пульсации на артериях стопы. При комплексном лабораторно-инструментальном обследовании найден нормальный уровень холестерина и несколько повышенный уровень триглицеридов в крови. В ходе выполнения

ангиографии выявлены сегментарные критические (более 50%) гемодинамически значимые стенозы общих подвздошных артерий с обеих сторон. Какое лечение следует предпринять пациенту?

Задача 160. Пациент, 56 лет, предъявлял жалобы на боли в икроножных мышцах при ходьбе и судороги ягодичных мышц. Дистанция без болевой ходьбы у пациента составляет 20-30 м. При объективном осмотре выявлена бледность и прохладность кожных покровов нижних конечностей. Пульсация на общих бедренных артерий отсутствует.

Какой инвазивной диагностической методикой следует воспользоваться для установления точного топического поражения сосудистого русла?

Задача 161. У пациента, 64 лет, страдающего гипертонической болезнью, при осмотре обнаружено опухолевидное образование в мезогастррии слева от срединной линии размером 10 x 12 см, плотное, неподвижное, пульсирующее.

Какое заболевание следует заподозрить? Каков диагностический алгоритм тактика лечения пациента?

Задача 162. У пациента, 63 лет, 10 час назад внезапно появились резкие боли в животе с иррадиацией в спину, слабость, головокружение. Общее состояние пациента тяжелое. Кожные покровы бледные, покрытые холодным липким потом. Пульс -120 уд. в мин, ритмичный. АД – 90/40 мм. рт. ст. Живот мягкий, болезненный в мезогастррии больше слева, где пальпируется опухолевидное образование размером 15 x 12 см, плотное, неподвижное, пульсирующее. Симптомов раздражения брюшины нет. В общем клиническом анализе крови: гемоглобин 72 г/л, эритроциты $2,2 \times 10^{12}/л$.

Какой Вы поставите диагноз? Как его можно подтвердить. Как лечить пациента?

Задача 163. У пациента, длительно страдающего гипертонической болезнью, при плановом флюорографическом обследовании выявлено

расширение тени средостения, наиболее вероятно за счет сосудистого компонента.

Какое заболевание следует заподозрить? Какие методы инструментальной диагностики следует применить для уточнения характера имеющейся патологии?

Задача 164. Пациентка, 26 лет, переселенка из Средней Азии (где вся ее трудовая деятельность на протяжении более 9 лет была связана с выращиванием хлопка) предъявляет жалобы на головокружение, слабость, быструю утомляемость левой руки. В течение последних 3 лет периодически отмечает наличие немотивированного субфебрилитета во время чего имеет место возникновение тянущих болей в области шеи и под ключицей слева. При доплерографии сосудов дуги аорты выявлен коллатеральный кровоток по II и III порциям подключичной артерии, а также наличие турбулентности и ускорение кровотока по общей сонной артерии.

О какой этиологической причине сосудистых изменений следует думать?

Задача 165. Пациентка, 36 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии и в около пупочной области через 10-15 мин после приема пищи. Частый, в среднем до 5 раз в сутки, жидкий стул; прогрессирующее похудание на протяжении последнего года. Около 8 лет лечилась по поводу хронического гастрита. Доплерографическое исследование брюшной аорты оказалось не информативным из-за наличия повышенного количества газов в толстой кишке.

О какой патологии следует думать в данном случае? С помощью какого исследования можно подтвердить или отвергнуть гемоциркуляторную патологию.

Задача 166. У пациента, 50 лет, длительно страдающего гипертонической болезнью, с нерегулярным приемом гипотензивных препаратов, внезапно появились боли в левой около позвоночной области. Боли носят жгучий, режущий характер. В течение 3 час болевой синдром

достиг поясничной области, больше слева. Боль не купируется анальгетиками. АД 150/100 мм. рт. ст. На ЭКГ данных за острый инфаркт миокарда не получено. Имеются явления умеренно выраженной анемии. Диурез за последние часы около 50 мл. Через 7 час от момента заболевания наступил летальный исход.

Какое заболевание явилось непосредственной причиной смерти пациента?

Задача 167. Пациентка, 31 года, последние 5 лет отмечает боли в обеих нижних конечностях, больше слева при ходьбе. В течение последнего месяца беспокоят боли в покое в ночное время в левой стопе. Кожные покровы обеих стоп и голени прохладные на ощупь, дистальные отделы пальцев синюшного цвета. Активные движения в голеностопных суставах в полном объеме. Пульсация на левой общей бедренной артерии отсутствует, справа выслушивается грубый систолический шум. Либи́до сохранено. Детородная функция не нарушена (3 года назад были не осложненные срочные роды). В настоящее время у пациентки имеется лихорадка до 37-38° С. В общем клиническом анализе крови - ускорение СОЭ до 47 мм/ч. Каких-либо клинических проявлений заболеваний со стороны дыхательных путей и органов желудочно-кишечного тракта не имеется.

О каком заболевании следует думать? Что следует предпринять для уточнения характера патологии? Какое лечение показано пациентке?

Задача 168. Пациент, 67 лет, переведен из районной больницы с жалобами на общую слабость, побледнение кожных покровов, дискомфорт в эпигастральной области. Из анамнеза установлено на протяжении последних полутора месяцев у пациента отмечались эпизоды клиники достаточно интенсивных кишечных кровотечений с колаптоидными состояниями, которые купировались консервативно во время неоднократных госпитализаций. При этом неоднократные эндоскопические исследования верхних и дистальных отделов желудочно-кишечного тракта источника кровотечения не выявило. Следует отметить, что более 12 лет пациент

страдает симптомным атеросклерозом сосудов нижних конечностей, по поводу чего 10 лет назад выполнено аорто-бедренное бифуркационное шунтирование. В последующем в связи с тромбозом левой бранши протеза и развитием гангрены произведена ампутация левой нижней конечности на уровне с/3 бедра. Об-но: состояние средней тяжести. Артериальное давление 100/60 мм рт ст. Пальпаторно в эпигастральной области разлитая пульсация.

Какой диагноз у пациента? Какие методы диагностики позволят визуализировать патологический процесс? Какой способ хирургического лечения следует применить в данном случае?

Глава 12. ЗАБОЛЕВАНИЕ ВЕН

Задача 169. На прием ангиохирурга обратилась пациентка 33 лет. В течение 8 лет отметила появление змеевидного расширения подкожных венозных сосудов по медиальной поверхности голени. Отеков, трофических нарушений на конечностях нет. Сформулируйте диагноз с использованием элементов Международной классификации – СЕАР. Какое инструментальное исследование показано для оформления полного диагноза и выбора тактики лечения?

Задача 170. Какое лечение показано 19-летней пациентке, которая в течение 2 лет отмечает появление единичных локальных притоковых флебэктазий и внутрикожных телеангиоэктазий. При УЗИ венозной системы паталогических рефлюксов по стволам подкожных магистралей и перфорантам нет.

Задача 171. У пациента 26 лет, взятого в операционную по экстренным показаниям в связи с ножевым ранением и интенсивным наружным кровотечением, во время хирургического вмешательства выявлено краевое поражение бедренной артерии и полное поперечное пересечение бедренной вены. Какой вариант хирургического восстановления магистрального кровотока по сосудам следует предпринять в данном случае.

Задача 172. Пациент 16 лет в быту 8 месяцев назад получил ножевое

ранение нижней трети правого бедра. Хирургами районной больницы проведено зашивание раны, которая зажила первичным натяжением. Спустя месяц пациент отметил увеличение средней и нижней трети правого бедра, появление расширенной подкожной венозной сети. Пальпаторно при объективном осмотре зона увеличения конечности пульсирует. На бедренной ангиографии выявлено наличие ложной артериовенозной аневризмы в проекции повреждения магистральных сосудов бедра с достаточно интенсивным сбросом крови в бедренную вену. Какой современный метод миниинвазивного лечения целесообразно предпринять в этом случае?

Задача 173. После выполнения мультиспирального компьютерного исследования пациенту, длительно лечившемуся по поводу хронического панкреатита с наличием болей и пальпируемым объемным образованием левой половины живота установлено: пальпируемым образованием является значительно увеличенная левая почка, явившаяся результатом застоя и затруднения оттока крови из нее по причине формирования аорто-венозной фистулы в проекции 5-см аневризмы брюшной аорты и анамально низко расположенной левой почечной вены позади имеющейся аневризмы аорты. В ходе хирургической реконструкции сосудистой патологии сохранить целостность левой почечной вены не представилось возможным. Она вынужденно перевязана в ходе возникшего интенсивного слабоконтролируемого венозного кровотечения. Показана ли в данном случае нефрэктомия по причине прекращения физиологического кровотока из левой почки? Каковы варианты формирования венозного оттока из нее при ее сохранении?

Задача 174. Пациентка, 48 лет, поступила с жалобами на наличие варикозно-расширенных вен на ногах, отеки нижних конечностей, которые не проходят к утру, тяжесть в ногах. Впервые вышеописанные жалобы появились через 6 мес. после родов. В течение последующих 20 лет пациентка носила эластические чулки, которыми сейчас не пользуется, так как видит, что вены не исчезают. При объективном осмотре отмечается

варикозное расширение подкожных вен в системе *v. saphena magna et parva*.

Какое лечение следует рекомендовать больной?

Задача 175. Вам пришлось оказывать медицинскую помощь женщине, 58 лет, у которой возникло обильное кровотечение из разорвавшегося расширенного венозного узла на левой голени в проекции большой подкожной вены.

В чем будет заключаться первая помощь?

Задача 176. На поликлинический прием к хирургу обратилась пациентка, 27 лет, у которой около года назад появились умеренно выраженные ретикулярные вены и единичные флебэктазии подкожных вен на левой голени, расположенные в стороне от основных венозных магистралей. При ультразвуковой доплерографии не выявлено наличия патологических рефлюксов и явных несостоятельных перфорантных вен.

Какая стадия варикозной болезни имеется у пациентки и какое лечение ей можно предложить?

Задача 177. Пациентка оперирована по поводу варикозной болезни подкожной вены правой нижней конечности, рецидивирующей язвы нижней трети медиальной поверхности голени. На заключительном этапе операции был произведен линейный разрез кожи на медиальной поверхности голени по краю трофических расстройств. Подкожно выделены и лигированы недостаточные перфорантные вены.

Какая операция на голени, и с какой целью, была выполнена пациентке?

Задача 178. Пациентку, 20 лет, с беременностью 38 недель. В течение последнего месяца больная отмечает появление умеренно выраженных флебэктазий в системе большой подкожной вены.

Какое лечение следует назначить пациентке в течение оставшегося срока беременности?

Задача 179. Пациентка оперирована в общехирургическом стационаре 3 года назад по поводу варикозной болезни подкожных вен левой нижней

конечности. Произведена флебэктомия большой подкожной вены (операция Троянова - Тренделенбурга, Бэбкока, Нарата, Коккета, Соколова-Клаппа). В настоящее время имеются умеренно выраженные флебэктазии на задне-латеральной поверхности голени.

С чем связан рецидив заболевания?

Задача 180. У пациентки, 19 лет, работающей продавщицей, на 5-ом месяце беременности отмечено интенсивное прогрессирование варикозного расширения подкожных вен на обеих нижних конечностях. Из семейного анамнеза известно, что ее мать в течение 20 лет страдает посттромбофлебитическим синдромом. Отец в возрасте 14 лет оперировался по поводу двухсторонней паховой грыжи.

Какие звенья этиопатогенеза обусловили развитие заболевания у данной пациентки?

Задача 181. Пациентка 8 лет назад оперирована по поводу варикозной болезни подкожных вен левой нижней конечности. Произведено удаление большой и малой подкожных вен. В настоящее время имеет место появление единичных флебэктазии по передне-медиальной поверхности голени, а также на наружной поверхности бедра.

Какой способ инструментального исследования следует произвести пациентке? Какое лечение ей показано?

Задача 182. Пациентке, 67 лет, показана радикальная операция по поводу злокачественного заболевания матки. Одновременно, около 20 лет, пациентка страдает варикозной болезнью подкожных вен обеих нижних конечностей.

Какие рекомендации по поводу сопутствующей патологии необходимо назначить пациентке при выполнении гинекологической операции?

Задача 183. Пациентка, 44 лет, предъявляет жалобы на наличие выраженного расширения поверхностных вен на правой нижней конечности в системе большой подкожной вены на бедре и голени. Трофические расстройства на нижней конечности и тромботические процессы в

подкожных венах отсутствуют. По данным клинического и ультразвукового исследования выявлены несостоятельные перфорантные вены на медиальной поверхности нижней трети голени. В течение последнего года отмечено умеренное прогрессирование заболевания: значительное увеличение флебэктазий.

Какова тактика лечения?

Задача 184. У пациента, 66 лет, страдающего декомпенсированным циррозом печени с множественными проявлениями портальной гипертензии (кровотечения из вен пищевода и желудка, асцит, спленомегалия) имеется неосложненная варикозная болезнь подкожных вен обеих нижних конечностей. Отмечаются участки флебэктазий без признаков тромботических поражений.

Выберите рациональный метод лечения у данного пациента.

Глава 13. ТРОМБОЗЫ И ТРОМБОФЛЕБИТЫ МАГИСТРАЛЬНЫХ ВЕН, ПОСТФЛЕБИТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ, ХИРУРГИЯ ЛИМФАТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ

Задача 185. Пациент, 46 лет, в течение ряда лет страдает варикозным расширением подкожных вен нижних конечностей. 3 дня назад у него появилась болезненность по ходу варикозно расширенной вены на заднее - медиальной поверхности голени. Болезненность постепенно нарастала. Стал испытывать затруднение при ходьбе. Температура тела поднялась до 37,8⁰С. При осмотре по ходу подкожной вены определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно и пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа в окружности вены несколько гиперемирована и инфильтрирована. Отека стоп и голени нет.

Каков Ваш диагноз?

Задача 186. Пациентка, 53 лет, поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера; отек стопы и голени; судорожные сокращения икроножных мышц; повышение

температуры тела до 38,5⁰С. Больна в течение 3-х последних дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц. Боли в ноге появились на 2-ой день, а еще через день развился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована, напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движение в суставах нижней конечности возможны, но крайне болезненны. При пальпации конечности определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность.

Какой диагноз Вы поставите? Какой метод инструментального исследования следует применить для его подтверждения?

Задача 187. У оперированной на органах малого таза в гинекологическом отделении на 10-е сутки после хирургического вмешательства диагностирован острый тромбоз левой общей подвздошной вены. Длительность тромбоза 2 суток.

Где и как лечить пациентку?

Задача 188. Пациент, 26 лет, поступил в хирургический стационар с жалобами на отек, боли и чувство тяжести в правой руке. Заболел 3 дня назад после значительной физической нагрузки (рубка дров). При осмотре обращает на себя внимание хорошее развитие мышц плечевого пояса. Определяется отек всей правой верхней конечности. Разница диаметров контрлатеральных верхних конечностей на плече 4 см, на предплечье - 2 см. Кисть и предплечье синюшной окраски. Цианоз усиливается при опускании руки. На плече и в подключичной области выражен рисунок подкожных вен. Поверхностные вены предплечья напряжены. Пульсация на артериях верхней конечности отчетливая.

О каком заболевании можно думать и как подтвердить клинический диагноз?

Задача 189. У 80-ти летнего оперированного, на 7-ой день после резекции сигмовидной кишки по поводу опухоли во время подъема с постели внезапно появились боли за грудиной, одышка, сердцебиение. С помощью

ангиопульмонографии установлен диагноз тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии. Состояние больного средней тяжести. При осмотре клинических признаков тромбоза вен нижних конечностей нет. При ультразвуковом исследовании и последующей флебографии в правой бедренной вене на протяжении 5 см обнаружен пристеночный дефект контрастирования с наличием флотирующего края длиной около 1 см .

Каков источник тромбоэмболии? Почему у больного отсутствуют клинические признаки венозного тромбоза?

Задача 190. У пациентки, 72 лет, с метастазами рака молочной железы в кости отмечено развитие тромбофлебита варикозно расширенных вен верхней трети левой голени и нижней трети левого бедра. Несмотря на проводимое консервативное патогенетическое лечение, заболевание прогрессирует и по истечении суток уровень тромбоза достиг границы средней и верхней трети левого бедра.

Ваша тактика в лечении данной пациентки?

Задача 191. У пациентки, 55 лет, длительно страдающей варикозной болезнью поверхностных нижних конечностей на фоне перенесенной ОРВИ отмечено развитие острого тромбофлебита подкожных вен правой нижней конечности с локализацией тромбоза по всей медиальной поверхности голени и бедра. Консервативное лечение заметного улучшения не дало. Сохраняются не измененный уровень верхней границы тромбоза и умеренно выраженные местные воспалительные процессы.

Какой вид оперативного вмешательства следует выполнить больной?

Задача 192. На 3 сутки после трансуретральной резекции предстательной железы у 54-х летнего пациента появилась отдышка, боли за грудиной, кровохарканье. При рентгенологическом исследовании грудной клетки патологических изменений не найдено. На ЭКГ зарегистрирована блокада правой ножки пучка Гисса. Состояние больного средней тяжести. В легких дыхание везикулярное. Пульс 100 уд. в мин. АД 115/75 мм рт.ст. определяется акцент II-ого тона на легочной артерии. Живот при пальпации

во всех отделах мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Нижние конечности не изменены. За сутки удалось стабилизировать его состояние. Однако в последующем его самочувствие ухудшилось. При сканировании легких и ангиопульмонографии обнаружено значительное снижение перфузии в верхней доле и умеренное снижение перфузии в нижней доле правого легкого.

Какое осложнение развилось у пациента в послеоперационном периоде?

Какова наиболее вероятная причина этого осложнения? Следует ли предпринимать какие-либо дополнительные диагностические мероприятия? Как лечить пациента?

Задача 193. Пациент, 31 года, заболел остро. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в левой нижней конечности распирающего характера; резкое увеличение конечности в объеме. Имеются выраженные явления интоксикации. Левая нижняя конечность значительно увеличена в объеме. Разница диаметров в средней трети бедер достигает 10 см, на голени - 7 см. На стопе и голени имеются пузыри (распространенные участки отслоившегося эпидермиса, заполненные геморрагической жидкостью). Движения в голеностопном суставе отсутствуют. Пульсация артерий стопы сомнительная. Проводимое консервативное лечение оказалось не эффективным.

Какой диагноз у пациента? Какое лечение ему показано?

Задача 194. Пациент, 33 лет, проведен курс флебосклерозирующей терапии. На 2-ые сутки после манипуляции пациентка отказалась от использования внешней эластической компрессии и приема назначенных оральных антикоагулянтов. Спустя двое суток она отметила появление распирающих болей в голени с увеличением последней в размерах. Пальпация икроножных мышц и тыльное сгибание стопы болезненны.

Какое осложнение имеет место в данном клиническом наблюдении? Какое обследование и лечение показано пациентке?

Задача 195. Пациентка, 18 лет, в послеродовом периоде перенесла острый левосторонний илеофemorальный флеботромбоз. За помощью обратилась через год. Специального лечения в течение года не проводила. Предъявляет жалобы на резкое увеличение в объеме левой нижней конечности и боли в ней. Отечность конечности за время ночного отдыха практически не проходит. Разница диаметров нижних конечностей на бедре - 8 см, на голени - 6 см. К вечеру появляются боли распирающего характера в левой нижней конечности.

Какие причины привели к развитию данного состояния? Какой клинический диагноз у пациентки?

Задача 196. Пациентка, 58 лет, предъявляет жалобы на увеличение в объеме правой верхней конечности. Отечность конечности увеличивается к вечеру и при физической нагрузке. Одновременно к вечеру появляются не резко выраженные боли в верхней конечности распирающего характера. Из анамнеза известно, что год назад ей была выполнена расширенная радикальная мастэктомия правой молочной железы по поводу злокачественной опухоли. Правая верхняя конечность увеличена в объеме: разность диаметров на плече - 5 см, на предплечье - 3 см. Двигательная активность в суставах руки сохранена.

Чем обусловлено развитие данного состояния? Каковы лечебные мероприятия?

Задача 197. Пациентка, 30 лет, с рождения отмечает увеличение в размерах и объеме обеих нижних конечностей. Родилась полноценным семимесячным ребенком. Вертикальная нагрузка сопровождалась прогрессирующим увеличением отечности конечности. Обследование в сосудистых центрах показало не измененное состояние глубокой и поверхностной венозной сети. Однако было выявлено практически полное отсутствие магистрального лимфатического русла. В возрасте 14 лет пациентке предлагалось оперативное лечение, от которого она и родители отказались. В настоящее время нижние конечности не пропорционально

увеличены в объеме. Диаметр ног на уровне средней трети обоих бедер - 48-49 см, а голеней - 37-38 см. Отмечаются множественные участки фибродемы по передне-медиальной поверхности голени и на тыле стопы. Активные движения в суставах стопы затруднены.

С помощью какого метода исследования можно доказать отсутствие магистральных лимфатических сосудов на нижних конечностях? Какой вид оперативного вмешательства следует предложить пациентке?

Задача 198. Пациентка, 48 лет, 3 года назад перенесла острый тромбоз глубоких вен левой голени. В результате лечения полной компенсации флебогемодинамики не наступило. Сохранился отек левой голени. Примерно через год от начала заболевания отмечено появление пигментных пятен, в начале на медиальной поверхности голени. Затем вся нижняя треть голени практически циркулярно, за исключением задней поверхности, выполнилась пигментно-коричневым индуратом. Более того, в течение последнего года на задне-латеральной поверхности голени в ее нижней трети появилась не поддающаяся консервативному лечению язва размером 4х3 см. Голень стала похожа на «перевернутую бутылку».

Какое заболевание у больной? Какие методы исследования необходимо применить для его подтверждения? Какое лечение показано?

Задача 199. Пациент, 31 год, предъявляет жалобы на выраженную отечность правой нижней конечности. Заболевание началось полгода назад, когда он перенес рожистое воспаление правого бедра в верхней трети. Консервативное лечение в течение этого периода времени оказалось не эффективным. Диаметр правого бедра на 8 см больше левого. На голени разница диаметров составляет 6 см. При доплерографии венозного русла патологические изменения не отмечаются. Лимфография выявила магистральный тип строения лимфатических сосудов на левой нижней конечности и локальный окклюзионный процесс в лимфатическом русле в верхней трети бедра в зоне перенесенного рожистого воспаления.

Какое лечение следует назначить пациенту?

Задача 200. Пациентка, 38 лет, госпитализирована в отделении реанимации в тяжелом состоянии с жалобами на одышку в покое, кровохарканье, повышение температуры до 38°C, увеличение в объеме правой нижней конечности, гиперемия последней, болезненное тыльное сгибание в голеностопном суставе. Из анамнеза известно, что 5 лет назад пациентка перенесла острый илеофemorальный тромбоз справа. Проведенное консервативное лечение привело к значительному улучшению ее состояния. Последующая консервативная терапия позволили добиться компенсированной стадии хронической лимфovenозной недостаточности правой нижней конечности (разница диаметров конечностей на бедре составила 1 см, на голени - 0,5-1 см). Ухудшение состояния, в виде значительного отека нижней конечности и появления болевых ощущений, отметила 3 дня назад. Накануне, среди относительного стабильного общего состояния, появились жгучие боли в правой половине грудной клетки, сердцебиение. Затем повысилась температура тела, стал беспокоить кашель с отделением мокроты с прожилками крови.

Какому заболеванию соответствует клиническая картина, имеющаяся у пациентки? Какие методы диагностики следует предпринять? В чем заключается тактика и методы лечения?

Глава 14. ЗАБОЛЕВАНИЕ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Задача 201. Пациент 42 лет, в течение 1,5 месяцев лечится в терапевтическом стационаре по поводу острого абсцесса верхней доли левого легкого. Проводится консервативное комплексное лечение. Однако состояние пациента не улучшается: его лихорадит, беспокоит кашель с периодическим отделением большого количества гнойной, зловонной мокроты.

Какие ошибки допущены в лечении пациента? Как следует поступить с пациентом в настоящее время?

Задача 202. Пациентка 21 года, отмечает кашель с гнойной мокротой,

частые подъемы температуры тела после малейшего переохлаждения, нередко отеки под глазами. Общее состояние пациентки удовлетворительное. Отмечается пастозность лица и голеней. При комплексном лабораторно-инструментальном обследовании выставлен диагноз бронхоэктатической болезни с изолированными мешотчатыми бронхоэктазами нижней доли правого легкого.

Какого осложнения бронхоэктатической болезни Вы опасаетесь в данном случае? Какой план лечения пациентки?

Задача 203. Пациент 36 лет, оперирован по поводу хронического абсцесса верхней доли правого легкого. Послеоперационный период протекал гладко. Однако рентгенологически в парамедиастинальном кармане оставался небольшой уровень жидкости. На 3-й неделе после вмешательства у пациента появилась температура тела до $38,5^{\circ}\text{C}$ по вечерам. Утром температура оставалась нормальной. Одновременно появился сильный кашель, особенно в положении пациента на левом боку. Затем с кашлем стала отделяться зловонная кровянистая мокрота в небольшом количестве.

Какое осложнение возникло у пациента? Как следует лечить пациента?

Задача 204. Пациент 50 лет, оперирован по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. В ближайшем послеоперационном периоде у него появилась тахикардия до 140 уд.в мин, пульс малого наполнения. АД снизилось до 60/40 мм рт. ст.

О каком осложнении следует подумать? Чем можно подтвердить развитие осложнения? Какие меры следует предпринять?

Задача 205. Пациентка 24 лет, оперирована по поводу бронхоэктатической болезни. Удалена нижняя доля левого легкого и язычковые сегменты. Через 3 ч после операции состояние больной тяжелое. Она предъявляет жалобы на чувство давления в груди, сердцебиение, одышку. Температура тела нормальная. Слева над всей половиной грудной клетки определяется коробочный звук. Дыхание резко ослаблено. При полипозиционном рентгенологическом исследовании в левой плевральной

полости обнаружено наличие значительного количества воздуха. Оставшаяся часть легкого коллабирована. В синусе определяется небольшое количество жидкости. Средостение смещено вправо.

Что могло быть причиной возникшего осложнения? Какова последовательность Ваших действий для ликвидации этого осложнения?

Задача 206. Пациенту 42 лет, была произведена пульмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Операция осложнилась развитием эмпиемы плевры. Лечение пациента на протяжении 8 мес. плевральными пункциями, промыванием плевральной полости и ее дренированием эмпиему не ликвидировало. Общее состояние пациента удовлетворительное. Он не истощен. Признаков амилоидоза внутренних органов нет.

Как дальше лечить пациента?

Задача 207. Пациент 62 лет, неоднократно лечится на протяжении года по поводу нижнедолевой пневмонии правого легкого. После лечения состояние больного улучшилось. Температура тела нормализовалась. Кашель уменьшился. Однако через определенный промежуток вновь появляются боли в грудной клетке, повышается температура тела.

О каком заболевании следует подумать? Какое исследование необходимо провести пациенту?

Задача 208. У пациента 60 лет, диагностирован острый абсцесс правого легкого. На фоне начатой консервативной терапии существенной динамики состояния нет. Клинических данных за дренирование нет, рентгенологически по-прежнему полость абсцесса заблокирована. Последние 3 дня температура тела стала гектической.

Как лечить пациента?

Задача 209. У пациентки 45 лет, после переохлаждения была диагностирована правосторонняя нижнедолевая пневмония. В связи с этим она лечится в терапевтическом стационаре на протяжении 3 недель. К исходу 3-ей недели при рентгенологическом исследовании в нижней доле правого

легкого стало определяться интенсивное затемнение с небольшими участками просветления и уровнями жидкости.

Какое осложнение наступило у пациентки?

Задача 210. У пациента 60 лет, с диагностированным острым абсцессом нижней доли правого легкого, который был разблокирован, внезапно наступило резкое ухудшение состояния: усилились боли в грудной клетке, появилась одышка, повысилась температура тела до 39⁰С.

Какое осложнение заболевания наступило у пациента? Какое исследование необходимо выполнить?

Задача 211. 25-летняя пациентка предъявляет жалобы на кашель с обильным отхождением мокроты при изменении положения тела по утрам, кровохарканье. Заподозрена бронхоэктатическая болезнь.

Какова тактика ведения пациентки?

Задача 212. Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди слева, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Перед поступлением за 12 часов пил алкоголь и много ел, после чего отмечал неукротимую рвоту. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД 100 и 70 мм рт. ст. Число дыханий 28 в минуту. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью левой половины грудной клетки, сзади дыхание не проводится.

Каков диагноз?

Как лечить пациента?

Задача 213. Мужчина 25 лет доставлен в участковую больницу через 3 часа после сквозного ранения правой половины грудной клетки из пистолета. Состояние тяжелое, число дыханий 28 в минуту. Цианоз. Шейные вены набухшие. Пульс 115, слабого наполнения. ритмичен, АД 105 и 55 мм. рт. ст. Умеренно выраженная подкожная эмфизема справа. Входная рана

расположена в 3 межреберье по среднеключичной линии, выходная рана под нижним углом правой лопатки. Дыхание справа не выслушивается, слева обычное везикулярное, перкуторно над правой половиной груди коробочный звук. Границы сердца сохранены.

Предварительный диагноз.

Дополнительные методы исследования.

Помощь на этапе первой врачебной помощи.

Задача 214. Пациент К., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки. Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до $39,2^{\circ}\text{C}$. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом.

При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек». При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, ЧД - 40 в минуту. Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное негетомогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.

Каков клинический диагноз? Основные методы консервативного лечения.

Показания и методы оперативного лечения.

Задача 215. У пациента 44 лет после переохлаждения поднялась температура до 39°C , появилась боль в правой половине грудной клетки,

усиливающаяся при дыхании, появился кашель. Мокрота почти не выделялась. Температура держалась 8 дней, несмотря на интенсивное противовоспалительное лечение. Затем у пациента стала отделяться в большом количестве гнойная мокрота с неприятным запахом в количестве 200 мл в сутки. Температура снизилась до нормы; больной стал чувствовать себя лучше. Общее состояние удовлетворительное. Под правой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

Какое заболевание вы заподозрили у пациента? Дифференциальная диагностика. Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза? Принципы лечения данной патологии.

Задача 216. Пациент Х., 25 лет более 10 лет назад был оперирован по поводу множественных проникающих ножевых ранений грудной клетки справа, ранения правого легкого. В послеоперационном периоде острая послеоперационная эмпиема правой плевральной полости и нагноение одной из ножевых ран. На фоне полноценного общего и местного консервативного лечения в течение 3-х месяцев сохранялись явления интоксикации и гнойное отделяемое по дренажу. При поступлении на грудной клетке справа в проекции 6 м/р рубец от переднебоковой торакотомии, в проекции 4 ребра по парастеральной линии определяется рубец длиной до 3-4 см, в центре которого свищевой ход со скудным гнойным отделяемым, заканчивающийся слепо у 4 ребра, мягкие ткани в этой области пастозны, гиперемированы. Температура тела субфебрильная. На рентгенограмме: признаки отграниченного скопления жидкости в нижних отделах плевральной полости справа.

Ваш диагноз? Что послужило причиной перехода острого процесса в хронический и какие дополнительные методы исследования необходимы?

Задача 217. Пациент Н., 34 лет поступил с диагнозом хроническая эмпиемы плевры справа. 3,5 месяца назад находился на стационарном лечении по поводу деструктивной пневмонии правого легкого, которая

осложнилась эмпиемой плевры. При поступлении по дренажу из правой плевральной полости гнойное отделяемое и воздух. В положении больного на здоровом боку усиливается кашель и увеличивается количество гнойной мокроты. При санации полости эмпиемы у больного появляется кашель. На рентгенограмме небольшое количество жидкости справа и коллабированное правое легкое на 1/3.

Причина неэффективности местного лечения? Какими инструментальными методами можно подтвердить данное осложнение? Какова тактика лечения?

Задача 218. Мужчина, 45 лет. Болен туберкулезом в течение 15 лет. Процесс правосторонний с бронхогенной диссеминацией в левое легкое. Отмечает ухудшение состояния в виде общей слабости, повышенной утомляемости, кашля с мокротой, в связи с чем направлен на стационарное лечение. На 5-й день стационарного лечения, утром внезапно после кашля, появились острые боли в левой половине грудной клетки, нарастающая одышка в покое. Объективно - пациент синюшный, перкуторно - тимпанит слева над легкими и отсутствие дыхания по средне-мышечной и лопаточной линии, частота дыхательных движений 28 в минуту. Тоны сердца, выслушиваемые во всех опознавательных точках, смещены вправо. Пульс ритмичный, 110 в минуту, слабого наполнения. При рентгенологическом исследовании выявлено коллабированное легкое, воздух в плевральной полости.

Окончательный диагноз и его обоснование.

Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями.

Неотложные мероприятия.

ЧАСТЬ II. ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Тема 1

Задача 1. Для уточнения диагноза необходим клинический осмотр, включающий в себя пальпацию, перкуссию, проверку симптомов острого аппендицита. Ректальное исследование. При сомнительном диагнозе: дополнительные методы исследования УЗИ гепатобилиарной системы, почек, области слепой кишки, наличие уровня жидкости в брюшной полости. Фиброгастроскопия. Томография.

Задача 2. Для профилактики тромбэмболии легочной артерии в предоперационном периоде показано введение низкомолекулярных гепаринов подкожно в область живота 5 000 МЕ за 1-2 часа до операции.

Задача 3. У пациента диагноз: Острый аппендицит, осложнившийся разлитым перитонитом. Показано нижнесрединная лапаротомия, аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задача 4. Необходим консилиум с гинекологом клинический осмотр, пальпация, перкуссия живота и правой поясничной области, определение симптомов раздражения брюшины, симптомов острого аппендицита, холецистита. Ректальное, вагинальное исследование. УЗИ гепатобилиарной системы и почек. При подтверждении диагноза острый аппендицит – лапароскопическая аппендэктомия.

Задача 5. Показана госпитализация в хирургическое отделение, динамическое наблюдение пациента, заключающееся в осмотре, пальпации, перкуссии живота, определение симптомов острого аппендицита, повторное исследование анализов крови, мочи каждые два часа. УЗИ гепатобилиарной системы, почек, области сигмовидной кишки. Если диагноз острого аппендицита остается сомнительным в течение 6 часов, показана диагностическая лапароскопия.

Задача 6. Показана госпитализация в хирургическое отделение, динамическое наблюдение пациента, заключающееся в осмотре, пальпации,

перкуссии живота, определение симптомов острого аппендицита, повторное исследование анализов крови, мочи каждые два часа. УЗИ гепатобилиарной системы, почек, области сигмовидной кишки. Если диагноз острого аппендицита остается сомнительным в течение 6 часов, показана диагностическая лапароскопия.

Задача 7. После беседы о возможных осложнениях острого аппендицита у пациента необходимо взять расписку об отказе от госпитализации с подтверждающей подписью двух врачей. Послать на адрес пациента активный вызов в поликлинику по месту жительства.

Задача 8. Провести дифференциальный диагноз острого аппендицита с заболеванием мочевыделительной системы (УЗИ, внутривенная урография, цистоскопия, контрастная томография).

Задача 9. Необходимо провести диагностическую лапароскопию.

Задача 10. Во время лапароскопической операции необходимо клиновидно иссечь Меккелев дивертикул, неизмененный червеобразный отросток удалению не подлежит.

Задача 11. Ложе деструктивно-измененного червеобразного отростка необходимо дренировать забрюшинно, через отдельный прокол в правой поясничной области.

Задача 12. Дифференциальный диагноз в первую очередь проводится между острым аппендицитом и прободной язвой двенадцатиперстной кишки. Обследование УЗИ для определения наличия жидкости в брюшной полости. Фиброгастродуоденоскопия – выявление язвенного дефекта. Обзорная рентгенография брюшной полости – наличие газа в поддиафрагмальном пространстве.

Задача 13. В связи с тем, что у данного пациента высокий риск оперативного вмешательства, операция проводится после осмотра терапевта и предоперационной подготовки в течение не более двух часов. Показана аппендэктомия под местной анестезией, разрезом Волковича-Дьяконова, под наблюдением анестезиолога, трансфузия необходимых сердечнососудистых

препаратов.

Задача 14. Следует произвести ревизию придатков матки, при обнаружении их патологии операцию продолжает гинеколог.

Задача 15. Необходимо известить родственников пациента о характере заболевания, взять у самого пациента расписку об отказе от госпитализации, передать активный вызов в поликлинику по месту жительства больного.

Тема 2

Задача 16. Показана предоперационная подготовка в течение двух часов включающая в себя лабораторные обследования, исследование сердечно-сосудистой и легочной системы. При необходимости предоперационная подготовка может быть продлена решением консилиума. Операция по экстренным показаниям – ниже-срединная лапаротомия под интубационным наркозом, аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задача 17. Лапароскопическая аппендэктомия в плановом порядке через месяц.

Задача 18. Диагноз Аппендикулярный абсцесс. Дополнительные методы обследования: УЗИ правой подвздошной области – определяется уровень жидкости в проекции слепой кишки. Показано вскрытие, дренирование абсцесса, вскрытие двухходовым дренажем для постоянной санации и активной аспирации. Операция возможна путем забрюшинного разреза по Пирогову, либо под контролем УЗИ.

Задача 19. Диагноз: Острый деструктивный аппендицит, распространенный перитонит. С целью дифференциального диагноза с прободной язвой двенадцатиперстной кишки показаны фиброгастродуоденоскопия, УЗИ для выявления уровня жидкости в малом тазу. Экстренная операция после предоперационной подготовки – ниже-срединная лапаротомия, аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задача 20. Показано консервативное лечение, заключающееся в антибиотикотерапии и локальном физиотерапевтическом лечении.

Задача 21. Операция – лапароскопия, аппендэктомия, санация, дренирование брюшной полости через отдельные проколы для постановки дренажей в малый таз.

Задача 22. Диагноз: Пилефлебит. Дополнительные обследования: общий и биохимический анализы крови, анализ мочи, УЗИ печени, доплерография портальной вены и внутripеченочных желчных сосудов. Лечение: интенсивная дезинтоксикационная и антикоагулянтная терапия с применением экстракорпоральной дезинтоксикации в условиях реанимационного отделения.

Задача 23. Предположительный диагноз – инфильтрат послеоперационного рубца. Для исключения нагноительного процесса показано исследование общего анализа крови, мочи, УЗИ послеоперационного рубца на предмет наличия жидкостного образования. При подтверждении диагноза послеоперационный инфильтрат показано консервативное лечение. При выявлении лейкоцитоза, сдвига лейкоцитарной формулы влево, наличие токсической зернистости нейтрофилов, а также обнаружение жидкостного компонента на УЗИ, показано вскрытие и дренирование абсцесса.

Задача 24. Заподозрено внутрибрюшное кровотечение. Для подтверждения диагноза показаны дополнительные методы исследования. Определение клинических симптомов внутрибрюшного кровотечения, исследование общего анализа крови, УЗИ брюшной полости на предмет наличия уровня жидкости. При подтверждении – экстренная лапароскопия, остановка кровотечения, санирование, дренирование брюшной полости.

Задача 25. У пациента развилась ранняя спаечная острая кишечная непроходимость. Дополнительные методы: клинические – пальпация, осмотр передней брюшной стенки, определение симптомов острой кишечной непроходимости, ректальное исследование; диагностические – обзорная, при

необходимости контрастная рентгенография брюшной полости. Показана лапароскопия, устранение причин непроходимости.

Задача 26. Показано УЗИ малого таза на предмет наличия жидкостного компонента. Пальцевое ректально исследование, при котором определяется нависание и резкая болезненность передней стенки прямой кишки. Выставлен диагноз: Абсцесс Дугласова пространства. Показана пункция области нависания, при получении гноя – вскрытие, дренирование гнойника через стенку прямой кишки. Постоянное промывание с активной аспирацией абсцесса.

Задача 27. Во время операции выявлен значительный воспалительный процесс слепой кишки в зоне червеобразного отростка. Возможна опасность несостоятельности швов, укрывающих культю червеобразного отростка. В этом случае постановка дренажа показана для отграничения места несостоятельности от свободной брюшной полости, исключая развитие перитонита. В таком случае формируется наружный кишечный свищ.

Задача 28. Необходимо назначить ирригоскопию, колоноскопию, КТ для исключения рака слепой кишки. При необходимости произвести биопсию во время колоноскопии.

Задача 29. У пациента произошло самопроизвольное вскрытие в просвет дистального отдела кишечника межпетлевого абсцесса. Показано комплексное медикаментозное лечение.

Задача 30. Показано консервативное комплексное лечение: медикаментозная стимуляция перистальтики, электростимуляция кишечника, перидуральный блок (реже двухсторонняя новокаиновая паранефральная блокада), назогастральный зонд, клизмы.

Тема 3

Задача 31. Этиология возникновения грыжи у данного пациента связана с повышением внутрибрюшного давления, в связи с натуживанием при мочеиспускании. В первую очередь должно быть произведено

обследование предстательной железы, консультация и лечение уролога. В последующем при нормализации мочеиспускания в плановом порядке производится аллогерниопластика лапароскопически или по Линхенштейну.

Задача 32. Скользящая грыжа. Для уточнения диагноза необходимо во время пальпации потянуть грыжевой мешок, что вызовет позывы на мочеиспускание. УЗИ стенки грыжевого мешка, цистография, ирригография. Во время операции грыжевой мешок не вскрываем, погружаем в брюшную полость.

Задача 33. Герниопластика по Линхенштейну, либо в модификации.

Задача 34. Врожденная грыжа. Операция Венкельмана.

Задача 35. Дифференциальная диагностика между грыжей белой линии и метастазами рака желудка. Необходимо провести ФГДС.

Задача 36. Пальпация пахового кольца, УЗИ мышечно-апоневротического слоя паховой области. В зависимости от результатов УЗИ, при дистрофическом изменении тканей, производим аллогерниопластику по Линхенштейну, либо лапароскопическую герниопластику. При УЗИ с нормальными показателями рекомендована натяжная пластика одной из методик, укрепляющих заднюю стенку пахового канала.

Задача 37. Косая паховая грыжа. Определить вправляется ли грыжа в брюшную полость, определить размер грыжевых ворот. Ввиду сопутствующих заболеваний интубационный наркоз и лапароскопическая герниопластика противопоказаны. Необходимо провести аллогерниопластику по Линхенштейну, либо в одной из модификаций под перидуральной, либо местной анестезией с интраоперационной поддержкой сердечнососудистой системы.

Задача 38. Грыжа белой линии живота, диастаз прямых мышц. Показана аллогерниопластика по всей длине диастаза для восстановления анатомических структур передней брюшной стенки и профилактики образования новых дефектов разволокненного апоневроза.

Задача 39. Послеоперационная вентральная грыжа. Возможные причины:

1. Раннее резкое повышение внутрибрюшного давления (поднятие тяжести, длительный кашель, упорные запоры, заболевание предстательной железы, попровождающееся затруднением мочеиспускания);
2. Послеоперационное нагноение раны;
3. Нарушение процесса коллагенообразования.

Показана лапароскопическая либо открытая аллогерниопластика.

Задача 40. УЗИ пахового канала в спокойном состоянии и при натуживании. При выявлении протрузии брюшины с содержимым в брюшной полости в канал показана лапароскопическая, либо открытая герниопластика.

Задача 41. Диагноз: послеоперационная рецидивирующая грыжа. Показана аллогерниопластика пропиленовой сеткой превышающей грыжевой дефект на 5 и более см, возможно с фиксацией в закостные структуры.

Задача 42. Пальпация пупочного кольца, определение размеров дефекта. Диагноз: Пупочная грыжа. Ввиду того, что в данном случае этиологией возникновения пупочной грыжи явилось повышение внутрибрюшного давления, вследствие хронического бронхита. Показана консультация терапевта, лечение бронхита. При выздоровлении - оперативное вмешательство. При размерах грыжевого дефекта пупочного кольца более 5 см и нарушении анатомо-функциональной структуры окружающих тканей, показана лапароскопическая либо открытая аллогерниопластика. При грыжевом дефекте менее 5 см – операция по Сапежко или Мейо.

Задача 43. Диагноз ущемленная паховая грыжа. Показана экстренная лапароскопическая операция, либо открытое грыжесечение, оценка жизнеспособности ущемленного органа, аллогерниопластика задней стенки пахового канала.

Задача 44. Причиной неврправимой грыжи стала частая травматизация

грыжевого содержимого при вправлении грыжи, на фоне которого возникло асептическое воспаление грыжевого мешка, вследствие чего развился спаечный процесс между грыжевым мешком и его содержимым.

Задача 45. Ущемленная послеоперационная грыжа. При клиническом осмотре определяем пальпаторно резко болезненное напряженное грыжевое выпячивание. При пальпации живота определяем, есть ли вздутие, болезненность, проверяем симптомы раздражения брюшины. УЗИ обследование, осмотр кишечника на предмет расширения петель, наличия жидкости в брюшной полости. Показана экстренная лапароскопическая операция либо открытая, с оценкой жизнеспособности ущемленного органа. Аллогениопластика.

Задача 46. Оценка жизнеспособности кишки определяется по цвету, перистальтики и пульсации сосудов брыжейки. Появление багрово-синюшного цвета, отсутствие перистальтики и пульсации сосудов брыжейки оценивается как некроз кишки. Показана средне-срединная лапаротомия, резекция кишки, отступая от некроза 35-40 см приводящего отдела и 15-20 отводящего. При отсутствии перитонита – наложение анастомоза. В случае разлитого фибринозного или гнойного перитонита – наложение илео- или цекостомы.

Задача 47. Показана госпитализация в хирургическое отделение. Динамическое наблюдение, которое заключается в клиническом осмотре, пальпации, перкуссии брюшной стенки, определения симптомов раздражения брюшины. Изучение анализов крови и мочи каждые два часа. При возникновении признаков перитонита – экстренная лапароскопия либо средне-срединная лапаротомия. Если состояние остается удовлетворительным в течение двух суток пациенту предлагается операция герниопластика в плановом порядке.

Тема 4

Задача 48. У пациентки развился острый панкреатит, как результат осложнений ЭРХПГ и ЭПСТ. Общий желчный проток и главный панкреатический проток в более чем 85% случаев открываются в общую ампулу большого дуоденального сосочка (БДС). На слизистой ампулы БДС имеются в различной степени развиты поперечные, продольные, косые складки, которые всегда направлены к отверстию БДС, что может создавать значительные препятствия при выполнении ЭРПХГ, травмировать устье главного панкреатического протока, способствовать попаданию контрастного вещества в проток. При выполнении ЭПСТ возможен ожог устья главного панкреатического протока. Все это приводит к развитию протоковой гипертензии и как следствие острого панкреатита. Визуализирующими методами инструментальной диагностики в данном случае должны явиться ультразвуковое исследование (УЗИ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Для острого панкреатита характерно: увеличение размеров поджелудочной железы, смазанность контуров, снижение эхогенности из-за отека. Может наблюдаться скопление жидкости в сальниковой сумке, забрюшинном пространстве. В тактическом плане пациентке показано консервативное многокомпонентное патогенетическое лечение острого панкреатита. Как правило оно включает: устранение этиологического фактора, борьба с болевым синдромом (баралгин, анальгин, катетеризация перидурального пространства и др.), спазмолитики (папаверин, платифиллин, но-шпа и др.), создание функционального покоя железе (голод, сандостатин, аспирация желудочного содержимого, квамател и др.), устранение водно-электролитных нарушений (кристаллоиды, коллоиды), экстракорпоральные методы детоксикации (плазмаферез, гемосорбция), профилактика септических осложнений (антибиотики широкого спектра действия), при развитии ферментативного перитонита лапароскопическое дренирование брюшной полости. Следует дополнительно отметить, что при сохранении желчной гипертензии или подозрении на

повреждение забрюшинной части холедоха с попаданием содержимого в ретроперитонеальное пространство может возникнуть необходимость и в настоящее время это абсолютно реально для выполнения - эндоскопическое позиционирование стента специальной конструкции в зону ЭПСТ с изолирующей и дренирующей целью.

Задача 49. Острый билиарный панкреатит, желчекаменная болезнь, холелитиаз, механическая желтуха, ущемленный камень большого дуоденального соска?

Пациентку необходимо поместить в палату интенсивной терапии проводить медикаментозное лечение острого панкреатита, срочно выполнить фиброгастродуоденоскопию и магнитно-резонансную томографию в случае ущемления камня в большом дуоденальном соске выполнить эндоскопическую папилосфинктеротомию, литоэкстракцию. Этот объем лечения достаточен для данной возрастной пациентки, страдающей также тяжелой сопутствующей патологией.

Клинический анализ крови, мочи, время свертывания крови, кровоточивость. Биохимические исследования: билирубин, общий белок, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ. Определить группу крови, резус фактор. Снять ЭКГ, выполнить обзорную рентгенографию органов грудной полости, консультацию терапевта. Срочно выполнить фиброгастродуоденоскопию и объективную визуализацию на томографии. По показаниям эндоскопическую папилосфинктеротомию, в ходе которой может стать вопрос об эндоскопической ретроградной холангиографии.

Задача 50. Острый билиарный панкреатит, острый калькулезный холецистит, холелитиаз, ущемленный камень большого дуоденального сосочка, механическая желтуха, местный перитонит.

Признанная сегодня практически всеми теория общего канала, объясняющая развитие острого билиарного панкреатита. Более чем в 85% случаев, ОПЖ и ОППЖ открываются в общую ампулу БСДК. При закупорке устье БСДК камнем, слизисто гнойной пробкой возможен заброс желчи в

панкреатический проток с последующей активацией ферментов поджелудочной железы, что приводит к воспалительно-дегенеративному поражению поджелудочной железы. Чрезвычайно важное значение придается повышению внутрипротокового давления в связи с блоком желчеоттока и панкреатического секрета. Критическим внутрипротоковым давлением считается 300 мм вод. ст.

Пациентку необходимо поместить в палату интенсивной терапии, проводить медикаментозное лечение, срочно выполнить фиброгастродуоденоскопию, объективную визуализацию патологии с помощью магнитно-резонансной томографии. При наличии ущемления камня в устье большого дуоденального сосочка показано выполнение эндоскопической папилосфинктеротомии и литоэкстракции. Декомпрессия протоковой системы на фоне медикаментозной терапии чаще способствует абортированию острого панкреатита. По клиническим данным и результатам УЗИ у пациентки имеется острый деструктивный (флегмонозный) холецистит. Современное развитие анестезиологического пособия позволяет даже в случаях значимого коморбидного статуса эффективно и с положительным результатом произвести показанную в данном случае лапароскопическую или «открытую» холецистэктомию и дренирование желчных протоков и брюшной полости. Однако следует иметь в виду, что в отдельных случаях по решению консилиума специалистов, учитывая возраст пациентки, тяжелую сопутствующую патологию оптимальным объемом лечебных мероприятий может явиться выполнение перкутанной под УЗИ-контролем (или выполненной под местной анестезией) холецистостомы.

Задача 51. Острый алкогольный панкреатит, инфицированный панкреонекроз, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, бактериальный перитонит, абдоминальный сепсис, хроническая алкогольная интоксикация. Пациенту перед операцией необходимо произвести клинический анализ крови и мочи, биохимические исследования (билирубин, мочевины, креатинин, АЛТ, АСТ, K⁺, Na⁺, Cl⁺, кислотно-щелочное

состояние (КЩС) крови, общий белок, глюкоза и амилаза крови), определить свертываемость крови (протромбин, кровоточивость, время свертывания), группу крови, резус-фактор, выполнить обзорную рентгенографию органов грудной клетки, ЭКГ, осуществить консультацию терапевта, анестезиолога, реаниматолога. Пациента необходимо поместить в отделение реанимации. Поставить зонд в желудок, катетер в мочевой пузырь, катетер в центральную вену. Устранить дефицит объема циркулирующей крови и электролитов, под контролем ЦВД, диуреза, пульса, АД, корригировать КЩС. Внутривенно антибиотики широкого спектра действия. По показаниям: гормоны, симпатомиметики, кардиотоники, мочегонные и др. Пациенту показано лапаротомия, некрсеквестрэктомия, санация брюшной полости, формирование широкой панкреатооментобурсостомы, дренирование брюшной полости, постановка назоинтестинального зонда для энтерального питания, по показаниям дренирование забрюшинного пространства через люмботомические доступы, а также дренирование внепеченочных желчных протоков.

Задача 52. Острый панкреатит, инфицированный панкреонекроз, панкреатогенный абсцесс. Осложнениями острого панкреатита могут являться: парапанкреатический инфильтрат, панкреатогенный абсцесс, перитонит: ферментативный, бактериальный, септическая флегмона забрюшинной клетчатки, аррозивное кровотечение, механическая желтуха, псевдокиста, внутренние и наружные свищи желудочно-кишечного тракта. При отграниченных гнойных очагах с преобладанием экссудативного компонента показано чрезкожное дренирование гнойников под УЗИ-контролем, при преобладании тканевого над жидкостным показана некрсеквестрэктомия и дренирование секвестральных полостей из минилапаротомных, минилюмботомических доступов. У данного пациента показано чрезкожное дренирование под УЗИ- контролем.

Задача 53. Острый панкреатит. Необходимо продолжить консервативное комплексное лечение.

Задача 54. У пациента острый панкреатит. Ухудшение состояния, несмотря на приводимые мероприятия, внезапное снижение диастазы в моче, а так же увеличение уровня глюкозы свидетельствуют о наступлении некроза поджелудочной железы. Выявленные регионарные изменения в брюшной полости свидетельствуют не только о панкреонекрозе, но и формировании парапанкреатита. Пациента необходимо срочно перевести для интенсивной и патогенетической консервативной терапии в отделение реанимации. В дальнейшем он нуждается в визуализации паталогического процесса с помощью магнитно-резонансной томографии. По результатам этого первичного или повторных исследований в динамике могут быть поставлены показания к дренированию под УЗИ-наведением или вариантам хирургического лечения.

Задача 55. Тупая травма живота могла привести к развитию или травматической аневризмы брюшной аорты или травматической кисты поджелудочной железы. Диагноз заболевания уточняется с помощью комплексного инструментального исследования, включающего УЗИ, ЯМРТ брюшной полости, аортографию, мультиспиральную компьютерную томографию с ангиоусилением.

Задача 56. В данном клиническом наблюдении присутствуют развернутые клинико-лабораторные данные острого панкреатита.

Задача 57. Травма поджелудочной железы, возможен ее разрыв. Показано УЗИ, КТ или ЯМРТ поджелудочной железы. При подтверждении диагноза производится лапаротомия, вскрытие сальниковой сумки и ревизия поджелудочной железы. При ее поперечном разрыве необходимо сшить панкреатический проток п-образными швами, затем ушить ткань железы узловыми швами и прикрыть линию швов сальником. В случае размножения небольших участков железы необходимо прошить и произвести перевязку кровоточащих сосудов, тампонировать рану железы сальником. При полном размножении железы показана ее экстирпация. При размождении хвоста железы показана его резекция. Затем дренируют сальниковую сумку и

брюшную полость.

Задача 58. Необходимо вскрыть сальниковую сумку, произвести инфильтрацию забрюшинного пространства в окружности поджелудочной железы 0,25% раствором новокаина с ингибиторами ферментов поджелудочной железы; выполнить холецистэктомию; ревизировать желчные протоки; дренировать желчные пути и сальниковую сумку.

Задача 59. У оперированного имеется острый панкреатит. Показано дренирование брюшной полости. В последующем на фоне приводимого консервативного лечения для визуализации динамики характера патологического процесса необходимо периодическое выполнение УЗИ и МРТ поджелудочной железы и брюшной полости. От полученных результатов будет зависеть дальнейшая тактика ведения пациента.

Задача 60. Предварительный диагноз – острый панкреатит геморрагический панкреонекроз, панкреатогенный шок. Уточнить диагноз можно с помощью УЗИ, МРТ или КТ и лапароскопии с исследованием выпота брюшной полости на содержание панкреатических ферментов.

Задача 61. Пациент госпитализирован с острым панкреатитом, течение которого осложнилось образованием в полости малого сальника абсцесса (гнойный панкреатит). Пациенту необходимо произвести дренирование абсцесса. В настоящее время это возможно выполнить путем пункции под УЗИ наведением полости сальниковой сумки специальными катетерами (по типу «pig tail»). При отсутствии эффективности или технической возможности выполнения манипуляции обычно это делается из верхнесрединного разреза передней брюшной стенки и рассечения желудочно-ободочной связки. По вскрытии абсцесса отсасывается его содержимое, полость промывается раствором фурацилина или физиологическим раствором с антибиотиками, и в нее вводятся марлевые тампоны и дренажная трубка. Края раны желудочно-ободочной связки пришивают к брюшине передней брюшной стенки.

Задача 62. Следует заподозрить отечную форму острого панкреатита.

Уточнить диагноз позволит исследование мочи на содержание диастазы и определение концентрации панкреатических ферментов в крови. Повышенное содержание панкреатических ферментов в крови и моче будет подтверждать диагноз острого панкреатита. Пациентке показано комплексное консервативное лечение, с динамической визуализацией гепатопанкреато-дуоденальной зоны на УЗИ и МРТ.

Тема 5

Задача 63. Хронический наружный геморрой. Геморроидальное кровотечение. Дифференциальный диагноз: полип, рак, выпадение прямой кишки, кровоточащая трещина прямой кишки. Показана консервативная терапия, направленная на лечение эрозий, остановки кровотечения. В дальнейшем плановое малоинвазивное лечение: легирование геморроидальных узлов латексными кольцами, инфракрасное фотокоагуляция, лазерная абляция, доплеро-контролируемая дезартериализация геморроидальных узлов. В случае хирургической операции операции - геморроидэктомия по Миллигану-Моргану, Паксу.

Задача 64. Диагноз: Острый подкожный паропроктит. В зависимости от расположения: подкожный, подслизистый, ишиоректальный, пельвиоректальный, ретроректальный. Дифференциальный диагноз: абсцесс промежности, фурункул промежности. Показано вскрытие и дренирование гнойника из полулунного разреза под перидуральным обезболиванием.

Задача 65. Хронический парапроктит. Свищевая форма. Свищ может быть: полным и неполным.

- По отношению к сфинктеру прямой кишки: интрасфинктерный, трансфинктерный, экстрасфинктерный. При интрасфинктерных свищах: иссечение свища в просвет прямой кишки.
- Трансфинктерные свищи ликвидируют путем иссечения свища в просвет кишки с ушиванием глубоких слоев раны или лигатурный метод

- При экстрасфинктерных свищах: полное иссечение свища и ушивание внутреннего отверстия; применение лигатурного способа.

Задача 66. Острый геморрой, тромбоз геморроидального узла. Показана консервативная терапия.

При неэффективности – рассечение тромбированного узла, удаление тромботических масс.

Задача 67. Полипы прямой кишки. Эндоскопическая папилэктомия с электрокоагуляцией ножки. Гистологическое исследование.

Задача 68. Трещина заднего прохода. Дифференциальный диагноз необходимо провести между раком прямой кишки, геморроем, туберкулезной язвой, сифилитической язвой.

Показана нормализация стула, снятие спазма анального сфинктера (свечи с белладонной, анестезином), спирт-новокаиновая блокада под основание трещины. При безуспешности консервативной терапии показано оперативное лечение - иссечение трещины с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей.

Задача 69. Выпадение прямой кишки. Ущемление участка кишки с последующим некрозом и перфорацией. Кровотечение.

Задача 70. Диагноз: Нагноение эпителиального копчикового хода. Дифференцировать необходимо с острым и хроническим парапроктитом, остеомиелитом крестца, туберкулезом крестца и копчика, фурункулами крестцовой области, актиномикозом. Пациенту показано оперативное лечение – вскрытие абсцесса, проведение антибактериальной, противовоспалительной терапии. После лечения показано плановое оперативное вмешательство – иссечение эпителиально-копчиковых ходов.

Задача 71. Геморрой, осложненный кровотечением, постгеморрагическая анемия Запоры, острая диета, малоподвижный образ жизни, употребление алкоголя. В дальнейшем плановое лечение малоинвазивное: легирование геморроидальных узлов латексными кольцами, инфракрасное фотокоагуляция, лазерная абляция. Доплеро-контролируемая

дезартериализация геморроидальных узлов. Операция - геморроидэктомия по Миллигану-Моргану, Паксу.

Задача 72. Хроническая анальная трещина. Иссечение трещины с подшиванием слизистой.

Задача 73. Острый парапроктит. Следует выполнить операцию вскрытия и дренирования острого парапроктита.

Задача 74. Дивертикулёз ободочной кишки. Дифференциальный диагноз: болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, полипоз, рак ободочной кишки, проктосигмоидит. Возможные осложнения заболевания: дивертикулит, перфорация, кровотечение дивертикула. Резекция сегмента ободочной кишки, содержащего дивертикулы, с наложением первичного анастомоза по одному из вариантов из открытого доступа или лапароскопически.

Задача 75. Диагноз: прямокишечное кровотечение. Необходимо произвести пальцевое исследование прямой кишки, anoscopy, ректороманоскопию, при необходимости колоноскопию или ирригографию. Следует возместить кровопотерю. Вероятно, пациент страдает геморроидальной болезнью. Показана геморроидэктомия при подтверждении диагноза.

Задача 76. Показана лапаротомия с наложением сигмостомы, по показаниям санация и дренирование параректальной клетчатки.

Задача 77. Пациент страдает циррозом печени. Показано комплексное обследование пациента с последующим консервативным или патогенетическим хирургическим лечением.

Тема 6

Задача 78. Деструктивный аппендицит, диффузный перитонит. После комплексной предоперационной подготовки (постановка назогастрального зонда с эвакуацией желудочного содержимого, катетера в мочевого пузыря для учета почасового диуреза, катетеризацию центральной вены для

проведения инфузий кристаллоидов и коллоидов, объемом с учетом почасового диуреза и ЦВД и АД.; эмпирическая антибиотикопрофилактика (цефалоспорины IV поколения, аминогликозиды, метранидозол либо карбапенемы - внутривенно) показано экстренное хирургическое вмешательство – лапароскопическая аппендэктомия, санация, дренирование малого таза путем постановки дренажей в правой и левой подвздошной области.

Задача 79. Обследования: лабораторное: общий анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов), мочи (повышение лейкоцитов, наличие неизмененных эритроцитов); УЗИ – наличие жидкостного образования в брюшной полости между петлями кишечника. При выявлении акустического окна (отсутствие интерпозиции кишечника) - дренирование абсцесса под контролем УЗИ с дальнейшей постоянной санацией и активной аспирацией. Если абсцесс полностью окружен петлями кишечника, показана средне-срединная лапаротомия, вскрытие гнояника, санация с последующим дренированием через отдельный разрез.

Задача 80. Абсцесс Дугласова пространства (отграниченный перитонит).

Причины возникновения: снижение иммунитета, скопление экссудата в прямокишечно-маточном углублении с его инфицированием и ограничением его воспалительно-инфильтративной капсулой.

Общий анализ крови - наблюдается высокий лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, повышение СОЭ. Общий анализ мочи - появление лейкоцитов, неизмененных эритроцитов.

УЗИ малого таза через брюшную стенку, а также ректальным и вагинальным датчиком – наличие ограниченного жидкостного образования.

КТ или ЯМРТ дадут окончательную объективную визуализацию патологического процесса.

Пациентке показано оперативное вмешательство в срочном порядке

под общим обезболиванием. Гнойник вскрывается либо через задний свод влагалища, либо через переднюю стенку прямой кишки после пункции полости по игле, дренирование, санация с активной аспирацией.

Задача 81. Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, осложнившаяся перфорацией, распространенным перитонитом.

Обследование: общий анализ крови (лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов), мочи (повышение лейкоцитов, наличие неизмененных эритроцитов); обзорная R-графия органов брюшной полости (лучше пневмогастрография), при которой будет виден свободный газ под правым куполом диафрагмы.

Показано проведение экстренной операции после предоперационной подготовки и антибиотикопрофилактики. Лапароскопия. Оценка состояния краев язвенного перфоративного отверстия. При наличии мягких краев (острая язва) показано ее ушивание. При каллезной язве - резекция 2/3 желудка. Санация, дренирование полости путем постановки дренажей в малый таз.

Задача 82. У пациента произошла перфорация желчного пузыря с развитием желчного перитонита. Показана экстренная операция. Лапароскопическая холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости.

Задача 83. У пациента имеется разлитой фибринозный перитонит. Необходимо произвести лапаротомию, ушивание раны кишечника, санацию и дренирование брюшной полости, декомпрессию тонкого кишечника.

Задача 84. Следует провести релапаротомию, санацию брюшной полости, ведения раны по типу лапаростомии «открытой эвисцерации».

Задача 85. Наличие у пациента туберкулеза легких, а также отсутствие признаков разлитого перитонита и кишечной непроходимости, следует заподозрить туберкулез брюшины. Показано специфическое медикаментозное лечение. В случае развития перитонита и кишечной непроходимости производится операция, объем которой зависит от

результатов интраоперационной ревизии брюшной полости.

Задача 86. У пациента туберкулезное поражение брюшной полости. Показано дренирование в дальнейшем комплексное консервативное лечение.

Задача 87. У пациентки имеется ущемление левосторонней бедренной грыжи, осложнившейся разлитым перитонитом. Ее следует оперировать. В плане операции вначале срединная лапаротомия с резекцией ущемленного кишечника и восстановлением его непрерывности или стомией. После ушивания раны передней брюшной стенки необходимо вскрыть грыжевой мешок и удалить некротически измененное его содержимое.

Задача 88. Очевидно, у пациента развился желчный перитонит в связи с плохой фиксацией дренажа в желчных путях, что привело к подтеканию желчи в свободную брюшную полость. Необходимо выполнить УЗИ (ЯМРТ) брюшной полости. Пациенту показано повторное оперативное вмешательство. В плане операции - срединная лапаротомия, повторное дренирование желчных путей, санация и дренирование брюшной полости.

Задача 89. Очевидно, дренажи, стоящие в нижних отделах брюшной полости, перестали функционировать. Необходимо их промыть. В случае безуспешности манипуляции от диализа брюшной полости следует отказаться.

Тема 7

Задача 90. 1. Язвенная болезнь желудка. Язва желудка, осложненная кровотечением, средней степени тяжести кровопотери.

2. Общий анализ крови (тромбоциты, гематокрит), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, билирубин, K^+ , Na^+ , АСТ, АЛТ), время свертывания, группа крови, резус-фактор, коагулограмма. ФГДС, рентгенография ОГК, ЭКГ, консультация терапевта.

3. У данного пациента продолжающееся кровотечение из язвы. Оптимальным вариантом явился бы местный эндоскопический гемостаз. При

невозможности его выполнения или неэффективности показана экстренная операция. Пациента из приемного отделения транспортировать в операционную. Установить катетеры в центральную вену, мочевой пузырь, поставить зонд в желудок. Проводить инфузионно-трансфузионную терапию, переливать эритроцитарную массу с заместительной целью, свежезамороженную плазму с гемостатической целью. Одновременно выполнять оперативное вмешательство - резекция желудка.

Задача 91. 1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК). Язва двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, средней степени тяжести кровопотери.

2. Общий анализ крови (тромбоциты, гематокрит), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, билирубин, K^+ , Na^+ , АСТ, АЛТ), время свертывания, длительность кровотечения, группа крови, резус-фактор, коагулограмма. ФГДС, рентгенография ОГК, ЭКГ, консультация терапевта.

3. При продолжающемся кровотечении, в случае безуспешной попытки остановить его эндоскопически, показана экстренная операция, при устойчивом гемостазе – консервативное противоязвенное лечение.

Продолжающееся или повторное кровотечение. Средняя и тяжелая степень кровопотери, диаметр язвы более 1 см, глубокая пенетрирующая язва в проекции крупных сосудов, признаки нестабильного гемостаза (свежий красный тромб с подтеканием крови).

Задача 92. 1. ЯБДПК. Язва двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, средней степени тяжести кровопотери.

2. Эрозивный гастрит, дуоденит, эзофагит, опухоли пищевода, желудка и ДПК, разрывы склерозированных сосудов пищевода, желудка и ДПК, туберкулез, сифилис пищевода, желудка. Кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода, язвы пищевода, дивертикулы, инородные тела. Кисты поджелудочной железы, гемобилия, опухоли желчного пузыря и поджелудочной железы. Болезни крови: лейкоз, геморрагический диатез

(Шенлейн-Геноха), тромбоцитопения (Верльгофа), полицитемия, гемофилия.

3. Общий анализ крови (тромбоциты, гематокрит), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, билирубин, K^+ , Na^+ , АСТ, АЛТ), время свертывания, длительность кровотечения, группа крови, резус-фактор, коагулограмма. ФГДС, рентгенография ОГК, ЭКГ, консультация терапевта.

Задача 93. У пациента имеется прободная язва желудка или 12-перстной кишки. Для подтверждения диагноза необходимо произвести УЗИ, обзорную рентгенографию брюшной полости и поддиафрагмальных пространств, лучше фиброгастроскопию с последующей обзорной рентгенографией брюшной полости и поддиафрагмальных пространств. Больной нуждается в экстренной операции.

Задача 94. У пациента возникла прикрытая перфорация язвы 12-перстной кишки. Необходимо произвести обзорную рентгенографию брюшной полости и поддиафрагмальных пространств, еще лучше фиброгастроскопию с последующей обзорной рентгенографией брюшной полости и поддиафрагмальных пространств, УЗИ брюшной полости. При наличии признаков перфорации – экстренное оперативное лечение. Предпочтительным вариантом является лапароскопическое ушивание перфоративного отверстия.

Задача 95. Учитывая «немое» течение заболевания и отсутствие воспалительных изменений в окружности язвы, пациенту может быть произведено ушивание прободного отверстия.

Задача 96. Учитывая локализацию прободной язвы в теле желудка, длительный желудочный анамнез и незначительный промежуток времени с момента наступления перфорации, гипоацидное состояние кислотопродуцирующей функции желудка, показано выполнение резекции желудка.

Задача 97. У пациента развилось кровотечение из язвы желудка. Диагноз заболевания необходимо уточнить с помощью

фиброгастродуоденоскопии.

Задача 98. Учитывая длительный язвенный анамнез, неоднократное повторение кишечного кровотечения, пациенту следует предложить плановое хирургическое вмешательство. Для уточнения варианта операции необходимо знать локализацию язвы и ее размеры.

Задача 99. Необходимо а) произвести прошивание аррозированного сосуда на дне язвы с ушиванием над ней дефекта слизистой оболочки, выполнить дренирующую желудок операцию и ваготомию; б) прошить аррозированный сосуд с тампонадой язвы задней губой дуоденопластики (по типу Финнея), пилоропластики (по Финнею), выполнить ваготомию; в) вывести язву за пределы кишки с ушиванием образовавшегося дефекта стенки (экстрадуоденизация язвы), выполнить дренирующую желудок операцию и ваготомию.

Задача 100. Причиной желудочного кровотечения являются изъязвления Дьелафуа. Пациенту необходимо выполнить субтотальную резекцию желудка.

Задача 101. Если не возможен стабильный эффективный эндоскопический гемостаз пациент подлежит экстренному хирургическому вмешательству. Наиболее радикальным вариантом операции является резекция желудка. В качестве паллиативного хирургического вмешательства возможно выполнение гастротомии с прошиванием сосуда в язве, иссечение язвы.

Задача 102. У пациента имеется синдром Маллори-Вейса. Необходимо предпринять попытку эндоскопического гемостаза с последующим комплексным консервативным гемостатическим лечением пациента.

Задача 103. Следует применить метод Тейлора.

Тема 8

Задача 104. 1. Язвенная болезнь или 12-перстной кишки, осложненная пилоро-дуоденальным стенозом.

2. Опухоли желудка или 12-перстной кишки, рак головки поджелудочной железы или большого дуоденального сосочка, хронический псевдотуморозный (головчатый) панкреатит, высокая тонкокишечная непроходимость.

3. Рентгенологическое исследование желудка с сульфатом бария. Контрастная масса в желудке задерживается на 12-24 часа. Фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) – сужение пилоробульбарного отдела до 3-5мм, явления эрозивного гастрита, эзофагита.

4. Пациенту показано хирургическое лечение после предоперационной подготовки, направленной на ликвидацию водно-электролитных нарушений. Объем операции - резекция желудка.

Задача 105. 1. Язвенная болезнь 12-перстной кишки. Язва двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением, средней степени тяжести кровопотери.

2. Общий анализ крови (тромбоциты, гематокрит), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок, билирубин, K^+ , Na^+ , АСТ, АЛТ), время свертывания, длительность кровотечения, группа крови, резус-фактор, коагулограмма. ФГДС, рентгенография желудка с сульфатом бария, рентгенография ОГК, ЭКГ, консультация терапевта.

3. Необходимо а) произвести прошивание аррозированного сосуда на дне язвы с ушиванием над ней дефекта слизистой оболочки, выполнить дренирующую желудок операцию и ваготомию; б) прошить аррозированный сосуд с тампонадой язвы задней губой дуоденопластики (по типу Финнея), пилоропластики (по Финнею), выполнить ваготомию;

Задача 106. 1. Язвенная болезнь желудка, осложненная субкомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. Степени стеноза: компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный.

2. Общий анализ крови (тромбоциты, гематокрит), общий анализ мочи, биохимический анализ крови (глюкоза, мочевины, креатинин, общий белок,

билирубин, К⁺, Na⁺, АСТ, АЛТ), время свертывания, длительность кровотечения, группа крови, резус-фактор, коагулограмма. ФГДС, рентгенография желудка с сульфатом бария, рентгенография ОГК, ЭКГ, консультация терапевта.

3. Рентгенологическое исследование желудка с сульфатом бария. Эвакуация контрастной массы из желудка задерживается на 12-24 часа в зависимости от степени стеноза. ФГДС – сужение пилоробульбарного отдела до 3-5мм, явления эрозивного гастрита, эзофагита.

Задача 107. У пациента произошла малигнизация язвы. Необходимо выполнить дистальную субтотальную резекцию желудка с удалением малого и большого сальника и лимфатических узлов, расположенных вдоль сосудов по обеим кривизнам желудка, околопилорических лимфоузлами и лимфоузлами по ходу левой желудочной артерии.

Задача 108. У пациента имеется декомпенсированный пилорoduodenальный стеноз. Необходимо выполнить резекцию 2/3 желудка.

Задача 109. Пациентка страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Необходимо выполнить фиброгастродуоденоскопию и назначить больной комплексное консервативное лечение. При его безуспешности показана селективная проксимальная ваготомия (СПВ) с дренирующей желудок операцией.

Задача 110. Пациент страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Учитывая длительность заболевания отсутствие стойкой эффективной ремиссии, возможно выполнение хирургического вмешательства: селективной проксимальной ваготомии (СПВ) в сочетании с дренирующей желудок операцией, т.к. имеется деформация луковицы 12-перстной кишки.

Задача 111. Пациент страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки осложнившейся пенетрацией. Показано выполнение резекции желудка.

Задача 112. Пациент страдает язвенной болезнью желудка. Показана дистальная резекция 2/3 желудка.

Задача 113. Пациенту целесообразно выполнить резекцию 2/3 желудка

по Бильрот-II в модификации Гофмейстра – Финстера.

Задача 114. Пациенту следует произвести субтотальную резекцию желудка. Во время операции необходимо иссечь язву и отправить ее на срочное гистологическое исследование.

Задача 115. У пациента имеется II тип язвенной болезни (по Джонсону). Возможно выполнение резекции желудка, как правило, по Бильрот – II. Реже производят пилороантрумсохраняющую медиогастральную резекцию желудка с ваготомией.

Задача 116. У пациента имеется постлуковичная язва 12 - перстной кишки, осложнившаяся дуоденальным стенозом. Необходимо выполнить резекци.

Задача 117. Пациентка страдает язвенной болезнью верхних отделов желудочно-кишечного тракта. Для уточнения диагноза показано выполнение эндоскопической фиброгастродуоденоскопии или рентгеноконтрастной гастродуоденографии. При наличии острого язвенного дефекта показано проведение комплексного консервативного лечения. В случае отсутствия достижения стойкого клинического эффекта ремиссии пациентке показано патогенетическое хирургическое лечение.

Тема 9

Задача 118. Показана предоперационная подготовка совместно с терапевтом и реаниматологом в первые два часа. По решению консилиума длительность подготовки может быть продолжена. При сохраняющейся невозможности выполнения общей анестезии и критических уровнях ее рисков операция будет заключаться в наложении холецистостомы под местной анестезией с одновременной поддержкой сердечно-сосудистой системы.

Задача 119. Пациенту показано ультразвуковое обследование гепатобилиарной системы. С целью исследования ширины холедоха, экзогенности желчи в нем, наличия гиперэхогенных структур. При выявлении

конкрементов показано эндоскопической ретроградной холангиографии (ЭРХГ) с последующей папиллотомией и извлечением конкрементов корзиной Dormia. При величине камня более 1 см перед извлечением показано контактное ультразвуковое дробление. При невозможности литэкстракция в условия оперативного вмешательства.

Задача 120. С высокой долей вероятности описанная клиническая картина может представлять желчно-каменную болезнь, приступ печеночной колики, хотя явления острого калькулезного холецистита могут также иметь место. В схему клинического обследования входит сбор анамнеза, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация живота. Лабораторные методы исследования: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови. Инструментальные методы: УЗИ печени, желчного пузыря, желчных протоков, поджелудочной железы и почек. Эзофагогастродуоденоскопия с осмотром Фатерова сосочка. Лечебная тактика будет представлять с начала консервативное лечение (промывание желудка, инфузионная терапия, спазмолитики, аналгезия). Хирургическая тактика при неэффективности консервативной терапии может представлять отсроченное, вынужденное или плановое оперативное лечение.

Задача 121. Показано клиническое обследование передней брюшной стенки, пальпация, перкуссия, определение симптомов острого холецистита (Кера, Отнера-Грекова, Мюсси-Гиоргиевского, Мерфи). ультразвуковое исследование с визуализацией видимых структур гепатопанкреатодуоденальной зоны и почек. При отсутствии симптомов раздражения брюшины показано интенсивное консервативное лечение. При безуспешности в течение 48 часов показана экстренная операция – лапароскопическая холецистэктомия, санация, дренирование брюшной полости.

Задача 122. Лабораторные исследования: общий и биохимический анализ крови, анализ мочи. УЗИ гепатобилиарной системы. Активное консервативное лечение.

Задача 123. Предположительный диагноз: Желчекаменная болезнь. Необходимые исследования: УЗИ гепатобилиарной системы с прицельным исследованием ширины холедоха, эхогенности желчи в нем, наличие гиперэхогенных структур, исследование величины и эхогенности поджелудочной железы, в частности ее головки, при расширении холедоха более 1 см для уточнения патологического процесса показана эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ).

Задача 124. Длительно протекающая желчекаменная болезнь осложнилась развитием острого панкреатита. Для подтверждения диагноза в приемном покое необходимо взять анализ крови для исследования количества лейкоцитов, диастаза мочи. УЗИ печени, желчных протоков, желчного пузыря, поджелудочной железы. Наличие отека двухслойности контуров неоднородности паренхимы железы свидетельствует о признаках острого билиарного панкреатита.

Задача 125. Водянка желчного пузыря. Показано ультразвуковое обследование, при котором может выявляться значительное перерастяжение желчного пузыря, истончение стенки, в просвете гомогенный жидкостной состав с возможным вклиниванием конкремента в шейке пузыря. Расширения холедоха не будет. Показана лапароскопическая холецистэктомия в плановом порядке.

Задача 126. Желчекаменная болезнь. Холедохолитиаз. Первым этапом необходимо провести ФГДС, эндоскопическую ретроградную попилосфинктеротомию с извлечением конкремента. В последующем лапароскопическая холецистэктомия.

Задача 127. Острый холецистит. Показано дальнейшее консервативное лечение. Оперативное вмешательство в плановом порядке.

Задача 128. Диагноз: Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз. Показано в экстренном порядке выполнение фиброгастродуоденоскопии с осмотром Фатерова сосочка. Папилосфинктеротомия. Извлечение конкремента корзинкой Дормеа с

последующей операцией лапароскопической холецистэктомией.

Задача 129. У пациентки острый бескаменный холецистит. Поскольку подобный приступ возник впервые и под действием консервативного лечения быстро купировался, ставить вопрос о хирургическом вмешательстве в настоящее время не следует. Больную через 10-12 дней после купирования приступа пациентку целесообразно передать для лечения терапевту. В дальнейшем рекомендовано санаторно-курортное лечение, соблюдение диеты.

Задача 130. У пациента очередное обострение хронического калькулезного холецистита. Выраженность клинической картины и отсутствие какого-либо эффекта от консервативного лечения являются показанием к операции холецистэктомии.

Задача 131. У данном клиническом наблюдении имеет место дискинезия желчных путей. Пациентке следует рекомендовать лечение у невропатолога и терапевта (гастроэнтеролога).

Задача 132. Необходимо подвести к перфорированному желчному пузырю тампоны и широкую дренажную трубку, хорошо отграничить пузырь тампонами от остальных отделов брюшной полости. Брюшная полость должна быть тщательно осушена. Следует произвести контрапертуры в подвздошных областях и вставить сигарообразные дренажи; неплотно ушить рану брюшной полости вокруг тампонов, чтобы не сдавить их. При наличии большого количества отделяющейся желчи необходимо постоянно отсасывать ее в течение 1-2 дней с помощью более мощного аспиратора, а затем опустить конец дренажа в емкость, чтобы отток происходил только за счет гравитации.

Задача 133. При благоприятном послеоперационном течении, исчезновении болей, симптомов раздражения брюшины и нормализации температуры тела, дренажную трубку можно удалить, если отделяющаяся по ней желчь стала нормальной и проходимость общего желчного протока не нарушена. С этой целью проводится

микроскопическое исследование желчи и фистулохолангиография, определяется наличие уробилина в моче и стеркобилина в кале. Трубку удаляют примерно на 10-12-й день с момента выполнения операции и накладывают повязку с небольшим пелотом. При хорошей проходимости общего желчного протока свищ быстро закрывается самостоятельно.

Глава 10

Задача 134. Резекция сигмы или левосторонняя гемиколэктомия. Операцию необходимо завершить наложением колостомы.

Задача 135. Необходимо сформировать илеостому.

Задача 136. Показана резекция сигмы с колостомией.

Задача 137. Вначале показано консервативное комплексное лечение. При его безуспешности следует предпринять оперативное лечение.

Задача 138. Операцию необходимо закончить илеостомией.

Задача 139. Хирург должен попытаться протолкнуть камень в прямую кишку или раздавить его. Если это не удастся выполнить, то показана сигмотомия с удалением камня.

Задача 140. Следует наложить сигмостому.

Задача 141. Показано наложение сигмостомы с тампонадой прямой кишки.

Задача 142. Следует произвести дезинвагинацию. При нежизнеспособной кишке показана ее резекция.

Задача 143. Следует ликвидировать заворот, «сцедить» кишечное содержимое в нижележащие отделы кишечника. Если эффект не будет получен, необходимо произвести энтеротомию и по зонду удалить кишечное содержимое.

Задача 144. Показано наложение сигмостомы для ликвидации острой кишечной непроходимости. В дальнейшем, при операбельности опухоли, нужно произвести резекцию прямой кишки.

Задача 145. Острая механическая кишечная непроходимость. Стадия

субкомпенсации. Прогноз благоприятный. Обзорная рентгенография брюшной полости. Кратковременная подготовка и операция.

Задача 146. В первую очередь оперировать пациента с заворотом тонкой кишки, а потом с острым аппендицитом.

Задача 147. В связи с состоянием пациента - наложение колостомы. После стабилизации состояния, направление в онкологический диспансер для проведения радикального лечения – левосторонней гемиколэктомии, прогноз неблагоприятный.

Задача 148. Острая механическая кишечная непроходимость, возможен заворот долихосигмы. Кратковременная подготовка и операция. Экстренное оперативное вмешательство - резекция долихосигмы.

Задача 149. На основе клинико-инструментального исследования следует выставить диагноз острая тонкокишечная непроходимость и показания к хирургическому лечению. В выполнение дополнительных методов исследования нет необходимости. В плане оперативного лечения- экстренная лапаротомия, устранение непроходимости, определение жизнеспособности кишки, резекция кишечника при сомнении в жизнеспособности.

Задача 150. Первая патология о которой следует подумать в данном клиническом наблюдении это острая обтурационная кишечная непроходимость, обусловленная наличием в просвете кишки обтурирующего комка гельминтов (аскариды). Данную глистную инвазию необходимо дифференцировать с инородным телом (фито -, трихо -, литобезоары). Необходимости в дополнительных исследованиях нет. Оперативное вмешательство следует продолжить и закончить путем механического деления конгломерата без вскрытия кишки. Если это невозможно – смещение конгломерата в дистальном направлении, энтеротомия, удаление инородного тела, ушивание энтеротомной раны.

Глава 11

Задача 151. При ножевом ранении произошло одновременное повреждение артериальной и венозной бедренных магистралей с формированием артерио-венозной ложной аневризмы бедра. В настоящее время имеется возможность надежной изоляции артериального просвета путем эндолюминального позиционирования периферического эндографта. Данная манипуляция позволит надежно герметизировать место артериотомии, прекратит поступление крови в полость ложной аневризмы, приведет к ее облитерации и прекращению сброса крови в венозное сосудистое русло.

Задача 152. У пациентки произошло развитие острой артериальной недостаточности правой нижней конечности Па-Пб степени по В.С. Савельеву, вероятнее всего обусловленное тромбозом бедренно-подколенного артериального сегмента. Пациентка нуждается в экстренной реваскуляризации конечности. Выполнение классического патогенетического хирургического вмешательства (тромбэмболэктомии) весьма проблематично из-за крайне высокой вероятности получения неблагоприятного исхода в послеоперационном периоде. В настоящее время имеется возможность осуществлять частичные или полные тромбэкстракции эндоваскулярным способом (аспирационная - катетер Rebirth, реолитическая – AngioJet, ротационно-аспирационная – Rotarex). Более того, чаще всего данная манипуляция дополняется дилатационной и, возможно, стентирующей интервенцией, обеспечивающими возобновление достаточного кровоснабжения, для купирования декомпенсированной ишемии. В данном клиническом наблюдении использование мининвазивной эндоваскулярной технологии является предпочтительным и, безусловно, оправданным.

Задача 153. У пациентки наступила эмболия правой поверхностной бедренной артерии. После кратковременной предоперационной подготовки ее необходимо оперировать. В плане операции - эмболэктомия из правой поверхностной бедренной артерии.

Задача 154. Необходимо предложить пациенту реваскуляризацию конечности. Предпочтительным вариантом при наличии технической возможности и соответствующего оснащения является выполнение эндоваскулярной баллонной дилатации со стентированием. В другом варианте клинический эффект может быть получен восстановительной хирургической операцией - тромбэндартериэктомия из левой поверхностной бедренной артерии.

Задача 155. Пациенту необходимо предложить ампутацию левой нижней конечности на уровне верхней трети левой голени. В случае плохого состояния кровоснабжения тканей голени на этом уровне ампутация должна быть выполнена на уровне нижней трети бедра.

Задача 156. Пациент страдает облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей с окклюзией левой поверхностной бедренной артерии. Необходимо произвести бедренную артериографию слева. В зависимости от протяженности окклюзионно-стенотического процесса, при удовлетворительном состоянии дистального артериального русла следует предложить пациенту эндоваскулярную реваскуляризацию или реконструктивную артериальную операцию (бедренно-подколенное шунтирование).

Задача 157. У пациента наступила эмболия левой общей бедренной артерии с развитием острой артериальной недостаточности левой нижней конечности IIa-IIb степени. Его необходимо экстренно оперировать. В плане операции - эмболэктомия из левого подвздошно-бедренного сегмента с помощью баллонного катетера Фогарти.

Задача 158. Пациентка страдает болезнью или синдромом Рейно (ангиотрофоневроз конечностей). На основании клинического и лабораторно-инструментального обследования показано проведение дифференциального диагноза этих двух патологических статусов. При наличии истинной болезни Рейно пациентка подлежит комплексному консервативному лечению.

Задача 159. С учетом клинико-анамнестических данных и результата ангиографического исследования пациенту показано выполнение эндоваскулярной реваскуляризирующей процедуры – баллонной ангиопластики и стентирования подвздошных артерий. После которой пациенту необходимо проведение пролонгированной (до 0,5 года) бинарной антиагрегантной терапии (клопидогрель или аналоги + ацетилсалициловая кислота).

Задача 160. Для установления уровня поражения сосудистого русла в данном случае показана аорто-артериография, выполненная транслюмбальным доступом (по Dos Santos), либо чрезаксиллярным доступом.

Задача 161. У пациента клиника аневризмы брюшного отдела аорты. Пациенту показано выполнение ультразвукового исследования абдоминальной аорты и при выявлении аневризматического образования более 4 см в диаметре требуется проведение КТ-исследования с ангиоусилением. Аневризматическая трансформация брюшной аорты указанных размеров является показанием к оперативному (резекция аневризмы с линейным или бифуркационным протезированием аорты) лечению или эндоваскулярному изолированию патологического процесса эндографтом.

Задача 162. У пациента клиника осложненной аневризмы брюшного отдела аорты с разрывом в забрюшинное пространство (исключительно редко расслаивающая аневризма). Для уточнения диагноза следует назначить ультразвуковое исследование (сканирование), КТ, ЯМРТ. При наличии технического оснащения больному абсолютно показано эндопротезирование аорты с помощью самофиксирующегося эндографта. Во всех остальных случаях должна быть выполнена экстренная операция: резекция аневризмы аорты с ее протезированием аллопротезом.

Задача 163. В данном клиническом наблюдении следует заподозрить наличие торакоабдоминальной аневризмы. Помочь в диагностике могут: Эхо

кардиграфия, предпочтительнее КТ или ЯМРТ.

Задача 164. В описанном клиническом наблюдении имеет место классическая картина неспецифического аорто-артериита.

Задача 165. Речь в данном случае следует вести о наличии у пациентки хронической абдоминальной ишемии вероятно обусловленной неспецифическим аорто-артериитом. Поражение средней аорты и висцеральных ветвей возможно диагностировать с помощью мультиспиральной компьютерной томографии с ангиоусилением или аорто-целиако-мезентерикографии.

Задача 166. У пациента описана классическая клиническая картина острого расслоения грудного отдела аорты вероятно с формированием аневризмы и с ее разрывом в терминальном периоде.

Задача 167. У пациентки имеет место поражение бифуркации аорты, вероятнее всего на фоне неспецифического аорто-артериита. Характер поражения следует уточнить с помощью аортографии или ультразвуковой доплерографии. Однако реконструкция артериального русла возможна только после ликвидации обострения неспецифического общевоспалительного процесса с помощью курса пульс-терапии.

Задача 168. В данном клиническом наблюдении в первую очередь следует подумать о развитии аорто-кишечного соустья, как источнике периодических интенсивных геморрагий в просвет желудочно-кишечного тракта. В зоне протезо-аортального анастомозирования в отдаленном периоде возможно формирование ложной аневризмы с ее протрузией в близко расположенный отдел желудочно-кишечного тракта (чаще 12-перстная или тощая кишка). Зафиксировать наличие крови в просвете тощей кишки, а иногда и само соустье с продолжающимся или остановившимся кровотечением возможно с помощью двухбаллонной энтероскопии. Выявить аневризматическую трансформацию в области протезо-аортального анастомоза, а при наличии экстравазации контраста и диагностировать продолжающееся кишечное кровотечение позволит мультиспиральная

компьютерная томография с контрастным ангиоусилением. Без оперативного лечения при данном осложнении летальность 100%. В связи с инфицированностью зоны аневризмы в классическом варианте хирургическое пособие будет состоять в экстраанатомическом подключично-бедренном шунтировании и в последующем после лапаротомии перевязке аорты выше сосудистого анастомоза, резекции ложной аневризмы и аорто-кишечной фистулы с реконструкцией тонкого кишечника. Хотя в настоящее время уже имеется ряд аргументированных сообщений о возможности использования аортального аллографта с элементами трансплантационных технологий для аорто-бедренного рещунтирования после разобщения фистулы и реконструкции кишечника.

Глава 12

Задача 169. По описанным клинико-anamnestическим данным возможна оценка первых двух элементов Международной классификации- CEAP: C(Clinical) C₂ – стволковой варикоз. E (Etiological) E_p, P- primary (первичная). Аббревиатура A (Anatomic) анатомическое; и P (Pathophysiological) патофизиологическое; может быть окончательно оформлено после выполнения ультразвукового исследования вен.

Задача 170. С учетом отсутствия данных о поражении стволковых и перфорантных венозных сосудов пациентке возможно выполнение инъекционной пенной склеротерапии или минифлебэктомии под местной анестезией.

Задача 171. Пациенту во время хирургического вмешательства следует восстановить целостность артерии путем пристеночного обвивного шва артерии без сужения. Магистральный кровоток по бедренной вене следует обязательно восстановить при возможности после мобилизации проксимального и дистального концов путем их сшивания, при невозможности проводится протезирование бедренной вены сегментом подкожной магистрали (большая подкожная вена).

Задача 172. В настоящее время имеется возможность произвести надежное изолирование зоны ножевой травмы сосудов путем эндолюминального имплантирования эндоваскулярного графта в проекции повреждения стенки артерии с надежным прекращением экстравазации крови из артериального русла. Это приведет к регрессу кровонаполнения полости сформировавшейся ложной аневризмы до полной ее облитерации и естественно к прекращению сброса крови в венозную систему.

Задача 173. Даже после перевязки венозной магистрали (в данном случае левой почечной вены) выполнять нефрэктомию не следует. При этом формируется достаточный венозный возврат для сохранения физиологии почки по левой яичковой вене.

Задача 174. Пациентке в плановом порядке показано оперативное лечение. Предпочтительным вариантом в данном случае является эндовазальная лазерная коагуляция большой и малой подкожных вен после предварительного ультразвукового исследования. Хотя вариантом хирургического лечения по-прежнему может быть классическая операция - флебэктомия.

Задача 175. С гемостатической целью показано наложение давящей повязки на конечность в проекции поврежденного сосудистого образования, возвышенное положение конечности.

Задача 176. У пациентки следует констатировать наличие C_{1-2} клинической стадии по Международной классификации хронических венозных заболеваний. Ранее такой патологический статус трактовался как - варикозная болезнь нижних конечностей в стадии компенсации. Ей показано проведение склеротерапии измененных венозных образований.

Задача 177. Пациентке на заключительном этапе хирургического лечения варикозной болезни произведена надфасциальная перевязка перфорантных вен по Коккету с целью устранения патологического сброса крови из глубоких вен в поверхностные и ликвидации подкожной флебогипертензии.

Задача 178. Пациентке следует рекомендовать по возможности постоянную внешнюю эластическую компрессию (эластическое бинтование или ношение эластических компрессионных изделий (колготки, чулки и т.д.). После родоразрешения целесообразно прибегнуть к одному из методов патогенетической ликвидации варикоза.

Задача 179. Рецидив варикозного расширения подкожных вен голени обусловлен прогрессированием заболевания в системе неудаленной малой подкожной вены.

Задача 180. Пациентка имеет сочетание предрасполагающих причин (наследственная предрасположенность; гиперпрогестеронемия, обусловленная беременностью) и производящих факторов (повышение ортостатического давления в венах нижних конечностей из-за характера выполняемой работы; затруднение венозного оттока, обусловленное повышением внутрибрюшного давления из-за беременности) на фоне отсутствия сведений о мерах профилактики варикозной болезни.

Задача 181. В данном клиническом наблюдении следует выполнить доплерографию подкожных вен нижней конечности в местах их расширения с целью выявления возможных несостоятельных перфорантных вен. Следует применить склеротерапию имеющихся флебэктазий для их ликвидации и прекращения возможных патологических рефлюксов в проекции возможно имеющейся несостоятельных перфорантов.

Задача 182. Пациентке показана до-, интра- и послеоперационная постоянная компрессия нижних конечностей с помощью эластических бинтов; ранняя активизация и назначение ЛФК в послеоперационном периоде. Также показана профилактика послеоперационных тромбозов легочной артерии с помощью низкомолекулярных гепаринов (фраксипарин, клексан и т.д.) или новых оральных антикоагулянтов (ксарелто и др.). В отдаленном послеоперационном периоде и далее с целью снижения рисков прогрессирования венозной патологии и присоединения ее осложнений возможно проведение дезагрегантной (микродозы аспирина),

венотонической (эскузан, анавенол и т.д.) терапии в сочетании с внешней эластической компрессией.

Задача 183. Пациентке показано оперативное лечение. Скорее всего (в соответствии с данными УЗДГ) более предпочтительным вариантом в данном случае будет являться является эндовазальная лазерная коагуляция большой подкожных вен и непосредственная минифлебэктомия. Хотя вариантом хирургического лечения по-прежнему может быть классическая операция - флебэктомия.

Задача 184. Пациенту показано проведение консервативного лечения, направленного на профилактику прогрессирования варикозной болезни и на предотвращение развития осложнений (ношение эластического компрессионного трикотажа; местное и общее применение венотоников).

Глава 13

Задача 185. Варикозная болезнь подкожных вен нижних конечностей осложнилась острым тромбофлебитом подкожных вен голени.

Задача 186. Острый тромбофлебит глубоких вен правой голени. Состояние глубокой венозной системы нижних конечностей должно быть оценено с помощью ультразвукового исследования

Задача 187. Пациентке показана стационарная консервативная терапия с применением первоначально инъекционных, а затем и оральных антикоагулянтных препаратов. Возможным вариантом выбора могут явиться новые оральные антикоагулянты (например, ривораксобан или др.) Обязательным элементом терапии должна быть постоянная внешняя эластическая компрессия

Задача 188. Анамнестические данные и клиническая картина заболевания характерна для болезни Педжета-Шреттера –Кристелли (острый тромбоз подключичной вены). Визуализировать тромб можно с помощью дуплексного сканирования, флебографии, а диагностировать нарушение гемодинамики - с помощью доплерографического исследования.

Задача 189. Источником тромбоэмболии легочной артерии послужил фрагментировавшийся участок флотирующего края неокклюзирующего тромбоза правой бедренной вены. В связи с неокклюзирующим характером тромбоза, нарушения венозного оттока из пораженной нижней конечности нет, что и обуславливает отсутствие клинических признаков тромбоза.

Задача 190. Пациентке показано оперативное лечение по срочным показаниям. Учитывая тяжесть сопутствующей патологии, целесообразно выполнение кроссэктомии (операции Троянова-Тренделенбурга).

Задача 191. Пациентке показано выполнение флебэктомии на правой нижней конечности по методике Аскерханова, Сидориной или Маделунга.

Задача 192. У пациента имеют место повторные эпизоды тромбоэмболии легочной артерии. Наиболее вероятный источник эмболии в данном случае – вены таза. Пациенту показано выполнение доплерографии, дуплексного сканирования, илеокаваграфии. При обнаружении эмбологенного венозного тромбоза подвздошной вены целесообразно выполнить имплантацию кава-фильтра или пликацию подвздошной вены.

Задача 193. У пациента клиническая картина болезни Грегуара (Gregori). Ему показано выполнение широких фасциотомий на бедре и голени. В случае отсутствия эффекта от медикаментозного лечения и прогрессирования венозной гангрены показано выполнение, с целью спасения жизни пациента, высокой ампутации левой нижней конечности.

Задача 194. В связи с недобросовестным исполнением пациенткой лечебных мероприятий после проведенного флебосклерозирования, у нее, по-видимому, развился острый тромбоз глубоких вен правой голени. Этот диагноз можно подтвердить с помощью ультразвуковой доплерографии или дуплексного сканирования. При подтверждении данного патологического процесса пациентке следует назначить консервативное лечение острого тромбофлебита глубоких вен голени.

Задача 195. Наличие в настоящее время выраженных явлений лимфовенозной недостаточности нижней конечности связано с неадекватным

лечением пациентки после выписки из роддома. Реканализация зон тромбоза венозных магистралей и восстановление гемодинамики по глубокой венозной системе происходит в течение примерно 1 года после возникшего патологического процесса. На протяжении этого времени должна проводиться постоянная терапия (ношение эластического компрессионного трикотажа, прием дезагрегантов и венопротекторов, ЛФК, физиотерапевтическое лечение). Клинический диагноз: посттромбофлебитический синдром левой нижней конечности, отечно-болевая форма. Хроническая лимфовенозная недостаточность левой нижней конечности II-III ст.

Задача 196. В данном случае имеет место развитие лимфостаза правой верхней конечности. Во время выполнения расширенной радикальной мастэктомии производится удаление подмышечных лимфатических узлов, которое в ряде случаев сопровождается повреждением магистрального лимфатического коллектора. Это и приводит к развитию лимфостаза верхней конечности. Оперированной показано консервативное лечение, включающее компрессионную, а так же улучшающую микроциркуляцию и венозный отток терапию.

Задача 197. Информацию о состоянии лимфатической системы можно получить с помощью лимфографии. Пациентке возможно выполнение объемных дермолипэктомий на обеих нижних конечностях с иссечением участков фибродермы.

Задача 198. У пациентки клиническая картина язвенной формы посттромбофлебитического синдрома левой нижней конечности, (C₆E_SAP. по международной классификации хронических заболеваний вен конечностей) Для уточнения диагноза (выявления флебогипертензии в подкожных магистральных, определения проходимости глубокого венозного русла и визуализации патологических рефлюксов, несостоятельных перфорантных вен) показано выполнение ультразвуковой доплерографии венозных сосудов левой голени, а так же флебографии при необходимости. Пациентке

следует произвести оперативное лечение. С учетом современных миниинвазивных тенденций во флебохирургии в данном случае весьма целесообразным вариантом оперативного лечения явилась бы эндоваскулярная лазерная коагуляция (ЭВЛК) подкожных вен с ликвидацией как вертикальных, так и горизонтальных рефлюксов крови по ним. Хотя в классической оперативной хирургии по-прежнему актуальным (несмотря на некоторую ортодоксальность) может быть - удаление большой и малой подкожных вен с субфасциальной перевязкой перфорантных вен предпочтительно из доступа по Фельдеру.

Задача 199. Пациенту показано оперативное лечение – наложение лимфовенозного анастомоза ниже зоны обструктивно-окклюзионного процесса.

Задача 200. У пациентки, страдающей посттромбофлебитическим синдромом правой нижней конечности, развился повторный илеофemorальный флеботромбоз с тромбоемболией мелких ветвей легочной артерии. Для диагностики источника эмболии и подтверждения тромбоемболии легочной артерии необходимо произвести доплерографию венозной системы таза и нижних конечностей, выполнить проксимальную флебографию с ангиопульмонографией. Следует назначить комплексную антитромботическую (антикоагулянтную), дезагрегантную и симптоматическую терапию. При получении информации о наличии высокоэмбологенных флотирующих тромботических масс в венозных магистральных ног и таза может быть показано эндовенозное вмешательство: постановка кава-фильтра или пластика подвздошной вены.

Тема 14

Задача 201. Пациенту не проводится санация бронхиального дерева. Пациента необходимо перевести в специализированное торакальное отделение для осуществления комплексного лечения.

Задача 202. Амилоидоза внутренних органов. Лечение оперативное –

нижнялобэктомия.

Задача 203. У пациента развилась несостоятельность культи правого легкого. Необходимо выполнить реторакотомию.

Задача 204. О внутриплевральном кровотечении. Его наличие может быть подтверждено пункцией плевральной полости. Показана реторакотомия с остановкой кровотечения.

Задача 205. Плохо проведенный пневмостаз во время операции. Необходимо произвести пункцию плевральной полости с аспирацией воздуха и дренированием по Бюлау.

Задача 206. Показана повторная торакотомия, санация плевральной полости, торакопластика.

Задача 207. Следует думать о раке нижней доли правого легкого. Показана бронхоскопия.

Задача 208. Необходимо трансторакально разблокировать абсцесс.

Задача 209. Возникло абсцедирование.

Задача 210. Возник прорыв гнойника в плевральную полость. Показано полипозиционное рентгенологическое исследование.

Задача 211. С целью уточнения диагноза необходимо выполнить бронхографию и КТ.

Задача 212. Сидром Бурхаве. Показано дренирование левой плевральной полости и шинирование пищевода.

Задача 213. Сквозное огнестрельное ранение правой половины груди, повреждение легкого, пневмоторакс.

Если в участковой больнице имеется рентгеновский аппарат, то необходимо выполнить рентгеновский снимок груди в прямой проекции.

Сделать плевральную пункцию во втором межреберье по среднеключичной линии, удалить воздух. Ввести наркотические анальгетики. Ввести противостолбнячную сыворотку. Созвониться с хирургом районной больницы и на санитарной машине отправить пациента в районную больницу в сопровождении медицинской сестры.

Задача 214. Хронический абсцесс правого легкого. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений дыхательной системы и сердечно-сосудистой системы, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.

Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

Задача 215. Острый абсцесс. Бронхоэктатическая болезнь, Тбс, опухоль Rg, общеклинические анализы, анализ мокроты.

Диета, улучшение дренирования (постуральный дренаж, вибромассаж, муколитики, ферменты), бронхосанация, дезинтоксикация, иммунокоррекция, при большом абсцессе – пункция и дренирование.

Задача 216. Хроническая отграниченная эмпиема правой плевральной полости. Остеомиелит 4 ребра справа. Необходимо выполнить сканирование грудной клетки и фистулографию.

Задача 217. Сформировался бронхоплевральный свищ. Необходима бронхография, бронхоскопия с введением красителя в полость эмпиемы. Показана временная окклюзия бронхиального дерева, при неэффективности необходимо оперативное лечение по поводу хронической эмпиемы плевры.

Задача 218. Спонтанный пневмоторакс слева. Обоснование: в анамнезе - фиброзно-кавернозный туберкулез. Клиника — острая боль в левой половине грудной клетки после кашля, нарастающая одышка. Объективно - тимпанит слева и отсутствие дыхания слева по средне-подмышечной и лопаточной линиям.

Дифференциальный диагноз необходимо проводить с плевритом, инфарктом. Лечение необходимо проводить в стационаре. При закрытом пневмотораксе и значительном количестве воздуха в плевральной полости необходим дренаж полости плевры с постоянной аспирацией воздуха с разрежением 20-30 мм водного столба, может быть использована временная эндоскопическая окклюзия соответствующего бронха, торакоскопия.