

Министерство здравоохранения Республики Беларусь

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ  
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ  
УНИВЕРСИТЕТ»

Первая кафедра хирургических болезней

**ЗАДАЧИ**  
**ПО КЛИНИЧЕСКИМ ХИРУРГИЧЕСКИМ СИТУАЦИЯМ**  
**ДЛЯ СТУДЕНТОВ 5-ГО КУРСА**  
**ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА**

Гродно 2021

УДК 617(076.1)  
ББК 54.5я73  
3 15

Рекомендовано Центральным научно-методическим Советом ГрГМУ  
(протокол № ----- от ----- 2021 г.).

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

Рецензент:

**3 15** **Задачи** по хирургическим ситуациям для студентов 5-го курса  
лечебного факультета / Под общ. ред. доц. Э.В. Могилевца. –  
[1-е изд. стереотип.]. – Гродно: ГрГМУ, 2021. – 63 с.

**ISBN 985-496-001-3**

Ситуационные задачи подготовлены для студентов 5-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, 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ .....	5
<b>ЧАСТЬ 1. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ .....</b>	<b>6</b>
Тема 1. Хронический панкреатит. Осложнения острого и хронического панкреатита.....	6
.....	
Тема 2. Заболевания печени. Хирургическое лечение паразитарных заболеваний .....	8
Тема 3. Постхолецистэктомический синдром. ....	11
Тема 4. Дифференциальная диагностика синдрома холестаза. ....	13
Тема 5. Закрытая травма живота. Травма грудной клетки. ....	16
Тема 6. Синдром портальной гипертензии. ....	20
Тема 7. Заболевания селезенки и диафрагмы. ....	21
Тема 8. Заболевания и повреждения пищевода. ....	25
Тема 9. Заболевания сердца.....	27
Тема 10. Заболевания средостения.....	31
Тема 11. Трансплантация органов и тканей.. ....	32
Тема 12. Сахарный диабет в хирургии.....	33
Тема 13. Заболевания молочной и щитовидной железы .....	
.....36	
<b>ЧАСТЬ II. ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ</b>	<b>39</b>
Тема 1.....	39
Тема 2.....	40
Тема 3.....	43
Тема 4.....	44
Тема 5.....	47
Тема 6.....	49

Тема 7.....	50
Тема 8.....	52
Тема 9.....	53
Тема 10.....	55
Тема 11.....	55
Тема 12.....	59
Тема 13.....	62

## ПРЕДИСЛОВИЕ

Ситуационные задачи составлены с учетом программы преподавания хирургических болезней на 5-ом курсе лечебного факультета. Она предусматривает усвоение студентами наиболее сложных тем по хирургии, к которым относятся механическая желтуха, портальная гипертензия, хронический панкреатит и его осложнения, хирургия эндокринных образований, опухоли и кисты средостения, неопухолевые заболевания пищевода и другие патологические процессы. Особенной актуальностью в связи с сегодняшними тенденциями в хирургии и современной структурой широко распространенной патологии являются разделы кардиохирургии, трансплантации органов и тканей, а также вопросы сахарного диабета в хирургии.

Важным моментом преподавания хирургических болезней на 5-ом курсе является приобретение студентами практических навыков при изучении клинической картины заболеваний с различными вариантами их течения, с учетом возрастных и половых особенностей. Не менее важным является и приобретение умений по диагностике разнообразных осложнений заболеваний, ознакомление с опасностями и трудностями в хирургии. Наконец, студенты старших курсов должны владеть современными сведениями о возможностях хирургических методов лечения. Все изложенное выше в полной мере учитывалось при составлении представленных задач по хирургическим ситуациям, которые являются важным элементом интегральной оценки глубины усвоения предусмотренных программой тем.

Решение студентами ситуационных задач, вырабатывает у них навыки по аналитическому мышлению, в самых сложных обстоятельствах помогает принимать правильное решение при оказании пациентам как плановой, так и экстренной хирургической помощи. Рассмотрение конкретных практических ситуаций актуализирует клинический вектор учебного процесса в условиях сегодняшней специфики существования современного оказания медицинской помощи.

*Заведующий первой кафедрой  
хирургических болезней,*

*доцент*

*Э.В. Могилевец*

## ЧАСТЬ I. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

### Тема 1. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА

**Задача 1.** Пациент, 65 лет, оперирован в плановом порядке по поводу длительно существующей механической желтухи. При ревизии обнаружен хронический панкреатит и рак пузырного протока с переходом на печеночный проток и общий желчный проток. Желчный пузырь небольших размеров, деформирован, в просвете его находятся камни. Печеночный проток непроходим до места слияния правого и левого протоков.

Каким образом можно помочь пациенту?

**Задача 2.** Пациент, 50 лет, страдающий в течение 3 лет упорными, интенсивными болями в эпигастральной области, взят на операцию с подозрением на опухоль поджелудочной железы. Во время операции опухоль не найдена, диагностирован хронический панкреатит. Обнаружен резкий фиброз части тела и хвоста поджелудочной железы с участками обызвествления в них. Патологии желчных путей не обнаружено.

Какую операцию следует выполнить?

**Задача 3.** Пациент, 44 лет, на протяжении последних 4 лет страдал болями в эпигастральной области. В течение последних 3 месяцев возникла желтуха. Пациент оперирован с подозрением на наличие опухоли головки поджелудочной железы. На операции опухоль не обнаружена. Выставлен диагноз псевдотуморозного панкреатита.

Какие приемы необходимо применить для интраоперационной диагностики в таких случаях? В чем будет заключаться операция?

**Задача 4.** Пациент, 48 лет, поступил в отделение с жалобами на тупые, почти постоянные боли в эпигастральной области, иррадиирующие в правое плечо и лопатку, в левое подреберье. Боли усиливаются при приеме жирной пищи. Отмечает слабость. За 2 месяца потерял 4 кг массы. У пациента часто повторяются поносы, обильный зловонный стул. Болен в течение 3 лет. Злоупотреблял алкоголем. 4 месяца назад у него появилась желтуха, которая постоянно нарастает. Живот мягкий. Печень увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. В общем клиническом анализе крови лейкоцитов  $9,2 \times 10^9$  /л, СОЭ 36 мм/ч, гемоглобин 100 г/л.

Ваш диагноз? Что Вы предпримете для дифференциальной диагностики? Какова тактика лечения пациента?

**Задача 5.** Пациента, 24 лет, в течение последнего года беспокоят ноющие боли в эпигастральной области и наличие нечетко пальпируемого, сферической формы образования в глубине эпигастральной области размером 15 x 20 см. Образование слегка пульсирует, шум над ним не выслушивается. В анамнезе у пациента тяжелая тупая травма живота.

Общее состояние удовлетворительное. Диспепсических расстройств, а

также расстройств стула и мочеиспускания нет. Диастаза мочи 256 единиц. В общем клиническом анализе и многочисленных биохимических исследований крови патологии не обнаружено. При рентгеноконтрастном исследовании желудка с водной взвесью бария сульфата определяется смещение желудка кпереди за счет образования, располагающегося позади него. При МРТ и УЗИ найдено кистозное образование в головке поджелудочной железы.

Ваш диагноз? Тактика ведения пациента?

**Задача 6.** Пациент, 56 лет, поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи. Желтуха появилась 1 месяц назад и интенсивно нарастает. Ранее приступов сильных болей пациент никогда не отмечал. При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен. Уробилин в моче отсутствует. При УЗИ исследовании - поджелудочная железа увеличена в размерах, ее экзогенность повышена.

Какой диагноз Вы поставите? Чем можно помочь пациенту?

**Задача 7.** Пациентка, 54 лет, жалуется на периодически появляющиеся у нее в течение 3 лет боли в эпигастральной области, особенно после приема жирной или острой пищи. Боли постоянные, ноющие, иррадиируют в позвоночник. Иногда они приобретают характер острых, опоясывающих. Часто пациентку беспокоит чувство дискомфорта в желудке, тошнота. Отмечает отсутствие аппетита, метеоризм, частые поносы. За последние 2 года значительно потеряла в массе тела. Боли становятся все интенсивнее, а приступы острых болей - чаще и продолжительнее. Желтухи не было.

Общий клинический анализ крови без особенностей. Диастаза мочи 256 ед. УЗИ не выявило изменений со стороны желчного пузыря. Однако общий желчный проток расширен. Камней в нем не найдено.

Ваш диагноз? Какие методы необходимо использовать для комплексного инструментального обследования? Как вести пациентку в дальнейшем?

**Задача 8.** Пациентка, 35 лет, жалуется, что после физического или психического напряжения, а также во время менструации у нее периодически появляются беспричинный страх, слабость, сонливость, приступы обильного потоотделения, дрожь. Иногда отмечает судороги в конечностях и диплопию. Такое состояние проходит через 10-15 мин. На протяжении 2 лет больную беспокоят боли и чувство распирания в подложечной области, периодически - диарея. Последние полгода состояние ухудшилось, описанные приступы участились. Стали возникать припадки, напоминающие эпилептические, иногда нарушение речи. Одновременно нарастает одышка. Во время приступов отмечается гипогликемия.

Какое заболевание можно заподозрить у пациентки? Что следует предпринять для уточнения диагноза? Какова тактика лечения? Экспертиза трудоспособности у данной пациентки.

**Задача 9.** Пациент, 48 лет, госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на наличие приступов болей в эпигастрии, левом подреберье, возникающих после нарушения диеты (прием жирной и обильной пищи). Боль длится 1-2 дня и сопровождается тошнотой, рвотой, снижением аппетита. Пациент пониженного питания. Стул 1-3 раза в сутки, пенистый, нередко сразу после еды.

Ваш диагноз? Какие методы следует использовать для подтверждения диагноза?

**Задача 10.** У пациента, 48 лет, длительно страдающего хроническим рецидивирующим панкреатитом на основании комплексного лабораторно-инструментального обследования установлено наличие атрофически-склеротических изменений в дистальном отделе поджелудочной железы. Они сочетаются с диффузным расширением вирсунгова протока в области тела и головки железы. Однако множественных стриктур на протяжении вирсунгова протока нет.

Какую операцию следует предложить пациенту?

**Задача 11.** У пациентки, 49 лет, страдающей хроническим рецидивирующим панкреатитом, в ходе комплексного лабораторно-инструментального обследования обнаружены значительные атрофически-склеротические изменения в области поджелудочной железы. Проток железы в области ее тела и головки проходим.

Какую операцию следует выполнить?

**Задача 12.** Пациент, 42 лет, кладовщик склада алкогольной продукции, предъявляет жалобы на резкие опоясывающие боли в эпигастриальной области, возникающие после любой еды, особенно после жирной и острой пищи; боли стихают при голодании, при приеме атропина, омепразола и анальгина. Беспокоит тошнота, рвота на высоте болей, не приносящая облегчения. После еды — сильное вздутие, урчание. Стул 3-4 раза в день, обильный, блестящий, с резким запахом прогорклого масла и гнилого мяса. Ваш диагноз?

## **Тема 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

**Задача 13.** У пациентки 23 лет во время обследования по поводу периодических болей в эпигастрии и изжоги в правой доле печени обнаружено очаговое образование до 2,5 см в диаметре. По заключению специалиста ультразвуковой диагностики – гемангиома. Каковы будут Ваши рекомендации?



**Задача 14.** У асоциального пациента 60 лет длительно лихорадящего с ознобами по вечерам в правой доле печени при томмографическом исследовании выявлено полостное образование до 6 см в диаметре с четкими контурами и неоднородными включениями по типу тканевого детрита и пузырьков газа. Ваш диагноз? Какова Ваша тактика в данном клиническом наблюдении?

**Задача 15.** В процессе обследования 48-летней пациентки по поводу синдрома ускоренного СОЭ в печени обнаружены множественные узловые образования в обеих долях печени. При объективном осмотре в наружном квадранте правой молочной железы четко пальпируется практически безболезненный узел. Выявляется положительный симптом Прибрама. Сформулируйте предварительный диагноз. Обоснуйте его и дальнейшую врачебную тактику.

**Задача 16.** У 45-летней не предъявляющей жалоб пациентки обнаружена гемангиома печени, занимающая всю левую долю печени. Каковы врачебные тактические подходы в данном клиническом наблюдении?

**Задача 17.** При ультразвуковом исследовании печени 82-летнего пациента выявлено наличие в обеих долях печени солитарных истинных кист 1 и 1,5 см в диаметре. Каково лечение данного пациента?

**Задача 18.** Пациент, 40 лет, оперированный 30 дней назад по поводу острого гангренозного аппендицита и тяжело перенесший послеоперационный период (длительная лихорадка, вскрытие межкишечного абсцесса и абсцесса дугласова пространства), вновь поступил в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, потрясающие ознобы, повышение температуры тела по вечерами до 38,5°C (утром до 37,2°C), появившуюся и постепенно нарастающую желтуху. Пульс 120 уд. в мин. Язык влажный. Верхнюю половину живота пациент щадит при дыхании. Живот мягкий, но в области правого подреберья определяется болезненность и ригидность мышц. Слабо положителен симптом Щеткина—Блюмберга. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, резко болезненная при пальпации. Лейкоцитов в крови  $18,0 \times 10^9$  /л. При рентгенологическом исследовании правый купол диафрагмы на своем обычном месте, но несколько ограничен в подвижности. Легочная ткань прозрачна. В правом плевральном синусе небольшой выпот.

Каков Ваш предположительный диагноз? Чем можно его подтвердить? Какова тактика лечения пациента?

**Задача 19.** У пациента, 24 лет, перенесшего в недавнем прошлом амebную дизентерию и прошедшего курс лечения с последующим выздоровлением, появились нарастающие, довольно интенсивные боли в правом подреберье, усиливающиеся при дыхании. Повысилась температура и стала носить интермиттирующий характер. Появились изнуряющие ознобы. Пациент стал прогрессивно терять в массе. При обследовании определяется болезненная значительно увеличенная печень. Стул и мочеиспускание в норме. Лейкоцитов в крови  $17,0 \times 10^9$  /л.

Ваш диагноз и тактика лечения?

**Задача 20.** Пациент, 41 лет, охотник, жалуется на тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. В анамнезе год назад были беспричинная крапивница и зуд кожи. При осмотре край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, закругленный, безболезненный. Другой патологии обнаружить не удалось. Температура тела нормальная. При УЗИ в печени определяется кистозное образование, а при обзорной рентгенографии брюшной полости и поддиафрагмальных пространств отмечается выпячивание в области правого купола диафрагмы полусферической формы.

О каком заболевании следует в этом случае думать? Какие дополнительные методы исследования могут помочь в постановке диагноза? Как определить, откуда исходит выявленное при рентгенологическом исследовании образование? Как лечить пациента?

**Задача 21.** У пациентки, 36 лет, диагностирован однокамерный эхинококк печени, расположенный в области заднего ската ее диафрагмальной поверхности.

В чем будет заключаться оперативное пособие при размерах эхинококкового пузыря 8x8 см? Каков должен быть доступ и характер операции?

**Задача 22.** Пациент, 42 лет, поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. У него внезапно возникла кровавая рвота. Пациент отмечает, что в течение последних 2 лет такое кровотечение начинается в 3-й раз. В анамнезе у пациента болезнь Боткина. При осмотре отмечается выраженная венозная сеть на передней брюшной стенке в виде «головы медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Вами поставлен диагноз кровотечения из варикозно - расширенных вен пищевода.

В чем будет заключаться неотложная помощь пациенту? Как следует его обследовать в дальнейшем, после остановки кровотечения?

**Задача 23.** У пациентки, 58 лет, диагностирована опухоль печени. Опухоль локализуется как будто бы только в ее левой доле. Общее состояние пациентки удовлетворительное и позволяет предложить ей радикальную операцию. Прежде чем решить вопрос об оперативном лечении, необходимо выяснить, не является ли эта опухоль метастатической.

Локализация рака в каких органах может привести к метастазированию в печень? Какие дополнительные исследования необходимо произвести пациентке для решения поставленного вопроса?

**Задача 24.** Пациентка, 75 лет, госпитализирована хирургический стационар с установленным на амбулаторном этапе диагнозом: рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха (общий билирубин 160 мкмоль/л). В виду тяжелой сердечно-сосудистой патологии ей была выполнена паллиативная операция: наложен гепатико-еюноанастомоз. Однако на 5-е сутки после операции у пациентки развилось кровотечение в

просвет кишки.

Каковы действия хирурга?

**Задача 25.** Пациент, 65 лет, поступил в хирургическое отделение с предварительным диагнозом: механическая желтуха? Желтушность склер и кожных покровов, ахоличный стул, темная моча появились у него постепенно, в течение 5-7 дней.

На основании комплексного инструментального обследования (УЗИ, РКТ, РПХГ) было установлено, что холедох не расширен, внепеченочные желчные пути проходимы.

Какова тактика хирурга?

**Задача 26.** У пациентки, 55 лет, с подтвержденным диагнозом эхинококкоза печени на 6-й день пребывания в хирургическом отделении появилась желтуха, потрясающий озноб, высокая температура.

Какие осложнения эхинококкоза развились у пациентки?

Каковы действия хирурга?

### **Тема 3. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**

**Задача 27.** Пациентка, 30 лет, эмоционально лабильная, 2 года тому назад перенесла холецистэктомию. После операции через 6 месяцев появились боли в правом подреберье, тяжесть в эпигастрии после еды, периодическая рвота с примесью желчи, особенно после стрессов. При рентгеноконтрастном исследовании желудка и 12-перстной кишки обнаружены маятникообразные движения бария в нижне-горизонтальной ветви 12-перстной кишки.

Каков диагноз и тактика лечения пациентки?

**Задача 28.** У пациентки, 82 лет, после погрешности в диете возникло ощущение тяжести в эпигастрии, тошнота, боль в правом подреберье, отрыжка. Через 2 дня появилась иктеричность кожи и темная моча. Пациентка поступила в стационар с явлениями механической желтухи. При обследовании выявлен дивертикул 12-перстной кишки.

Какова вероятная локализация дивертикула 12-перстной кишки, приведшая к механической желтухе и тактика хирурга при лечении данной патологии?

**Задача 29.** Пациентка перенесла холецистэктомию 2 месяца тому назад. В послеоперационном периоде по дренажу из брюшной полости подтекала желчь. Дренаж был удален на 8 сутки. После чего истечение желчи прекратилось, однако ежедневно отмечалось повышение температуры тела до 37,5-37,8°C, иногда с ознобами. В течение последней недели появилась темная моча, иктеричность кожи. Общее состояние пациентки ухудшилось. Поступила с диагнозом механической желтухи. При ЭРХПГ имеется блок гепатикохоледоха на уровне его бифуркации, холедох шириной 1 см. Выше

препятствия контраст не поступает.

Какой метод диагностики и лечения необходимо применить в данном случае?

**Задача 30.** 2 года назад пациент перенес холецистэктомию по поводу калькулезного холецистита. Через 6 месяцев после операции у него стали появляться боли в правом подреберье темная моча. При поступлении в хирургическую клинику билирубин в крови у пациента составляет 120 мкмоль/л.

Какой метод диагностики необходимо применить для определения уровня препятствия? Чем предположительно обусловлен ПХЭС у пациента?

**Задача 31.** Пациент 4 года назад перенес холецистэктомию. Через 1 год после операции возобновились боли в правом подреберье, иногда опоясывающего характера. При поступлении в стационар билирубин в крови у пациента составляет 21 мкмоль/л, а щелочная фосфатаза - 346 Ед/л. Он не переносит йодистые препараты.

Чем обусловлены боли у пациента и какие методы диагностики патологии желчных путей нужно применить?

**Задача 32.** У пациентки отмечаются резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в спину, рвота без примеси желчи, легкая иктеричность кожи и склер. При пальпации определяются мышечная защита в эпигастрии и умеренная болезненность. Живот вздут. Амилаза составляет 90 Ед/л. Год назад пациентка перенесла холецистэктомию.

Какова наиболее вероятная причина данного состояния и какие методы диагностики необходимо применить для подтверждения диагноза?

**Задача 33.** Пациент, 67 лет, 5 лет назад перенес холецистэктомию. Был выписан с диагнозом желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита, хронического панкреатита. После операции его беспокоили умеренные боли в эпигастрии и периодическое расстройство стула. Злоупотребляет алкоголем. При поступлении отмечается механическая желтуха. При УЗИ гепатопанкреатобилиарной системы найдены признаки хронического панкреатита (увеличение поджелудочной железы в области головки). При ЭРХПГ - дистальная часть холедоха сужена на протяжении 2,5 см. Сброс контрастного вещества в 12-перстную кишку резко затруднен. Холедох расширен до 2 см.

Какой вид и объем лечения необходимо применить у пациента?

**Задача 34.** У пациентки с ПХЭС, холедохолитиазом имеется механическая желтуха. Консервативное лечение, а так же ЭПСТ оказались не эффективными. Желтуха нарастает.

Какова лечебная тактика?

**Задача 35.** Пациентка с ПХЭС, поступила с жалобами на боли в эпигастрии. 3 года назад оперирована по поводу желчнокаменной болезни. На операции выявлен хронический панкреатит. Поступила для до обследования в связи с рецидивом болей.

Какую причину ПХЭС можно заподозрить у пациентки и какие

дополнительные методы обследования необходимо применить?

**Задача 36.** Пациент с ПХЭС, поступил в хирургическую клинику с механической желтухой и явлениями интоксикации. С диагностической целью ему произведена чрескожная чреспеченочная холангиография (ЧЧХГ). Через 3 часа у пациента внезапно появились боли в правой половине живота. Частота сердечных сокращений увеличилась до 100 уд. в мин., АД снизилось до 100/60 мм рт. ст.

Какое осложнение ЧЧХГ наступило у пациента и что необходимо предпринять?

**Задача 37.** Пациент с ПХЭС, 2 года назад перенес холецистэктомию. Приступообразные боли в правом подреберье с явлениями желтухи возобновились через 5-6 месяцев после операции. При поступлении общее состояние пациента средней степени тяжести. Отмечаются иктеричность кожи и склер.

Какова причина заболевания и наиболее достоверный метод диагностики заболевания?

**Задача 38.** Мужчина, 33 лет, астеник, 2 года тому назад перенес холецистэктомию. Спустя 6 месяцев после операции появились изжога, боли в эпигастрии. Боль возникает через 1,5 час после еды, иррадирует в спину. Изжога и боли исчезают после приема соды.

Какова наиболее вероятная причина ПХЭС и какие методы обследования необходимо применить для подтверждения диагноза?

**Задача 39.** Через 6 месяцев после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни у пациентки 45 лет стали повторяться приступы болей опоясывающего характера, периодически возникает желтушность склер.

Каков предварительный диагноз?

Каковы действия хирурга?

**Задача 40.** У пациента 48 лет, длительно страдающего от болей в эпигастральной области при РПХГ обнаружен стеноз дистальной части главного панкреатического протока на протяжении 1,5 см, его супрастенотическое расширение и замедленное опорожнение. Во время лапаротомии обнаружено, что поджелудочная железа уплотнена, ее дольчатость сглажена.

Каковы действия хирурга?

**Задача 41.** После эндоскопической ПСТ у пациента 62 лет через 4 часа после манипуляции появились боли в правой половине живота, лихорадка, перитонеальные явления.

Каков диагноз?

Какова тактика хирурга?

#### **Тема 4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА**

## ХОЛЕСТАЗА.

**Задача 42.** У 25-летней женщины с сывороточным билирубином 105 мкмоль/л (преимущественно непрямая фракция), нормальным содержанием щелочной фосфатазы, АЛТ увеличено в 10 раз, по данным УЗИ желчный пузырь 5/4/3 см, стенки не утолщены, в просвете конкремент 1,2 см, холедох в диаметре 0,7 см. Какой в данном клиническом наблюдении наиболее вероятный диагноз? Каким визуализирующим объективным методом исследования следует воспользоваться для исключения объемной патологии гепатопанкреатодуоденальной зоны или конкрементов холедоха?

**Задача 43.** У пациента 50 лет в течение 5 недель отмечается перемежающаяся желтуха, периодически повышается температура, нарастает анемия. При пальпации обнаружен растянутый безболезненный желчный пузырь—симптом Курвуазье. Какое заболевание можно предположить? Какие диагностические исследования смогут подтвердить предположительный диагноз?

**Задача 44.** Укажите наиболее вероятную причину возникновения перемежающейся механической желтухи, сопровождающуюся приступами желчной колики, у пациентки 32 лет, год назад перенесшую лапароскопическую холецистэктомию. Какими исследованиями данный патологический процесс может быть подтвержден?

**Задача 45.** Через год после холецистэктомии по поводу желчно-каменной болезни у пациента стали вновь возникать приступы печеночной колики, сопровождающиеся кратковременной желтухой. Какая причина подобного клинического симптомокомплекса представляется наиболее вероятной? Предложите диагностический алгоритм пациенту? Каково лечение показано в данном клиническом наблюдении.

**Задача 46.** На второй день после холецистэктомии по поводу ЖКБ у больного появилась желтуха, имеющая тенденцию к прогрессированию. Какая причина возникшего осложнения Вам представляется наиболее вероятной? Какими исследованиями возможно ее визуализация?

**Задача 47.** Пациентка 52 лет в условиях хирургического отделения получала консервативную терапию по поводу острого панкреатита. Через 3 недели после выписки появились лихорадка, ознобы, иктеричность склер и кожных покровов. В проекции головки поджелудочной железы пальпаторно определяется объемное болезненное образование. Какой диагноз наиболее вероятен? Какими исследованиями возможно его подтвердить?

**Задача 48.** Пациентка 56 лет переведена из хирургического стационара одной из районных больниц с жалобами на выраженный зуд кожных покровов, иктеричность склер и кожных покровов. Общий билирубин крови до 70 мкмоль/л. Оперированы экстренно по поводу деструктивного холецистита. Произведена классическая холецистэктомия от дна. Ревизия желчных протоков на операции не производилась из-за выраженного отека гепатодуоденальной связки. На выполненной ЭРХГ (эндоскопической

ретроградной холангиографии) отмечается наличие выраженного стеноза терминального отдела холедоха, препятствие для оттока желчи в 12-перстную кишку. Гомогенные тени диаметром 4-5 мм количеством не менее. Ваш диагноз? Какое лечение показано пациентке?

**Задача 49.** У пациента 85 лет имеет место безболевая желтуха в течение 1.5 месяцев. Пациент кахектичен. Общий билирубин 278 мкмоль/л. Клинически определяется положительный симптом Курвуазье. Какой диагноз следует предположить в данном клиническом наблюдении. Какова диагностическая и лечебная тактика?

**Задача 50.** Пациентка, 60 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым диабетом и кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II степени. Приступы холецистита у больной бывают 3—4 раза в год, протекают тяжело. Однако, учитывая ряд серьезных противопоказаний, хирурги отказывали больной в оперативном вмешательстве. Неделю назад у больной начался очередной сильный болевой приступ, но в отличие от предыдущих, он сопровождался желтухой. Иктеричность появилась через сутки после начала приступа, а к моменту поступления в больницу желтуха была сильно выражена, билирубин крови составлял 160 ммоль/л. Механический характер желтухи сомнения не вызывал. Несмотря на энергичное, лечение желтуха нарастает.

Что произошло с пациенткой? Какой должна быть тактика ее лечения?

**Задача 51.** Пациентку, 38 лет, третий раз за два последних года доставляют в хирургическую клинику с приступом острого калькулезного холецистита. При поступлении у нее отмечаются явления раздражения брюшины, которые постепенно нарастают. Выражена и становится интенсивнее желтушность кожных покровов. Билирубин крови составляет 80 ммоль/л. В моче уробилина нет. Кал частично обесцвеченный. К концу 2 суток больную решено оперировать.

Какая операция в данном случае будет выполнена? К какой интраоперационной диагностике следует обязательно прибегнуть?

**Задача 52.** Пациентка, 56 лет, тучная женщина, оперирована на 3-й день от начала приступа острого холецистита, осложнившегося нарастающей механической желтухой. Во время операции установлено, что желчный пузырь флегмонозно изменен, деформирован спайками, содержит множество конкрементов. Произведена холецистэктомия. При ревизии внепеченочных желчных протоков найдено, что общий желчный проток растянут до 4 см в диаметре. При его зондировании определяется камень в области фатерова сосочка. Камень вколочен. Многократные попытки удаления камня через рану холедоха в супрадуоденальном отделе не увенчались успехом. Операция затянулась.

Ввиду тяжелого состояния пациентки и значительных технических трудностей, связанных с ее тучностью, от операции трансдуоденальной холедохотомии решено отказаться.

Как нужно закончить операцию?

**Задача 53.** Пациент, 48 лет, оперирован 1,5 месяцев назад по поводу острого флегмонозного холецистита: производилась холецистэктомия. В желчном пузыре было обнаружено большое количество мелких холестериновых камней. При пальпации и зондировании общего желчного протока камней в нем не выявлено. Интраоперационная холангиография не производилась. Брюшная полость ушита с подведением тампона и дренажа к ложу желчного пузыря, которые удалены на 7—9 дни после операции. Состояние больного было удовлетворительным. На 15 сутки с момента выполнения хирургического вмешательства у пациента открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины не было. В сутки по свищу отделялось до 800 мл желчи. Общее состояние больного вначале особенно не страдало, но со временем у него появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови достиг 80 мкмоль/л. Реакция на стеркобилин в кале отрицательная.

Что могло послужить причиной образования свища? Какова Ваша тактика лечения пациента?

**Задача 54.** Пациент, 64 лет, с механической желтухой оперирован с подозрением на наличие камня общего желчного протока. Во время операции выяснилось, что у больного имеется рак фатерова сосочка с переходом на стенку общего желчного протока. Пузырный проток проходим, желчный пузырь резко растянут и напряжен.

Какую операцию можно выполнить в данном случае?

**Задача 55.** Молодую женщину, 28 лет, пониженного питания оперируют по поводу хронического калькулезного холецистита с частыми болевыми приступами. Операция протекает легко. Желчный пузырь, наполненный камнями, удален от шейки. Поскольку общий желчный проток не расширен, желтухи в анамнезе у пациентки не было и при пальпации протока камни в нем не определяются, рентгеноконтрастная холедохография во время операции не производилась. Операционная рана зашита наглухо.

На следующий день у больной отмечались сильные боли в правом подреберье, что, учитывая простоту и малую травматичность операции, вызывало некоторое удивление. Однако на 3 день у пациентки была обнаружена желтушность кожных покровов и слизистых оболочек. Состояние больной продолжало ухудшаться, желтуха интенсивно нарастала. Ее механический характер сомнений не вызывал, однако, вопрос о повторном вмешательстве не ставился, до тех пор, пока, на 5 день у пациентки в брюшной полости не стала определяться жидкость.

Какое осложнение развилось у пациентки? Что следует предпринять?

## Глава 5. ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА. ТРАВМА ГРУДНОЙ КЛЕТКИ



**Задача 56.** Пациент З., 45 лет, доставлен бригадой скорой помощи через 2 часа после травмы. Со слов больного поскользнулся и упал на левый бок. Жалобы на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся на вдохе. Объективно: общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные. Положение пациента вынужденное – на левом боку, изменение положение тела вызывает боли в грудной клетке и животе. АД 100/60 мм.рт.ст, ЧСС 100 в минуту. На левой половине грудной клетки – ссадины и кровоподтеки. Пальпаторно – локальная болезненность по ходу IX и X ребер слева по средней подмышечной линии. Живот не вздут, при пальпации резко болезнен и напряжен. Симптом Щеткина-Блюмберга положительн. При рентгеноскопии грудной клетки выявлен перелом X ребра слева.

Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза? Какова дальнейшая хирургическая тактика?

**Задача 57.** Пациентка Г., 18 лет ударилась о бордюрный камень левым боком при падении на физкультуре. Обращалась в медпункт и была отпущена с диагнозом: «Ушиб левой рёберной дуги». УЗИ и рентгенография не выполнялись. В течение суток беспокоили тупые боли в левом подреберье. Обратилась повторно в связи с появлением резких болей в левой половине живота, слабости, головокружения, затруднения дыхания в горизонтальном положении. Объективно: общее состояние тяжёлое, кожные покровы бледные. АД 90/50 мм рт.ст. ЧСС 100 в минуту. Hb 78 г/л. Ht 26%. Живот при пальпации болезненный в левых отделах, симптом Щёткина-Блюмберга сомнительный.

Сформулируйте диагноз? Какие ошибки допущены на догоспитальном периоде? Ваши лечебные мероприятия?

**Задача 58.** Пациент без сознания. Со слов сопровождающих 8 часов назад сбит автомобилем, получив при этом удар в область живота. Имеется массивный кровоподтек в области передней и боковой стенки живота слева. У пациента резкая бледность кожных покровов, пульс 120 ударов в минуту, артериальное давление 75/50 мм рт. ст., частота дыхательных движений 32 в минуту. Результаты лабораторного обследования: Eг  $2 \times 10^{12}$ /л, Hb 55 г/л, Ht 20%, L  $3,5 \times 10^9$ /л, п2% с60% б1% л25% м9%. СОЭ 15 мм/ч.

Какое повреждение наиболее вероятно у данного пациента? Какие мероприятия необходимы для уточнения диагноза?

**Задача 59.** Пациент Ш., 54 года, доставлен в приемный покой бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии. Из анамнеза: час тому назад попал в автоаварию. При осмотре межреберные промежутки сглажены, левая половина грудной клетки отстаёт при дыхании. Над левым легочным полем при перкуссии определяется тимпанит, при аускультации дыхание слева не проводится, ЧД 30 в мин.

Ваш предположительный диагноз? Укажите необходимые диагностические мероприятия для подтверждения диагноза? Каковы основные лечебные мероприятия?

**Задача 60.** Пациент С., 34 года. Предъявляет жалобы на «пронизывающую» боль в правой половине грудной клетки. Боли появились внезапно около часа назад во время очередного приступа кашля. При осмотре: положение пациента вынужденное, на правом боку. Кожные покровы бледные. Легкий акроцианоз. Дыхание поверхностное, ЧД 28 в минуту. Т 36,7 °С. АД 120/85 мм рт.ст. Аускультативно – справа дыхание не проводится, перкуторно определяется коробочный звук. Живот мягкий, безболезненный.

Ваш предположительный диагноз? Основные лечебно-диагностические мероприятия?

**Задача 61.** Бригадой скорой помощи доставлен пациент 30 лет через 1 час с момента ДТП. Состояние тяжелое, сознание спутанное. ЧСС 130 в минуту, АД 80/60 мм рт.ст., ЧД 28 в минуту. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Повреждений кожи нет. Над всей правой половиной грудной клетки при аускультации определяется резко ослабленное дыхание, а при перкуссии - притупление перкуторного звука даже в положении лежа.

Сформулируйте предварительный диагноз. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза? Методы лечения.

**Задача 62.** Строитель рабочий, 40 лет, упал с высоты 2 метров и ударился левым боком о бетонный блок. Жалобы на нехватку воздуха. Объективно: в сознании, беспокоен. Цианоз лица. Дыхание частое, поверхностное. ЧД 27 в минуту. ЧСС 96 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Имеется глубокая рана левой половины грудной клетки. Выраженная подкожная эмфизема туловища, головы и верхних конечностей.

Какое осложнение развилось у пациента с ранением груди? Укажите мероприятия по оказанию первой медицинской помощи.

**Задача 63.** Ребенок 9 лет упал с горки и ударился животом. Жалуется на боли в левой половине живота. При осмотре пульс 100 ударов в минуту, язык влажный. Живот не участвует в акте дыхания, напряжен в левой половине, где определяются симптомы раздражения брюшины.

Что может быть у ребенка? Что необходимо предпринять?

**Задача 64.** Пациентка, 26 лет, поступила в клинику после ДТП (рулевая травма). Жалобы на одышку, боли в левой половине грудной клетки, слабость. Объективно: перкуторно над поверхностью левого легкого определяется притупление звука, дыхание в этой области не выслушивается. Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные методы диагностики необходимы для установления клинического диагноза? Какая операция показана пациентке?

**Задача 65.** Пациент, 44 лет. Беспокоят болезненность в области правой лопатки при движении, боль в подмышечной области, усиливающаяся при движении, по поводу чего обратился к невропатологу. Из анамнеза известно,

что пациент за день до этого принимал алкоголь в большом количестве. Неврологических нарушений не выявлено, и пациент направлен к хирургу. При рентгеноскопии, выполненной по назначению хирурга, обнаружена патология в груди.

Ваш диагноз? Какие дополнительные методы рентгенологического исследования показаны, по вашему мнению, и с какой целью? Какое нужно лечение?

**Задача 66.** Пациентка, 65 лет, жительница Минска, при резком торможении троллейбуса упала и ударилась грудной клеткой о поручни, обратилась к участковому терапевту через неделю с жалобами на кашель с гнойной мокротой. В мокроте отмечала несколько раз кровохарканье.

Ваш диагноз? Какие инструментальные методы диагностики необходимы для установления клинического диагноза? Какое нужно лечение?

**Задача 67.** Молодой мужчина при автокатастрофе ударился правой половиной грудной клетки. Его беспокоят сильные боли в области ушиба, особенно при дыхании. Состояние пациента – относительно удовлетворительное, одышки и тахикардии нет. Некоторая бледность кожных покровов. При осмотре: выраженная болезненность при пальпации V-VII ребер справа от переднеподмышечной линии. Подкожная эмфизема в этой области. При аускультации ослабление дыхания справа. При перкуссии определяется коробочный звук.

Ваш предварительный диагноз? Какое обследование необходимо выполнить пациенту для установления клинического диагноза? Какое нужно лечение?

**Задача 68.** Мужчина 40 лет в алкогольном опьянении упал и 4-5 часов проспал на улице. Других обстоятельств травмы не помнит. Через 2 дня у него повысилась температура, появились боли в грудной клетке. В последующем повышение температуры до 39°. Через 2 недели внезапно при кашле отошло около 200 мл гноя с неприятным запахом.

Ваш предварительный диагноз? Какое обследование необходимо выполнить пациенту для установления клинического диагноза? Какое нужно лечение?

**Задача 69.** У пациентки в результате падения с высоты 3 метров появились резкие боли в грудной клетке справа, одышка. Рентгенологически выявлено коллабирование правого легкого, широкий горизонтальный уровень жидкости, резкое смещение тени средостения влево. При поступлении в общем клиническом анализе крови Hb-85 г/л, АД-110/60 мм рт. ст.

Ваш предварительный диагноз? Какое обследование необходимо выполнить пациенту для установления клинического диагноза? Какое нужно лечение?

**Задача 70.** Патрульным нарядом милиции вызвана машина скорой помощи. Прибыв на место происшествия, Вы обнаружили лежащего на спине

мужчину, у которого в грудной клетке в VI межреберье слева по переднеподмышечной линии торчит нож. Сознание пострадавшего помрачено, контакт практически невозможен. Зрачки узкие, пульс-120 ударов в мин., определяется только на крупных артериях. Артериальное давление-70/40 мм рт. ст. Дыхание слева резко ослаблено.

Как поступите с торчащим в ране ножом? Какую помощь Вы окажете пострадавшему?

**Задача 71.** Пациент, 42 лет, доставлен машиной скорой помощи с ножевым ранением груди. Жалобы больного: боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при вдохе, положение больного – сидячее, опираясь на руки. При обследовании: АД – 100/70 мм рт. ст. Пульс – 92 удара в 1 минуту. Общие анализы крови и мочи в пределах нормы. На рентгенограмме справа практически полностью отсутствует тень правого легкого. При осмотре раны определяется всасывание воздуха в плевральную полость.

Ваш предварительный диагноз? Какое обследование необходимо выполнить пациенту для установления клинического диагноза? Какое нужно лечение?

## **Тема 6. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Задача 72.** Пациент, 44 лет, госпитализирован в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Заболел внезапно: появилась обильная, повторная кровавая рвота. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании обнаружена большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась.

Что, по Вашему мнению, может служить источником кровотечения? Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

**Задача 73.** Пациент, 42 лет, поступил в стационар по экстренному дежурству. Кровавая рвота возникла внезапно. Пациент отмечает, что в течение 2 лет такое кровотечение начинается в 3-й раз. В его анамнезе болезнь Боткина. При осмотре отмечается выраженная венозная сеть на передней брюшной стенке в виде «головы медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Вами поставлен диагноз кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода.

В чем будет заключаться неотложная помощь пациенту? Как следует его обследовать в дальнейшем после остановки кровотечения?

**Задача 74.** В хирургический стационар поступил пациент с жалобами на значительное увеличение живота в объеме, одышку. При осмотре живот увеличен. Определяется свободная жидкость в брюшной полости при перкуссии. На передней брюшной стенке имеется выраженное расширение

венозной сети.

Диагноз? План дообследования? Тактика?

**Задача 75.** Пациент предъявляет жалобы на боли умеренного характера в правом подреберье. При осмотре отмечается наличие «сосудистых звездочек» на коже, а перкуторно - асцит. Печень увеличена на 4 см.

Диагноз? Тактика? Лечение?

**Задача 76.** В хирургический стационар поступил пациент, 48 лет, с жалобами на наличие болей в правом подреберье умеренного характера, отеки нижних конечностей и увеличение брюшной стенки. При фиброгастроскопическом исследовании диагностировано варикозное расширение вен нижней трети пищевода с кровотечением из них.

Диагноз? Тактика? Лечение?

**Задача 77.** Пациент, 25 лет, предъявляет жалобы на боли в правом подреберье, отеки нижних конечностей, наличие варикозно - расширенных вен на передней брюшной стенке. При пальпации печень и селезенка увеличены.

Ваш диагноз и тактика? Лечение?

**Задача 78.** У пациента, 48 лет, страдающего циррозом печени в течение последних 5-и лет при ЯМРТ воротная вена и внутripеченочная сосудистая сеть не изменены. Сброса контрастного вещества в нижнюю полую вену нет.

Каковы Ваши диагноз и тактика?

**Задача 79.** У пациента, 44 лет, длительно страдающего геморроем, часто осложняющегося профузным кровотечением, отмечено увеличение печени и наличие асцита.

Каковы Ваш диагноз и тактика?

**Задача 80.** При эзофагоскопии у пациента, госпитализированного в хирургическое отделение с диагнозом «желудочно-кишечное кровотечение?» обнаружено кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода.

Каковы Ваш диагноз и тактика?

**Задача 81.** После наложения прямого портокавального анастомоза у пациента с портальной гипертензией в раннем послеоперационном периоде появилась выраженная интоксикация. В биохимическом анализе крови отмечено повышение уровня трансаминазы, остаточного азота.

Каковы Ваши диагноз и тактика?

**Задача 82.** После наложения спленоренального анастомоза у пациента с портальной гипертензией через 6 месяцев после операции возобновилось кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода.

Каковы Ваши диагноз и тактика?

**Задача 83.** При спленопортографии воротная вена и внутripеченочная сосудистая сеть не изменены, сброса контрастного вещества в нижнюю полую вену нет.

Каковы Ваши диагноз и тактика?

**Задача 84.** У пациента 47 лет с циррозом печени при выделении воротной вены возникло кровотечение из сращений.

Каковы действия хирурга?

**Задача 85.** Пациент 52 лет оперирован по поводу цирроза печени, синдрома портальной гипертензии. Ему сформирован спленоренальный анастомоз. В раннем послеоперационном периоде внезапно возник рецидив кровотечения из вен пищевода.

Каковы Ваши действия и тактика?

## **Тема 7. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ И ДИАФРАГМЫ**

**Задача 86.** Пациентка, 56 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на чувство полноты в верхней половине живота. При объективном обследовании отмечается асимметрия живота за счет выбухания левого верхнего квадранта, пальпируется увеличенная селезенка. Возникло подозрение на кисту селезенки.

Какие методы инструментального обследования следует применить? Какой метод лечения необходимо использовать при подтверждении диагноза?

**Задача 87.** Пациентка, 69 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на периодические боли в левом подреберье с повышением температуры тела до субфебрильных цифр по вечерам. В анамнезе 2 месяца назад травма левой половины туловища. При объективном обследовании отмечается значительное увеличение селезенки. При УЗИ определяется жидкостное образование 15x10 см с неоднородностью структуры в проекции селезенки.

О каком диагнозе нужно подумать у пациентки? Какая тактика в лечении пациентки?

**Задача 88.** Пациент, 29 лет, доставлен в больницу после автоаварии в бессознательном состоянии с наличием политравмы. Отмечается резкая бледность кожных покровов, пульс слабого наполнения, АД 90/40 мм.рт.ст. При лапароцентезе получена жидкость слабо розового цвета. При УЗИ найдена размытость контуров селезенки с наличием жидкости в брюшной полости.

Какое дополнительное исследование нужно провести пациенту с целью исключения острой хирургической патологии и какова дальнейшая тактика его лечения?

**Задача 89.** Пациент, 56 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в области левого подреберья и наличие там же опухолевидного образования, появившегося после травмы 7 дней назад. При объективном обследовании пальпируется слегка болезненное, плотное образование, уходящее в левое подреберье. В ходе УЗИ обследования отмечается наличие жидкостного образования с неоднородными включениями, селезенка не визуализируется.

Какой предположительный диагноз у пациента и тактика в лечении?

**Задача 90.** Пациент, 72 лет, длительное время страдающий хроническим лимфолейкозом поступил в хирургическое отделение с клиникой острой кишечной непроходимости. Из анамнеза: периодически отмечает явления кишечной непроходимости со вздутием живота и не отхождением газов. Эти явления проходили после очистительной клизмы. При объективном обследовании пальпируется резко увеличенная селезенка 20x15 см, опускающаяся вплоть до гребня левой подвздошной кости. Живот резко вздут асимметричен. Проводимая консервативная терапия не эффективна.

Что является причиной острой кишечной непроходимости? Какой объем оперативного вмешательства необходимо выполнить пациенту?

**Задача 91.** Пациент, 60 лет, страдающий хроническим лейкозом в течение последних 5-и лет, после резкого наклона вперед через ограду (забор) с упором в живот, внезапно отметил появление слабости, недомогания, которые постепенно нарастают. Объективно: в левом подреберье пальпируется увеличенная селезенка, слегка болезненная.

Какой диагноз можно предположить у пациента? Какие дополнительные методы исследования нужно провести? Какова тактика его ведения?

**Задача 92.** В хирургическое отделение поступил пациент с подозрением на опухолевидное образование селезенки. При УЗИ и ЯМРТ выявлены множественные жидкостные образования селезенки с ее увеличением до 16x8 см. Из анамнеза выявлено, что пациент проживал в Казахстане.

О каком заболевании нужно думать у пациента? Какова тактика и объем его лечения?

**Задача 93.** Пациент, 56 лет, доставлен с железнодорожного вокзала с явлениями перитонита. Из анамнеза выяснено, что у него 2 года назад была обнаружена киста селезенки с увеличением последней до 12x6 см. При УЗИ, выполненном в момент поступления пациента в стационар, селезенка не визуализируется, а в брюшной полости определяется свободная жидкость.

О каком заболевании нужно думать при определении диагноза у пациента? Какой объем оперативного вмешательства должен быть выполнен? Как необходимо обработать брюшную полость?

**Задача 94.** Молодой человек, 22 лет, доставлен в хирургическое отделение со стройки, где упал с высоты на левый бок. Имеется перелом 9-11 ребер слева. Пациента беспокоят резкие боли в области переломов, нарастающая слабость, тахикардия. В общем клиническом анализе крови отмечается снижение гемоглобина до 70 г/л.

Каков предположительный диагноз у пациента? Определите тактику и объем лечения.

**Задача 95.** В дежурную больницу после автомобильной аварии доставлен пациент 34 лет с множественными переломами нижних и верхних конечностей, а также 6-8 ребер слева. Ему оказана помощь по поводу переломов конечностей и ребер, однако его состояние продолжает прогрессивно ухудшаться: нарастает слабость, головокружение. Отмечается

уменьшение гемоглобина до 80 г/л, снижается АД, нарастает тахикардия.

О какой сочетанной патологии нужно подумать? Какие дополнительные методы обследования нужно применить для установления причины ухудшения состояния? Какой объем помощи при подтверждении диагноза необходимо оказать пострадавшему?

**Задача 96.** У пациентки, 41 года, с диагностированной кистой селезенки в течение последних 5 лет, через 7 дней после перенесенной ангины, появилась по вечерам субфебрильная температура, слабость, недомогание, быстрая утомляемость. В связи с ухудшением состояния пациентка была госпитализирована в терапевтическое отделение. Проводимая консервативная терапия оказалась безэффективной. Состояние пациентки прогрессивно ухудшалось, появилась гектическая температура. В общем клиническом анализе крови стал определяться сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Какое осложнение ангины развилось у пациентки? Какие дополнительные методы обследования следует назначить и какая лечебная тактика должна быть при данном заболевании?

**Задача 97.** Во время плановой операции на желчном пузыре у пациентки 45 лет обнаружена эхинококковая киста ворот селезенки.

Ваша тактика?

**Задача 98.** Больная П., 63 лет, в экстренном порядке доставлена в приемное отделение. Из анамнеза установлено, что около 10 дней тому назад пациентка получила травму: ударилась левым боком о кресло, после чего в течение 5-7 дней отмечала умеренные боли в левом подреберье. За 1 час до госпитализации у нее внезапно появилась резкая боль в левом подреберье, с кратковременным потерей сознания. При поступлении АД 90/60 мм. рт.ст., пульс 100 уд. мин., слабого наполнения. Живот мягкий, умеренно болезненный по левому боковому каналу, здесь же притупление перкуторного звука и сомнительный симптом Щеткина-Блюмбера.

Ваш диагноз и тактика?

**Задача 99.** Пациент 45 лет оперирован в плановом порядке по поводу язвенной болезни 12-ти перстной кишки. Во время лапаротомии обнаружено большое количество овальных образований темно-вишневого цвета в диаметре от 1 до 3 см рассеянных по всей брюшной полости. В анамнезе у пациента – травматический разрыв селезенки и операция – спленэктомия.

Ваш диагноз и тактика?

**Задача 100.** Пациент, 48 лет, предъявляет жалобы на ощущение урчания, переливания в левой половине грудной клетки. Выше описанные жалобы появились у пациента после травмы: год тому назад упал с дерева. В первые минуты после падения пациент ощутил интенсивную боль в левой половине грудной клетки с однократной рвотой. В течение последующих 24 часов боль в левой половине грудной клетки купировалась самостоятельно. Однако постепенно пациент стал ощущать нехватку воздуха при физической нагрузке, появилось урчание в левой половине грудной клетки.



Ваш диагноз? План обследования и лечения пациента?

**Задача 101.** У призывника, 18 лет, на обзорной рентгенограмме грудной клетки отмечено высокое расположение левого купола диафрагмы, достигающей II-III ребер. Подвижность диафрагмы резко ограничена. Левый косто-диафрагмальный угол заострен. Жизненная емкость легких снижена на 10 %. Функция органов желудочно-кишечного тракта не нарушена. Пациент отрицает наличие травмы в анамнезе.

Ваш предположительный диагноз? Какова тактика ведения?

**Задача 102.** В дежурную больницу доставлен после автоаварии пациент 28 лет с клиникой острого живота. Во время экстренной лапаротомии установлено ущемление петли тонкой кишки в щелевидном дефекте в области левого пояснично-реберного отдела диафрагмы. Такой же дефект имеется в области правого пояснично-реберного отдела диафрагмы.

Ваш диагноз? Какую операцию необходимо выполнить?

**Задача 103.** Мужчина, 50 лет, страдает диспепсией и жгучими болями за грудиной. При обследовании выявлена скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

Какова тактика ведения пациента?

**Задача 104.** У пациента, 50 лет, после автотравмы, диагностирован перелом 3-ех ребер слева. В левой плевральной полости при полипозиционном рентгенологическом исследовании грудной клетки определяется уровень жидкости, занимающий 2/3 плевральной полости.

О каком осложнении следует думать? Какое исследование необходимо выполнить?

**Задача 105.** У пациента, 63 лет, внезапно появились резкие боли за грудиной, тошнота, рвота необильная, типа «кофейной гущи». За неделю до этого больному выполнялась рентгенография желудка с водной взвесью бария сульфата и была диагностирована грыжа пищеводного отверстия диафрагмы.

## **Тема 8. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА**

**Задача 106.** Пациентка, 20 лет, по ошибке приняла раствор каустической соды около 3 месяцев тому назад. В настоящее время развилась быстро прогрессирующая дисфагия. При рентгеноконтрастной эзофагографии с водной взвесью бария сульфата определяется рубцовая стриктура средней трети пищевода. В месте сужения диаметр пищевода не превышает 2-3 мм.

Какой метод лечения показан пациентке?

**Задача 107.** На прием к хирургу обратилась пациентка 34 лет с жалобами на периодически возникающую дисфагию. Начало заболевания она связывает с психоэмоциональным потрясением. 2 года тому назад, на основании комплексного инструментального обследования, ей был

выставлен диагноз ахалазии кардии. В последующем пациентка 3 раза проходила комплексное лечение, включая кардиодилатацию. Эффект от проводимой терапии оказывался непродолжительным.

Какой из методов лечения кардиоспазма следует применить в данном случае, учитывая стойкое и длительное течение заболевания?

**Задача 108.** У пациента, 58 лет, на фоне постоянных, интенсивных болей за грудиной возникают мучительная изжога, срыгивание съеденной пищи. Боль нередко иррадирует в межлопаточное пространство и в левое плечо. На ЭКГ отмечаются незначительные изменения в миокарде.

Какое исследование необходимо применить для установления диагноза заболевания?

**Задача 109.** Пациент предъявляет жалобы на повышенную саливацию, чувство “царапанья” в горле, неловкость при глотании, кашель. Периодически после начала еды появляется дисфагия и припухлость на шее. Иногда, чтобы проглотить пищу, пациенту приходится принимать вынужденное положение. При этом слышны булькающие звуки на шее, а припухлость исчезает.

Ваш диагноз?

**Задача 110.** Пациентка, 47 лет, эмоционально лабильная, удовлетворительного питания, жалуется на дисфагию, изжогу и загрудинную боль при эмоциональном стрессе. Загрудинная боль продолжается от несколько минут до часа, иррадирует в челюсть и спину. Боли возникают ночью, при ходьбе навстречу холодному ветру. Прием нитроглицерина уменьшает боль. Интенсивность боли снижается после отрыжки или приема соды. На ЭКГ патологические изменения отсутствуют. При эзофагографии с водной взвесью бария сульфата контрастное вещество беспрепятственно поступает в желудок.

Ваш диагноз?

**Задача 111.** Пациент, 55 лет, страдающий циррозом печени, госпитализирован в хирургическое отделение с кровотечением средней степени тяжести из варикозно-расширенных вен пищевода. При поступлении в общем клиническом анализе крови Нв-85 г/л, АД-110/60 мм рт. ст.

Ваша тактика?

**Задача 112.** Пациента, 45 лет, в течение последних 3 лет беспокоят, жалобы на затруднение прохождения пищи по пищеводу, регургитация 1-2 раза в сутки, периодическая боль за грудиной. Пациент пониженного питания. Общий и биохимический анализ крови пациента в пределах нормы.

Ваш диагноз?

**Задача 113.** В течение нескольких лет пациент лечился по поводу ИБС. Медикаментозное лечение не давало эффекта. На ЭКГ убедительных данных за ИБС не зарегистрировано. Болевой приступ возникал чаще всего после еды. Как правило, боль локализовалась в области шеи или за грудиной. После рвоты и многократных срыгиваний наступало облегчение.

Ваш диагноз?

**Задача 114.** У пациентки, 30 лет, жалующейся на дисфагию, тупую боль после еды за грудиной, периодическую регургитацию выявлены рентгенологические признаки ахалазии кардии 2 степени.

Ваш выбор лечения?

**Задача 115.** У пациентки, 32 лет, среди полного здоровья внезапно появилась дисфагия, боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание не переваренных кусков пищи. Пища проходила лучше после запивания ее теплой водой, молоком или чаем. При резком запрокидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала как пища «проваливалась» в желудок.

Ваш предположительный диагноз? Какие дополнительные методы исследования следует применить? Как лечить пациентку?

**Задача 116.** У пациентки, 52 лет, полгода назад появились жалобы на боль за грудиной во время приема пищи и почти постоянное чувство сильного жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии. При рентгенологическом исследовании пищевода с водной взвесью бария сульфата было установлено наличие дивертикула левой стенки пищевода на уровне бифуркации трахеи размером 3x4 см, располагавшегося тотчас ниже дуги аорты.

Какую тактику лечения следует избрать?

**Задача 117.** Пациента оперируют по поводу большого дивертикула левой боковой стенки пищевода на уровне бифуркации трахеи, располагавшегося тотчас ниже дуги аорты. Левосторонним боковым доступом в IV межреберье широко раскрыта грудная клетка. Пищевод выделен на значительном протяжении, взят на держалки, но, несмотря на тщательные поиски, обнаружить дивертикул не удается.

Какую ошибку допустил хирург? Что следует предпринять для того, чтобы найти дивертикул?

**Задача 118.** Женщина, 28 лет, полгода назад с суицидальной целью выпила несколько глотков уксусной эссенции. Длительно лечилась стационарно, при рентгенологическом исследовании проходимость пищевода не была нарушена. Была выписана в удовлетворительном состоянии без явлений дисфагии. В течение последнего месяца у пациентки появилась постепенно прогрессирующая дисфагия. При рентгенологическом исследовании пищевода отмечается его значительное сужение на протяжении средней и нижней трети, стенки ровные, перистальтика усилена. Обоснуйте диагноз и лечение пациентки.

**Задача 119.** У пациента, 42 лет, при выполнении фиброэзофагогастроскопии выявлен одиночный полип на ножке в средней трети пищевода, при биопсии атипичные клетки не обнаружены. Какое лечение показано пациенту?

**Задача 120.** Пациент, 24 лет, за час до поступления случайно проглотил швейную иглу длиной 4 см. При обзорной рентгенографии органов грудной полости в проекции пищевода обнаружено инородное тело, по форме и длине

соответствующее проглоченной игле. Какая Ваша дальнейшая тактика в плане обследования и лечения пациента?

## Тема 9. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА

**Задача 121.** Пациент, 44 лет, предъявляет жалобы на умеренно выраженную одышку, сердцебиение при малейшей физической нагрузке. Пациент с 25 лет страдает ревматизмом. При осмотре отмечается митральный румянец с явлениями акроцианоза. На ЭКГ выявлено увеличение правого желудочка. На рентгенограмме органов грудной клетки определяются застойные явления в легких. При эхокардиографии выявлен чистый митральный стеноз с сужением отверстия до 1 см, удовлетворительное состояние створок двухстворчатого клапана, сохранение функциональной способности хорд и папиллярных мышц.

Какое оперативное вмешательство без прекращения интраоперационной сердечной гемодинамики способно дать хороший клинический результат?

**Задача 122.** У пациентки, 33 лет, через 1,5 года после замены митрального клапана шариковым протезом по поводу его недостаточности внезапно появились боли в левой верхней конечности. При объективном осмотре рука бледная, прохладная на ощупь. Пульсация на лучевой артерии и плечевой артерии в нижней трети отсутствует. Активные движения в пальцах кисти ограничены.

Какое осложнение послеоперационного периода имеет место в данном случае.

**Задача 123.** Пациент, 60 лет, в течение 15 лет страдает ишемической болезнью сердца. 2 месяца назад он перенес инфаркт миокарда. Несмотря на проводимую терапию, у пациента сохраняются явления стенокардии покоя с труднокупируемыми приступами болей. На ЭКГ отсутствуют признаки положительной динамики.

Какие методы исследования являются основополагающими в определении показаний к оперативному лечению пациента?

**Задача 124.** У пациента, 48 лет, страдающего ишемической болезнью сердца и перенесшего мелкоочаговый инфаркт миокарда, выполнено коронарографическое исследование. При этом выявлено наличие атеросклеротической бляшки в устье левой коронарной артерии. Бляшка стенозирует просвет артерии на 80-85%.

Назовите, на Ваш взгляд, наиболее рациональный и современный способ реваскуляризации миокарда?

**Задача 125.** У пациента с клинической картиной прогрессирующей стенокардии покоя при выполнении коронарографии выявлены пролонгированный окклюзионный процесс в левой коронарной артерии и

множественные стенотические поражения основного ствола правой коронарной артерии. В ближайшем пост манипуляционном периоде у пациента развился обширный инфаркт миокарда.

Укажите лечебную тактику и методы лечения пациента в данном случае?

**Задача 126.** Пациент, 24 лет, поступил в отделение реанимации городской больницы в тяжелом состоянии. В течение последних 7 лет употребляет наркотики. На протяжении 10 дней отмечает катаральные явления. Специального лечения не проводил. Кожные покровы цианотичны. АД 90/55 мм рт. ст. Пульс ослабленных свойств до 120 уд. в мин. Имеется набухание шейных вен. В брюшной полости пальпируется увеличенная печень. На нижних конечностях определяются выраженные отеки. На ЭКГ вольтаж зубцов резко снижен. Зубец Т отрицательный в стандартных отведениях. При рентгенологическом исследовании грудной клетки отмечается увеличение размеров тени сердца. Контуры сердца шаровидной формы. Пульсирующие сердечные сокращения не определяются.

О каком заболевании следует думать в данном случае? Какие дополнительные диагностические и лечебные мероприятия следует произвести?

**Задача 127.** Пациент, 51 года, без определенного места жительства, в течение 10 лет страдает туберкулезом легких. Полноценное и систематическое лечение заболевания не проводил. На протяжении последнего месяца у больного выявлен экссудативный перикардит. При пункции сердечной сорочки получено около 270 мл серозно-мутной жидкости с хлопьями фибрина. Полость перикарда промыта. Через 2 недели клинически и по данным рентгенологического контроля, а также эхокардиографии найдено значительное количество экссудата в перикарде.

Какие лечебные мероприятия следует осуществить в данном случае?

**Задача 128.** У ребенка, 2 лет, с деформацией грудной клетки по типу «сердечного горба» при катетеризации отделов сердца выявлено повышенное насыщение кислородом крови в легочной артерии по сравнению с правым желудочком. При аортографии одновременно заполняются и аорта, и легочная артерия через функционирующий между ними проток.

Какой врожденный порок сердца имеет место в данном случае? Какое оперативное вмешательство следует произвести пациенту и в каком возрасте?

**Задача 129.** У пациента, 16 лет, во время проведения призывной комиссии заподозрено наличие порока сердца. Из анамнеза известно, что с рождения над сердцем у больного выслушивается систолический шум. Специального углубленного обследования не проводилось. В настоящее время стационарное обследование в кардиоцентре выявило наличие у пациента болезни Толочинова – Роже, с межжелудочковым дефектом в 5 мм.

Какое специальное хирургическое лечение требуется пациенту?

**Задача 130.** У пациента, 2 лет, отмечается наличие «чугунно-синей»

окраски губ и видимых слизистых, своеобразное утолщение ногтевых фаланг пальцев («барабанные палочки»), изменение формы ногтей (часовые стекла). После малейшей физической нагрузки ребенок отдыхает с приведенными к животу ногами. При эхокардиографическом исследовании выявлено наличие декстропозиции аорты, стеноз выходного отдела правого желудочка, гипертрофия последнего. Катетеризация полостей сердца установила выраженное увеличение давления в полости правого желудочка по сравнению с легочной артерией, а попадание при данной процедуре катетера из правого желудочка в левый позволило сделать вывод о наличии дефекта межжелудочковой перегородки.

Каким врожденным пороком сердца страдает пациент? В чем будет заключаться сущность радикального оперативного вмешательства у него?

**Задача 131.** У девочки, 8 лет, выявлено повышение систолического артериального давления на верхних конечностях до 180 мм рт. ст. Пациентка кахектична, отстает от сверстников в развитии. Артериальное давление на нижних конечностях определяется доплерографически в виде резкого ослабления пульсации общих бедренных артерий и ниже. Градиент давления между верхними и нижними конечностями составляет более 100 мм рт. ст.

Какое заболевание следует заподозрить в данном случае? Какими способами инструментального исследования следует воспользоваться для уточнения диагноза? Какое лечение необходимо предложить пациентке?

**Задача 132.** У пациента 45 лет на основании комплексного лабораторно-инструментального обследования выявлен митрально-трикуспидальный порок с преобладанием стеноза, недостаточность кровообращения IV стадии.

Определите наиболее оптимальную хирургическую тактику?

**Задача 133.** У пациента 47 лет имеется преобладающий митральный стеноз. В анамнезе эмболия сосудов головного мозга и почек.

Предложите наиболее оптимальную хирургическую тактику?

**Задача 134.** Пациентка В., 66 лет, поступила в кардиохирургическое отделение с жалобами на слабость, приступы давящих болей за грудиной иррадиирующих в левую лопатку, чувство нехватки воздуха при ходьбе до 200 м и при подъеме по лестнице до 2 этажа. Боль купируется приёмом нитроглицерина через 1-2 минуты. Из анамнеза установлено, что в течение последних 25 лет у пациентки повышается АД до 190/110 мм рт.ст. (ее рабочее АД - 130/80 мм рт.ст.). Принимает эналаприл. Мать страдала ИБС. Вышеописанные жалобы беспокоят 4 года. Объективно: состояние пациентки средней тяжести, телосложение гиперстеническое, питание повышенное, развитие подкожно-жировой клетчатки избыточное. Рост 172 см. Вес 102 кг. ИМТ 34. Объём талии 120 см. расширение левой границы сердца, PS= 59 в мин., ЧСС = 59 в мин., АД 145/90 мм. рт. ст., в лёгких везикулярное дыхание, единичные мелкопузырчатые влажные хрипы ниже лопатки справа. ЧД 20 в мин.; отёков нет.

Ваш предварительный диагноз? Какие обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

**Задача 135.** Пациент Г., 59 лет, поступил в кардиохирургический центр с жалобами на приступы давящих болей за грудиной с иррадиацией в левую руку, возникающие при физической нагрузке (дистанция без болевой ходьбы не более 200 м, подъем по лестнице не выше 2 этажа), купирующиеся приемом нитроглицерина через 1-2 минуты. Считает себя больным в течение последних 6 лет после развившегося инфаркта миокарда. Одновременно у пациента периодически повышается АД до 160/90 мм рт.ст. при рабочем 120/80 мм рт.ст. По данным выполненной пациенту коронарографии: тип кровоснабжения левосторонний. Ствол ЛКА-не изменён. ПМЖВ-стеноз в среднем сегменте 50-65%. ОВ-стеноз в среднем сегменте 40%. ПКА-неровности контуров, стеноз в среднем сегменте 80%. Факторы риска: мужской пол, возраст старше 55 лет, абдоминальное ожирение. Объективно: состояние пациента средней тяжести, телосложение гиперстеническое, питание повышенное, развитие подкожно-жировой клетчатки избыточное. Рост: 175 см. Вес: 109 кг. ИМТ: 36. Объем талии: 123 см. расширение левой границы сердца, PS= 69 в мин., ЧСС = 69 в мин., АД 120/80 мм. рт. ст., в лёгких везикулярное дыхание, ЧД 18 в мин.; отёков нет.

Ваш диагноз и тактика ведения пациента?

## Тема 10. ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ

**Задача 136.** Пациентку, 36 лет, периодически беспокоит ноющая боль в области сердца. На ЭКГ – норма. При обзорной рентгенографии грудной клетки в правом кардио-диафрагмальном углу выявлено опухолевидное образование слева и снизу сливающееся с тенью сердца и диафрагмы, справа - четко отграниченное от легочной ткани.

О каком заболевании следует думать? Какое применить лечение?

**Задача 137.** У пациентки, 32 лет, при рентгенологическом исследовании грудной клетки в переднем верхнем средостении выявлено опухолевидное образование размером 8 x 7 см.

О каких заболеваниях следует подумать? Какие дополнительные специальные методы исследования необходимо выполнить?

**Задача 138.** У пациентки, 33 лет, отмечается повышение температуры тела до субфебрильных цифр, зуд кожи. Периферические лимфоузлы не увеличены. При полипозиционном рентгенологическом исследовании грудной клетки и МСКТ выявлены пакеты увеличенных лимфоузлов в средостении.

О каком заболевании следует думать? Какие методы исследования необходимо выполнить?

**Задача 139.** У пациента, 59 лет, во время бужирования пищевода в вслепую бужом №32 по поводу его послеожоговой стриктуры появились резкие боли за грудиной, повысилась температура тела, появилась крепитация на шее.

Какое осложнение бужирования возникло у больного? Какое исследование необходимо выполнить? Какова тактика ведения пациента?

**Задача 140.** Пациент, 36 лет, во время употребления в пищу жареной рыбы внезапно ощутил резкие боли за грудиной. В течение последующих 2 часов состояние больного прогрессивно ухудшалось: повысилась до 39°C температура тела. При объективном осмотре пациента боль за грудиной усиливается при запрокидывании головы, а так же при поколачивании по груди.

Ваш предположительный диагноз? Каков план обследования и лечения пациента?

**Задача 141.** Пациент, 54 лет, поступил в клинику с диагнозом внутригрудной зоб? При рентгенологическом исследовании определяется округлая тень с чёткими контурами в правых отделах передне-верхнего средостения. Какие дополнительные исследования необходимы для постановки диагноза и тактика лечения?

**Задача 142.** Пациент, 43 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в спине. При рентгенологическом исследовании определяется округлая тень с чёткими контурами в области позвоночно - рёберной борозды справа. Каков предположительный диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки диагноза и тактика лечения?

**Задача 143.** Пациент, 37 лет, поступил в клинику с диагнозом: киста перикарда, которая была выявлена при прохождении профосмотра в поликлинике. При рентгенологическом исследовании определяется округлая тень с чёткими контурами в правом кардиодиафрагмальном углу. Ваш диагноз? Ваша тактика обследования и лечения?

**Задача 144.** Пациент, 34 лет, поступил в клинику с жалобами на боль в грудной клетке, озноб, повышение температуры тела до 38,5 градусов. Объективно: состояние больного тяжелое, определяется подкожная эмфизема. Из анамнеза известно, что пациент 5 дней назад получил ожог пищевода кислотой. Что с пациентом? Какие дополнительные исследования необходимы для постановки диагноза и тактика лечения?

## **Тема 11. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ**

**Задача 145.** Мужчине, 21 год требуется трансплантация почки. У него имеется брат близнец, старшая сестра, жена, которые по результатам обследования могут стать донорами. Какие виды трансплантации могут быть применены в данном случае? Кто из доноров является наиболее оптимальным?

**Задача 146.** В отделении реанимации и интенсивной терапии находится потенциальный донор. Определите действия врача по дальнейшей организации забора органов. Созовите необходимый консилиум. Какие



методы исследования должны быть использованы для констатации смерти головного мозга?

**Задача 147.** Пациент на приеме в поликлинике заявляет о несогласии быть донором после смерти. Опишите действия врача в данной ситуации?

**Задача 148.** Пациент З., 50 лет. Диагноз: Дилатационная кардиомиопатия, ХСН ФК 4, курит, состоит на учете в психоневрологическом диспансере с диагнозом шизофрения. Решите вопрос о включении в лист ожидания трансплантации сердца.

**Задача 149.** Пациент Ф., 40 лет. Диагноз: Цирроз печени, класс С по Child-Pugh. Проведите дообследование, укажите условия включения в лист ожидания пересадки печени.

**Задача 150.** Пациент Х., 69 лет. Диагноз: СД 2 тип, диабетическая нефропатия. ХПН 4. Диабетическая макроангиопатия с поражением подвздошных сосудов. Решите вопрос о включении в лист ожидания трансплантации.

**Задача 151.** В ходе трансплантации почки после включения трансплантата в кровоток мочи не получено, в течение 15 мин наблюдения – отек трансплантата, гиперемия, разрыв донорской почки. Какое осложнение развилось, причина, механизм развития, пути возможной профилактики, ваши действия.

**Задача 152.** Через 2 недели после пересадки почки у пациента отмечается олигурия, нарастание уремии, по результатам УЗИ: увеличение толщины паренхимы почки до 25 мм, увеличение индекса резистентности. Какое осложнение развилось, причина, механизм развития, пути возможной профилактики, ваши действия.

**Задача 153.** Больной В., 65 лет, страдавшей хронической почечной недостаточностью, в плановом порядке осуществили пересадку почки. Однако в течение нескольких часов произошло ее сверхострое отторжение, и пациентка вновь была переведена на гемодиализ.

Каков возможный механизм сверхострого отторжения трансплантированной почки?

**Задача 154.** Больной К., 47 лет, в течение 7 лет страдает хронической почечной недостаточностью. Регулярно через сутки ему проводят гемодиализ. В последние месяцы общее состояние пациента прогрессивно ухудшается. Консилиум врачей в составе нефролога, терапевта, анестезиолога-реаниматолога и трансплантолога рекомендовали пациенту трансплантацию почки.

Какие лабораторные тесты целесообразно провести для минимизации риска отторжения трансплантата?

**Задача 155.** Пациентке В., 48 лет страдающей циррозом печени, класс С по Child-Pugh произведена трансплантация печени.

Какие осложнения посттрансплантационного периода могут развиваться у нее?

**Задача 156.** Перспективным направлением трансплантологии считается

выращивание органов для трансплантации из стволовых клеток человека. Оно позволит заменить любой орган собственного тела на более молодой и здоровый. Вместе с тем, на данный момент ученые далеки от разрешения этой проблемы.

Какие морально-этические проблемы мешают развитию трансплантации из стволовых клеток?

**Задача 157.** Каковы условия изъятия органов и тканей у живого донора?

**Задача 158.** Условия изъятия органов и тканей у трупа?

## Тема 12. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В ХИРУРГИИ

**Задача 159.** Пациент 56 лет страдает сахарным диабетом 2 типа. Диабет компенсирован диетой и приемом глюренорма. Ему предстоит операция по поводу калькулезного холецистита. Какова тактика гипогликемизирующей терапии?

**Задача 160.** Пациент Х., 69 лет. Диагноз: СД 2 тип, диабетическая нефропатия. ХПН 4. Диабетическая макроангиопатия с поражением подвздошных сосудов. Решите вопрос о включении в лист ожидания трансплантации.

**Задача 161.** При обследовании пациента с остеомиелитом фаланг I пальца стопы и флегмоной подошвенной поверхности стопы выявлена удовлетворительная пульсация артерий стопы. Какова дальнейшая тактика хирурга?

**Задача 162.** У пациента на фоне декомпенсации сахарного диабета (гликемия 26 ммоль/л, метаболический ацидоз) возникла рвота, боли в животе, дыхание Куссмауля. Температура тела не повышена, при осмотре живота отмечается болезненность и дефанс мышц во всех отделах. Составьте план дальнейшего обследования и лечения такого пациента.

**Задача 163.** У пациента имеется обширная флегмона стопы с гангреной кожи подошвенной поверхности. Пульс на подколенной артерии определяется. Каков объем оперативного лечения?

**Задача 164.** У пациента с сахарным диабетом имеются постоянные боли в стопе, уменьшающиеся только при опускании конечности с кровати. Пульс определяется только на бедренной артерии, волосяной покров на стопе отсутствует. Чувствительность стопы резко снижена. Каков диагноз и тактика лечения?

**Задача 165.** У пациента с сахарным диабетом имеется трофическая язва подошвенной поверхности стопы. Пульс на артериях стопы определяется, чувствительность стопы резко снижена. Каков диагноз и тактика лечения?

**Задача 166.** У пациента с сахарным диабетом после инъекции на бедре возник отек, болезненный по периферии, с малоизмененной кожей. Отек с

течением времени не рассасывается. Появилась гиперемия кожи, интенсивная болезненность и крепитация, определяемые при пальпации. Каков предположительный диагноз и тактика лечения? Какие меры профилактики возникновения подобных осложнений следует предпринять?

**Задача 167.** Пациенту с инсулинозависимым диабетом первого типа (инъекции пролонгированного инсулина 2 раза в сутки) предполагается удаление под местным обезболиванием в амбулаторных условиях атеромы волосистой части головы. Какие изменения в график и применяемые гипогликемические препараты следует внести в данном клиническом наблюдении?

**Задача 168.** У пациента с сахарным диабетом на третьи сутки после операции по поводу острого флегмонозного перфоративного аппендицита, местного неотграниченного перитонита отмечается стойкое повышение уровня глюкозы, плохо корригируемое дополнительным введением простого инсулина. Температура субфебрильная, к вечеру подымается выше 38° С, периодически с ознобами и обильным потоотделением, перистальтика вялая, живот несколько поддут болезненный в гипогастрии. Кожа в области послеоперационной раны обычного цвета, пальпация раны слабо болезненна. Каковы дальнейшие действия?

**Задача 169.** У пациента с 20- летним анамнезом сахарного диабета и трудно коррегируемым уровнем глюкозы в течение последнего полугодия внезапно появились слабость, головная боль, чувство тяжести в эпигастральной области и боль без четкой локализации, икота, рвота «кофейной гущей» (гемотемезис) и дегтеобразный стул (мелена), запах ацетона изо рта, тахикардия при нормальной температуре тела. Общее теч сухой и обложенный. Пульс частый, слабого наполнения. Артериальное давление пониженное (90/50 мм рт ст). На ЭКГ то наблюдается – желудочковая экстрасистолия. При осмотре живота отмечается умеренное его вздутие и «шум плеска». Мышцы живота не напряжены. При ректальном осмотре обнаруживают дегтеобразный стул. При фиброгастродуоденоскопии выявляются множественные эрозии желудка, диффузная кровоточивость слизистой желудка. Какова тактика дальнейшего лечения?

**Задача 170.** У пациента в течение 7 лет отмечается повышение уровня глюкозы. Диагностирован сахарный диабет 2 типа. Назначен прием сахароснижающих таблетированных препаратов. Отмечается нерегулярный их прием пациентом, злоупотребляет алкголем. В течение года пациента беспокоят онемение стоп, чувство ползания мурашек, парастезии в ногах. Последнюю неделю после гигиенической обработки ногтей отметил появление болезненной язвочки по медиальной поверхности 1 пальца правой стопы. Пальпаторно стопы теплые, гиперкератозы подошв, повышенное потоотделение. Пульсация обеих артерий стоп с обеих сторон отчетливая. Какое осложнение сахарного диабета имеет место в данном

случае? Какова лечебная тактика?

**Задача 171.** Пациент, длительно страдающий сахарным диабетом и одиноко проживающий, машиной скорой помощи доставлен в приемный покой стационара. Скорая помощь вызвана соседями в связи с тем, что адекватного контакта с пациентом нет, сознание спутанное, характеризовать свое состояние не может. Пациент среднего возраста, находится в полуобморочном состоянии, на вопросы отвечает не совсем правильно. Температура тела  $35,1^{\circ}\text{C}$ . Цианоз кожи лица. Пульс 120 ударов в одну минуту. Дыхание шумное глубокое. В акте дыхания участвуют грудные, шейные и брюшные мышцы. Тонус глазных яблок понижен. АД 100/50 мм рт ст. Отмечаются вздутие и боль в животе без четкой локализации, напряжение мышц передней брюшной стенки, наиболее выраженное на высоте вдоха, «шум плеска» в брюшной полости. На выдохе живот становится мягким, и пациент почти не реагирует на пальпацию. Сахар крови - 29,4 ммоль/л, Лейкоциты крови  $34 \cdot 10^9$  /л. В моче: глюкозурия, присутствует ацетон и белок, большое количество форменных элементов крови и зернистых цилиндров. Как вы расценивается клинический абдоминальный синдром в данном случае? Какова лечебная тактика?

**Задача 172.** У пациента 64 лет, находящегося на обследовании в ангиохирургическом стационаре по поводу интенсивных болей в покое в нижних конечностях больше справа, впервые выявлен и выставлен диагноз сахарного диабета 2-го типа. Клинически отсутствует пульсация на обеих бедренных артериях. При ангиографическом исследовании выявлена полная окклюзия правой наружной подвздошной артерии и непротивященное поражение общей подвздошной артерии. Какое лечение показано пациенту?

### Тема 13. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.

**Задача 173.** Пациентка, 24 лет, поступила с жалобами на раздражительность, потливость, сердцебиение. Щитовидная железа не увеличена. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы 5x5 см с четкими границами.

О каком заболевании следует думать? Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

**Задача 174.** После операции субтотальной резекции щитовидной железы у пациентки возникли судороги в конечностях. Стали определяться симптомы Хвостека, Труссо.

Какие послеоперационные осложнения возникли у пациентки?

**Задача 175.** Пациентка, 25 лет, перенесла тяжелую фолликулярную ангину. Постепенно боли при глотании прошли, состояние улучшилось.

Однако через 2 дня вновь поднялась температура тела до 38<sup>0</sup>С и появились боли при глотании. Левая доля щитовидной железы увеличилась. Она стала плотной, резко болезненной, кожа над ней гиперемирована. Появилась тахикардия, раздражительность, потливость. Лейкоциты крови - 12x10<sup>9</sup>/л.

Какое осложнение наступило у пациентки? Как лечить пациентку?

**Задача 176.** Пациентка, 56 лет, в течение 8 лет наблюдается у эндокринолога по поводу диффузного эутиреоидного зоба. После пункционной биопсии железы поставлен диагноз: зоб Хасимото.

Какова дальнейшая тактика?

**Задача 177.** У пациентки, 32 лет, при пальпации хорошо определяется перешеек и обе доли щитовидной железы без видимого нарушения конфигурации шеи.

Какая это степень зоба?

**Задача 178.** После операции у пациентки, оперированной по поводу тиреотоксического зоба (произведена субтотальная субфасциальная резекция щитовидной железы) отмечается тахикардия до 120-140 уд. в мин, повышение температуры тела до 39<sup>0</sup>С. Пациентка заторможена. Ее АД равняется 195/110 мм рт. ст.

Какое осложнение операции возникло у пациентки? С чем связано его развитие?

**Задача 179.** У пациентки, 45 лет, при пальпации щитовидной железы определяется ее увеличение 3 степени. Железа твердая, подвижная. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

О каком заболевании щитовидной железы следует думать? Какие методы исследования необходимо выполнить для установления диагноза заболевания?

**Задача 180.** Пациентка, оперированная полгода назад по поводу тиреотоксического зоба, пришла на прием с жалобами на слабость, сонливость, упадок сил, прогрессирующее прибавление массы тела. При осмотре: пастозность, одутловатость лица, сухость кожи. Щитовидная железа не увеличена. Послеоперационный рубец в хорошем состоянии.

Что произошло с пациенткой? Как ее нужно лечить?

**Задача 181.** У пациентки, 32 лет, после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции появилась тахикардия, раздражительность, резкая потливость, слабость.

О каком заболевании следует думать? Какие методы исследования необходимо выполнить для установления правильного диагноза заболевания?

**Задача 182.** Пациентка, 29 лет, поступила в клинику с выраженными симптомами тиреотоксикоза.

Какова тактика ведения пациентки?

**Задача 183.** У пациентки, 51 года, 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб 3x3 см. За последние 3 месяца образование

увеличилось вдвое. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой жевательной мышцы увеличены и плотны.

Какой Вы поставите диагноз? Как можно его подтвердить? Как будете лечить пациентку?

**Задача 184.** Пациентка, 29 лет, кормящая, в течение четырех суток жалуется на боли в правой молочной железе. В момент осмотра отмечается гектическая температура. Правая молочная железа визуально больше, чем левая, в верхненаружном квадранте — гиперемия кожных покровов. Пальпаторно определяется болезненность и флюктуация в центре пальпируемого образования. Каков диагноз? Какое показано лечение?

**Задача 185.** У пациентки диагностирован левосторонний лактационный мастит. В результате ухудшения состояния — госпитализирована. Объективно: левая молочная железа увеличена в объеме, напряженная, болезненная при пальпации. В нижнем внешнем квадранте пальпируется инфильтрат размером 4×5×6 см, с флюктуацией в центре. Какой разрез необходимо провести в данном случае при хирургическом вскрытии абсцесса? Какие элементы миниинвазивного лечения возможно применить с целью получения максимального косметического эффекта?

**Задача 186.** У пациентки 50 лет молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме, кожа железы покрыта красными пятнами с неровными «языкообразными» краями, сосок втянут и деформирован. Ваш диагноз? Какими диагностическими приемами целесообразно воспользоваться для подтверждения диагноза?

**Задача 187.** При профилактическом медицинском осмотре у молодой здоровой нерожавшей женщины в правой молочной железе обнаружено опухолевидное образование округлой формы, плотноэластической консистенции, диаметром 3 см, безболезненное при пальпации. Каков предварительный диагноз? Составьте план обследования пациентки.

**Задача 188.** Женщина, 28 лет, жалуется на наличие образования в левой подмышечной области, которое в период менструального цикла становится более плотным и слегка болезненным. Образование округлой формы, диаметром 4 см, мягко-эластической консистенции, имеет дольчатое строение.

Какой может быть поставлен диагноз? Что следует предпринять?

**Задача 189.** Кормящая мать в течение 3 недель страдает воспалением правой молочной железы. В железе отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см. Кожа над ним синюшно-багровой окраски. Образование резко болезненно, однако размягчение или флюктуация не определяются. Общее состояние пациентки удовлетворительное, но температура тела по вечерам достигает 38°C. Иногда бывают ознобы. Пациентку беспокоит слабость, усиленное потоотделение. Состояние

пациентки не улучшается, несмотря на консервативное комплексное лечение.

Какая форма мастита у пациентки? Как следует поступить?

**Задача 190.** У кормящей женщины через 4 недели после родов появились боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. Температура тела поднялась до 39°C. Появились головная боль, чувство разбитости. Исчез аппетит. Кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая молочная железа увеличена в объеме. Имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотной консистенции, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется.

Ваш диагноз и тактика лечения пациентки?

**Задача 191.** У женщины, 20 лет, обнаружен рак молочной железы I стадии.

Какой должна быть хирургическая тактика?

**Задача 192.** У женщины, 30 лет, поставлен диагноз: «рак правой молочной железы II б стадии».

Как лечить пациентку?

**Задача 193.** Пациент, 35 лет, жалуется на покраснение и утолщение соска. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты мокнущими корочками и струпиками. После их слущивания обнаруживается влажная, зернистая поверхность. При пальпации сосок утолщен и плотен.

Какое заболевание Вы заподозрили у пациентки? Как уточнить диагноз?

**Задача 194.** У женщины, 30 лет, ни разу не беременевшей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усиливающиеся перед менструацией. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо-зеленого цвета. Молочные железы имеют грубо дольчатое строение, а в их верхне-наружных квадрантах обнаруживается мелкая зернистость. Периодически болезненные ощущения заметно уменьшаются без какого-либо лечения, а затем появляются вновь.

Какой может быть поставлен диагноз? Как лечить пациентку?

**Задача 195.** У незамужней женщины, 32 лет, периодически в течение 3-ех последних лет стали появляться болезненные набухания молочных желез, усиливающиеся в предменструальном периоде. Несколько дней назад пациентка обнаружила опухоль в левой молочной железе. Молочные железы внешне не изменены. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы обнаруживается узел без четких контуров размером 3 x 2 см. Узел плотноэластической консистенции, слегка болезненный при пальпации, но спаян с кожей и окружающими тканями. Кожа над ним не изменена. Симптом Кенига отрицательный. В положении пациентки лежа узел пальпируется менее четко. Регионарные лимфатические узлы не определяются.

Какое заболевание у пациентки? Как ее лечить?

**Задача 196.** У пациентки, 50 лет, появились кровянистые выделения из соска. Уплотнений в молочной железе нет.

Каковы Ваши диагноз и тактика?

**Задача 197.** Через 1 год после мастэктомии, произведенной по поводу рака молочной железы, у пациентки, 48 лет, при УЗИ обнаружен геморрагический выпот в плевральной полости.

Каковы Ваши диагноз и тактика?

**Задача 198.** У пациентки, 23 лет, не имевшей беременности и родов во время осмотра обнаружено болезненное диффузное уплотнение обеих молочных желез. Поставьте диагноз и назначьте лечение.

## **ЧАСТЬ II. ОТВЕТЫ НА СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

### **Глава 1. ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ. ОСЛОЖНЕНИЯ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО ПАНКРЕАТИТА.**

**Задача 1.** Необходимо произвести наружное дренирование внутрипеченочных желчных ходов.

**Задача 2.** Показано выполнение резекции части тела и хвоста поджелудочной железы.

**Задача 3.** Показана биопсия головки поджелудочной железы, интраоперационная холангиография. Объем хирургического вмешательства включает наложение холедоходуоденоанастомоза.

**Задача 4.** Хронический рецидивирующий панкреатит. Необходимо выполнить ФГДС, УЗИ и ЯМРТ поджелудочной железы. Показано комплексное консервативное лечение.

**Задача 5.** Посттравматическая киста поджелудочной железы. Необходимо произвести чрезкожную пункцию кисты под наведением УЗИ с наружным дренированием или выполнить лапаротомию с одним из вариантов дренирования кисты поджелудочной железы.

**Задача 6.** Рак головки поджелудочной железы или хронический индуративный головчатый панкреатит. Операция в два этапа: 1-ый – наружное дренирование желчных путей; 2-й (после снятия желтухи) - радикальная операция: панкреатодуоденальная резекция.

**Задача 7.** У пациентки имеется хронический рецидивирующий панкреатит. Необходимо произвести ЭРПХГ и ЯМРТ поджелудочной железы и желчных путей. Первоначально показано проведение комплексного консервативного лечения. В случае наличия органических причин гипертензии в желчных путях и вирсунговом протоке следует ее устранить хирургическим путем.

**Задача 8.** У пациентки признаки опухоли островков Лангерганса - инсуломы. Необходимо выполнить УЗИ и ЯМРТ поджелудочной железы.



При подтверждении диагноза показана операция - удаление инсулярной аденомы (энуклеация аденомы, резекция железы) В случае множественных аденом показана экстирпация всей поджелудочной железы.

**Задача 9.** Пациент страдает хроническим рецидивирующим панкреатитом. Необходимо выполнить УЗИ и ЯМРТ поджелудочной железы, а также изучить вне - и внутрисекреторную функцию поджелудочной железы.

**Задача 10.** Пациенту следует выполнить операции внутреннего дренирования протоковой системы железы: Бегера, Фрея или Бернской модификации.

**Задача 11.** С учетом характера морфологических изменений в области хвоста поджелудочной железы пациентке следует предложить левостороннюю каудальную резекцию поджелудочной железы.

**Задача 12.** Анализ жалоб и анамнеза позволяет считать, что имеет место симптомокомплекс, характерный для болевой формы панкреатита (болевой синдром, синдром желудочной диспепсии) и внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы (стеаторея).

## **Тема 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПЕЧЕНИ. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.**

**Задача 13.** Пациентке следует продолжить обследование желудка для исключения гиперсекреторного статуса желудка. Образование печени специального лечения не требует. Необходимо динамическое наблюдение с кратностью выполнения УЗИ-исследования не реже одного раза в год.

**Задача 14.** Диагноз: Абсцесс правой доли печени. Пациенту показано хирургическое лечение. Оптимальным вариантом является миниинвазивное оперативное лечение – троакарная пункция полости абсцесса под УЗИ-контролем с проведением двухпросветного дренажа по типу (pig tail). Однако возможно и применение классического хирургического лечения – лапаротомия, вскрытие, санация и дренирование абсцесса правой доли печени.

**Задача 15.** По клиническим данным весьма целесообразно предположить наличие у пациентки злокачественного поражения правой молочной железы с возможным отдаленным метастазированием в печень. Данный орган является наиболее частой локализацией отдаленного метастазирования рака молочной железы. (до 40% в структуре все отдаленных метастазов при данной патологии). Пациентке показаны диагностические пункции образований как молочной железы, так и печени для верификации и возможной химиолучевой терапии.

**Задача 16.** Несмотря на асимптомное течение патологии пациентку следует оперировать в связи с высоким риском внутрибрюшного

кровотечения. В плане операции лапаротомия, левосторонняя гемигепатэктомия.

**Задача 17.** Истинные кисты печени малого диаметра специального лечения не требуют. Пациент подлежит динамическому наблюдению и регулярному УЗИ-контролю.

**Задача 18.** У пациента имеются существенные данные за развитие бактериального абсцесса печени. Для уточнения диагноза необходимо произвести пункцию печени. Точку для пункции выбирают а) по определению места наиболее выраженного симптома Крюкова — болезненности под пальцами при перкуссии или при надавливании на грудную стенку над печенью; б) под УЗИ наведением. Если во время пункции будет получен гной, показана операция — лапаротомия с тщательным ограждением операционного поля салфетками, пункцией и аспирацией гноя с помощью электроотсоса; рассечением капсулы абсцесса и удалением его содержимого; подшиванием к брюшине краев капсулы и дренированием полости абсцесса. В послеоперационном периоде, наряду с промыванием полости абсцесса, пациенту необходимо проводить лечение: антибактериальную терапию (в соответствии с исследованием отделяемого из полости абсцесса), витаминотерапию, переливание белковых заменителей.

**Задача 19.** У пациента, вероятнее всего, амёбный абсцесс печени. Необходимо начать лечение эметиним гидрохлорида (2% раствор 1,5 мл 2 раза в сутки) в сочетании с антибиотиками или хлорандифосфатом - 0,25 г 3 раза в день в течение первой недели и 2 раза в течение второй недели; провести общеукрепляющее лечение (витамины, переливание белковых заменителей, глютаминовая кислота, метионин). Если консервативные мероприятия не приведут к положительному эффекту, следует решать вопрос об оперативном вмешательстве. Абсцессы больших размеров вскрывают сразу, одновременно пациенту назначают указанные противоамёбные препараты.

**Задача 20.** Однокамерный эхинококк. Для уточнения диагноза необходимо назначить общий клинический анализ крови (эозинофилия), поставить реакцию с эхинококковым диагностикумом, выполнить УЗИ и ЯМРТ. Пациент должен быть оперирован. При эхинококкозе легкого производится торакотомия передне-боковым разрезом в VI межреберье, при эхинококке печени — торако-диафрагмотомия иногда с пересечением VIII или IX ребра.

**Задача 21.** При расположении эхинококка в области заднего ската диафрагмальной поверхности печени наиболее целесообразен торако-диафрагмальный разрез (торакотомия в VII — VIII межреберье, иногда с пересечением IX ребра). При таком небольшом размере пузыря наиболее выгодна идеальная эхинококкэктомия по Бакулеву. При этом, после рассечения диафрагмы и тщательного отгораживания

операционного поля салфетками, вскрывают фиброзную капсулу паразита. Не вскрывая хитиновой оболочки, осуществляют «рождение пузыря». После удаления пузыря фиброзную капсулу протирают 2% раствором формалина. Оставшуюся полость ликвидируют либо ушиванием фиброзной капсулы изнутри, либо путем тампонады сальником.

Выполнение идеальной эхинококкэктомии требует большой осторожности ввиду хрупкости хитиновой оболочки. Если все же хитиновая оболочка вскрылась, нужно быстро отсосать жидкость, электроотсосом, удалить обрывки хитиновой оболочки, тщательно обработать оставшуюся полость формалином и одним из указанных выше способов ликвидировать оставшуюся полость.

**Задача 22.** Для остановки кровотечения необходимо использовать эндоскопический гемостаз и (или) ввести в пищевод зонд Сенгстэйкина-Блейкмора. Зонд оставить в пищеводе на 1—3 дня (если специального зонда нет, его можно сделать из обычного желудочного зонда, привязав к его концу надувной резиновый шарик). Наряду с этим необходимо проводить комплексную гемостатическую терапию. После остановки кровотечения и улучшения состояния пациента необходимо уточнить диагноз, провести специальные исследования (рентгеноскопия легких, пищевода, желудка, измерение давления в портальной системе, спленопортография, УЗИ и ЯМРТ печени и селезенки). После выяснения локализации блока и оценки общего состояния пациента следует решить вопрос о выборе объема хирургического вмешательства.

**Задача 23.** Печень является органом, в котором чаще всего возникают метастазы. Прежде всего, следует исключить первичную опухоль всех полых органов брюшной полости. Для этого необходимо произвести эндоскопическое и рентгенологическое исследования желудочно-кишечного тракта. Нужно также тщательно обследовать щитовидную и молочную железы, легкие и половые органы.

**Задача 24.** Кровотечение холемическое. Показано проведение комплексного консервативного лечения, направленного на повышение прежде всего свертывающего потенциала крови. Повторная операция не рекомендуется.

**Задача 25.** У пациента вероятнее всего имеется цирроз печени или гепатит. Необходимо произвести пункционную биопсию печени.

**Задача 26.** У пациентки произошел прорыв эхинококковой кисты в желчные протоки. Показана операция по поводу эхинококка и дренирование желчных протоков – наружное или внутреннее.

### Тема 3. ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

**Задача 27.** Хроническая дуоденальная непроходимость. Необходимо проведение комплексной консервативной терапии с учетом рекомендаций психотерапевта.

**Задача 28.** Наиболее вероятна локализация дивертикула в области большого дуоденального сосочка. Показано проведение консервативного лечения. При его неэффективности выполняется операция выключения 12-перстной кишки из пассажа пищи, т.к. удалить парафатеральный дивертикул достаточно трудно.

**Задача 29.** Информативной будет только чрескожная чреспеченочная холангиография с холангиостомией для ликвидации желтухи и холангита.

**Задача 30.** Необходимо применить ЭРХПГ или ЯМРТ-холангиографию. У больного предположительно имеется холедохолитиаз.

**Задача 31.** Боли у пациента обусловлены наличием хронического рецидивирующего панкреатита. Необходимо применить УЗИ или ЯМРТ с холангиографией.

**Задача 32.** Наиболее вероятная причина данного состояния - хронический рецидивирующий панкреатит. Для подтверждения диагноза необходимо применить УЗИ и ЯМРТ с холангиографией.

**Задача 33.** Пациенту необходимо провести хирургическое лечение с наложением одного из видов билиодигестивного анастомоза (холедоходуоденоанастомоз или холедохоеюноанастомоз)

**Задача 34.** Необходимо произвести оперативное вмешательство с ревизией желчевыводящих протоков.

**Задача 35.** У пациентки можно заподозрить обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Необходимо применить УЗИ и ЯМРТ с холангиографией.

**Задача 36.** У пациентки произошло истечение желчи в брюшную полость. Необходимо экстренное оперативное вмешательство.

**Задача 37.** У пациента имеется холедохолитиаз. Наиболее достоверными методами диагностики в данном случае являются ЭРХПГ и ЯМРТ с холангиографией.

**Задача 38.** У пациента имеется язвенная болезнь 12-перстной кишки. Необходимо выполнить ФГДС и (или) рентгенологическое исследование желудка с водной взвесью бария сульфата.

**Задача 39.** У пациентки причиной появления болей опоясывающего характера и желтухи является не диагностированная патология холедоха. Необходимо выполнить РКТ, РПХГ. Дальнейшая тактика ведения пациентки будет зависеть от результатов инструментального обследования.

**Задача 40.** У пациента имеется стеноз устья вирсунгова протока. Показаны вирсунгопластика или наложение панкреатоеюноанастомоза.

**Задача 41.** Выполнение ПСТ осложнилось перфорацией стенки 12-перстной кишки. Диагноз может быть уточнен с помощью УЗИ, РКТ. Необходимы лапаротомия, ушивание дефекта кишки, дренирование

брюшной полости и забрюшинного пространства.

#### **Тема 4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ХОЛЕСТАЗА**

**Задача 42.** Наиболее вероятным диагнозом в данном клиническом наблюдении является острый гепатит, желчно-каменная болезнь. Объективным визуализирующим методом исследования органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны является магнитно-резонансное томографическое исследование. С помощью его также возможно оценить содержимое гепатикохоледоха.

**Задача 43.** По клиническим данным наиболее вероятным диагнозом является рак большого дуоденального сосочка. Патология большого дуоденального сосочка хорошо визуализируется с помощью эндоскопической дуоденоскопии. При осмотре и выявлении патологической ткани в проекции большого дуоденального сосочка для верификации целесообразна ее биопсия. Опухолевидное образование достаточного размера в данной проекции может быть выявлено при томографических исследованиях (КТ или МРТ), реже ультразвуковом исследовании.

**Задача 44.** Причиной подобного симптомокомплекса чаще всего является вентильный камень холедоха вследствие резидуального холедохолитиаза. В диагностике следует использовать ЭРХПГ (эндоскопическую ретроградную холангио-панкреатографию и магнитно-резонансное исследование органов гепато-панкреатодуоденальной зоны).

**Задача 45.** Следствием вышеописанного клинического статуса наиболее вероятно будет являться резидуальный холедохолитиаз. Помимо общеклинического обследования пациенту следует выполнить весь комплекс исследований (УЗИ, МРТ или КТ, при необходимости РХПГ) визуализирующего патологию. Подтверждение диагноза обусловит необходимость выполнения дезобструкционной хирургической процедуры (извлечение конкрементов в процессе эндоскопической папилосфинктеротомии, при невозможности миниинвазивного пособия-повторная лапаротомия холедохотомия, холедохолитотомия).

**Задача 46.** В данном случае наиболее вероятно имело место во время хирургического вмешательства ятрогенное повреждение общего желчного протока (лигирование после пересечения). Наиболее рационально визуализировать подобный статус возможно путем выполнения эндоскопической ретроградной холангиографии или чрескожной чреспеченочной холангиографии.

**Задача 47.** Осложнением острого панкреатита явилась ложная киста головки поджелудочной железы с нагноением и компрессией терминального отдела холедоха. Подтверждение диагноза возможно с помощью

ультразвукового и (или) томографического исследования органов гепатопанкреато-дуоденальной зоны.

**Задача 48.** У пациентки имеется стеноз большого дуоденального сосочка (вероятнее всего 3 степени), множественный холедохолитиаз. Механическая желтуха. Пациентке показано выполнение эндоскопической папиллосфинтеротомии для возобновления адекватного оттока желчи и самопроизвольного отхождения конкрементов холедоха. При необходимости интраманипуляционно следует произвести применение катетера Фогарти или корзинки Dormia.

**Задача 49.** Наиболее вероятным диагнозом является: механическая (обтурационная) желтуха, обусловленная раком головки поджелудочной железы. Показана визуализация патологии (УЗИ, МРТ или КТ). В связи с высокой вероятностью непереносимости радикального оперативного лечения вариантом лечебного выбора явилось бы стентирование (антеградное или ретроградное) желчного протока. Как реальная альтернатива возможно наложение билио-дигестивного анастомоза после интраоперационной верификации диагноза.

**Задача 50.** Несомненно, что течение желчнокаменной болезни у больной осложнилось обтурацией камнем общего желчного протока. Консервативное лечение при механических желтухах обычно эффекта не дает и как самостоятельный вид лечения редко применяется. Учитывая наличие тяжелых противопоказаний к операции, была предпринята попытка консервативного лечения, но безрезультатного. Поэтому больную по жизненным показаниям следует оперировать. Должна быть выполнена самая простая операция — наложение билиодигестивного анастомоза, по возможности между желчным пузырем и 12-перстной кишкой или желудком. Возможна и ПСТ с холедохолитоэкстракцией корзинкой Dormia. Риск более радикального вмешательства у такой больной слишком велик и не оправдан.

**Задача 51.** У пациентки имеется обострение хронического рецидивирующего калькулезного холецистита, камень общего желчного протока. Больная подлежит операции холецистэктомии, холедохотомии с зондированием общего желчного протока и выполнением контрастной холедохографии на операционном столе после удаления камней.

**Задача 52.** В подобной ситуации следует прибегнуть к билиодигестивному анастомозу путем наложения соустья между общим желчным протоком и 12-перстной кишкой. Накладывать билиодигестивный анастомоз, используя желчный пузырь, в этом случае не следует, так как последний флегмонозно изменен.

**Задача 53.** Причиной образования после операции стойко существующего наружного желчного свища чаще всего является камень, оставленный в общем желчном протоке. Гипертензия в желчных протоках при этом ведет к несостоятельности культи пузырного протока и

образованию свища. Больному необходимо произвести холангиографию через свищ, вводя в него через катетер рентгеноконтрастное вещество. Наличие камней в общем желчном протоке является показанием к повторной операции — холедохотомии. После удаления камня проток дренируют. Дренаж удаляют на 7—12 день, после того как устанавливается полная проходимость общего желчного протока. Наружный желчный свищ после удаления трубки, как правило, быстро закрывается.

Причиной наружного желчного свища может оказаться и стриктура общего желчного протока. Тогда потребуется реконструктивная операция. Наиболее простой операцией в таких случаях может быть анастомоз сформировавшегося свищевого хода с подведенной к нему через подкожный туннель и выключенной путем У-образного анастомоза петель тощей кишки.

**Задача 54.** Если позволяет состояние пациента и квалификация хирурга, то можно выполнить панкреатодуоденальную резекцию. В противном случае следует ограничиться паллиативной операцией билиодигестивного анастомоза. У данного пациента, учитывая переход опухоли на общий желчный проток, по-видимому, целесообразнее наложить анастомоз между желчным пузырем и 12-перстной кишкой.

**Задача 55.** В первую очередь следует полагать, что общий желчный проток закупорил камень, не замеченный во время операции. В дальнейшем в результате резкого повышения давления в желчных путях с пузырного протока соскользнула лигатура и желчь стала изливаться в брюшную полость. Действительно, во время релапаротомии из брюшной полости было удалено около 2 л неинфицированной желчи. Вместе с тем, причина осложнения может быть и другой. При осмотре внепеченочных желчных путей на месте, где отходил пузырный проток, было обнаружено отверстие 0,5X1 см, из которого вытекала желчь. Стало ясно, что, накладывая на пузырный проток зажим, хирург очень сильно подтянул его. В результате этого инструмент был наложен не на пузырный проток, а на сложившиеся двустволкой общий желчный и общий печеночный протоки, которые и оказались перевязанными. При пересечении якобы пузырного протока из их стенки хирургом и было случайно вырезано «окно».

При первых же признаках развития механической желтухи после операции на желчном пузыре и желчных путях больному всегда следует произвести ревизию брюшной полости. Не следует пытаться восстановить большой дефект в стенке протока. Нужно хорошо дренировать и тампонировать область дефекта, а после формирования наружного желчного свища решить вопрос о методе его закрытия.

## **Глава 5. ЗАКРЫТАЯ ТРАВМА ЖИВОТА. ТРАВМА ГРУДНОЙ**

## КЛЕТКИ

**Задача 56.** Дифференциальная диагностика повреждений органов живота: разрыв полого органа, паренхиматозного, гемоперитонеум; повреждений органов груди: ушиб сердца, повреждение легкого, гемоторакс, пневмоторакс. ЭКГ, обзорная рентгенография, УЗИ органов брюшной полости, диагностическая лапароскопия. Переход в лапаротомию, ревизия брюшной полости (источник кровотечения). Реинфузия.

**Задача 57.** Тупая травма живота. Двухмоментный разрыв селезёнки. Внутрибрюшное кровотечение. Пациентка не была показана хирургу, не выполнялось ультразвуковое исследование органов брюшной полости. Экстренная лапаротомия. Спленэктомия.

**Задача 58.** Внутрибрюшное кровотечение наиболее вероятно вследствие повреждения селезенки. При стабильном состоянии больного возможно экстренное ультразвуковое обследование брюшной полости, лапароскопия или лапароцентез. Экстренное оперативное лечение.

**Задача 59.** Левосторонний пневмоторакс. Экстренное рентгенологическое исследование. Показана пункция и дренирование левой плевральной полости в экстренном порядке

**Задача 60.** Спонтанный пневмоторакс справа. Рентгенологическое исследование грудной клетки. Показана пункция при среднем и большом пневмотораксе. При неэффективности дренирование плевральной полости.

**Задача 61.** Правосторонний гемоторакс. Экстренное рентгенологическое исследование. Показана пункция и дренирование правой плевральной полости в экстренном порядке. Проба Ревелуа-Грегуара. Решение вопроса о необходимости операции по данным рентгенологического исследования и результату пробы.

**Задача 62.** Открытый пневмоторакс. Наложение окклюзионной повязки.

**Задача 63.** Закрытая травма брюшной полости. Возможен разрыв полого органа с развитием перитонита. При определении в брюшной полости кишечного содержимого показана экстренная операция.

**Задача 64.** Закрытая травма грудной клетки. Переломы ребер слева. Левосторонний гемоторакс. Р-логическое исследование грудной клетки. Дренирование левой плевральной полости.

**Задача 65.** Закрытая травма грудной клетки. Переломы правой лопатки, ребер справа. Р-логическое исследование грудной клетки в боковой проекции, прицельная рентгенограмма правой лопатки, ребер с целью локализации переломов. Иммобилизация правой верхней конечности, консервативное лечение и наблюдение.

**Задача 66.** Закрытая травма грудной клетки. Ушиб грудной клетки. Ушиб лёгких. Посттравматическая пневмония.

Р-логическое исследование грудной клетки. Консервативное лечение и



наблюдение в стационаре.

**Задача 67.** Закрытая травма грудной клетки. Переломы V-VII ребер справа. Правосторонний пневмоторакс. Подкожная эмфизема правой половины грудной клетки. Р-логическое исследование грудной клетки. Дренирование левой плевральной полости, лечение и наблюдение в специализированном стационаре.

**Задача 68.** Закрытая травма грудной клетки. Ушиб грудной клетки. Посттравматическая пневмония. Абсцесс лёгкого.

Р-логическое исследование грудной клетки. Лечение и наблюдение в специализированном стационаре.

**Задача 69.** Закрытая травма грудной клетки. Переломы ребер справа? Правосторонний пневмоторакс, гемоторакс.

Р-логическое исследование грудной клетки. Дренирование правой плевральной полости. Лечение и наблюдение в специализированном стационаре.

**Задача 70.** Торчащий нож оставить на месте. Срочная антишоковая терапия, катетеризация яремной вены, инфузионная терапия. Срочная транспортировка в специализированный стационар.

**Задача 71.** Проникающее колото-резаное ранение правой половины грудной клетки. Правосторонний травматический напряженный клапанный пневмоторакс. Срочное Р-логическое исследование грудной клетки. Срочное ПХО раны, дренирование правой плевральной полости. Лечение и наблюдение в специализированном стационаре.

## **Тема 6. СИНДРОМ ПОРТАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ**

**Задача 72.** Источником кровотечения может быть варикозное расширение вен пищевода. Дифференциальный диагноз следует производить с язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки, болезнью Дьюлафуа, геморрагическим гастритом, болезнью Верльгофа.

**Задача 73.** Показано проведение комплексного консервативного лечения с постановкой зонда Сенгстейкина-Блэйкмора. Пациента необходимо комплексно обследовать с целью исключения наличия синдрома портальной гипертензии (УЗИ, ЯМРТ).

**Задача 74.** У пациента имеется цирроз печени, асцит. Необходимо удалить асцитическую жидкость.

**Задача 75.** Цирроз печени. Показано до обследование с целью исключения синдрома портальной гипертензии (УЗИ, ЯМРТ, лапаротомия с биопсией печени). Лечение пациента - консервативное.

**Задача 76.** У пациента имеется цирроз печени с кровотечением из варикозно-расширенных вен пищевода. Показано назначение комплексного

консервативного лечения с постановкой в пищевод зонда Сенгстейкина-Блейкмора.

**Задача 77.** Очевидно, у пациента имеется цирроз печени с синдромом портальной гипертензии. Необходимо пациента комплексно обследовать с применением УЗИ, ЯМРТ, лапароскопии, спленопортографии, каваграфии, биопсии печени. Дальнейшая тактика его ведения будет зависеть от полученных результатов обследования.

**Задача 78.** У пациента имеется синдром Бадда-Киари. Показано наложение порто-кавального анастомоза с последующим проведением комплексного консервативного лечения.

**Задача 79.** У пациента имеется вторичный геморрой. Выполнение геморройэктомии противопоказано.

**Задача 80.** У пациента имеется портальная гипертензия. Первоначально показано проведение комплексного консервативного лечения в том числе с эндоскопическим гемостазом и (или) постановкой в пищевод зонда Сенгстейкина-Блейкмора. При безуспешности медикаментозной терапии показано хирургическое вмешательство (степлерная транссекция пищевода, гастротомия с прошиванием кровоточащих вен и т.д.).

**Задача 81.** У пациента развилась острая печеночная недостаточность. Показано проведение интенсивного консервативного лечения, прежде всего дезинтоксикационной терапии.

**Задача 82.** У пациента, очевидно, наступило сужение портокавального анастомоза, рецидив портальной гипертензии с кровотечением. Показано выполнение повторной операции с наложением более широкого анастомоза или проведение комплексного консервативного лечения.

**Задача 83.** У пациента имеется синдром Бадда-Киари. Показано наложение портокавального анастомоза.

**Задача 84.** Показан гемостаз с помощью гемостатической губки. Прецизионное разделение сращений на зажимах.

**Задача 85.** У пациента наступил тромбоз спленоренального соустья. Прогноз неблагоприятный. Показано проведение массивной антикоагулянтной терапии.

## **Тема 7. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ И ДИАФРАГМЫ**

**Задача 86.** Необходимо произвести УЗИ, КТ или ЯМРТ селезенки. При кисте селезенки показана спленэктомия.

**Задача 87.** В данном случае нужно думать об абсцессе селезенки после травмы. Показано оперативное лечение – спленэктомия.

**Задача 88.** Необходимо произвести диагностическую лапароскопию. При наличии повреждения селезенки показана спленэктомия, желательна аутоотрансплантацией ткани селезенки.

**Задача 89.** Подкапсульный разрыв селезенки. Показана экстренная операция – спленэктомия желательна с аутооттрансплантацией ткани селезенки.

**Задача 90.** У пациента острая кишечная непроходимость, вызванная сдавлением толстого кишечника резко увеличенной селезенкой. Показана экстренная операция – лапаротомия, спленэктомия.

**Задача 91.** У пациента с гиперспленизмом на почве хронического лейкоза при наклоне с упором на ограду произошло сдавление селезенки с ее разрывом и внутрибрюшным кровотечением. Показано экстренное оперативное вмешательство, в плане которого - спленэктомия.

**Задача 92.** У пациента можно предположить наличие эхинококкоза селезенки. Показана спленэктомия.

**Задача 93.** У пациента, страдающего эхинококкозом селезенки, произошел разрыв кисты селезенки, с распространением паразита по брюшной полости. Объем оперативного вмешательства должен обязательно включать спленэктомию, тщательную санацию брюшной полости с ее обработкой гипертоническим раствором или перекисью водорода для нейтрализации эхинококковых цист.

**Задача 94.** У пациента, вследствие падения, произошел, наряду с переломом ребер слева, разрыв селезенки с внутрибрюшным кровотечением. Пациенту показано выполнение экстренного оперативного вмешательства – лапаротомии, спленэктомии с аутооттрансплантацией ткани селезенки, санацией и дренированием брюшной полости.

**Задача 95.** У пациента, наряду с имеющимися переломами, можно предположить наличие повреждения селезенки с внутрибрюшным кровотечением. Ему показано выполнение экстренной операции: лапаротомии, спленэктомии с аутооттрансплантацией ткани селезенки, санацией и дренированием брюшной полости.

**Задача 96.** У пациента после перенесенной ангины произошло инфицирование кисты селезенки с образованием абсцесса селезенки. Пациенту показана экстренная операция – спленэктомия.

**Задача 97.** Показано выполнение спленэктомии.

**Задача 98.** У пациентки имеется закрытая травма органов брюшной полости, двухмоментный разрыв селезенки, внутрибрюшное кровотечение. Показано оперативное лечение: спленэктомия с аутооттрансплантацией ткани селезенки.

**Задача 99.** Диагноз: спленоз, как следствие обсеменения брюшной полости клетками ткани селезенки вследствие ее разрыва. Удалению подлежат лишь образования, вызывающие компрессию органов брюшной полости.

**Задача 100.** Очевидно, у пациента имеется травматическая грыжа диафрагмы. Показано выполнение рентгенологического исследования желудка с изучением пассажа бариевой взвеси по тонкому и толстому

кишечнику, ирригография и МСКТ. Методом лечения травматической грыжи диафрагмы является хирургическое вмешательство. В плане операции – низведение сместившихся в левую плевральную полость органов с пластикой дефекта диафрагмы.

**Задача 101.** У пациента имеется полная релаксация левого купола диафрагмы. Хирургическое вмешательство при релаксации диафрагмы показано лишь в случае нарушения функции органов брюшной полости и грудной клетки. Пациент подлежит динамическому наблюдению.

**Задача 102.** У пациента имеется грыжа Бохдалека. Показано низведение петли тонкого кишечника в брюшную полость. При нежизнеспособности петли тонкого кишечника выполняется ее резекция. Дефект в диафрагме может быть ушит, в том числе в виде дубликатуры диафрагмы и укрытия линии швов синтетическим материалом.

**Задача 103.** Неосложненная скользящая грыжа пищеводного отверстия диафрагмы подлежит консервативному лечению. Хирургическое вмешательство у лиц со скользящими грыжами выполняется при больших грыжах пищеводного отверстия диафрагмы, не поддающихся консервативному лечению, грыжах, осложнившихся пептическим эзофагитом, в том числе с явлениями стеноза, выраженной дисфагией или регургитацией, кровотечением.

**Задача 104.** Следует думать о разрыве диафрагмы, возможен гемопневмоторакс.

**Задача 105.** Наступило ущемление параэзофагальной грыжи. Необходимо срочное оперативное вмешательство.

## **Тема 8. ЗАБОЛЕВАНИЯ И ПОВРЕЖДЕНИЯ ПИЩЕВОДА**

**Задача 106.** Пациентке показано бужирование пищевода.

**Задача 107.** Следует применить кардиодилатацию, а при ее неэффективности – оперативное лечение.

**Задача 108.** Предпочтение следует отдавать рентгенологическим методам исследования желудка.

**Задача 109.** Глоточно-пищевой дивертикул.

**Задача 110.** Диффузный эзофагоспазм.

**Задача 111.** Поставить в пищевод зонд Сенгстейкина-Блекмора. Назначить комплексную гемостатическую и заместительную терапию.

**Задача 112.** Ахалазия пищевода.

**Задача 113.** Дивертикул пищевода.

**Задача 114.** Необходимо произвести кардиодилатацию.

**Задача 115.** У пациентки, скорее всего, имеется кардиоспазм. Прежде всего, ей следует выполнить рентгеноконтрастное исследование пищевода. При наличии равномерного сужения пищевода в его кардиальном отделе с

гладкими контурами («крысиный хвостик») и при той или иной степени расширения пищевода выше места сужения, диагноз кардиоспазма становится очевидным. В сомнительных случаях производят эзофагоскопию. Консервативное лечение (атропинизация, назначение седативных средств, суггестивная терапия) редко дает эффект даже в начальных стадиях заболевания. Следует рекомендовать операцию кардиодилатации с помощью механического кардиодилататора Штарка или гидравлического дилататора типа Пламмера или форсированного бужирования полыми бужами по проволочному проводнику с наконечником типа «гитарная струна». Кардиодилатация обычно повторяется этим больным через каждые полгода. При невозможности проведения через кардию дилататора рекомендуется выполнение операции Геллера.

**Задача 116.** Поскольку пациентку ранее не лечили, ей можно попробовать провести курс консервативных мероприятий. Увеличить количество приемов пищи до 4-5 раз в сутки. Рекомендуется отказ от приема пищи на ночь. Пища должна быть теплой и тщательно разжеванной, острые продукты и приправа исключаются. До еды пациентка должна принимать одну чайную ложку растительного масла, а после еды - выпивать стакан минеральной воды. Высокая кислотность желудочного сока должна быть снижена медикаментозно. При отсутствии эффекта от консервативного лечения пациентку следует оперировать. В плане хирургического вмешательства - удаление дивертикула с пластикой мышечной стенки пищевода.

**Задача 117.** Оперируя бифуркационный дивертикул, даже исходящий из левой стенки пищевода, всегда следует применять правостороннюю торакотомия. Из левостороннего доступа дивертикул, обычно уходящий высоко за дугу аорты, нелегко обнаружить и удалить. С этой целью следует затянуть держалку, обведенную вокруг пищевода заведомо ниже предполагаемого места расположения дивертикула, после чего ввести в пищевод желудочный зонд и подать в него кислород под давлением 30—50 мм рт. ст. При раздувании пищевода дивертикул выпячивается и хорошо визуализируется.

**Задача 118.** Рубцовая стриктура пищевода. Пациентке показано бужирование пищевода.

**Задача 119.** Эндоскопическая полипэктомия.

**Задача 120.** Эзофагоскопия, эндоскопическое удаление инородного тела.

## **Глава 9. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА**

**Задача 121.** При чистом митральном стенозе хорошие результаты наблюдаются при закрытой пальцевой или инструментальной

комиссуротомии.

**Задача 122.** Механические протезы и имплантанты являются источниками эмболов. В данном случае в отдаленном послеоперационном периоде произошла эмболизация магистрального сосудистого русла верхней конечности (подмышечной артерии), требующая восстановления кровоснабжения руки оперативным путем. Кроме того, целесообразно назначение рациональной антикоагулянтной терапии.

**Задача 123.** Безусловно, необходимым способом исследования для постановки показаний к проведению того или иного реваскуляризирующего вмешательства является коронарография.

**Задача 124.** Современной высокотехнологичной реваскуляризирующей процедурой является эндоваскулярная баллонная дилатация устья левой коронарной артерии со стентированием.

**Задача 125.** Пациенту показано выполнение аорто-коронарного шунтирования с реваскуляризацией одного или двух коронарных бассейнов при хорошем состоянии дистального артериального русла.

**Задача 126.** Следует думать о возникновении у пациента острого экссудативного перикардита. Для уточнения диагноза и с лечебной целью показано выполнение эхокардиографии и пункции перикарда с последующим лабораторным исследованием полученной жидкости. Консервативное комплексное лечение включает антибактериальные средства, иммуномодуляторы, глюкокортикоиды, дезинтоксикационную терапию и т.д.

**Задача 127.** Пациенту показана повторная пункция перикарда с проведением в полость сердечной сорочки дренажа по Сельдингеру для аспирации, повторных промываний и введения лекарственных веществ в перикард. Катетер можно оставить в полости перикарда до 72 ч. Если данное лечение окажется неэффективным, больному показана перикардэктомия.

**Задача 128.** Незаращение артериального (Баталлова) протока. Операция: перевязка протока двумя лигатурами либо его пересечением с ушиванием обоих концов. Возможно и его прошивание танталовыми скобками. Оптимальный возраст для операции 2-ух-5-тилетний возраст ребенка.

**Задача 129.** В настоящее время пациент с малыми дефектами межжелудочковой перегородки хирургическому лечению не подлежат. При небольших дефектах течение порока благоприятное и совместимо с активной длительной жизнью. Показано постоянное наблюдение в кардиологическом диспансере.

**Задача 130.** У пациента по клинико-инструментальным данным имеется тетрада Фалло. Радикальное оперативное вмешательство состоит в устранении стенозирования выходного отдела правого желудочка и устья легочной артерии и закрытии дефекта межжелудочковой перегородки П-

образными швами на тефлоновых прокладках.

**Задача 131.** Клинические данные являются основными признаками коарктации аорты. Эхокардиография и аортограммы позволяют подтвердить и определить характер, протяженность и локализацию коарктации. Определить пути перетока по коллатералям. Коарктация аорты является абсолютным показанием к операции. Наиболее предпочтительной является резекция коарктации аорты с анастомозом «конец в конец».

**Задача 132.** Наиболее целесообразным является выполнение пациенту митрально-трикуспидальной комиссуротомии после комплексной предоперационной подготовки.

**Задача 133.** Пациенту показана митральная комиссуротомия. Однако риск операции у пациентов с гемиплегией может быть значительным.

**Задача 134.** Клинический диагноз у пациентки может быть сформулирован следующим образом: ИБС. Стенокардия напряжения стабильная III ФК. Артериальная гипертензия 3 стадии, риск IV (очень высокий). Ожирение 2 степени. Осложнение: ХСН II «А» . ФК 2. Обследование должно включать ЭКГ, общеклинические и биохимические исследования крови, ЭХОКГ, коронароангиография.

**Задача 135.** Клинический диагноз: ИБС. Стенокардия напряжения стабильная III ФК. Перенесённый инфаркт миокарда в 2009г. Артериальная гипертензия 3 стадии, риск IV. Ожирение 2 степени. Осложнение: ХСН I. ФК 2. Показано оперативное лечение: стентирование правой коронарной артерии.

## **Глава 10. ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДОСТЕНИЯ**

**Задача 136.** Следует думать о целомической кисте перикарда. Лечение кисты - оперативное.

**Задача 137.** Следует думать о тимоме или за грудином зобе. Необходимо выполнить УЗИ и КТ щитовидной железы.

**Задача 138.** Следует думать о лимфогранулематозе. Необходима биопсия лимфоузлов.

**Задача 139.** Возможно повреждение пищевода с последующим развитием медиастинита. Необходима рентгенография пищевода с контрастным веществом. Лечение - оперативное.

**Задача 140.** У пациента наступила перфорация пищевода рыбной костью с развитием острого медиастинита, о чем свидетельствует наличие симптома Романова-Герке. Локализация места перфорации пищевода может быть установлена при эзофагоскопии или рентгеноконтрастном исследовании пищевода с водорастворимым контрастным веществом (верографин, кардиотраст, урографин) или жирорастворимым контрастным веществом – йодлиполлом. Пациенту показано хирургическое

вмешательство.

**Задача 141.** МСКТ, МРТ, биопсия образования. Видеоторакоскопия, удаление новообразования средостения.

**Задача 142.** Невринома задненижнего средостения. МСКТ, МРТ, биопсия образования. Видеоторакоскопия, удаление новообразования средостения.

**Задача 143.** Целомическая киста перикарда. МСКТ, МРТ. Видеоторакоскопия, удаление новообразования средостения.

**Задача 144.** Перфорация пищевода. Р- контрастное исследование пищевода водорастворимым контрастом. Видеоторакоскопическое шинирование пищевода.

## **Глава 11. ТРАНСПЛАНТАЦИЯ ОРГАНОВ И ТКАНЕЙ**

**Задача 145.** Изогенная, сингенная, алогенная. Наиболее оптимальный вариант донора – брат-близнец (изогенная трансплантация) – нет риска отторжения, не требуется прием иммуносупрессивных препаратов.

**Задача 146.** Созывается консилиум в составе врача-реаниматолога, врача-невролога, представителя администрации учреждения. Для установления смерти головного мозга проводят: оценку стволовых рефлексов (зрачковый на свет, корнеальный, вестибуло-окулярный, апноэ тест). При необходимости можно использовать подтверждающие исследования: электроэнцефалография, оценка церебральной перфузии. После установления диагноза необратимого прекращения деятельности головного мозга (смерти головного мозга?) зав. ОРИТ незамедлительно сообщает по телефону информацию о нем врачу-координатору. Для констатации смерти пациента назначается 2-й консилиум, который проводится не ранее, чем через 6 часов от момента проведения 1-го. После констатации смерти головного мозга представитель администрации приглашает судебно-медицинского эксперта или патологоанатома для получения письменного разрешения на забор органов или тканей у трупного донора. После получения письменного разрешения на забор органов медицинское учреждение обеспечивает оформление уведомления органов прокуратуры о предстоящем заборе органов. Приглашается бригада по забору органов (присутствие судебно-медицинского эксперта или врача-патологоанатома во время операции является обязательным).

**Задача 147.** Пациенту разъясняют, что он имеет право выразить несогласие быть донором после смерти, для чего он должен представить письменное заявление о несогласии на забор органов для трансплантации после смерти. Руководитель данной государственной организации здравоохранения в течение 6 часов с момента представления такого заявления представляют соответствующую информацию в Министерство



здравоохранения Республики Беларусь для включения в Единый регистр трансплантации.

**Задача 148.** Не смотря на наличие показаний для трансплантации сердца (основной диагноз), у пациента имеются абсолютные критерии исключения (психическое заболевание, отказ от прекращения курения) – в данном случае пациент не может быть включен в лист ожидания.

**Задача 149.** В диагнозе критерием включения в лист ожидания трансплантации печени является класс С цирроза печени. Нет сведений об этиологии процесса (алкоголизм является критерием исключения), а также о сопутствующих заболеваниях, которые могут явиться противопоказанием к пересадке.

**Задача 150.** Поражение подвздошных сосудов является относительным критерием исключения, однако в сочетании с возрастом пациента – пересадка почки не показана.

**Задача 151.** Острейшее отторжение. Вызывается присутствием в сыворотке реципиента высоких уровней предсуществующих антител против антигенов на пересаженных клетках. Реакция антител с антигенами вызывает иммунокомплексное повреждение в сосудах трансплантата. Лечение – трансплантатэктомия. Профилактика – тщательный подбор пары донор-реципиент (определение антител к донорскому органу – прямая перекрестная проба на совместимость между текущей сывороткой реципиента и криоконсервированными лимфоцитами донора).

**Задача 152.** Острое отторжение. Характеризуется некрозом клеток и нарушением функций органа. При остром отторжении участвуют и гуморальные, и клеточные механизмы. Иммуные комплексы депонируются в мелких сосудах трансплантата и вызывают острый васкулит, ведущий к ишемическим изменениям. Клеточное иммунное отторжение характеризуется некрозом паренхиматозных клеток и лимфоцитарной инфильтрацией тканей. Пути профилактики – своевременное назначение адекватных доз иммуносупрессантов. Лечение – согласно протоколам назначение больших доз глюкокортикостероидов.

**Задача 153.** Сверхострое отторжение почки начинается в результате разрушения трансплантата пред существующими антителами к несовместимым антигенам МНС и в ряде случаев к углеводородам, экспрессируемым на пересаженных тканях (на эндотелиальных клетках). Эти антитела существуют у реципиента и до трансплантации. Они могут вырабатываться в следствие предшествующих трансплантации переливаний крови или беременностей. Цитотоксические антитела активируют систему комплемента, после чего происходят активация и депонирование тромбоцитов, что вызывает отек и интерстициальное кровоизлияние, с последующим уменьшением кровотока в тканях. В случаях сверхострого отторжения часто наблюдаются тромбоз с повреждением эндотелия и фибриноидный некроз.

**Задача 154.** Для минимизации риска отторжения трансплантата перед его трансплантацией необходимо выполнить исследования по фенотипированию МНС как донора, так и реципиента (перекрестная проба). Эти тесты часто называют тканевым титрованием. Их суть заключается в анализе антигенов гистосовместимости (у человека — HLA), что позволяет определить степень совместимости между донором и реципиентом и таким образом предсказать исход пересадки.

**Задача 155.** Трансплантация печени связана с возможностью развития ряда осложнений. Одним из наиболее угрожающих осложнений, требующих urgentной ретрансплантации является первичное отсутствие начальной функции трансплантата (первично нефункционирующий трансплантат – ПНФТ). Нередки фибринолитические кровотечения различной интенсивности. Возможны тромбоз печеночной артерии, билиарные осложнения в виде несостоятельности холедохохоледохо - или гепатикоеюноанастомоза и желчный затек, стриктуры анастомозов.

**Задача 156.** Развитие технологии трансплантации стволовых клеток связано с необходимостью решения ряда вопросов, включающих проблему биомедицинской этики (неконтролируемый рост стволовых клеток с развитием опухолей, правомерность использования стволовых клеток эмбрионов и др.), проблему анонимности доноров и реципиентов, проблему недобросовестной псевдонаучной рекламы использования стволовых клеток, религиозные особенности.

**Задача 157.** Изъятие органов и тканей у живого донора может осуществляться только в случае отсутствия пригодных для трансплантации органов и тканей трупа или альтернативного метода лечения. Перед операцией потенциальный донор должен пройти комплексное медицинское обследование и иметь заключение консилиума врачей-специалистов о возможности изъятия у него органов и тканей. Следует иметь в виду, что в результате предполагаемого изъятия органа, донору не будет причинен значительный вред. Донор не должен страдать болезнью, представляющей опасность для жизни и здоровья реципиента. Донор полностью дееспособен и достиг возраста 18 лет (за исключением случаев пересадки костного мозга). Он дает информированное и добровольное согласие, выражено свободно и сознательно, в письменной форме на пересадку.

Перед операцией донор должен быть предупрежден о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим оперативным вмешательством по изъятию органов и тканей. Донор должен находиться с реципиентом в генетической связи (за исключением случаев пересадки костного мозга). Кроме того, донор не находится в зависимости от реципиента (служебной, финансовой и т.д.).

Донор, изъявивший согласие на пересадку своих органов и тканей, вправе: требовать от учреждения здравоохранения полной информации о возможных осложнениях для его здоровья в связи с предстоящим

оперативным вмешательством по изъятию органов или тканей; получать бесплатное лечение, в том числе медикаментозное, в учреждении здравоохранения в связи с проведенной операцией

**Задача 158.** Изъятие органов и тканей у трупа производится при условии, что имеются бесспорные доказательства факта смерти, зафиксированного консилиумом врачей-специалистов. Заключение о смерти дается на основе констатации необратимой гибели всего головного мозга. Констатация смерти оформляется в форме Протокола установления смерти мозга. Он является основным документом, для прекращения реанимационных мероприятий и для изъятия органов. В диагностике смерти потенциального донора запрещается участие трансплантологов и членов бригад, обеспечивающих работу донорской службы и оплачиваемых ею. В том случае, когда требуется проведение судебно-медицинской экспертизы, разрешение на изъятие органов и тканей у трупа должно быть дано также судебно-медицинским экспертом с уведомлением об этом прокурора. Изъятие органов допустимо, когда это не препятствует точности диагностики при первоначальном или повторном исследовании трупа.

Проблема согласия на изъятие органов и тканей от трупа в разных странах решается в зависимости от того, какой системы придерживается это государство: системы испрошенного согласия или системы презумпции согласия на изъятие органов и тканей. К странам, выбравшим первую систему, относятся США, Швеция, Португалия, Дания, Германия, Австралия, Канада и др. Российская Федерация, наряду с такими государствами как Италия, Австрия, Чехия, Бельгия, Испания, Франция, Финляндия, Норвегия, Польша придерживается второй системы.

## **Тема 12. САХАРНЫЙ ДИАБЕТ В ХИРУРГИИ**

**Задача 159.** Пациенту показано назначение монокомпонентных препаратов инсулина до операции. После выполнения оперативного лечения в ближайшем операционном периоде коррекция простыми инсулинами уровня гликемии. В последующем может быть решен вопрос о рациональном патогенетическом терапевтическом алгоритме гипогликемической терапии.

**Задача 160.** Поражение подвздошных сосудов является относительным критерием исключения из пересадочного листа ожидания, однако в сочетании с возрастом пациента – пересадка почки не показана.

**Задача 161.** Пациенту показано хирургическое лечение- ампутация 1 пальца стопы, вскрытие, санация и дренирование флегмоны стопы.

**Задача 162.** Пациенту показано после выполнения обследования, в первую очередь, визуализирующего- УЗИ брюшной полости, эндоскопия верхних отделов желудочно-кишечного тракта, при необходимости

рентгенография или магнитно-резонансная томография брюшной полости проведение комплексной патогенетической консервативной терапии описанных клинических проявлений декомпенсации сахарного диабета.

**Задача 163.** Объем операции в данном клиническом наблюдении будет заключаться в ампутации конечности на уровне границы верхней и средней трети голени.

**Задача 164.** У пациента имеют место проявления критической ишемии нижней конечности. Ему показано выполнение диагностической ангиографии с решением вопроса о возможности хирургической или эндоваскулярной реваскуляризации конечности. Все это необходимо проводить на фоне многокомпонентного патогенетического консервативного лечения.

**Задача 165.** В данном клиническом наблюдении имеет место нейропатическая форма диабетической стопы. Пациенту показана комплексная патогенетическая терапия (•лечение нейропатии (препараты альфа-липоевой кислоты — тиоктацид, витамины группы В, депротеинизированные гемодериваты и др.); • хирургическая обработка гнойно-некротического очага (объем вмешательства определяется степенью тяжести имеющегося инфекционного процесса и компенсации артериального кровотока); • назначение системной рациональной антибактериальной терапии; • местное лечение раны с использованием растворов иодофоров, антисептиков и перевязочных средств, способствующих очищению раны; • при необходимости — выполнение режима разгрузки (разгрузочные повязки, использование при ходьбе костылей, кресла-коляски и т. д.);

**Задача 166.** В месте введения образовался постинъекционный абсцесс. Показано хирургическое вскрытие и дренирование полости абсцесса с последующим местным и общим санационным лечением. Основной профилактикой подобных осложнений является проведение инъекционных процедур с тщательным соблюдением условий асептики и антисептики.

**Задача 167.** Вносить изменения в успешно подобранную и адекватно работающую схему инсулинотерапии в данном клиническом наблюдении не следует. Весьма целесообразным было бы иметь свежий накануне вмешательства выполненный анализ уровня гликемии крови.

**Задача 168.** Пациенты сахарным диабетом (СД) склонны к гнойно-воспалительным заболеваниям и осложнениям. Вероятно, у пациента имеет место формирование в брюшной полости локального отграниченного гнойно-воспалительного патологического процесса. При подтверждении диагноза – релапаротомия или трансвагинальное или трансректальное дренирование гнойника. С появлением гнойного очага катастрофически нарастают гипергликемия, глюкозурия, кетоацидоз, электролитные нарушения. По мере увеличения гнойника увеличивается и вероятность декомпенсации сахарного диабета в результате развития воспалительного

ацидоза, инактивации инсулина накапливающимися в этом очаге микробными токсинами и протеолитическими ферментами разрушенных лейкоцитов. 1 мл гноя инактивирует 10-15 ЕД эндогенного или экзогенно вводимого инсулина. Возникающая при гнойно-септическом процессе гипертермия еще больше усугубляет расстройства обмена веществ. В результате нарастает кетоацидоз, который переходит в прекоматозное состояние и кому. Снижение иммунологической реактивности организма и антибиотикорезистентность способствуют генерализации гнойно-некротического процесса и развитию сепсиса. Гнойная инфекция любой этиологии приводит к тому, что латентная и легкая форма СД переходит в тяжелую, трудно поддающуюся коррекции.

**Задача 169.** У пациента на фоне декомпенсации СД имеет место эпизод гастродуоденального кровотечения (острое желудочно-кишечное кровотечение). Геморрагический гастрит – основная причина желудочно-кишечного кровотечения у больных с СД. Причины. Возникновение геморрагического гастрита связывают с эндотелиозом сосудов желудка и его атонией на почве кетоацидоза с накоплением в крови избытка гистамина и гистаминоподобных веществ, вызывающих повышение проницаемости сосудов желудка. Возникновение эрозий слизистой оболочки желудка обусловлено гиперсекрецией желудочного сока в ответ на выброс контринсулярного гормона глюкагона, ухудшением кровоснабжения атоничного желудка и уменьшением образования защитной слизи. Возникновению кровотечения из эрозий желудка способствует снижение свертываемости крови вследствие гиперацидности и инактивации тромбина в кислой среде. Желудочное кровотечение возникает на фоне декомпенсации СД: полидипсии, полиурии, гипергликемии и нарастающего кетоацидоза. Лечение. Проводится комплексная медикаментозная терапия: 1. экстренная интенсивная инсулинотерапия, нормализация КЩС и минерального обмена 2. гемостатическая терапия (этамзилат, хлористый кальций, викасол, ε-аминокапроновая кислота) 3. препараты, снижающие желудочную секрецию (фамотидин, квамател, омепразол, лансапрозол, париет), обволакивающие препараты (алмагель, гефал), антациды. Оперативное вмешательство является тактической ошибкой и может усугубить состояние пациента.

**Задача 170.** На фоне наличия диабетической нейропатии нижних конечностей у пациента имеет место развитие неропатической формы диабетической стопы. Общие принципы лечения в данном клиническом наблюдении: консервативное лечение нейропатии (препараты альфа-липоевой кислоты — тиоктацид, витамины группы В и др.) и коррекция дистальных локальных сопутствующих ишемических процессов нижних конечностей (дезагрегация и гемодилюция— реополиглюкин, депротеинизированные гемодериваты— солкосерил (актовегин) и др.)

**Задача 171.** У пациента имеет место псевдоперитонит или ложный

«острый живот» на фоне кетоацидотической прекомы Псевдоперитонит может развиваться при декомпенсации СД вследствие, например, гнойно-воспалительного процесса мягких тканей, пневмонии или других заболеваний. Развитие этого состояния связывают с раздражением вегетативных нервных сплетений желудка и кишечника, солнечного сплетения продуктами диабетического ацидоза. Гипотонию желудка, двенадцатиперстной кишки и симптомы кишечной непроходимости связывают с плазменной гиперосмолярностью и клеточной гипоосмией. Дифференциальная диагностика псевдоперитонита и истинного перитонита может быть весьма затруднительной. При этом ошибочно поставленный диагноз перитонита, требующий проведения лапаротомии, может привести к летальному исходу пациента. В данном случае следует начать интенсивное лечение кетоацидотической прекомы. Если с исчезновением декомпенсации СД после 2-3 часовой интенсивной корригирующей терапии исчезнут перитонеальные явления, диагноз псевдоперитонита подтверждается. Операция в этом случае не показана. В том случае если на фоне снижения гипергликемии, дегидротации и кетоацидоза останутся симптомы раздражения брюшины пациенту будет показана экстренная лапароскопия.

**Задача 172.** С учетом критической ишемии конечностей, вероятно атеросклеротического генеза, пациенту показана реваскуляризация конечностей. Оптимальным вариантом в данном клиническом наблюдении является эндоваскулярная ангиопластика и стентирование подвздошных артерий. При невозможности выполнения ее целесообразно применение восстановительной (эндартерэктомия) или реконструктивной (подвздошно(или аорто)-бедренное шунтирование) оперативной техники. Необходимость применения синтетического материала при реконструкции обусловит обязательную рациональную антибиотикотерапию вследствие наличия диабетической патологии.

### **Тема 13. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ И МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ.**

**Задача 173.** Загрудинная токсическая аденома щитовидной железы. Необходима сцинтиграфия железы с I 131, УЗИ железы.

**Задача 174.** Судорожный синдром в связи с удалением паращитовидных желез.

**Задача 175.** Острый тиреоидит. Лечение консервативное.

**Задача 176.** Консервативное лечение. Динамическое наблюдение.

**Задача 177.** II-степень зоба.

**Задача 178.** После операции у пациентки развился тиреотоксический криз. Это связано с плохой предоперационной подготовкой пациентки.

**Задача 179.** Следует думать о хроническом тиреоидите Риделя и о

раке щитовидной железы. Необходима пункционная биопсия железы.

**Задача 180.** У пациентки развился послеоперационный гипотиреоз. Необходим прием гормонов щитовидной железы.

**Задача 181.** Следует думать о тиреотоксическом зобе. Необходимо исследовать функцию щитовидной железы.

**Задача 182.** Необходима консервативная тиреотоксическая терапия.

**Задача 183.** Рак щитовидной железы. Необходима пункционная биопсия. Лечение - оперативное.

**Задача 184.** У пациентки клиническая картина острого гнойного мастита (наиболее вероятно интрамаммарного). Показано хирургическое лечение. Вскрытие гнойника правой молочной железы.

**Задача 185.** Классическим разрезом для вскрытия интрамаммарных маститов является использование радиального рассечения тканей. В случае наличия хорошо сформированной гнойной полости в ткани молочной железы после полного опорожнения гнойника в некоторых случаях возможна установка двух дренажей (или двухпросветной конструкции) с проведением постоянного проточного промывания полости. Оперативный разрез в данном случае ушивается полностью с созданием условий для его первичного заживления с формированием косметически приемлемого некеллоидного послеоперационного рубца.

**Задача 186.** Наиболее вероятно пациентка страдает раком молочной железы, рожеподобной формой. После визуализации процесса УЗИ исследованием и маммографией верификация процесса возможна по средствам пункционной или трепан биопсии.

**Задача 187.** Наиболее вероятно у пациентки имеет место наличие узловой мастопатии правой молочной железы. Диагностический алгоритм будет представлен визуализацией процесса ультразвуковым исследованием и маммографией для выявления возможных признаков злокачественного онкопроцесса (неоднородность, неровность и инвазия контура процесса, микрокальцификация и др.) Безусловно показанным будет морфологическое исследование тканевого материала (пункционная и эксцизионная биопсия).

**Задача 188.** У пациентки имеется фибромиома молочной железы. Необходимо выполнить пункционную биопсию железы.

**Задача 189.** У пациента имеется инфильтративно-некротическая форма мастита. Показано оперативное лечение – иссечение гнойного инфильтрата.

**Задача 190.** Острый мастит. Показано проведение консервативного комплексного лечения.

**Задача 191.** Необходимо назначить предоперационную радиационную и химиотерапию с последующим выполнением секторальной резекции

железы. В послеоперационном периоде химиотерапевтическая, радиационная терапия должны быть продолжены.

**Задача 192.** Необходимо произвести удаление молочной железы с большой и малой грудными мышцами в сочетании с лимфаденэктомией и послеоперационной химиотерапией.

**Задача 193.** У пациентки, очевидно, имеется рак молочной железы? Необходимо выполнить пункционную биопсию железы.

**Задача 194.** Пациентка страдает раком молочной железы или фибромиомой молочной железы. Окончательный диагноз может быть выставлен после биопсии железы.

**Задача 195.** У пациентки, очевидно, имеется рак молочной железы или фибромиома молочной железы. Окончательный диагноз может быть выставлен после биопсии железы.

**Задача 196.** У пациентки имеется кровоточащая молочная железа. Необходимо произвести УЗИ молочной железы, контрастную маммографию через расширенный проток с целью обнаружения месторасположения папиллом или кисты. В дальнейшем показано выполнение секторальной резекции молочной железы со срочной биопсией.

**Задача 197.** У пациентки, очевидно, имеются метастазы рака молочной железы в легкое и плевру. Показано выполнение плевральной пункции. При обнаружении в пунктате раковых клеток необходимо назначить гормональную и химиотерапию.

**Задача 198.** У пациентки имеется диффузная мастопатия. Показано проведение консервативного комплексного лечения (антиоксиданты, фитотерапия и т.д.).



