## Ситуационные задачи по хирургическим болезням для студентов 4 курса медико-профилактического факультета.

## ЗАДАЧА № 1

У мужчины 26 лет с острым аппендицитом из анамнеза выяснено, что с детства после случайных травм возникают обширные кровоизлияния, беспричинные кровотечения из носа. Установленно удлинение времени свертывания крови и замедление времени оброзования фиб­ринного сгустка до 20-30 мин.О какой патологии можно думать? Какова тактика?

1. Больной по видимому страдает гемофилией. Необходимо сделать попытку купиро­вать острый приступ аппендицита консервативными средствами. Если это не удается показана аппендэктомия с тщательным гемостазом и введением в послеоперационном пе­риоде антигемофильный сыворотки.

## ЗАДАЧА № 2

У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения уси­лились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При пальпации живота отме­чено некоторое увеличение размеров инфильтрата и усиление его болезнености. Консистенция инфильтрата неровномерная. По вечерам наблюдалась повышение температуры до 38-38,3С. Лейкоцитов в крови – 17 000.

Ваш диагноз? В чем состоит лечебная тактика?

2. У больной периапендикулярный абсцесс. Показано вскрытие абсцесса доступом в правой подвздошной области и дренирование его. Аппендэктомию производить не следует.

## ЗАДАЧА № 3

Больной жалуется на тупые боли в паховой области при длительной ходьбе и физиче­ской нагрузке. При осмотре в паховой области определяется овоидной формы, мягкоэластиче­ское образование размером 5х6 см, исходящего из наружного отверстия пахового канала. Диа­метр отверстия 1,5 см. Элементы семенного канатика пальпируются кнутри от определяемого оброзования.

 Ваш диагноз и тактика лечения?

3. У больного косая паховая грыжа. Необходимо оперативное лечение- пластика пахового канала с укреплением передней стенки (по Жирару –Спасокукотскому в модификации Кимбаровского).

## ЗАДАЧА № 4

У больного, 16 лет, во время операции по поводу паховой грыжи обнаружено: грыжевой мешок размером 6х8 см, по вскрытии его содержимым является прядь сальника и яичко.

С каким видом грыжи встретился хирург и какой объем оперативного вмешательства должен быть выполнен у данного больного?

4. У больного врожденная косая паховая грыжа. Наличие в грыжевом мешке яичка свидетельствует о сообщении оболочек яичка и брюшной полости через незаращенную паховую связку. Следует произвести грыжесечение с пластикой пахового канала с укреплением передней стенки (по Жирару –Спасокукотскому в модификации Кимбаровского).

## ЗАДАЧА № 5

У больного, которому утром была произведена опе­рация по поводу паховой грыжи, к вечеру повязка на ране начала обильно промокать кровью. Применяемые местно в течение часа пузыри со льдом и мешочки с песком эффекта не дали.

Какое осложнение в раннем послеоперационном пе­риоде возникло у больного? Ваша дальнейшая тактика?

5. У больного в раннем послеоперационном периоде возникло вторичное кровотече­ние. Больного следует взять в операционную, провести ревизию раны, лигировать крово­точащий сосуд или дополнительно наложить на кровоточащую рану 1- 2 шва с целью гемостаза.

## ЗАДАЧА № 6

Больной Н., 26 лет, поступил в хирургическое отде­ление с диагнозом: острый аппенди­цит. Полтора часа назад употреблял пищу. Стул был сутки назад. Клиника аппендицита не вы­зывает сомнений. Показана экстрен­ная операция.

Как Вы подготовите желудочно-кишечный тракт к операции?

6. Поскольку больному показана экстренная операция, но накануне он принимал пищу, необходимо в желудок ввести толстый зонд и отсосать содержимое. Какая-либо подготовка кишечника в данном случае не требуется.

## ЗАДАЧА № 7

К Вам обратился больной 70 лет, с жалобами на тупые боли в паховой области справа, по­являющиеся при ходьбе и физической нагрузке. При осмотре в правой паховой области об­нару­жено шаровидной формы мягкоэластической консистенции выпячивание размером 6х7 см, кото­рое исчезает в горизонтальном положении больного. Образование имеет диаметр 1,5 см. Эле­менты семенного канатика располжены кнаружи от него.

Ваш диагноз и тактика лечения?

7. Диагноз: прямая паховая грыжа справа. Показано хирургическое лечение. Пластика пахового канала с укреплением задней стенки (по Бассини или Пастемпсому).

## ЗАДАЧА № 8

Больному, 36 лет, через 12 часов после ущемления косой паховой грыжи сделана опера­ция. В грыжевом мешке оказались две жизнеспособные петли тонкой кишки. Операция закон­чена гры­жесечением и пластикой пахового канала. На следующий день у больного развилась клиника пе­ритонита. С каким видом ущемления столкнулся хирург? Какая ошибка допущена им во время операции? Какова лечебная тактика?

8.

1.У больного ретроградное ущемление.

2. Если хирург при ревизии в содержимом грыжевого мешка обнаруживает две петли кишки, то следует, расширив разрез, произвести ревизию содиняющей их петли, которая обычно распологается в брюшной полости.

3. Необходима срочная операция: срединная лапоротомия, ревизия брюшной плости и резекция некротизированной петли кишечника.

## ЗАДАЧА № 9

Во время операции по поводу острого флегмонозного холецистита хирург отметил, что ширина холедоха 1,5 см, в нем пальпируется 2 камня. После удаления желчного пузыря из культи пузырного протока выделилась мутная желчь с хлопьями фибрина. На интраоперацион­ной холангиограмме определяется хорошая проходимость терминального отдела холедоха.

Как следует расценить имеющиеся изменения в холедохе и что в связи с этим должен предпринять хирург?

9. У больной с острым холециститом имеется холедолитиаз и холангит. После уда­ления желчного пузыря хирург должен произвести холедохотомию, удалить камни и про­мыть новокаином желчные протоки и закончить операцию наружным дренированием хо­ледоха по способу Кера.

## ЗАДАЧА № 10

Хирург районной больницы перед отъездом в длительную командировку произвел ре­зекцию желудка с техническими трудностями. На 3-й день после операции у больного установ­лено кишечное кровотечение. Интенсивная терапия не улучшила со­стояние и больной умирает. На хирурга написана жалоба.

Какие наказуемые действия совершил хирург?

10. Уезжая в длительную командировку, хирург ЦРБ не имел права производить слож­ное плановое оперативное вмешательство – резекция желудка.

У больного после операции возникло кровотечение по видимому из линии анасто­моза или ушитой культи желудка. При своевременном повторном оперативном вмеша­тельстве возможен был благоприятный исход.

## ЗАДАЧА № 11

У больного, 60 лет, появилась слабость, холодный пот, жажда. Несколько раз был чер­ный жидкий стул. Рвоты не было. Выражена бледность. Состояние средней тяжести. Живот мягкий и безболезненый, печень и селезенка не увеличены. Тахикардия. Пульс – 100 в мин., АД – 80/40 мм рт. ст., НВ- 60 г/л, гематокрит -22%, лейкоцитоз – 9 000.

Сформируйте предположительный диагноз.Составьте план обследования и лечения.

11. У больного кровотечение из желудочно-кишечного тракта. Для уточнения диагноза необходимо экстренная гастро- колоноскопия. Возможные источники: язва 12 персной кишки, рак толстой кишки, язвенный колит. Не исключена возможность изъязвленного полипа, опухоли желудка.

Необходима гемостатическая терапия, (хлористый кальций, викасол, аминокапроновая кислота, холод на эпигастральную область), переливание крови, плазмы. При безуспешности этой терапии в течении 2-3 часов ( в зависимостиот ряда обстоятельств) - операция

## ЗАДАЧА № 12

В хирургическое отделение поступила больная с профузным желудочно-кишечиым кро­вотечением. В те­чение ряда лет она страдает язвенной болезнью двена­дцатиперстной кишки и гипертонической болезнью III стадии. Рабочее давление 190/100 мм рт.ст. На момент поступ­ления дефицит объема циркулирующей крови составляет более 30%. Можно ли больной переливать кровь?

12. Несмотря на имеющееся противопоказание (гипер­тоническая болезнь III ст.), в указанном случае к гемо­трансфузии следует прибегнуть по прямым жизненным показа­ниям.

## ЗАДАЧА № 13

В приемное отделение поступил 52- летний мужчина с жалобами на общую слабость, ноющие боли в эпига­стрии. В течение последних трех дней был дегтеобразный стул. Около 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Что с больным? Каковы должны быть вид санитар­ной обработки, способ транспорти­ровки и неотложные диагностические исследования?

13. У больного язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнившаяся крово­течением.

Осуществляется частичная санитарная обработка боль­ного. По экстренным пока­заниям выполняется общий анализ крови и мочи, определяются группа крови и ре­зус-принадлежность, проводится фиброэзофагогастро-дуоденоскопия и больной на каталке транспортируется в хирургическое отделение.

## ЗАДАЧА № 14

Больной Г., 58 лет, обратился к Вам с жалобами на слабость, чувство тяжести в эпигаст­рии, отсутствие ап­петита, отрыжку, иногда рвоту съеденной пищей, от­вращение к мясным про­дуктам. За последние 3 месяца потерял в массе до 10 кг.

При осмотре больной пониженного питания. Кож­ные покровы бледноватые. Живот мяг­кий, умеренно бо­лезненный в эпигастрии. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

Ваши предположительный диагноз и тактика обсле­дования?

14. У больного следует предполагать рак желудка. В це­лях уточнения диагноза выпол­няются фиброгастродуоденоскопия, рентгеноскопия желудка, легких, ультра­звуковое ис­следование печени, пальцевое исследование прямой кишки

## ЗАДАЧА № 15

Больная, 35 лет, в течение 3-х лет страдает рубцовым сужением пищевода, вследствии ожога уксусной кислотой. Проводилось многократное бужирование, но сужение прогреси­рует. Питается в последнее время только жидкой пищей. Рентгенологически установлен сте­ноз пищевода от бифуркации трахеи до кардии. Желудок не изменен.

Составьте подробный план лечения с указанием этапов?

15. Пластика пищевода с предварительной гастростомией.

## ЗАДАЧА № 16

У больного, 57 лет, 5 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. При эзофагоскопии с биопсией и рентгенологическом исследовании установлен рак кардиаль­ного отдела пищевода. Состояние удовлетворительное. Пульс 82 в мин., АД -120/80 мм рт. ст., Нв- 140 г/л. При обследовании других органов и систем патологии выявить не удалось.

Какое оперативное вмешательство показано больному и каким доступом?

16. Резекция кардиального отдела пищевода с проксимальной резекцией желудка, либо с гастроэктомией. Доступ - только абдоминальный

## ЗАДАЧА № 17

Больной, 57 лет, в неотложном порядке оперирован по поводу рака селезеночного угла толстой кищки, осложненной острой кишечной непроходимостью. Лапоротомия показала. что опухоль не прорастает в соседние органы и нет метастазов в лимфоузлы.

Определите обьем и характер оперативного лечения? Каковы последующие этапы лече­ния?

17. Резекция толстого кишечника с опухолью, выведение проксимального отдела тол­стой кишки с наложением стомы.

## ЗАДАЧА № 18

Больному Ш., 63 лет, по экстренным показаниям произведена резекция ректосигмоид­ного отдела толстой кишки с обтурирующей ее опухолью. Наложен первич­ный анастомоз спо­собом "конец в конец". На 10-е су­тки послеоперационный период осложнился наруж­ной (от­крытой) эвентрацией под повязку 25 см тон­кой кишки.

Ваша тактика?

18. У больного полная эвентрация кишечника. Показана экстренная операция. Выпавшую петлю тонкой кишки следует обильно обмыть раствором антисептиков с антибио­тиками, вправить в брюшную полость и повторно ушить рану.

## ЗАДАЧА № 19

Больной, 42 лет, оперирован по поводу эхинококкоза печени. Во время лапаротомии разрезом по Кохеру обнару­жены 3 кисты печени и 1 киста селезенки. Состояние больного вполне удов­летворительное и подготовка к операции достаточная.

Каковы объем, методы и последовательность оперативного вмешательства и возможные послеоперационные осложнения?

19. После удаления кист печени, отдельным резервом слева в подреберье возможно уда­ление и кисты селезенки. Возможные осложнения: диссеминация эхинококкоза на брюш­ной полости подтекание желчи в брюшную полость, формирование желчной фистулы.

## ЗАДАЧА № 20

Больной, 20 лет, час назад упал с мотоцикла на левый бок. Боли в левом подреберье уси­ливаются при глубоком вдохе. Резкая слабость. Состояние тяжелое, выражена бледность. Пульс –110 в мин., АД –90/60 мм рт.ст., число дыхательных движений – 26 в мин., Нв- 74 г/л, лейкоцитоз-10 000. Сердце и легкие без патологии. Живот болезненный во всех отделах, больше в левом под­реберье.

Ваш предварительный диагноз? Какие срочные исследования необходимо выполнить? Хирургическая тактика?

20. У больного по видимому разрыв селезенки. Необходимо произвести лапароцентез, либо лапаротомии. Лечение оперативное.

## ЗАДАЧА № 21

Мужчина, 37 лет, на работе при нарушении техники безопасности получил резкиий удар по мезоэпигастрию. Доставлен в клинику через 1,5 часа. Жалуется на сильные боли в животе выше пупка, была двухкратная рвота. Бледен, покрыт потом, цианоз губ. Пульс-120 в мин. АД-90/50 в мин., число дыхытельных движений – 25 в мин. Нв-140 г/л.эритроциты - 4млн, лейкоци­тоз – 9 000.

При пальпации выраженная болезненность в мезогастрии, симптом Щеткина - Блюмбер­гане выражен. Печень и селезенка без определяемой патологии. Симптом.Пастернацкого не выражен. Моча чистая. Стул был после клизмы.

Ваш предварительный диагноз? Какие исследования необходимо выполнить для уточ­нения диагноза?

21. У больного травматический шок, возможен разрыв полого органа, либо разрыв под­желудочной железы. Для уточнения диагноза необходимы обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ.

## ЗАДАЧА № 22

В клинику поступил больной с закрытой травмой живота. При поступлении выражены симптомы внутрибрюшного кровотечения. В результате экстренной опе­рации (лапаротомии) установлены разрыв передней по­верхности правой доли печени размером 6х3х4 см, гемопе­ритонеум.

Как произвести окончательную остановку кровотече­ния из поврежденной печени? Что делать с кровью, из­лившейся в брюшную полость?

22. Для окончательного гемостаза место повреждения печени следует ушить П-образ­ными швами, желательно с подтягиванием к ним сальника. Швы накладывают ту­пой иглой с двойной нитью через всю толщину печени.

Излившуюся в брюшную полость кровь собирают, фильтруют через 8 слоев марли во флаконы со стабили­зирующим раствором, содержащим натрия цитрат или гепарин, и переливают обратно больному.

## ЗАДАЧА № 23

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 переднепод мы­шечной линии торчит нож. Сознание пострадавшего пом­рачено, контакт практически невозможен. Зрачки узкие. Пульс - 120 ударов в минуту, 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?

23. Пострадавшего надо осторожно уложить на носилки и срочно транспортировать в больницу, предупредив по рации дежурного хирурга и реаниматолога. Нож из ра­ны ни в коем случае самостоятельно удалять нельзя. Де­ло в том, что в глубине может быть по­врежден крупный сосуд или сердце и пока нож торчит в ране, кровотече­ния нет или оно отмечается в меньшей степени. Если удалить инородное тело из раны в условиях, когда нель­зя тут же оказать помощь вплоть до операции, больной может погибнуть от кровоте­чения на месте происшест­вия.

При транспортировке в больницу пострадавшему следует наладить внутривенное капельное введение кро­везаменителей, ввести обезболивающие.

## ЗАДАЧА № 24

В сельскую участковую больницу обратился мужчина 23 лет, которого около часа назад на свадьбе незнако­мый ударил ножом в живот.

Состояние средней тяжести. Пульс - 92 удара в ми­нуту. Артериальное давление - 120/80 мм рт.ст. На пе­редней брюшной стенке левее и ниже пупка имеется колото-резаная рана до 3,5 см в длину с выпавшим из нее сальником. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина- Блюмберга сомнительный. Перкуторно печеночная тупость сохранена.

Как участковый врач, какую помощь Вы окажете по­страдавшему?

Что делать с выпадающим из раны сальником?

24. У пострадавшего проникающее ножевое ранение жи­вота. Его следует уложить, ввести обезболивающие (в данном случае диагноз абсолютно ясен). Выпавший в рану большой сальник вправлять в брюшную полость не следует, так как это приведет к до­полнительному инфицированию брюшной полости и развитию перитонита.

Асептическая повязка после смазывания кожи вокруг раны накладывается поверх выпавшего сальника. По­страдавшего срочно следует транспортировать в район­ную больницу.

## ЗАДАЧА № 25

В приемный покой больницы машиной скорой по­мощи доставлен мужчина 43 лет с ди­агнозом острый травматический перитонит, разрыв кишечника. При­мерно 12 ч назад получил удар ногой в низ живота.

Живот напряжен, болезнен больше в нижних отде­лах. Симптом Щеткина- Блюмберга положительный. Помочиться самостоятельно не может, хотя не мочился в течение б ч до травмы и после нее.

На обзорной рентгенограмме свободного газа в брюшной полости нет.

Что следует предполагать у пострадавшего? Каким специальным методом исследования можно верифици­ровать диагноз?

25. У больного следует предположить внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря, острый разлитой мочевой пе­ритонит.

Доступным и легко выполнимым методом верифика­ции диагноза может быть рет­роградная цистография, при которой обнаруживаются затеки контрастного ве­щества в брюшную полость.

## ЗАДАЧА № 26

В приемный покой машиной скорой помощи достав­лен 18-летний больной с проникаю­щим ранением в об­ласти левого подреберья. При обследовании кожные по­кровы бледные, зрачки широкие, заторможен, пульс - 116 ударов в минуту, артериальное давление - 80/40 мм рт. ст., из раны умеренно истекает кровь, в отлогих местах живота определяется тупой пер­куторный звук.

Ваши диагноз и действия?

26. У пострадавшего проникающее ранение живота, на­растающий гемоперитонеум, шок II степени. Его не­медленно необходимо транспортировать, минуя палату, прямо в операционную, где на фоне параллельно про­водимых противошоковых мероприятий вы­полняется экстренная лапаротомия и производится окончательный гемостаз в зависимо­сти от характера повреждений. Ка­кая-либо предоперационная подготовка и промедление с операцией в данном случае опасны летальным исхо­дом.

## ЗАДАЧА № 27

Больной, 27 лет, через 2 недели после интенсивной подготовки произведена субто­таль­ная струмэктомия по поводу диффузного зоба и тиреотоксикоза висцеропатической стадии. Перед операцией пульс – 120 в мин., АД -140/90 мм рт.ст, основной обмен + 30. Операция произведена под ме­стным новокаиновым обезболиванием и протекала с выраженной кровоточивостью. Рана дре­нированна перчаточной резиной.

Ночью состояние больной резко ухудшилось: бес­покойство, проливной пот, пульс- 140, АД- 160 /100, температура- 39,90 С, олигурия, уча­щенное дыхание. Ваш развернутый диагноз?

Какие ошибки допущены до, во время и после операции? Экстренная терапия?

27. У больной после струмэктомии возник тиреотоксический криз, которому способ­ствовали местная анестезия и кровотечение.Экстренная терапия: кортикостероиды, глюкоза с аскорбиновой кислотой, реополигликин, седативные и жаропонижающие сред­ства.

## ЗАДАЧА № 28

У больной, 28 лет, после перенесенной фолликулярной ангины появилась раздражитель­ность, утомляемость, стала прогресивно худеть. При осмотре обнаружено диффузное увеличе­ние обеих долей щитовидной железы, заметные на глазах положительные симптомы Кохера и Ме­биуса, неустойчивость в позе Роберга. Пульс- 110 уд в мин., основной обмен + 45%.

Какой вы по­ставите диагноз? Как будете лечить больную?

28. У больного диффузный токсический зоб. Рекомендуется консервативное лечение у эндокринологов в течении длительного времени. При безуспешности медикаментозного лечения может быть поставлен вопрос об операции- субтотальной струмэктомии по Николаеву.

## ЗАДАЧА № 29

При профилактическом осмотре у больной, 32 лет, обнаружено опухолевидное образо­вание в левой доле щитовидной железы, размеры которого составляют 4х6 см, плотной конси­стенции. Шейные лимфатические узлы не увеличены. Пульс-76 ударов в мин.

О каком заболевании можно думать и каким дополнительными исследованиями можно уточнить диагноз?

29. У больной скорее всего эутиреоидный узловой зоб. В связи с риском малигнизации показано хирургическое лечени- резекция щитовидной железы.

## ЗАДАЧА № 30

Больной 60 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 37,8° С, выраженную одышку, сухой мучительный кашель, кровохарканье, общую слабость. Болен в течение 3 месяцев. При бронхоскопии отмечено, что стенки левого главного бронха ригидны, слизистая его легкого кровоточит, в просвете оп­реде­ляется бугристое опухолевидное оброзование 1х1,5см.

О каком заболевании свидетельствует представленные данные? Тактика лечения?

30. У больного центральный рак левого главного бронха. Показана пульмонэктомия ле­восторонним боковым доступом.

## ЗАДАЧА № 31

Вы оперируете больного по поводу правосторонней пахово-мошоночной грыжи. При вскрытии грыжевого мешка обнаружено, что содержимым его является сальник и часть сле­пой кишки вместе с червеобразным отростком, который не изменен, но фиксирован спайками к грыжевому мешку.

С каким видом грыжи Вы столкнулись? Нужно ли одновременно с грыжесечением произвести аппендэктомию?

31. У больного скользящая пахово- мошоночная грыжа. С учетом того, что червеобразный отросток фиксирован спайками к грыжевому мешку, то при грыжесечении следует удалить червеобразный отросток.

## ЗАДАЧА № 32

Больной, 30 лет. страдающий в течение 7 лет язвен­ной болезнью желудка, на протяже­нии истекших суток отмечал нарастающую слабость, головокружение. Сего­дня утром, встав с постели, он на несколько секунд по­терял сознание. После этого однократно была рвота в виде «кофейной гущи» и «деггеобразный» стул. Кожные покровы бледные. Живот мягкий, безболез­ненный.

Вы - участковый врач. Какой Ваш предположитель­ный диагноз? Какие срочные допол­нительные исследования необходимо выполнить для подтверждения Ва­шего предположения? Куда и каким способом Вы от­правите больного на лечение?

32. У больного, по-видимому, имеется желудочное кро­вотечение. Его следует немед­ленно машиной скорой помощи транспортировать на носилках в хирургическое отделе­ние. Если это не задержит отправку больного, не­обходимо ему произвести инъекции хлористого кальция, викасола, аминокапроновой кислоты, положить холод на эпигастральную область, измерить артериальное давле­ние и по воз­можности взять у него кровь для определения количест­ве ва эритроцитов, ге­моглобина, гематокрита. Результат анализа крови можно передать в стационар по теле­фо­ну.

## ЗАДАЧА № 33

Больному Л., 58 лет, по поводу язвенной болезни произведена резекция 2/3 желудка по Бильрот –2 в модификации Гофмейстера-Финстерера. Через 18 ч после операции состояние боль­ного ухудшилось: усили­лись боли в эпигастрии, вздулся живот, появились икота, затруднение дыхания. Про­слушива­ются единичные перистальтические шумы.

Какое осложнение развилось у больного? Ваши дей­ствия?

33. У больного после резекции желудка развился парез кишечника. Необходимо через назогастральный зонд аспирировать желудочное содержимое. Зонд в желудке целесооб­разно оставить на более длительный срок до купирования пареза. Кроме того, больному показаны паранефральная новокаиновая блокада, перидуральная анестезия. Медикамен­тозная стимуляция (прозерин, пи­туитрин, гипертонический раствор натрия хлорида и др.) назначается с учетом наложе­ния анастомозов и времени, прошедшего после опера­ции. Все эти мероприятия должны проводиться на фоне регуля­ции водно-электролитного и белкового баланса.

## ЗАДАЧА № 34

Больному 64 лет, поставлен диагноз рака нижней трети пищевода 4 стадии ввиду нали­чия метастатического узла на шее слева. Больной резко истощен и обезвожен. По пищеводу проходит только вода, даже самая жидкая бариевая масса останавливается в пищеводе на уровне опухоли.

Какая помощь может оказана больному до операции и характер оперативного вмешатель­ства?

34. До операции – парентеральное питание, в срочном порядке гастростомия.

## ЗАДАЧА № 35

В стационар поступил больной 64 лет с диагнозом: острая трещина заднего прохода. Пальцевое исследова­ние прямой кишки ни в поликлинике, ни в приемном покое не производи­лось.

Жалуется на боли в заднем проходе, усиливающиеся в начале акта дефекации, повыше­ние температуры тела вечером до 37,6- 38 °С. Болеет в течение 5 суток.

При пальцевом ректальном исследовании по левой боковой стенке анального канала с переходом на ампулу кишки определяется болезненный инфильтрат с размяг­чением в центре.

Анализ крови: умеренный лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, СОЭ - 19 мм/ч.

Какой диагноз Вы поставите больному? Показано ли оперативное лечение? Если да, то как Вы проведете операцию?

35. У больного острый подслизистый гнойный парапроктит. Не следует "увлекаться" консервативным лечением, дожидаясь самопроизвольного вскрытия гнойника, что чре­вато самыми различными непредсказуемыми послед­ствиями. Гнойник должен быть вскрыт. Под внутривен­ным наркозом в поперечном направлении производится дивуль­сия сфинктера заднего прохода (дивульсия в переднезаднем направлении опасна травма­тизацией пред­стательной железы, что в послеоперационном периоде может осложниться стойкой острой задержкой мочи). Под контролем глаза с помощью ректального зеркала на участке наибольшего выпячивания рассекается слизи­стая кишки. Рана промывается раствором водорода пе­роксида и оставляется открытой.

В целях задержки стула можно назначить левомицетин по 0, 5 г 4 раза в сутки.

## ЗАДАЧА № 36

В приемный покой доставлен мужчина 48 лет с жа­лобами на слабость, головокружение, умеренные боли в левом подреберье. Из анамнеза известно, что 12 ч назад он упал с лестницы и ударился левой реберной дугой. Накануне поступления был обморок.

Больной лежит в вынужденном положении. Измене­ние положения тела усиливает боли в животе. Кожные покровы бледные. Пульс - 120 ударов в минуту. Арте­риальное давление - 90/50 мм рт. ст. Дыхание поверх­ностное. Пальпаторно отмечаются умеренное напряже­ние мышц брюшной стенки, притупление перкуторного звука в левом подреберье и отлогих местах живота. Ге­моглобин крови - 98 г/л,

Ваши предположительный диагноз и тактика?

36. У больного следует заподозрить шок, травматический разрыв селезенки с внутри­брюшным кровотечением. Дополнительно целесообразно в приемном покое сде­лать об­зорный рентгеноснимок брюшной полости в по­ложении больного сидя для исключения наличия сво­бодного газа в брюшной полости и рентгенографию ре­бер. Больного на ка­талке надо срочно доставить в хи­рургическое отделение для проведения противошоковых мероприятий и выполнения экстренной операции.

## ЗАДАЧА № 37

Машиной скорой помощи в приемный покой боль­ницы доставлен больной с жалобами на боли в поясничном отделе позвоночника и правой поясничной об­ласти. Около 1 ч назад упал со строительных лесов с высоты третьего этажа.

Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 120 ударов в минуту. Артери­альное давление 70/40 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Отме­чается болезненность при надавливании на остистый отросток 12 грудного позвонка и при пальпации в правой по­ясничной области, где определяется при­пухлость. Анализ мочи: 4- 5 эритроцитов в поле зре­ния.

Ваш предположительный диагноз? Какими специ­альными методами исследования можно верифициро­вать диагноз?

37. У пострадавшего следует предположить разрыв (отрыв) правой почки, компресси­онный перелом 12 грудного позвонка, шок средней степени тяжести. Больному надо вы­полнить рентгенографию пояснично-грудного отдела позвоночника в двух проекциях, внут­ривенную (экскреторную) пиелографию и ультразвуко­вое исследование почек.

Необходимо помнить, что гематурия не наблюдается при отрыве почечной ножки или закупорке мочеточни­ка сгустком крови.

## ЗАДАЧА № 38

Большая, 36 лет, жалуется на наличие опухоловидного оброзования на передней по­верх­ности шеи. Никаких других жалоб не предъявляет. Оброзование появилось 5 лет назад и по­сте­пенно увеличивается. При осмотре больная хорошего питания. Пульс 78 уд.в мин. Тоны сердца чистые. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации овальной формы плотноватой консистенции оброзование с гладкой поверхностью, размеры 10х8 см, без­болезненое, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены. Основ­ной обмен - 10.

Ваш диагноз и тактика лечения?

38. У больной узловой эутиреоидный зоб 4 ст. Показано хирургическое лечение гемист­румэктомию слева и ревизия правой доли.

## ЗАДАЧА № 39

Больной Т., 69 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные запоры продолжи­тельностью до 3 суток. Появление стула отмечает только после приема слаби­тельных. Регу­лярно в конце акта дефекации на кале об­наруживает следы свежей крови.

При клиническом обследовании патологии не выявлено. Пальцевое исследование пря­мой кишки оказалось неинформативным. Общий анализ крови: эритроциты –Змлн., гемогло­бин - 100 г/л, СОЭ - 21 мм/ч.

У Вас возникло подозрение на наличие у больного опухоли дистального отдела толстой кишки.

Какие специальные методы исследования Вы ис­пользуете для верификации диагноза?

39. В случае подозрения на наличие опухоли толстой кишки из специальных методов обследования необхо­димо выполнить ректороманоскопиго (фиброколоноскопию) и ирри­госкопию. При эндоскопическом обна­ружении опухоли проводится ее биопсия с последую­щим гистологическим исследованием биоптата.

**ЗАДАЧА № 40**

У больного, 28 лет, перенесшего амебную дизентирию, появились боли в правом подре­берье, усиливающие при дыхании. Температура 38-39° С. в течение 5 дней. Появились ознобы. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. Печень выступает из-под реберья на 4 пальца, болезнена. Симптомов раздражения брюшины нет.

Ваш предварительный диагноз? Какие срочные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?

40. Диагноз: амебный гепатит, не исключается амебный абсцесс печени. Обзорная рентгеноскопия области печени, диафрагмы грудной клетки, эхотомоскопия. Больного не­обходимо госпитализировать в хирургическое отделение.

-Зав. кафедрой хирургических болезней

педиатрического, стоматологического

и медико-профилактического факультетов

доктор медицинских наук М. А. Алиев