

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Наумова Наталия Александровна
Должность: Ректор
Дата подписания: 24.10.2024 14:21:41
Уникальный программный ключ:
6b5279da4e034bffa79172801691697e9c

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования

«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ ПРОСВЕЩЕНИЯ»

(ГУП)

Кафедра хирургии

УТВЕРЖДЕН

на заседании кафедры

Протокол от «31» мая 2023г. №11

Зав. кафедрой

Асташов В.Л.

**ФОНД
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по учебной дисциплине

Госпитальная хирургия

Специальность 31.05.01 – Лечебное дело

Мытищи
2023

Содержание

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы	3
2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описания шкал оценивания	3
3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы	5
4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций	101

1. Перечень компетенций с указанием этапов их формирования в процессе освоения образовательной программы

Код и наименование компетенции	Этапы формирования
ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа
ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций на различных этапах их формирования, описание шкал оценивания

Оцениваемые компетенции	Уровень сформированности	Этап формирования	Описание показателей	Критерии оценивания	Шкала оценивания
ОПК-4	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).	Текущий контроль: реферат, устный опрос Промежуточный контроль: зачет	Шкала оценивания реферата, устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий. Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.). Владеть: навыками использования хирургического инструментария.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: зачёт с оценкой, зачет, экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач
ОПК-5	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение. Умеет на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.	Текущий контроль: реферат, устный опрос Промежуточный контроль: зачет	Шкала оценивания реферата, устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение. Уметь на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования. Владеть навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: зачёт, зачет с оценкой, экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач
ОПК-7	Пороговый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.	Текущий контроль: реферат, устный опрос Промежуточный контроль: зачет	Шкала оценивания реферата, устного опроса

	Продвинутый	1. Работа на учебных занятиях 2. Самостоятельная работа	Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения. Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств. Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.	Текущий контроль: устный опрос, реферат, решение ситуационных задач Промежуточный контроль: зачёт, зачет с оценкой, экзамен	Шкала оценивания устного опроса, реферата, шкала оценивания ситуационных задач
--	-------------	--	--	--	--

3. Типовые контрольные задания или иные материалы, необходимые для оценки знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций в процессе освоения образовательной программы

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Пороговый уровень

Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий.

- 1) Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Показания к дренированию плевральной полости.
- 2) Хроническая эмпиема плевры. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Открытые и закрытые методы лечения.
- 3) Острый гнойный плеврит. Методы операции, показания к ним.
- 4) Бронхоэктатическая болезнь. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
- 5) Виды операций при бронхоэктатической болезни. Ведение послеоперационного периода.

Продвинутый уровень

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

- 1) Врожденный и приобретенный мегаколон у детей. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Лечение. Реабилитация.
- 2) Основные виды мегаколона по этиологии.

- 3) Пороки развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
- 4) Гнойные заболевания кожи у новорожденных. Лечение.
- 5) Гнойный мастит у новорожденных. Осложнения. Лечение.

Владеть: навыками использования хирургического инструментария

1) Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечной ободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны. Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски.

1. Ваш предварительный диагноз? 2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии. 5. Каков объем консервативных лечебных мероприятий необходимых для данного больного?
6. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств? 7. Мероприятия, направленные на предупреждение рецидива заболевания.

Ответы:

1. Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей. 2. В комплексе первичного обследования обязательны обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование. 3. Основной этиологический фактор в данном случае – механическое препятствие, вызвавшее илеус, следствием которого является частичная или полная остановка кишечного пассажа и, выраженное в той или иной степени, нарушение кровоснабжения вовлеченной в процесс кишечной петли. В патогенетическом плане среди многообразных нарушений гомеостаза наибольшее клиническое значение имеют развивающиеся водно-электролитные нарушения, изменение проницаемости кишечной стенки, некроз стенки кишки, кишечная недостаточность, эндотоксикоз, вторичный перитонит. 4. Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений. 5. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френогерниопластика или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансназальная интубация тонкой кишки (по показаниям). 6. Тщательное соблюдение принципов оперативной техники, бережное отношение к тканям, интубация тонкой кишки, надежная

герниопластика, наложение гидроперитонеума, раннее восстановление перистальтики, назначение в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

- 2) Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем t тела до 38°C . Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала. Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 100/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят. В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t° . При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае? 2. Этиопатогенез данной патологии? 3. Классификация заболевания? 4. Объем обследования больной в данном случае? 5. Тактика лечения данного заболевания? 6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае? 7. Послеоперационное ведение больной?

Ответы:

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка 2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов. 3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное
Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майделя) и пристеночное (грыжа Рихтера. 4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости 5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот. 6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют. 7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

- 3) Мужчина 60 лет поступил на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотнoэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампулы прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удается ввести не более 400 мл жидкости.

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного? 2. Вероятная причина развития этого синдрома у пациента? 3. Классификация данной патологии? 4. Применение каких дополнительных методов оправдано для подтверждения и уточнения предварительного диагноза? 5. Тактика хирурга при подтверждении вашего предварительного диагноза? 6. Варианты оперативного пособия в зависимости от стадии заболевания? 7. Особенности ведения послеоперационного периода. 8. Что такое проба Цегефон - Мантейфеля?

Ответы:

У больного клиника обтурационной толстокишечной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Из дополнительных методов обследования необходимы: обзорная рентгенография брюшной полости, контроль пассажа бария. Лечение больного оперативное. В предоперационном периоде: 10%-40 мл NaCl, паранефральная блокада, антибиотики. Тактику определяет хирург во время операции. Варианты оперативного пособия: гемиколэктомия, операции «типа Гартмана», резекции толстой кишки с наложением U-образного анастомоза, операция Цейтлера-Шлоффера. При наличии отдаленных метастазов и нерезектабельности опухоли - обходные анастомозы и выведение двухствольных колостом. Проба Цеге - фон - Мантейфеля: при постановке очистительной клизмы невозможно ввести более 300л жидкости. Признак обтурации сигмовидной кишки. При локализации опухоли в сигмовидной кишке – резекция сигмовидной кишки по Гартману, при локализации в нисходящей кишке – левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольной трансверзостомы, при локализации в поперечноободочной кишке – резекция кишки типа Гартмана, при локализации в области правого фланга – правосторонняя гемиколэктомия. При неоперабельности опухоли – наложение двухствольного ануса. Послеоперационное ведение по общим принципам, особое внимание требует уход за колостомой.

- 4) У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии. Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 x 4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Ваш диагноз?

1. Классификация этой патологии.
2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
4. Какую тактику лечения следует избрать?
5. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
7. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии

Ответы:

Предварительный диагноз: Дивертикул пищевода. Дополнительные методы исследования: рентгеноэзофагогастроскопия, ФГДС. Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение. Показание к хирургическому лечению - осложнения заболевания (перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация, пищеводно-трахеальные свищи). Оперативное лечение: при глоточно - пищеводных дивертикулах - шейный доступ, при эпибронхиальных - левосторонний торакальный. Объем операции: дивертикулэктомия, дивертикулэктомия с пластикой пищевода лоскутом диафрагмы или плевры.

5) У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Какова этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Опишите рентгенологическую семиотику заболевания.
6. Какие стадии заболевания по Б. В. Петровскому следует различать?
7. Какие виды лечения применяются при данном заболевании?
8. Каковы показания к оперативному лечению, варианты операций?

Ответы:

Предварительный диагноз: Ахалазия кардии. Для данного заболевания характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация и боль. Дифференциальный диагноз: рак пищевода и рак кардии, дивертикул пищевода, эзофагит, эзофагоспазм, стриктуры пищевода. Методы исследования: Рентгеноэзофагогастроскопия, эзофагокимография, ФГДС, фармакологические пробы. Консервативную терапию применяют только в начальных стадиях заболевания, а также как дополнение к кардиодилатации. Основным методом лечения - кардиодилатация (противопоказан при портальной гипертензии). Кардиотомия. Эндоскопическая эзофагомиотомия. Показания к оперативному лечению: Противопоказания к кардиодилатации. отсутствие эффекта от кардиодилатации, разрывы пищевода, стриктуры. Консервативно: стол 1, церукал 3-4 недели, седативные, витамины группы В. Вагосимпатическая блокада (расслабление кардии).

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач
Пороговый уровень

Знать: топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение

- 1) Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Медиастинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 3) Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Методы исследования больных.
- 4) Эндемический, спорадический зоб. Этиология, патогенез, признаки зобной эндемии. Показания к операции.
- 5) Тиреотоксикоз, патогенез, классификация по степени тяжести и стадии развития.

Продвинутый уровень

Уметь: на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

- 1) Блефориты у новорожденных. Осложнения. Лечение.
- 2) Двойная» антитромбоцитарная терапия. Польза и риск.
- 3) Возможности лабораторного контроля за антиагрегантной терапией.
- 4) Пересадка костного мозга у больных острым лейкозом. Показания и возможности.
- 5) Селезенка и болезни крови.

Владеть: навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

1) Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот. Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

1. Какое осложнение возникло у больного и почему? 2. Лечебная тактика в данной ситуации? 3. Как определить жизнеспособность кишки? 4. Определение понятий «ложное ущемление» и «мнимое вправление». 5. Какие основные симптомы ущемленной грыжи? 6. Виды и типы ущемления?

Ответы:

Диагноз: Ущемленная пупочная грыжа (ретроградное W-образное ущемление). Осложнение: Перитонит. Причиной данного осложнения явилась врачебная ошибка во время операции: при W-образном ущемлении не была ревизована полностью кишечная петля. Больному показана релапаротомия, резекция кишки. Ложное ущемление — это симптомокомплекс, напоминающий общую картину ущемления, но вызванный каким-либо другим острым заболеванием органов брюшной полости. Мнимое вправление - это погружение ущемленной петли кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость или в предбрюшинное пространство. Основные признаки ущемления: боль, болезненность, напряжение, невраивимость.

2) Больной Н., 67 лет поступил с жалобами на нарастающие боли в животе в течении суток, преимущественно в левой его половине, вздутие живота, неотхождение стула и газов, тошноту. Из анамнеза - более года отмечает запоры, ухудшение аппетита,

нарастающую слабость, похудел за это время более, чем на 10 кг. Последнее время беспокоят постоянные боли в левой половине живота. Объективно: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, эластичность кожи и тургор тканей снижены, кожные покровы бледные, пульс 90 в минуту, А/Д 110/70 мм рт. ст., язык влажный, живот равномерно вздут, перкуторно «тимпанит», при пальпации болезненный по ходу левого бокового канала, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, перистальтические шумы выслушиваются, при обследовании per rectum - ампула прямой кишки пустая, анализ крови: эр.-3,1 $10^{12}/л$; НЬ - 102 г/л; L -6,5 $10^{12}/л$

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного? Классификация заболевания. 2. Какова вероятная причина развития этого синдрома в данном случае? 3. План дополнительного обследования больного. 4. Значение рентгенологических и эндоскопических методов в диагностике основного заболевания и его осложнений. 5. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения у данного больного? 6. Тактика хирурга в зависимости от эффективности консервативного лечения? 7. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств в зависимости от эффективности консервативных мероприятий, состояния больного, данных операционной находки. 8. Особенности ведения послеоперационного периода?

Ответы:

У больного клиника обтурающего рака толстой кишки (левый фланг) (Механическая обтурационная толстокишечная непроходимость. Опухоль?). Для уточнения диагноза методом выбора является колоноскопия с биопсией опухоли. Подтвердить диагноз можно также при помощи ирригоскопии. Лечение оперативное; в зависимости от локализации опухоли -левосторонняя гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки. При развитии клиники обтурационной кишечной непроходимости -многоэтапные вмешательства: операции «типа Гартмана». операция Цейтлера-Шлоффера; при 4 стадии заболевания - выведение 2-х ствольных колостом.

3) Больной К., 18 лет оперирован по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, осложненного разлитым серозно-гнойным перитонитом. Выполнена аппендэктомия, дренирование брюшной полости. Ранний послеоперационный период протекал с явлениями умеренно выраженного пареза кишечника, которые эффективно купировались применением медикаментозной стимуляции. Однако, к концу 4-х суток после операции состояние больного ухудшилось, появилось нарастающее вздутие живота, схваткообразные боли по всему животу, перестали отходить газы, присоединилась тошнота и рвота, общие признаки эндогенной интоксикации. Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 92 в минуту, А/Д 130/80 мм рт. ст., язык влажный, обложен, живот равномерно вздут, разлитая болезненность во всех отделах, перистальтика усилена, перитонеальные симптомы не определяются, при обследовании per rectum - ампула прямой кишки пуста.

1. Какое осложнение раннего послеоперационного периода возникло у данного больного? 2. Какие методы дополнительного обследования помогут определиться с диагнозом? 3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных. 4. Каковы возможные причины развития данного осложнения в раннем послеоперационном периоде? 5. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии. 6. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения при развитии этого осложнения? 7. Показания к операции, объем оперативного пособия? 8. Интра- и послеоперационные мероприятия, направленные на предупреждение развития данного осложнения?

Ответы:

По всей видимости у больного возникла послеоперационная ранняя спаечная кишечная непроходимость. Уточнить диагноз поможет УЗИ (состояние кишечных петель, выпот в брюшной полости), обзорная рентгенография брюшной полости (чаши Клойбера), контроль пассажа бария. Показанием к операции является нарастание клиники кишечной непроходимости, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Операция: Релапаротомия, разделение спаек, трансназальная интубация тонкой кишки, дренирование брюшной полости

4) Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне - наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово - синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

1. Ваш диагноз? 2. Каковы причины данного заболевания? 3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае? 4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику? 5. Какова лечебная тактика? 6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка? 7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации? 8. Назначьте антибактериальную терапию 9. Меры профилактики данного заболевания?

Ответы:

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин. При абсцедировании - оперативное лечение: вскрытие мастита. С целью подавления лактации можно использовать препараты, подавляющие секрецию пролактина (бромокриптин, парлодел 5 мг 2 раза в день 5-7 дней).

5) Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 °С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке. За период болезни четыре раза был стул, дважды жидкий. Объективно; язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минуту, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное при пальпации, малоподвижное. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, НБ - 140 г/л.

1. Ваш диагноз? 2. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза? 3. Какова дальнейшая тактика лечения? 4. Каков арсенал консервативной терапии? 5. Показания к операции? 6. Суть и объем операции? 7. Оптимальные сроки для выполнения операции в отдаленном периоде?

Ответы:

Диагноз: Аппендикулярный инфильтрат. Уточнить диагноз, особенно при подозрении на абсцедирование, поможет УЗИ. Тактика консервативно-выжидательная. При эффективности консервативного лечения больному рекомендуют плановую аппендэктомию через 6 месяцев после рассасывания инфильтрата. При абсцедировании инфильтрата - вскрытие и дренирование абсцесса. После выздоровления больного - плановая аппендэктомия.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Пороговый уровень:

Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения.

- 1) Венозный тромбоз и ТЭЛА у терапевтических пациентов: как заподозрить и предупредить.
- 2) Острый коронарный синдром. Инвазивные и консервативные методы лечения.
- 3) Больной после ИМ: как предотвратить повторные катастрофы.
- 4) Перипортальная кардиопатия. Особенности лечения и прогноз.
- 5) Гендерные различия при сердечно-сосудистой патологии.

Продвинутый уровень:

Уметь на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

- 1) Перспективы антитромботической терапии.
- 2) Тромбофилии, значение генетических мутаций в терапевтической клинике.
- 3) Тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда. Польза и риск.
- 4) Фибрилляция и трепетание предсердий, трудности курации.
- 5) Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Клиническое значение, особенности купирования пароксизмальных нарушений ритма.

Владеть навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний

1) Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток, когда появились боли в желудке, которые затем локализовались справа. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10х12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз - 12 тыс.

1. Ваш диагноз? 2. Этиология и патогенез данного заболевания? 3. С какой патологией следует провести дифференциальную патологию? 4. Дополнительные методы обследования? 5. Тактика лечения этого заболевания? 6. Лечение больного на этой стадии заболевания? 7. Возможные осложнения заболевания? 8. Показания к оперативному лечению, характер и объем операции?

Ответы:

1. Острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом. 2. Неспецифический воспалительный процесс, причиной которого является воспаление червеобразного отростка. Представляет конгломерат спаянных между собой вокруг деструктивно измененного червеобразного отростка петель тонкой и

толстой кишки, большого сальника, матки с придатками, мочевого пузыря, париетальной брюшины, ограничивающих проникновение инфекции в свободную брюшную полость. В его развитии выделяют две стадии - раннюю (формирования рыхлого инфильтрата) и позднюю (плотного инфильтрата). 3. Опухоли слепой и восходящей кишки, придатков матки, гидропиосальпинкс. 4. Лабораторная диагностика, ректальное и вагинальное исследование, УЗИ и КТ брюшной полости, ирригография (скопия), колоноскопия с биопсией. 5. В стадию плотного инфильтрата тактика консервативно - выжидательная, при его абсцедировании – срочное оперативное вмешательство. 6. Комплексное консервативное лечение, включая постельный режим, щадящую диету, в ранней фазе - холод на область инфильтрата, а после нормализации температуры физиолечение (УВЧ). Антибактериальная, противовоспалительная терапия, внутритазовая блокада по Школьникову, лечебные клизмы, иммуностимуляторы и т.д. 7. Абсцедирование, вскрытие абсцесса в свободную брюшную полость, перитонит, кишечная непроходимость, сепсис. 8. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата. Вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей.

- 2) У кормящей женщины 24 лет через 2 недели после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39 °С, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотноватая, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется. Пульс 92 в минуту, ритмичный, артериальное давление 120/ 70 мм рт.ст.

1. Ваш диагноз? 2. Классификация данного заболевания. 3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае? 4. Возможна ли консервативная тактика? 5. С каким заболеванием следует дифференцировать? 6. Можно ли продолжать кормление ребенка? 7. Какие средства применяются для прекращения лактации? 8. Назначьте антибактериальную терапию выпиской рецептов. 9. Каковы меры профилактики данного заболевания?

Ответы:

1. Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации. 2. 1) - острый – ретромаммарный; хронический – субареолярный; - премаммарный 2) - серозная форма – паренхиматозный; - инфильтративная – интерстициальный: - абсцедирующая 3. ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность), 4. Консервативная тактика возможна. 5. Маститоподобная форма рака, туберкулез, актиномикоз. 6. Кормление грудью не прекращают. 7. Бромкрептин, парлоден. 8. Амоксиклав, Цефазолин 1,0 9. Тщательный уход за молочной железой, сцеживание молока.

3) Больной 30 лет находится в хирургическом отделении по поводу острого аппендицита в стадии аппендикулярного инфильтрата. На 3 сутки после госпитализации и на 7 сутки от начала заболевания боли внизу живота и особенно в правой подвздошной области усилились, температура приняла гектический характер. Объективно: Пульс 96 в минуту. Дыхание не затруднено. Живот правильной формы, резко болезненный при пальпации в

правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Инфильтрат в правой подвздошной области несколько увеличился в размерах. Лейкоцитоз увеличился по сравнению с предыдущим анализом.

1. Сформулируйте клинический диагноз в данном случае? 2. Тактика лечения больного? 3. Характер, объем и особенности хирургического пособия при данной патологии? 4. Особенности ведения послеоперационного периода? 5. Рекомендации при выписке.

Ответы:

1. Основной: острый аппендицит. Осложнения: абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат (периаппендикулярный абсцесс). 2. При абсцедировании инфильтрата показано оперативное вмешательство в срочном порядке. 3. Операция - вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. Червеобразный отросток не удаляется. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей. В случае плотного прилегания абсцесса к передней брюшной стенке может использоваться доступ Волковича – Дьяконова или внебрюшинная пункционная санация и дренирование аппендикулярного абсцесса под контролем УЗИ. 4. Посев экссудата на микрофлору для подбора антибиотиков, полупостельный режим, диета ОВД 1, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков и ферментных препаратов, последующее применение мазевых турунд с целью заживления вторичным натяжением. 5. Соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок до 3х месяцев, госпитализация для плановой аппендэктомии через 6 месяцев.

4)_Больной 35 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастральной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, временами рвоту, похудание. В анамнезе: год назад лечился по поводу тупой травмы живота, посттравматического панкреатита. Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожный покров и склеры обычного цвета, со стороны органов грудной полости без особенностей. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в эпигастрии определяется эластическое неподвижное образование 10х6 см, без передаточной пульсации, аускультативно над ним шумов не определяется, желудок не увеличен. Определяется непостоянный шум плеска. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчив. При фиброгастродуоденоскопии выполненной амбулаторно в желудке умеренное количество жидкости, гастрические изменения слизистой, фиброгастроскоп проходит в 12-перстную кишку, но в антральном отделе отмечается выбухание задней стенки.

1. Какой диагноз Вы поставите больному? 2. С какими заболеваниями необходимо произвести дифференциальный диагноз? 3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза? 4. Какое лечение показано больному? 5. Показание к оперативному лечению и выбор характера вмешательства? 6. Прогноз относительно течения болезни?

Ответы:

1. Хронический кистозный панкреатит. Дуоденальная непроходимость 2. С опухолью поджелудочной железы, желудка. 3. Рентгенография желудка и грудной

клетки, ФГДС, УЗИ, пункционная биопсия. 4. Консервативное (основные направления лечения острого панкреатита), коррекция электролитного баланса и инкреторной недостаточности. Оперативное лечение зависит от степени сформированности кисты и осложнений: малоинвазивная (пункции, дренирование), паллиативные операции (марсупиализация, цистоеюностазия, цистогастроанастомоз), радикальная (энуклеация, резекция поджелудочной железы с кистой).

5) Женщина, 46 лет, 20 лет назад оперирована по поводу грыжи белой линии живота, 15 лет назад рецидив грыжи. В настоящее время при вертикальном положении больной отмечается выпячивание 10 x 8 см, не вправляющееся в брюшную полость. Периодически отмечает запоры. Предполагалась повторная операция, но больная отказывалась. Грыжевое выпячивание имеет тенденцию к увеличению, грыжевые ворота до 5 - 7 см в диаметре. Сегодня, ввиду ухудшения погоды и понижения атмосферного давления, появились боли в грыжевом выпячивании. Боли постоянные, усиливаются при движениях. В прошлом подобные боли имели место, особенно после физической нагрузки. Объективно: Язык влажный. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД- 130/80 мм.рт.ст. Тошноты, рвоты нет. Больная обратилась к Вам на прием.

1. Ваш диагноз? 2. Классификация заболевания. 3. Дополнительные методы обследования? 4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику? 5. Виды оперативного лечения. 6. Возможные осложнения послеоперационного периода и их профилактика.

Ответы:

1. Рецидивная невправимая грыжа белой линии живота. Копростаз. 2. Вправимая, невправимая, ущемленная; По локализации: пупочная, белой линии живота, спигелиевой линии, мечевидного отростка, поясничные, промежностные, седалищные. Осложненная, неосложненная. По размерам: малая, большая, гигантская. 3. Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ 4. Ущемление, спаечная болезнь брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость, невправимость 5. Методы герниопластики: - Фасциально-апоневротическая; - Мышечно-апоневротическая; - Мышечная; - Пластика с применением биологических (аллопластика) и синтетических (эксплантация) материалов (onlay, sublay, inlay). – Комбинированная 6. Послеоперационные осложнения: дыхательная недостаточность, ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи. Профилактика: Оперативное лечение выполняют в плановом порядке после предоперационной подготовки, включающей профилактику возможных кардиореспираторных осложнений, связанных с одномоментным повышением внутрибрюшного давления после герниопластики. Грыжесечение дополняют разделением сращений, дефект брюшной стенки замещают различными видами ауто- или аллотрансплантатов. Наиболее часто применяют полипропиленовый сетчатый трансплантат. В зависимости от способа размещения эндопротеза различают методику герниопластики onlay (сетка подшивается на апоневроз) и sublay (трансплантат помещается под апоневроз в предбрюшинное пространство). При больших размерах грыжевых ворот показана ненатяжная пластика, когда дефект в апоневрозе замещается сетчатым трансплантатом в виде "заплаты" (методика inlay). При рецидивных грыжах в послеоперационном периоде назначаются антибактериальные препараты

ТЕМАТИКА РЕФЕРАТОВ

1. Тиреоидиты и струмиты. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Лечение консервативное и хирургическое.

2. Тиреоидит Хашимото. Этиология, патогенез. Клиника, диагностика. Дифференциальный диагноз. Показания к медикаментозному и хирургическому лечению.
3. Тиреоидит Риделя. Клиника, диагностика, Дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение.
4. Методы исследования больных с заболеванием молочной железы.
5. Острый гнойный мастит. Клиника, диагностика, лечение. Профилактика лактационного мастита.
6. Дифференциальная диагностика врожденных пороков сердца.
7. Приобретенные пороки сердца. Дифференциальная диагностика.
8. Травмы и ранения сердца.
9. Перикардиты. Дифференциальная диагностика. Методы обследования. Лечение. Показания к операции.
10. Дифференциальная диагностика аневризмы аорты.
11. Тромбозы системы нижней полой вены, ТЭЛА. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения, выбор хирургической коррекции.
12. Варикозная болезнь, тромбозы. Дифференциальная диагностика. Методы хирургического лечения, выбор хирургической коррекции. Исходы операций, реабилитация больных после операций.
13. Хронические окклюзионные заболевания периферических артерий. Острая артериальная непроходимость.
14. Острые и хронические нарушения мезентериального кровообращения. Дифференциальная диагностика.
15. Врожденный и приобретенный мегаколон у детей. Клиника. Диагностика. Показания к операции. Лечение. Реабилитация.
16. Основные виды мегаколона по этиологии.
17. Пороки развития желудочно-кишечного тракта у новорожденных. Клиника. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
18. Гнойные заболевания кожи у новорожденных. Лечение.
19. Гнойный мастит у новорожденных. Осложнения. Лечение.
20. Блефариты у новорожденных. Осложнения. Лечение.
21. «Двойная» антитромбоцитарная терапия. Польза и риск.
22. Возможности лабораторного контроля за антиагрегантной терапией.
23. Пересадка костного мозга у больных острым лейкозом. Показания и возможности.
24. Селезенка и болезни крови.
25. Перспективы антитромботической терапии.
26. Тромбофилии, значение генетических мутаций в терапевтической клинике.
27. Тромболитическая терапия при остром инфаркте миокарда. Польза и риск.
28. Фибрилляция и трепетание предсердий, трудности купирования.
29. Синдром Вольфа-Паркинсона-Уайта. Клиническое значение, особенности купирования пароксизмальных нарушений ритма.
30. Артериальная гипертензия у беременных. Трудности диагностики, особенности лечения.
31. Гормональнозаместительная терапия и сердечно-сосудистые заболевания у женщин.
32. Синдром обструктивного апноэ сна, возможности диагноза и лечения.
33. ГЭРБ: современные представления. Диагностика. Лечебные подходы.
34. Особенности лечения труднорубцующихся язв желудка и 12- перстной кишки.
35. Холестаз и перекрестный синдром. Трудности диагностики.
36. Клиника, диагностика аневризмы брюшной аорты. Когда заподозрить?
37. Ятрогенные поражения печени и почек в терапевтической практике.

38. Протеинурия как фактор прогрессирования поражения почек. Возможности нефропротекции.
39. Экстракорпоральные методы в лечении хронической почечной недостаточности.
40. Диагностика и лечение осложнений стероидной терапии у терапевтических больных.
41. Проблемы полиморбидности геронтологического пациента.
42. Новые биологические агенты в лечении ревматоидного артрита.
43. Артриты и заболевания желудочно-кишечного тракта.
44. Инфекционные артриты в практике интерниста.
45. Возможности диагностики системных заболеваний соединительной ткани.

ВОПРОСЫ ДЛЯ УСТНОГО ОПРОСА

1. Специальные методы исследования больных с заболеваниями органов дыхания.
2. Патологическое исследование мокроты.
3. Заболевание трахеи. Пороки развития.
4. Травматические повреждения трахеи, диагностика, лечение.
5. Рубцовые стенозы трахеи. Причины. Клиника, диагностика, современные методы лечения.
6. Спонтанный пневмоторакс. Причины, клиника, диагностика, лечение.
7. Тотальный и ограниченный пневмоторакс, клапанный и напряженный.
8. Острый и хронический абсцесс легкого. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика.
9. Консервативные методы лечения абсцесса легкого. Показания к операции и виды оперативных вмешательств. Реабилитация. Профилактика.
10. Пути проникновения инфекции в плевральную полость. Диагностика, консервативное и хирургическое лечение. Показания к дренированию плевральной полости.
11. Хроническая эмпиема плевры. Причины перехода острой эмпиемы в хроническую. Открытые и закрытые методы лечения.
12. Острый гнойный плеврит. Методы операции, показания к ним.
13. Бронхоэктатическая болезнь. Дифференциальная диагностика. Показания к хирургическому лечению.
14. Виды операций при бронхоэктатической болезни. Ведение послеоперационного периода.
15. Гангрена легкого. Причины развития, клиника, диагностика, лечение.
16. Медиастинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
17. Анатомо-физиологические сведения о щитовидной железе. Методы исследования больных.
18. Эндемический, спорадический зоб. Этиология, патогенез, признаки зобной эндемии. Показания к операции.
19. Тиреотоксикоз, патогенез, классификация по степени тяжести и стадии развития.
20. Венозный тромбоз и ТЭЛА у терапевтических пациентов: как заподозрить и предупредить.
21. Острый коронарный синдром. Инвазивные и консервативные методы лечения.
22. Больной после ИМ: как предотвратить повторные катастрофы.
23. Перипортальная кардиопатия. Особенности лечения и прогноз.
24. Гендерные различия при сердечно-сосудистой патологии.
25. Проблемы лечения больных с экстрасистолической аритмией.
26. Возможности диагностики синдрома слабости синусового узла.
27. Новые инотропные агенты в лечении хронической сердечной недостаточности.
28. Определение показаний к кардиостимуляции. Методика и практика.
29. Возможности хирургического лечения аритмий.

30. Метаболический синдром как междисциплинарная проблема.
31. Кардиоваскулярные аспекты антифосфолипидного синдрома.
32. Тактика ведения беременных с пороками сердца в условиях амбулаторно-поликлинической практики.
33. Особенности ведения беременных с аритмиями.
34. Роль ингибиторов АПФ в улучшении прогноза у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями.
35. Кортикостероиды и антикоагулянты в лечении больного тяжелой пневмонией и сепсисом.
36. Эволюция представлений о ХОБЛ.
37. Возможность сочетания бронхиальной астмы и ХОБЛ.
38. Диагностика и лечение заболеваний легких у беременных.
39. Безопасность современных методов исследований у беременных, определение показаний.
40. Боль: практический подход к лечению и выбору препарата.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

ОПК-4. Способен применять медицинские изделия, предусмотренные порядком оказания медицинской помощи, а также проводить обследования пациента с целью установления диагноза

Знать: общехирургический и специальный хирургический инструментарий.

Уметь: выполнять базовые хирургические манипуляции (завязывание хирургического узла, наложение швов, накладывание лигатуры под зажимом и т.д.).

Владеть: навыками использования хирургического инструментария.

- 1) Кисты и свищи поджелудочной железы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Перикардиты. Классификация, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
- 3) Неспецифический язвенный колит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 4) Ваготомия в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки. Постваготомные синдромы. Клиника. Диагностика, лечение.
- 5) Постхолецистэктомический синдром. Определение понятия. Причины, клиника, диагностика, лечение.

ОПК-5. Способен оценивать морфофункциональные, физиологические состояния и патологические процессы в организме человека для решения профессиональных задач

Знать: топографо-анатомические особенности всех областей человеческого тела и их послойное строение.

Уметь: на основании знаний топографической анатомии, ориентироваться в операционной ране и выявлять в ней важные анатомические образования.

Владеть: навыками выполнения медицинских инвазивных манипуляций на основе имеющихся знаний.

- 1) Спорадический зоб. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Полипоз ободочной кишки. Классификация. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
- 3) Расслаивающая аневризма аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 4) Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
- 5) Эхинококкоз печени. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

ОПК-7. Способен назначать лечение и осуществлять контроль его эффективности и безопасности

Знать: детальную схему топографической анатомии области интереса, алгоритмы выполнения основных оперативных вмешательств и показания для их выполнения.

Уметь: определять показания и противопоказания для выполнения оперативных вмешательств.

Владеть: техникой выполнения основных общехирургических оперативных вмешательств.

- 1) Острый гнойный мастит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
- 2) Ишемическая болезнь сердца. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. Показания к операции.
- 3) Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
- 4) Врожденные пороки "синего типа". Тетрада Фалло. Клиника, диагностика, лечение.
- 5) Острый гнойный плеврит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ

1. Облитерирующий атеросклероз. Этиология. Клиническая картина. Лечение.
2. Комплексные мероприятия при профузных кровотечениях из пищеварительного тракта.
3. Дивертикулы пищевода. Клиника, диагностика, хирургическое лечение.
4. Предраковые заболевания желудка. Тактика хирурга.
5. Роль поликлиники в диспансерном методе обслуживания хирургических больных.
6. Методы обследования больных с облитерирующими заболеваниями сосудов нижних конечностей.
7. Реинфузия крови и аутогемотрансфузия. Определение понятия. Техника выполнения. Показания и противопоказания.
8. Хирургические методы лечения варикозного расширения вен нижних конечностей.
9. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Лечение.
10. Эмболия легочной артерии. Этиология. Клинические формы. Диагностика, лечение. Реанимационные мероприятия.
11. Незаращение артериального (Боталлова) протока. Клиника, диагностика, лечение.
12. Тиреотоксический криз. Этиопатогенез. Клиника, лечение.
13. Эндемический зоб. Определение понятия. Классификация. Признаки зобной эндемии. Профилактика. Показания к операции.
14. Спонтанный пневмоторакс. Клиника. Диагностика. Лечение.
15. Легочное кровотечение. Причины, диагностическая и лечебная тактика.
16. Тиреотоксический зоб. Клиника, диагностика и лечение, показания к операции.
17. Облитерирующий эндартериит нижних конечностей. Определение понятия. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
18. Заболевания молочной железы. Классификация, методы обследования.
19. Гангрена легкого. Диагностика, лечение, осложнения.
20. Кишечные свищи, Классификация, клиника, лечение.
21. Кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода и кардии. Клиника, диагностика и методы лечения.
22. Рентгенологические, эндоскопические, интраоперационные методы исследования при механической желтухе.
23. Острый и хронический абсцесс легкого. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
24. Хронический абсцесс легкого. Дифференциальный диагноз. Хирургическое лечение.
25. Медиастинит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.

26. Дифференциальная диагностика острого и хронического панкреатита.
27. Портальная гипертензия. Этиопатогенез, клиника, диагностика и лечение.
28. Хирургическая коррекция нарушений ритма.
29. Инородные тела бронхов. Диагностика и лечение. Бронхологические методы исследования в торакальной хирургии.
30. Кисты и свищи поджелудочной железы. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
31. Перикардиты. Классификация, этиология, клиника, дифференциальная диагностика, лечение.
32. Неспецифический язвенный колит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
33. Ваготомия в хирургии язвенной болезни двенадцатиперстной кишки.
- Постваготомные синдромы. Клиника. Диагностика, лечение.
34. Постхолецистэктомический синдром. Определение понятия. Причины, клиника, диагностика, лечение.
35. Спорадический зоб. Классификация. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
36. Полипоз ободочной кишки. Классификация. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
37. Расслаивающая аневризма аорты. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
38. Доброкачественные опухоли молочной железы. Клиника, диагностика, лечение.
39. Эхинококкоз печени. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
40. Острый гнойный мастит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
41. Ишемическая болезнь сердца. Клиника, диагностика, хирургическое лечение. Показания к операции.
42. Инородные тела пищевода. Клиника, диагностика, лечебная тактика.
43. Врожденные пороки "синего типа". Тетрада Фалло. Клиника, диагностика, лечение.
44. Острый гнойный плеврит. Этиология, клиника, диагностика, лечение.
45. Эмпиема плевры. Классификация, клиника, диагностика, лечение.
46. Острый панкреатит. Этиология. Клиника. Диагностика. Принципы лечения.
47. Хронический панкреатит. Этиопатогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Лечение.
48. Закрытая травма печени и селезенки. Дифференциальная диагностика повреждений
49. Химические ожоги пищевода. Первая помощь и принципы лечения в остром периоде.
50. Организация хирургической службы в поликлинике. Экспертиза трудоспособности хирургических больных.
51. Инородные тела пищеварительного тракта. Клиника, диагностика, тактика хирурга.
52. Скользящие грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Клиника, дифференциальный диагноз и лечение.
53. Тиреотоксический зоб. Осложнения во время и после операции. Лечение осложнений.
54. Кардиоспазм. Этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.
55. Доброкачественные опухоли пищевода. Клиника, диагностика. Лечение.
56. Болезни оперированного желудка. Классификация, клиника, диагностика, показания к хирургическому лечению.
57. Недостаточность митрального клапана. Этиология, гемодинамика, клиника, диагностика, профилактика и лечение.
58. Экстракорпоральные методы детоксикации в хирургии (гемо-, лимфосорбция, плазмаферез, АУФОК, ксеноспленоперфузия и др.).
59. Доброкачественные опухоли легких. Классификация, клиника, методы дифференциальной диагностики, лечение.
60. Механическая желтуха. Дифференциальная диагностика. Дополнительные методы обследования при желтухе.
61. Митральный стеноз. Механизм развития порока. Клиника, диагностика, принципы

хирургического лечения.

62. Врожденные пороки. Классификация. Показания к хирургическому методу лечения. Тетрада Фалло. Способы операции.

63. Опухоли и кисты средостения. Классификация. Специальные методы обследования.

64. Повреждения и заболевания селезенки. Клиника, диагностика, лечение. Показания к спленэктомии.

65. Посттромбофлебитический синдром. Определение понятия, классификация, клиника, диагностика, лечение.

66. Болезнь Рейно. Этиология, классификация, клиника, диагностика, лечение.

67. Холангит. Клиника, диагностика. Лечение.

68. Специальные методы обследования пищевода. Классификация и дифференциальная диагностика заболеваний пищевода.

69. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей. Этиопатогенез. Классификация. Клиника, Лечение.

70. Классификация заболевания щитовидной железы.

71. Полипоз желудка. Этиопатогенез, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

72. Хронические окклюзионные поражения артерий верхних конечностей. Болезнь Такаюсу. Клиника, диагностика, лечение.

73. Тромбофлебиты глубоких вен нижних конечностей. Клиника, диагностика, лечение. Принципы антикоагулянтной терапии. Показания к операции.

74. Аутоиммунный тиреоидит. Этиопатогенез, клиника, принципы лечения.

75. Доброкачественные опухоли и кисты средостения. Клиника, диагностика, лечение.

76. Синдром Лериша. Клиника, специальные методы обследования, лечение.

77. Организация хирургической службы населению России и Мордовии.

78. Геморрой. Этиопатогенез. Клиника, Дифференциальный диагноз. Лечение.

79. С.С.Юдин. Его роль в развитии хирургии желудка и двенадцатиперстной кишки.

80. Острая кишечная непроходимость. Классификация. Диагностика. Лечение.

81. Инвагинация кишечника. Клиника. Диагностика. Лечение. Показания к операции.

82. Странгуляционная кишечная непроходимость: завороты, узлообразование и инвагинация кишок.

83. Обтурационная непроходимость кишечника. Причины. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга.

84. Пупочные грыжи. Грыжи белой линии живота. Клиника. Лечение.

85. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Этиопатогенез. Клиника и лечение.

86. Перитонит. Этиопатогенез. Клиника, диагностика. Тактика хирурга.

87. Острый холецистит. Клиника, диагностика, лечение.

88. Желчнокаменная болезнь. Этиопатогенез. Клиника. Дифференциальный диагноз. Лечение.

89. Желудочно-кишечное кровотечение. Этиология. Клиника. Диагностика. Тактика хирурга.

90. Перфоративная язва желудка. Клиника. Диагностика. Лечение.

91. Острые нарушения проходимости магистральных артерий конечностей. Дифференциальный диагноз. Тактика хирурга.

92. Приобретенные паховые грыжи. Хирургическая анатомия пахового канала. Оперативное лечение паховых грыж.

93. Дифференциальная диагностика желудочно-кишечных кровотечений.

94. Ущемленная грыжа. Клиника, диагностика. Тактика хирурга.

95. Трещина заднего прохода. Клиника, диагностика. Лечение.

96. Острый аппендицит. Классификация. Клиника, диагностика. Особенности клиники у больных пожилого возраста, беременных и детей.

97. Острый аппендицит. Дифференциальный диагноз. Тактика хирурга.
98. Осложнения острого аппендицита. Диагностика. Тактика хирурга.
99. Послеоперационные осложнения при остром аппендиците. Тактика хирурга. Профилактика.
100. Рубцово-язвенный пилородуоденальный стеноз. Патогенез. Клиника, Хирургическое лечение.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ (ЗАДАЧИ К ЭКЗАМЕНУ)

Задача № 1

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечной ободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны. Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Сутки назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии.
5. Каков объем консервативных лечебных мероприятий необходимых для данного больного?
6. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств?
7. Мероприятия, направленные на предупреждение рецидива заболевания.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 1

1. Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей.
2. В комплексе первичного обследования обязательны обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование.

3. Основной этиологический фактор в данном случае – механическое препятствие, вызвавшее илеус, следствием которого является частичная или полная остановка кишечного пассажа и, выраженное в той или иной степени, нарушение кровоснабжения вовлеченной в процесс кишечной петли. В патогенетическом плане среди многообразных нарушений гомеостаза наибольшее клиническое значение имеют развивающиеся водно-электролитные нарушения, изменение проницаемости кишечной стенки, некроз стенки кишки, кишечная недостаточность, эндотоксикоз, вторичный перитонит.
4. Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений.
5. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френотомия или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансанальная интубация тонкой кишки (по показаниям).
6. Тщательное соблюдение принципов оперативной техники, бережное отношение к тканям, интубация тонкой кишки, надежная герниопластика, наложение гидроперитонеума, раннее восстановление перистальтики, назначение в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача № 2

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем $t_{\text{тела}}$ до 38°C . Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала. Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 100/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят. В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная t° . При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Этиопатогенез данной патологии?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования больной в данном случае?

5. Тактика лечения данного заболевания?

6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае?

7. Послеоперационное ведение больной?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 2

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка

2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.

3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное

Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера)

4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости

5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.

6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.

7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

Задача № 3

Мужчина 60 лет поступил на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотноэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удается ввести не более 400 мл жидкости.

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного?
2. Вероятная причина развития этого синдрома у пациента?
3. Классификация данной патологии?
4. Применение каких дополнительных методов оправдано для подтверждения и уточнения предварительного диагноза?
5. Тактика хирурга при подтверждении вашего предварительного диагноза?
6. Варианты оперативного пособия в зависимости от стадии заболевания?
7. Особенности ведения послеоперационного периода.
8. Что такое проба Цегефон - Мантейфеля?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 3

У больного клиника обтурационной толстокишечной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Из дополнительных методов обследования необходимы: обзорная рентгенография брюшной полости, контроль пассажа бария. Лечение больного оперативное. В предоперационном периоде: 10%-40 мл NaCl, паранефральная блокада, антибиотики. Тактику определяет хирург во время операции. Варианты оперативного пособия: гемиколэктомия, операции «типа Гартмана», резекции толстой кишки с наложением U-образного анастомоза, операция Цейтлера-Шлоффера. При наличии отдаленных метастазов и нерезектабельности опухоли - обходные анастомозы и выведение двухствольных колостом. Проба Цеге - фон- Мантейфеля: при постановке очистительной клизмы невозможно ввести более 300л жидкости. Признак обтурации сигмовидной кишки. При локализации опухоли в сигмовидной кишке – резекция сигмовидной кишки по Гартману, при локализации в нисходящей кишке – левосторонняя гемиколэктомия с выведением одноствольной трансверзостомы, при локализации в поперечноободочной кишке – резекция кишки типа Гартмана, при локализации в области правого фланга – правосторонняя гемиколэктомия. При неоперабельности опухоли – наложение двухствольного ануса. Послеоперационное ведение по общим принципам, особое внимание требует уход за колостомой.

Задача № 4

У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии. Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 х 4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Ваш диагноз?

1. Классификация этой патологии.

2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
4. Какую тактику лечения следует избрать?
5. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
7. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 4

Предварительный диагноз: Дивертикул пищевода. Дополнительные методы исследования: рентгеноэзофагогастроскопия, ФГДС.

Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение. Показание к хирургическому лечению - осложнения заболевания (перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация, пищеводно-трахеальные свищи). Оперативное лечение: при глоточно - пищеводных дивертикулах - шейный доступ, при эпибронхиальных - левосторонний торакальный. Объем операции: дивертикулэктомия, дивертикулэктомия с пластикой пищевода лоскутом диафрагмы или плевры.

Задача № 5

У больной 25 лет среди полного здоровья появилась дисфагия, возникли боли за грудиной после проглатывания пищи, срыгивание непереваренных кусков пищи. Нища лучше проходит после запивания её теплой водой, молоком или чаем. При резком откидывании головы и наклоне туловища назад больная иногда чувствовала, как пища «проваливалась» в желудок. Объективно: полость рта, шея, грудина, эпигастральная область без особенностей.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить?
3. Какова этиология и патогенез данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Опишите рентгенологическую семиотику заболевания.
6. Какие стадии заболевания по Б. В. Петровскому следует различать?
7. Какие виды лечения применяются при данном заболевании?
8. Каковы показания к оперативному лечению, варианты операций?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 5

Предварительный диагноз: Ахалазия кардии. Для данного заболевания характерна триада симптомов: дисфагия, регургитация и боль. Дифференциальный диагноз: рак пищевода и рак кардии, дивертикул пищевода, эзофагит, эзофагоспазм, стриктуры пищевода. Методы исследования: Рентгеноэзофагогастроскопия, эзофагокимография, ФГДС, фармакологические пробы.

Консервативную терапию применяют только в начальных стадиях заболевания, а также как дополнение к кардиодилатации. Основной метод лечения - кардиодилатация (противопоказан при портальной гипертензии). Кардиотомия. Эндоскопическая эзофагомиотомия. Показания к оперативному лечению: Противопоказания к кардиодилатации. отсутствие эффекта от кардиодилатации, разрывы пищевода, стриктуры. Консервативно: стол 1, церукал 3-4 недели, седативные, витамины группы В. Вagosимпатическая блокада (расслабление кардии).

Задача № 6

Больной П., 58 лет оперирован в экстренном порядке через 36 часов от начала заболевания по поводу прободной язвы желудка, осложненной разлитым гнойно - фибринозным перитонитом. Выполнено ушивание язвы, дренирование брюшной полости. Течение послеоперационного периода тяжелое. Несмотря на проводимую интенсивную терапию на четвертые сутки после операции у больного сохраняются боли в животе без четкой локализации, тошнота, температура 37,9 °С. Объективно: язык сухой, живот вздут, пальпаторно определяется разлитая болезненность. Перитонеальные симптомы слабо положительны. Сохраняется парез желудочно-кишечного тракта, за сутки из желудка эвакуируется 600 - 1000 мл застойного содержимого, не отходят газы и стул. По дренажам из брюшной полости умеренное количество серозно-гнойного отделяемого. Пульс 110 в минуту, лейкоцитоз 13,0 тысяч, Лейкоцитарный индекс интоксикации 6,9.

1. Ваш диагноз?

2. Причины данного состояния?

3. Какие исследования необходимо выполнить для решения вопроса о дальнейшей тактике лечения?

4. На что должно быть направлено консервативное лечение?

5. Каковы показания к операции?

6. Объем хирургической помощи?

7. Принципы ведения послеоперационного периода при данной патологии?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 6

Предварительный диагноз: прогрессирующий перитонит. Динамическая (паралитическая) кишечная непроходимость. Дополнительные методы исследования: УЗИ (состояние кишечных петель, жидкость в брюшной полости), контроль пассажа бария. Лечение должно быть направлено на стимуляцию кишечника. Консервативно: прозерин, 10%- 40 мл NaCl, клизма гипертоническим раствором, электростимуляция, ГБО. Если клиника перитонита прогрессирует - показана релапаротомия, ликвидация источника перитонита, санация брюшной полости, декомпрессия кишечника.

Задача № 7

Больная 41 года обратилась к хирургу поликлиники с жалобами на боли в области заднего прохода, повышение температуры до 38°C. До этого несколько дней находилась на больничном листе, выданным терапевтом по поводу субфебрилитета, общего недомогания. Из анамнеза выяснилось, что 5 лет назад было кратковременное воспаление в области ануса с незначительным выделением гноя. Объективно: В области ануса на 5 - 8 часах имеется болезненный воспалительный инфильтрат 2х3 см. с деформацией наружного анального отверстия и его зиянием. С трудом удерживает газы, из прямой кишки выделяется слизь.

1. О каком заболевании идет речь?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Характерен ли для данной патологии продормальный период?
4. Какие методы дополнительного обследования необходимо выполнить, в чем заключается подготовка к ним и почему это должно выполняться в дневное время?
5. Назначьте лечение при данном заболевании?
6. Перечислите клинико-патогенетические формы хронического и острого вариантов течения данной патологии?
7. В чем заключается профилактика данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 7

По-видимому, у больной острый парапроктит (подкожный). Классификация: Острый (подслизистый, подкожный, ишиоректальный, пельвиоректальный); хронический (интра-, транс-, и экстрасфинктерные полные и неполные свищи прямой кишки). Лечение острого парапроктита: в инфильтративную фазу - антибиотики, горячие микроклизмы, ректальная диатермия, свечи с анестезином. В фазу абсцедирования - вскрытие парапроктита.

Задача № 8

Больной 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы. Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм.рт.ст. В области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.

1. Каков Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Эти о патогенез данного заболевания?
4. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?

5. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации?
6. Методы и объем неотложной помощи при этой патологии?
7. Методы лечения данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 8

Диагноз: Геморрой, осложненный кровотечением. Методы исследования: ректальное исследование, anoscopy, rectomanoscopy. Тактика амбулаторного хирурга: при выраженной анемии - госпитализация в хирургическое отделение. Первая помощь заключается в обезболивании, наложении повязки, проведении противовоспалительной и гемостатической терапии. Методы лечения: (в зависимости от стадии процесса и после остановки кровотечения) - инфракрасная фотокоагуляция, лигирование латексными кольцами, склеротерапия, геморроидэктомия.

Задача № 9

Больной 15 лет предъявляет жалобы на неотхождение стула и газов, боли в животе постоянного характера. Из анамнеза установлено, что с раннего детства больной вынужден прибегать к ежедневным очистительным клизмам, чтобы добиться стула. В силу сложившихся обстоятельств (находился в поезде) добиться стула не удалось в течение 3 суток. Объективно: Язык влажный. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный по ходу ободочной кишки. Перитонеальных симптомов нет. Шум плеска не выслушивается. При ректальном исследовании: Тонус сфинктера повышен, ампула пуста.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Первая помощь, консервативное лечение?
6. Показания к оперативному лечению?
7. Характер и объем оперативного пособия?
8. Возможные послеоперационные осложнения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 9

Диагноз: болезнь Гиршпрунга, мегасигма. Этиология: врожденное недоразвитие интрамуральных нервных сплетений. Дифференциальную диагностику необходимо проводить с обтурационной кишечной непроходимостью, копростазом, инородным телом прямой кишки. Дополнительные методы исследования и первая помощь: ректальное исследование, очистительные клизмы, механическое опорожнение кишечника (если необходимо - под наркозом). В «холодном» периоде - ирригоскопия, колоноскопия.

Показание к экстренной операции: кишечная непроходимость. Лечение болезни Гиршпрунга: резекция сигмовидной кишки в плановом порядке.

Задача № 10

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 - 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

1. Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Патогенез развития этого заболевания?
4. План обследования пациента?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
6. Принципы лечения заболевания в зависимости от стадии процесса?
7. Возможные осложнения при лечении этого заболевания и меры их профилактики?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 10

Диагноз: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (стеноз бедренно-подколенного сегмента слева), ишемия конечностей 2Б - 3 степени.

План обследования; Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар, ПТИ, флюорография, ЭКГ, холестерин, липопротеиды с определением коэффициента атерогенности, УЗ-доплерография, ангиография. Дифференциальный диагноз следует проводить с облитерирующим эндартериитом, болезнью Бюргера.

Лечение: при 1-2А степени ишемии конечностей лечение консервативное, при 2Б- 3 степени -оперативное. Метод выбора - в зависимости от типа поражения - реконструктивная операция (шунтирование, протезирование, реже эндартерэктомия). При невозможности выполнить реконструктивную операцию - симпатэкомия, профундопластика, РОТ.

Задача № 11

У женщины 27 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно час назад возникли сильные боли в правой стопе и голени. К моменту осмотра интенсивность болей усилилась. Кожные покровы дистальных отделов правой ноги бледные, холодные на ощупь. Пальпация стопы и голени болезненна. Активные движения стопы ограничены, пассивные - в полном объеме. Тактильная и ипроприоцептивная чувствительность снижены. Пульсация правой

бедренной артерии под пупартовой связкой усилена, на остальных уровнях - отсутствует.

1. Какой Ваш диагноз?

2. Этиология и патогенез данной патологии?

3. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза в данном случае?

4. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?

5. Какова должна быть лечебная тактика при острой ишемии?

6. Объем медицинской помощи?

7. Меры профилактики повторения этой патологии?

Ответ к задаче № 11

1. Диагноз – митральный порок сердца с мерцательной аритмией. Осложнение - эмболия правой бедренной артерии, стадия П-а (В.С.Савельев), субкомпенсированная ишемия (М.Д. Князев).

2. Этиопатогенез эмболии в данном случае – отрыв части пристеночного внутрисердечного тромба и занос этого фрагмента током крови в правую сердечную артерию на уровне отхождения глубокой артерии бедра. Патогенез заболевания – острое кислородное голодание тканей, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ.

3. Классификация острой ишемии по В.С. Савельеву: ОИ I – парестезия, легкая боль; ОИ II – нарушение активных движений; ОИ III - субфасциальный отек, мышечная контрактура; ОИ IV – гангрена. Классификация по М.Д.Князеву: компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная ОИ.

4. Острый глубокий тромбофлебит; острый неврит, острый миозит.

5. Тактика – экстренная операция - эмболэктомия.

6. Объем операции зависит от степени тяжести ОИ: при компенсированной ОИ - эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ОИ тоже самое + полужакрытая фасциотомия голени, детоксикационные мероприятия.

7. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы, плюс медикаментозная терапия антиагрегантами. Меры профилактики: лечение основного заболевания, контроль времени свертывания крови, ПТИ, назначение антиагрегантов и антикоагулянтов.

Задача № 12

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро.

Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?
5. Осложнения при данном заболевании?
6. Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболеванияи объем пособия?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 12

У больной острый тромбоз поверхностных вен левой голени и бедра. Дифференцировать заболевание следует с рожистым воспалением, тромбозом глубоких вен, лимфангитом. Возможные осложнения: восходящий тромбоз, подвздошно-фemorальный флeботромбоз, эмболия легочной артерии. Лечение: постельный режим, возвышенное положение конечности, антибиотики, антикоагулянты, венозотоники (троксевазин), антиагреганты (асирин), местное лечение (НПВС: диклофенак, фастум-гель. Гепарин, гель). При наличии восходящего тромбоза - операция Троянова.

Задача № 13

У мужчины 43 лет вскоре после переохлаждения повысилась температура до 38,7 °С, появились боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании, стал беспокоить кашель без выделения мокроты. Вызванный на дом участковый терапевт назначил противовоспалительное лечение, но улучшения в состоянии мужчины не наступало. На 8 день заболевания стала отделяться гнойная зловонная мокрота в большом количестве. После этого температура нормализовалась, улучшилось самочувствие. Общее состояние удовлетворительное. Под левой лопаткой сзади определяется укорочение перкуторного тона, ослабленное дыхание. Другой патологии не выявлено.

1. Ваш диагноз?
2. Классификация заболевания?
3. Этиология и этапы развития заболевания?
4. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза и тактики лечения?
5. Лечение заболевания?

6. Возможные осложнения заболевания?

7. Реабилитационные мероприятия амбулаторного периода. Санаторно-курортное лечение?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 13

У данного больного клиника абсцесса легкого. Предпосылками для возникновения заболевания являются инфекция, расстройство кровообращения, ателектаз легкого. Выделяют этапы до- и после дренирования абсцесса через бронх. Дополнительные методы исследования: обзорная рентгенография грудной клетки, томография, УЗИ, КТ. Оперативное лечение показано при отсутствии адекватного дренирования через бронх, при диаметре абсцесса более 6 см, при наличии толстой капсулы. Операции: пневмотомия, резекция доли легкого. В последние годы более широко используется пункционный метод лечения под контролем УЗИ. Возможные осложнения: развитие гангрены легкого, сепсиса, гнойного плеврита, пневмоторакса, асфиксии.

Задача № 14

Больной 49 лет поступил с жалобами на слабость, похудение, временами кровь при акте дефекации. Холост, злоупотребляет алкоголем. Объективно: Пониженного питания, на коже звездчатая пигментация, эритема на ладонях и подошвах, отсутствие волос на груди и в подмышечных впадинах. Живот обычной формы, не увеличен, при пальпации из-под правой реберной дуги выступает на 5 см печень. В левом подреберье умеренно увеличенная селезенка, выступающая из-под края реберной дуги. Перкуторно: притупления в отлогах местах нет. Дизуретических расстройств не отмечается. При осмотре дистального отдела прямой кишки имеются геморроидальные узлы.

1. Ваш диагноз?

2. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза?

3. Этиология и патогенез данного заболевания?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз и по какому синдрому?

5. Какие дополнительные методы исследования следует провести для подтверждения диагноза и выбора тактики лечения?

6. Основные направления консервативной терапии, показания и виды оперативного лечения?

7. Осложнения заболевания и их профилактика?

8. Экспертиза трудоспособности при данной патологии?

9. Прогноз?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 14

Предварительный диагноз: цирроз печени, портальная гипертензия II ст. Дифференциальный диагноз: Внепеченочные формы портальной гипертензии, системные заболевания (болезнь Гоше, лейкозы), гепатит. Дополнительные методы исследования: УЗИ печени и селезенки, ФГДС, пункционная биопсия печени, маркеры гепатита, спленопортография. Оперативное лечение направлено на коррекцию портальной гипертензии: (спленэктомия с оментогепатопексией, спленоренальные анастомозы, при кровотечениях - зонд Блэкмора, операция Таннера, перевязка вен пищевода, пересадка печени). Прогноз - неблагоприятный.

Задача № 15

Больной 50 лет поступил с жалобами на тупые почти постоянные боли в эпигастрии, принимающие опоясывающий характер. Боли усиливаются после приема пищи, особенно жирной. Отмечает слабость, за последние 2 месяца похудел на 4 кг. Стул неустойчивый: часто поносы, обильный, зловонный, жирный. Заболевание связывает с перенесенным 5 лет назад приступом острого панкреатита. Злоупотребляет алкоголем. Последние 2 месяца появилась желтуха, которая постепенно нарастает. Объективно: Пониженного питания, склеры желтые. Кожный покров бледный с желтушным оттенком. В легких хрипов нет, одышки не отмечено. Живот не вздут, мягкий, при пальпации незначительная болезненность в эпигастриальной области по ходу поджелудочной железы, где отчетливо определяется передаточная пульсация аорты. Аускультативно: шумов нет. Печень не увеличена, желчный пузырь не пальпируется. Лейкоцитоз - 9,6. Со стороны красной крови умеренная анемия.

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием следует провести дифференциальный диагноз и какие методы лабораторной и инструментальной диагностики следует применить для этого?
3. Этиология и патогенез данного заболевания?
4. Какую классификацию следует применить для формулировки диагноза?
5. Какова тактика лечения больного?
6. Показания к оперативному лечению и виды операции?
7. Принципы оценки трудоспособности и реабилитации при данной патологии?
8. Прогноз заболевания?

Ответ к задаче № 15

1. Хронический гиперпластический (псевдотуморозный) панкреатит.
2. Дифференцировать с раком ПЖ. Дифференциальный диагноз следует провести с язвенной болезнью, циррозом печени, холедохолитиазом, раком фатерова соска и головки поджелудочной железы.
3. Кровь – общий анализ, билирубин, печеночные пробы, сахар. Исследование экскреторных функций поджелудочной железы (копрограмма, эластаза 1). УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ (ультрасонография, пункционная биопсия).

4. Этиология – нарушение питания и злоупотребление алкоголем, ЖКБ, ранее перенесенный острый панкреатит, хр. заболевания желудка и ДПК, до 25% идеопатический.

5. Основные теории патогенеза ХП:

- гидравлическая (обструкция протоков поджелудочной железы),
- дуоденопанкреатический рефлюкс,
- литостатическая,
- теория активации ферментов (первичного, клеточного повреждения),
- нарушение ПОЛ и экспрессии оксида азота.

6. Классификация В.Т. Ивашкин с соавт., 1990 г. Выделяют следующие формы хронического панкреатита: хронический рецидивирующий, псевдокистозный, псевдотуморозный, калькулезный.

7. Ликвидация холестатического синдрома (оперативное лечение – паллиативное и радикальное). Лечение синдрома экскреторной недостаточности (консервативная терапия – ферменты. Показания к хирургическому лечению определяются формой заболевания и наличием тех или иных осложнений. Виды вмешательств: пункционное лечение, наружное и внутреннее дренирование кист, папиллосфинктеротомия, панкреатоеюноанастомоз, панкреатодуоденальная резекция.

Задача № 16

Больная 28 лет доставлена в приемный покой на 2 день от начала заболевания с жалобами на резкие боли в эпигастрии, затрудняющие дыхание и иррадиирующие в левое подреберье и область сердца на фоне многократной рвоты, задержки стула и газов. При поступлении состояние тяжелое. Возбуждена. Цианотические пятна на боковых поверхностях живота, ягодиц и бедер. Температура тела 36,5 С, одышка до 32, дыхание поверхностное, пульс слабый 140 в 1 минуту, артериальное давление 90/60 мм.рт.ст. Тоны сердца ослаблены. Живот слегка вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перистальтика ослаблена, пульсация аорты выше пупка не определяется. В отлогих местах брюшной полости при перкуссии притупление, слабо выражены перитонеальные симптомы. Лейкоцитоз - 18 тыс. Диастаза мочи -4096 ед. На ЭКГ - признаки очаговой гипоксии миокарда.

1. Какой диагноз следует поставить?

2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

3. Какие дополнительные методы лабораторного и инструментального исследования возможно применить у больной?

4. Этиология и патогенез данного заболевания?

5. Какую клиническую классификацию следует применить для формулировки диагноза?

6. Какие осложнения развиваются при данной патологии?
7. Основные направления в лечении данного заболевания?
8. Показания к оперативному лечению при данной патологии?
9. Прогноз?

Ответ к задаче № 16

1. Острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз), период гемодинамических нарушений. Ферментативный перитонит. Острый инфаркт миокарда, пневмония, прободная язва желудка и ДПК, мезентериальным тромбозом, терминальной фазой перитонита
2. Исследование крови (лейкоцитоз, гемоглобин, гематокрит, амилаза крови и мочи); ЭКГ, обзорная рентгенография грудной и брюшной полости, УЗИ, КТ, лапароскопия.
3. Основные причины полиэтиологического ОП: механическая (ЖКБ), нейрогуморальные, токсикоаллергические (алиментарные, алкоголь). Патогенез – патобиохимическая теория (В.С.Савельев, 1983 г.), в основе которой лежат три основных процесса: липолиз и протеолиз, панкреатогенная токсемия, первично асептический панкреонекроз и демаркационные воспалительные реакции.
4. Классификация В.С.Савельева с соавт. (1983) и Атланта (1982) – клиническая классификация ОП и его осложнений.
5. Возможные осложнения: панкреатогенный шок, печеночно-почечная недостаточность, перипанкреатический инфильтрат оментобурсит, образование псевдокист поджелудочной железы, абсцессы и флегмоны забрюшинного пространства, панкреатические свищи.
6. Госпитализация в ОИТ и реанимации.
7. Основные направления лечения ОП:
 - борьба с шоком, нормализация ОЦК, нейро-вегетативных функций,
 - воздействие на местный патологический очаг,
 - уменьшение эндоинтоксикации,
 - коррекция тромбогеморрагического синдрома,
 - иммунокоррекция,
 - нутритивная поддержка,
 - энерготропная терапия,

- оперативное лечение (малоинвазивная, традиционная).

8. Операции в раннем периоде (эндоскопические): дренирование брюшной полости, дренирование сальниковой сумки, по показаниям - микрохолецистостомия. В период гнойных осложнений (2-3 недели от начала заболевания) - вскрытие и дренирование абсцессов и флегмон забрюшинного пространства

Задача № 17

Больная 25 лет обратилась на прием с жалобами на раздражительность, плаксивость, быструю утомляемость, головную боль, чувство спазма в области гортани. Работает и учиться, мало отдыхает, спит до 6 часов в сутки. Объективно: Пониженного питания, глаза блестят, легкое дрожание пальцев кистей. Шея обычная, щитовидная железа заметна только при глотании. При пальпации отчетливо определяются только боковые доли, последние равномерно мягкие, аускультативно над ними ничего не выслушивается. Пульс 100 в минуту, с единичными экстрасистолами. Артериальное давление 150/60. При аускультации сердца систолический шум. При пальпации живота без особенностей.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить?
4. Какую клиническую классификацию следует применить для постановки диагноза?
5. Какие осложнения могут развиваться у больной?
6. Какова должна быть лечебная тактика?
7. Показания к оперативному лечению при данной патологии?
8. Принципы оценки трудоспособности при данном заболевании?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 17

Диагноз: Диффузный тиреотоксический зоб, II степени, легкая степень тяжести. Из дополнительных методов исследования необходимо выполнить: УЗИ щитовидной железы, определение уровня тиреотропного и тиреоидных гормонов; по показаниям (смешанные и узловые формы) - радиоизотопное сканирование, тонкоигольная биопсия, КТ, определение тиреоглобулина, кальцитонина, АТ к тиреоглобулину. При неэффективности консервативного лечения – субтотальная резекция щитовидной железы. Послеоперационные осложнения: тиреотоксический криз, кровотечение, повреждение возвратного нерва, гипопаратиреоз, трахеомалация. После операции 6 мес без физических нагрузок и перегреваний, через 6 мес на МСЭК, если сохраняются симптомы + диспансеризация эндокринолога.

Задача № 18

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Со слов родственников он много лет страдал болями в эпигастрии. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, он сильно похудел (на 12 кг). Объективно: Больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется гиперпигментация кожи. Живот мягкий, пальпаторно в эпигастрии "шум плеска". Пульс 105 в минуту. АД 10/90 мм.рт.ст.

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Чем обусловлено состояние, с которым больной поступил в стационар?
3. В какой экстренной помощи нуждается этот пациент?
4. В каком обследовании нуждается пациент?
5. В каком лечении нуждается пациент в дальнейшем?
6. Какие операции выполняются при данной патологии?
7. От чего зависит выбор метода операции?
8. Прогноз заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 18

Диагноз: Ранний Декомпенсированный стеноз привратника, средняя степень тяжести. Экстренная помощь заключается в инфузионной терапии (гипертонический раствор, препараты кальция) Для уточнения диагноза используют ФГДС и гастроскопию. Гипертонический раствор натрия хлорида. Для купирования ахлогидрических судорог. Лечение оперативное, больному показана резекция желудка при тяжелом состоянии гастроеюноанастомоз. Продолжительность, объем и характер предоперационной подготовки зависят от степени стеноза и возникших вследствие этого нарушений гомеостаза.

Задача № 19

Больной 40 лет доставлен скорой помощью, длительное время страдает язвенной болезнью желудка. В настоящее время на фоне обострения, которое началось около двух недель назад, отметил уменьшение болей в эпигастрии в течение последних двух дней. В то же время появилась нарастающая слабость, головокружение, жажда. Сегодня утром, поднявшись с постели, на несколько секунд потерял сознание. Объективно: кожные покровы бледные, влажные на ощупь. Язык влажный, живот не вздут, мягкий, участвует в акте дыхания, при пальпации незначительная болезненность в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет, пульс 110 в минуту, ритмичный, артериальное давление 100/70 мм рт ст.

1. Какое осложнение язвенной болезни возникло у больного?
2. Какие методы исследования показаны для подтверждения Вашего предположения?
3. Каков алгоритм Ваших действий?

4. На какие вопросы Вы должны ответить при проведении дополнительных исследований?

5. Какова тактика лечения?

6. Показания к хирургическому лечению?

7. Виды операций при данной патологии?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 19

Предварительный диагноз: Язвенная болезнь желудка, осложненная кровотечением. Из дополнительных методов необходимо исследование количества эритроцитов, гемоглобина, гематокрита; ФГДС. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение. Показанием к экстренной операции является профузное желудочное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций, при желудочном кровотечении язвенного генеза применяют: прошивание кровоточащей язвы (с ваготомией или без нее), резекция желудка.

Задача № 20

Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот. Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

1. Какое осложнение возникло у больного и почему?

2. Лечебная тактика в данной ситуации?

3. Как определить жизнеспособность кишки?

4. Определение понятий «ложное ущемление» и «мнимое вправление».

5. Какие основные симптомы ущемленной грыжи?

6. Виды и типы ущемления?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 20

Диагноз: Ущемленная пупочная грыжа (ретроградное W-образное ущемление). Осложнение: Перитонит. Причиной данного осложнения явилась врачебная ошибка во время операции: при W-образном ущемлении не была ревизована полностью кишечная петля. Больному показана релапаротомия, резекция кишки. Ложное ущемление — это симптомокомплекс, напоминающий общую картину ущемления, но вызванный каким-

либо другим острым заболеванием органов брюшной полости. Мнимое вправление - это погружение ущемленной петли кишки вместе с ущемляющим кольцом в брюшную полость или в предбрюшинное пространство. Основные признаки ущемления: боль, болезненность, напряжение, невраивимость.

Задача № 21

Больной Н., 67 лет поступил с жалобами на нарастающие боли в животе в течении суток, преимущественно в левой его половине, вздутие живота, неотхождение стула и газов, тошноту. Из анамнеза - более года отмечает запоры, ухудшение аппетита, нарастающую слабость, похудел за это время более, чем на 10 кг. Последнее время беспокоят постоянные боли в левой половине живота. Объективно: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, эластичность кожи и тургор тканей снижены, кожные покровы бледные, пульс 90 в минуту, А/Д 110/70 мм рт. ст., язык влажный, живот равномерно вздут, перкуторно «тимпанит», при пальпации болезненный по ходу левого бокового канала, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, перистальтические шумы выслушиваются, при обследовании per rectum - ампула прямой кишки пустая, анализ крови: эр.-3,1 $10^{12}/л$; НЬ - 102 г/л ; L -6,5 $10^{12}/л$

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного? Классификация заболевания.
2. Какова вероятная причина развития этого синдрома в данном случае?
3. План дополнительного обследования больного.
4. Значение рентгенологических и эндоскопических методов в диагностике основного заболевания и его осложнений.
5. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения у данного больного?
6. Тактика хирурга в зависимости от эффективности консервативного лечения?
7. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств в зависимости от эффективности консервативных мероприятий, состояния больного, данных операционной находки.
8. Особенности ведения послеоперационного периода?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 21

У больного клиника обтураирующего рака толстой кишки (левый фланг) (Механическая обтурационная толстоишечная непроходимость. Опухоль?). Для уточнения диагноза методом выбора является колоноскопия с биопсией опухоли. Подтвердить диагноз можно также при помощи ирригоскопии. Лечение оперативное; в зависимости от локализации опухоли -левосторонняя гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки. При развитии клиники обтурационной кишечной непроходимости -многоэтапные вмешательства: операции «типа Гартмана». операция Цейтлера-Шлоффера; при 4 стадии заболевания - выведение 2-х ствольных колостом.

Задача № 22

Больной К., 18 лет оперирован по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, осложненного разлитым серозно-гнойным перитонитом. Выполнена аппендэктомия, дренирование брюшной полости. Ранний послеоперационный период протекал с явлениями умеренно выраженного пареза кишечника, которые эффективно купировались применением медикаментозной стимуляции. Однако, к концу 4-х суток после операции состояние больного ухудшилось, появилось нарастающее вздутие живота, схваткообразные боли по всему животу, перестали отходить газы, присоединилась тошнота и рвота, общие признаки эндогенной интоксикации.

Объективно: состояние средней степени тяжести, пульс 92 в минуту, А/Д 130/80 мм рт. ст., язык влажный, обложен, живот равномерно вздут, разлитая болезненность во всех отделах, перистальтика усилена, перитонеальные симптомы не определяются, при обследовании per rectum - ампула прямой кишки пуста.

1. Какое осложнение раннего послеоперационного периода возникло у данного больного?
2. Какие методы дополнительного обследования помогут определиться с диагнозом?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.
4. Каковы возможные причины развития данного осложнения в раннем послеоперационном периоде?
5. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии.
6. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения при развитии этого осложнения?
7. Показания к операции, объем оперативного пособия?
8. Интра- и послеоперационные мероприятия, направленные на предупреждение развития данного осложнения?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 22

По всей видимости у больного возникла послеоперационная ранняя спаечная кишечная непроходимость. Уточнить диагноз поможет УЗИ (состояние кишечных петель, выпот в брюшной полости), обзорная рентгенография брюшной полости (чаши Клойбера), контроль пассажа бария. Показанием к операции является нарастание клиники кишечной непроходимости, отсутствие эффекта от консервативной терапии. Операция: Релапаротомия, разделение спаек, трансназальная интубация тонкой кишки, дренирование брюшной полости

Задача № 23

Кормящую мать 28 лет, в течение двух недель беспокоят боли в левой молочной железе. Объективно: в верхне - наружном квадранте левой молочной железы отчетливо пальпируется плотное образование размером 6 x 8 см, резко болезненное, кожа над ним багрово - синюшной окраски, однако, размягчения или флюктуации нет. Общее состояние больной удовлетворительное, отмечает слабость, повышенную потливость, температура по вечерам достигает 38 °С. На протяжении последних 6 дней лечится амбулаторно у

хирурга. Проведен курс антибиотикотерапии (ампициллин). Улучшения нет. Ввиду отсутствия эффекта направлена в стационар.

1. Ваш диагноз?
2. Каковы причины данного заболевания?
3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
4. С каким заболеванием следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Какова лечебная тактика?
6. Можно ли продолжать грудное кормление ребенка?
7. Какие средства могут применяться для прекращения лактации?
8. Назначьте антибактериальную терапию
9. Меры профилактики данного заболевания?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 23

Диагноз: Острый лактационный мастит в стадии инфильтрата. Лечебная тактика: госпитализация, интенсивная антибиотикотерапия (ампициллин), ретромаммарная новокаиновая блокада, противовоспалительное лечение, активное сцеживание молока, сухое тепло, обезболивание: баралгин, анальгин. При абсцедировании - оперативное лечение: вскрытие мастита. С целью подавления лактации можно использовать препараты, подавляющие секрецию пролактина (бромокриптин, парлодел 5 мг 2 раза в день 5-7 дней).

Задача № 24

Больной 36 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в животе, больше в области правого мезогастрия, по вечерам отмечает подъем температуры до 37,5 °С. Из анамнеза установлено, что заболевание началось 6 суток назад с появления болевого синдрома в правой половине живота, в основном около пупка. Была тошнота, рвота. На третьи сутки боли уменьшились. За медицинской помощью не обращался, поскольку находился в командировке. За период болезни четыре раза был стул, дважды жидкий.

Объективно; язык влажный, кожные покровы обычной окраски, пульс 80 в минуту, в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот участвует в акте дыхания, мягкий. При пальпации в правой подвздошной области определяется образование до 10 см в диаметре, умеренно болезненное при пальпации, малоподвижное. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз 9,0 тысяч, НБ - 140 г/л.

1. Ваш диагноз?
2. Дополнительные методы обследования для уточнения диагноза?
3. Какова дальнейшая тактика лечения?

4. Каков арсенал консервативной терапии?
5. Показания к операции?
6. Суть и объем операции?
7. Оптимальные сроки для выполнения операции в отдаленном периоде?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 24

Диагноз: Аппендикулярный инфильтрат. Уточнить диагноз, особенно при подозрении на абсцедирование, поможет УЗИ. Тактика консервативно-выжидательная. При эффективности консервативного лечения больному рекомендуют плановую аппендэктомию через 6 месяцев после рассасывания инфильтрата. При абсцедировании инфильтрата - вскрытие и дренирование абсцесса. После выздоровления больного - плановая аппендэктомия.

Задача № 25

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит. Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 - 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется рези-стентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Печень выступает из-под края реберной дуги. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз - 13 тыс. Диастаза мочи - 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ -желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8х2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров. Жидкость в сальниковой сумке в виде щели 2,5 х 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3х6 см.

1. Какой основной диагноз заболевания?
2. О каком осложнении основного заболевания можно думать?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?
4. Какие основные направления лечения основного заболевания?
5. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
6. Какое оперативное лечение показано больному?

7. Сроки его выполнения?
8. Исход данного осложнения?
9. Прогноз?
10. Ваши рекомендации при выписке?

Ответ к задаче № 25

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген. Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.
3. Больному показано консервативное лечение панкреатита, однако при прогрессировании клиники, увеличении количества жидкости в сальниковой сумке (УЗИ) или абсцедировании оментобурсита показано пункционное лечение под контролем УЗИ или дренирование сальниковой сумки (по возможности - эндоскопическое).
4. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций; воздействие на местный патологический очаг; Уменьшение эндоинтоксикации; коррекция тромбогеморрагического синдрома; иммунокоррекция; нутритивная поддержка; энерготропная терапия; оперативное лечение по показаниям.
5. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
6. Малоинвазивное вмешательство.
7. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

Задача № 26

Больной 40 лет две недели назад был оперирован по поводу огнестрельного ранения брюшной полости с повреждением тонкой кишки. Было выполнено ушивание многочисленных ранений тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости. На 8-ые сутки послеоперационного периода по дренажу из правой подвздошной области стало выделяться кишечное содержимое. Количество отделяемого за последние 3 дня стало увеличиваться (до 600 - 800 мл в сутки). Самостоятельный стул. Объективно: язык суховат, живот не вздут, мягкий, болезненный в области ран. Повязка справа промокла кишечным содержимым. Появилась мацерация кожных покровов. Перитонеальных симптомов нет. За последние дни состояние больного ухудшилось. Усилилась слабость, нарастает жажда, теряет в весе, появилась сухость кожного покрова. Пульс - 94 в мин., ритмичный, удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. НБ - 130 г/л. Суточный диурез до 1 литра.

1. Ваш диагноз?
2. Какое возникло осложнение?

3. Причина осложнения?
4. Тактика лечения в данном случае?
5. Методы местного лечения?
6. Методы корригирующей терапии?
7. Варианты оперативных вмешательств?

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 25

Диагноз: Сформированный наружный тонкокишечный свищ. В данном случае методом выбора является оперативное лечение. Наиболее вероятный вариант операции - резекция участка кишки, несущей свищ с наложением анастомоза. Консервативное лечение применяется при небольших неполных трубчатых тонкокишечных свищах. Оно включает в себя калорийное питание, коррекцию белковых и электролитных нарушений, применение обтураторов.

Задача № 26

Мужчина 42 лет полчаса тому назад избит неизвестными. Пинали ногами в грудь и живот. Самостоятельно дошел до остановки автобуса, откуда скорой помощью доставлен в приемный покой ЦРБ на носилках. В машине скорой помощи АД 100 и 60 мм ртст, пульс 110 в мин. При транспортировке перелито 400 мл полиглюкина, введено морфина 2% - 1 мл, димедрола 1% - 1 мл, кордиамина 2 мл. В приемном отделении больницы пациент бледный, покрыт холодным потом, в сознании, беспокоен - то пытается сесть, то ложится на правый бок. На теле многочисленные кровоизлияния, в том числе и на боковых поверхностях груди и живота. Резкая боль при пальпации хрящевых порций 7-9 ребер слева. АД 80 и 45 мм рт ст, пульс 120 в мин, слабого наполнения и напряжения. Живот в дыхании не участвует, при пальпации болезненный, больше в левом подреберье, напряжен. Перистальтика вялая. Печеночная тупость отсутствует, в отлогих местах живота притупление перкуторного звука, более отчетливое по левому каналу. Симптомы раздражения брюшины выражены слабо. Моча выведена резиновым катетером, прозрачная, соломенно-желтого цвета, 300 мл. При ректальном исследовании крови на перчатке нет, передняя стенка прямой кишки нависает, безболезненная при пальпации.

1. Ваш диагноз после осмотра в приемном покое.
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы.
3. Оказание помощи в районной больнице.
4. Принципы оперативного пособия.
5. Сроки реабилитации.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 26

1. Тупая травма живота с повреждением паренхиматозного органа, очевидно, селезенки. Кровотечение в живот. Нельзя исключить и повреждение полого органа,

2. Рентгеновский снимок груди, живота и таза. Манипуляция на операционном столе.

3. Срединная лапаротомия. Сбор крови, фильтрация ее и переливание больному. Отыскание источника кровотечения - селезенка. Удаление селезенки. Ревизия желудка, кишечника - повреждений нет. Отмывание живота. Дренаж левого поддиафрагмального пространства. Зашивание лапаротомной раны. Продолжение инфузионной терапии для восполнения кровопотери.

4. При благоприятном течении будет способен к физическому труду через 3-3,5 месяца.

Задача № 27

Мужчина 28 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ через два часа после травмы. Получил удар ножом в левую половину груди. Состояние тяжелое, сознание ясное. Покрит холодным потом, кожа бледная, пульс 120 в мин, АД 80 и 40 мм рт ст. В четвертом межреберье по среднеключичной линии слева рана 1,5 на 0,5 см с ровными краями, острыми углами, из раны выделяется воздух и алая кровь. При перкуссии укорочение перкуторного звука с уровня средней подмышечной линии (больной лежит), при аускультации дыхание слева резко ослаблено. Левая и правая граница сердца перкуторно расширены, верхушечный толчок не определяется. На ЭКГ - зона ишемии в передне-боковых отделах левого желудочка. На рентгеновском снимке в прямой проекции сглажена талия сердца, тень сердца в форме трапеции. В плевральной полости равномерное затемнение над всем легочным полем.

1. Диагноз.
2. Тактика в районной больнице.
3. Выбор анестезии.
4. Принципы операции.
5. Возможные осложнения после операции, их профилактика.
6. Что такое переливание утильной крови, техника выполнения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 27

1. Проникающее ножевое ранение груди слева, ранение сердца, тампонада сердца. (Гемоторакс слева)
2. Срочное оперативное лечение.
3. Эндотрахеальный наркоз.
4. Торакотомия передне-боковая в 5 межреберья, рассечение продольное перикарда, наложение капроновых швов на рану миокарда, фенестрация перикарда, зашивание перикарда редкими швами, осушение и дренирование плевральной полости, зашивание раны грудной стенки.

5. Остановка сердца, повторная тампонада сердца, ателектаз полный или частичный, гемоторакс.

6. Это сбор крови, излившейся в плевральную полость, фильтрация ее через 8 слоев марли и вливание в вену. Добавлять гепарин 500 ед (!) на 1 литр собранной крови.

Задача № 28

Мужчина 42 лет доставлен в приемное отделение ЦРБ с жалобами на интенсивные боли в груди справа, усиливающиеся при дыхании, одышку в покое и слабость. Был избит неизвестными, били ногами в область груди справа. Состояние средней степени тяжести. Кожа и слизистые бледные. Пульс 94 в минуту, АД 100 и 70 мм рт ст. Число дыханий 24 в минуту. При пальпации определяется болезненность по ходу 4-5-6-7-8-9 ребер по передней и средней подмышечной линиям. Здесь определяется западение грудной стенки при вдохе. При перкуссии груди в положении лежа определяется притупление перкуторного звука с уровня задней подмышечной линии, при аускультации дыхание ослаблено над всей поверхностью правой половины груди, сзади дыхание не проводится.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Лечение данного пациента в условиях ЦРБ.
5. Показания и техника выполнения плевральной пункции.
6. Показания к торакотомии при гемотораксе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ К ЗАДАЧЕ 47

1. Рентгенограммы прилагаются:
 - после травмы;
 - после операции.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 28

1. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс справа, кровопотеря. шок 1 степени тяжести
2. Рентгенограмма груди в прямой проекции стоя, ЭКГ, общий анализ крови, кровь на сахар, свертываемость.
3. Закрытая травма груди, двойные переломы 4-9 ребер справа с парадоксальными смещениями грудной стенки, гемоторакс средней величины, шок 1 степени тяжести.

4. Блокада мест переломов ребер, блокада межреберных нервов по паравerteбральной линии на уровне 3-10 межреберий, внутримышечное введение 2 мл 1% раствора промедола, пункция плевральной полости и эвакуация крови из нее, инфузионная терапия кровезамещающими растворами в объеме 2, 5 литров в сутки.

5. Пункция плевральной полости показана при гемотораксе. Она выполняется под местной анестезией в 5 межреберье по средней подмышечной линии.

6. Торакотомия не показана при гемотораксе малом и средней величины. При большом и тотальном гемотораксе необходимо сделать торакотомию, убрать излившуюся кровь, найти источник кровотечения, остановить кровотечение, дренировать

Задача № 29

Больной, 43 года (вес 75 кг, рост 180 см) поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи», темный жидкий стул на протяжении последних двух дней. Из анамнеза известно, что последнюю неделю находился на амбулаторном лечении по поводу ОРЗ. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. Три дня назад появилась слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. При осмотре: Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпи! астральной области. Per rectum - мелена

1. Установите предварительный диагноз.
2. Лечебно - диагностическая тактика?
3. В каких дополнительных методах обследования нуждается больной?
4. Определите тяжесть волевых нарушений.
5. Алгоритм дальнейших действий по лечению больного?

Дополнительные исследования к задаче 51

1. Общий анализ крови: эритроцитов $2,4 \cdot 10^{12}$, гемоглобин 65 г/л, гематокрит 23%.
2. Общий белок 55 г/л, протромбиновый индекс 70%
3. На ЭКГ- синусовая тахикардия
4. Состояние кислотно-щелочного равновесия:

Показатели больного

Норма

Ph – 7,30

7,35 – 7,45

pCO ₂ – 42 мм.рт.ст.	40 мм.рт.ст.
pO ₂ – 85 мм.рт.ст.	100 мм.рт.ст.
BE – (-7 ммоль/л)	±2,3 ммоль/л

5. Показатели фиброгастродуоденоскопии. Язва луковицы двенадцатиперстной кишки. Тромбированный сосуд в диаметре около 1,5 мм.

6. Центральное венозное давление – отрицательное

7. Рентгенограмма органов грудной клетки без патологии

8. Билирубин – 12 мкмоль\л, мочевины 6 ммоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л

Правильный ответ:

1. **Предварительный диагноз:** Желудочно-кишечное кровотечение. Декомпенсированная кровопотеря

2. **Дополнительные методы обследования:**

- ФГС

- Общий анализ крови

- Биохимические исследования – определение КЩС, общий белок, ПТИ, глюкоза крови, мочевины, билирубин, коагулограмма.

3. **Диагноз и тяжесть волевических нарушений:** Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложнённая кровотечением. Декомпенсированная кровопотеря. Геморрагический шок.

4. **Алгоритм.** Локальная гипотермия желудка, катетеризация магистральной вены. Решение вопроса об оперативном лечении. Инфузионно-трансфузионная терапия.

5. Примерный план инфузионно-трансфузионной терапии

- полиглюкин 600,0

- реополиглюкин 400,0

- альбумин 10%-200,0

- эритроцитарная масса 400,0

- ГЭК 6% -250,0

- физиологический раствор 400,0

- перфторан 400,

- натрия гидрокарбонат 8,4% -160,0 (объём= $0,3 \times \text{массу тела} \times (-\text{BE})$)
- глюкоза 10% - 800,0 + ингибиторы протеаз + кортикостероиды + антифосфодиэстеразные средства+калий 7,5%
- эритроцитарная масса 400,0
- гемодез 400,0
- ЭАКК - 200,0
- свежезамороженная плазма 300,0
- реомберин 400,0

Лечебная тактика: ФЕДС, эндоскопическая остановка кровотечения, инфузионная и гемостатическая терапия, противоязвенное лечение. При неэффективности эндоскопической остановки кровотечения - экстренная операция - прошивание кровоточащей язвы.

Задача № 30

Готовится к операции больной 42 лет с диагнозом острая кишечная непроходимость. Жалуется на сильные схваткообразные боли в животе, сопровождающиеся многократной рвотой со зловонным запахом. Возбужден, кожные покровы влажные, АД 90/60 мм.рт.ст., пульс 120 в 1 мин. Зонд в желудок завести не удалось из-за психомоторного возбуждения. Для премедикации в/в введены: морфин, реланиум атропин. Через 3 минуты наступила остановка дыхания, что потребовало принудительной вентиляции легких тугой маской. Во время ларингоскопии наблюдалась массивная регургитация желудочного содержимого. Анестезиологом проведена санация полости рта и интубация трахеи. После интубации развилось критическое состояние у больного: резкий цианоз губ, акроцианоз, диффузный цианоз лица. При аускультации легких выслушиваются множественные сухие свистящие хрипы с удлинением выдоха. АД 70/40 мм.рт.ст., пульс 130 в 1 мин. с единичными экстрасистолами.

1. Ваш диагноз?
2. Мероприятия по профилактике данного синдрома?
3. Необходимые лечебные мероприятия?

4. Ответ к задаче по хирургии

1. Массивная регургитация. Аспирационный синдром. Асфиксия. Острая дыхательная недостаточность
2. Декомпрессия и дренирование желудка (зонд) в предоперационном периоде или сразу после премедикации. Безотлагательная интубация трахеи
3. Экстренная санационная бронхоскопия, принудительная ИВЛ, атропин, глюкокортикоиды в больших дозах, антикоагулянты, коррекция метаболических нарушений, антибактериальная терапия

Задача № 31

Больной С, 39 лет, доставлен через двое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота. Состояние средней степени тяжести, в сознании, кожа с землистым оттенком, черты лица заострены, Т 38,5, ЧДД 24, пульс 118 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст., язык сухой, живот равномерно вздут, напряжен и болезнен больше в нижних отделах, там же определяются перитонеальные симптомы. Перистальтика вялая, перкуторно - притупление в боковых отделах живота. В анализе крови: Эр.-3,9 x 10¹²/л, гемоглобин - 120 г/л, лейкоциты - 17,5 x 10⁹/л, выражен сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов. Лейкоцитарный индекс интоксикации равен 4. Удалось выяснить, что заболевание началось с возникновения болей в эпигастриальной области с последующим их перемещением в течение нескольких часов в правую подвздошную область. Больной занимался самолечением, за медицинской помощью не обращался.

1. Ваш диагноз.
2. Объем дополнительного обследования.
3. Какова возможная причина развития данной патологии в конкретном случае?
4. Тактика хирурга. Обоснование выбора оперативного доступа и объема операции
5. Необходимость и объем предоперационной подготовки.
6. Особенности ведения послеоперационного периода.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 31

Диагноз: Острый деструктивный аппендицит, перитонит (местный). С целью дифференциальной диагностики могут быть применены обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ, ФЕДС, лапароскопия. Больному показана экстренная операция; предоперационная подготовка не должна занимать много времени. Доступ - лапаротомия. Объем вмешательства: Аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости, по показаниям - трансазальная интубация кишечника. Нетрудоспособен 10 дней после стационарного лечения.

Задача № 32

Больная К., 58 лет поступила в хирургическое отделение через 12 часов после начала заболевания с жалобами на резкие боли в подложечной области и правом подреберье, однократную рвоту желчью. Рвота была 2 часа назад. Из анамнеза установлено, что в течение года больную беспокоят ноющие боли в правом подреберье, усиливающиеся после приема жирной пищи. Не обследовалась, за медицинской помощью не обращалась, лечилась в домашних условиях. Объективно: общее состояние тяжелое. Тучная. Кожный покров и склеры слегка иктеричны. Пульс 102 в минуту, ритмичный. АД 100/60 мм.рт.ст. Одышка до 22-23 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации напряжен и резко болезненный в правом подреберье и эпигастрии. Положительные симптомы Ортнера и Мерфи. Перистальтика выслушивается, но ослаблена. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Т тела 37,2, в крови лейкоцитоз (11,8 x 10⁹/л) с умеренным сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

1. О каком заболевании у больной можно думать?
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования Вы назначите при подтверждении диагноза?
3. Ваша тактика: А) Консервативная терапия. Б) Оперативное лечение {характер, сроки выполнения}
4. Осложнения заболевания.
5. Экспертиза трудоспособности.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 32

По клинической картине можно предположить острый холецистит. Из дополнительных методов исследования наиболее информативный и доступный - УЗИ. Необходимые лабораторные исследования: общий анализ крови, общий анализ мочи, сахар, ПТИ, билирубин, электролиты, группа крови и Rh-фактор, ЭКГ, ФЛГ. Данной больной показано консервативное лечение. При отсутствии эффекта (клиника, динамика УЗИ) - холецистэктомия по срочным показаниям в течение первых 2 суток.

Задача № 33

Мужчина 53 лет поступил в хирургическое отделение в плановом порядке с жалобами на чувство тяжести в эпигастриальной области, тошноту, отрыжку, рвоту пищей, съеденной накануне. В анамнезе в течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК, по поводу чего неоднократно лечился в условиях стационара. Четыре года назад перенес операцию (ушивание прободной язвы), после чего в течении последних 2 лет стали нарастать указанные жалобы. Похудел на 7 кг., аппетит хороший, но в последнее время принимать пищу боится из-за рвоты. Объективно: состояние удовлетворительное. Пониженного питания. Кожный покров сухой, тургор снижен. Пульс 82 в минуту, ритмичный, АД 130/80 мм.рт.ст. В легких хрипов нет. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Определяется «шум плеска», аускультативно увеличение желудка. Перистальтика отчетливая, склонность к запорам.

1. Ваш диагноз.
2. О каком осложнении заболевания вы думаете?
3. Какие инструментальные и лабораторные исследования необходимо выполнить больному для подтверждения диагноза и выбора после дующей тактики?
4. Лечебно - диагностическая тактика.
5. Особенности предоперационной подготовки?
6. Принципы оперативных вмешательств.
7. Ранние и поздние осложнения после операций.
8. Особенности послеоперационного ведения больного.

9. Рекомендации при выписке, трудоспособность.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 33

Диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Стеноз привратника декомпенсированный. Из дополнительных методов исследования показаны рентгеноскопия желудка и ФГДС. Больному показана резекция желудка в плановом порядке. Предоперационная подготовка должна заключаться в коррекции электролитных и белковых нарушений. Резекция желудка при тяжелом состоянии гастроеюностомия.

Задача № 34

В приемное отделение хирургического стационара поступил больной 48 лет. Предъявляет жалобы на интенсивные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в правое надплечье. Заболел внезапно 5 часов назад, когда появились резкие боли в эпигастрии, была однократная рвота. Боли распространились по правому латеральному каналу. Из анамнеза установлено, что 10 лет назад оперирован по поводу деструктивного аппендицита. Дважды перенес пневмонию. Год назад стали беспокоить боли в эпигастрии, обращался к терапевту. При ФГДС была обнаружена язва луковицы ДПК на фоне бульбита. После консервативного лечения язва зарубцевалась. Объективно при осмотре кожный покров бледен. Принимает вынужденное положение, лежит неподвижно на правом боку, поджав ноги к животу. Пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/60 мм.рт.ст. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот втянут симметричный, в акте дыхания не участвует. Определяется мышечный дефанс и болезненность во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость сглажена. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании резкая болезненность и нависание в области передней стенки прямой кишки. Ан. крови: Эритроциты $4,6 \times 10^9/\text{л}$, Лейкоциты $15,2 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 18 мм/ч. Диастаза мочи 64 ЕД.

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные диагностические мероприятия следует выполнить, очередность их применения?
3. Способы оперативного лечения.
4. Особенности ведения послеоперационного периода.
5. Рекомендации при выписке. Экспертиза трудоспособности.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 34

У больного клиника прободной язвы двенадцатиперстной кишки. Последовательность диагностических мероприятий: обзорная рентгенография брюшной полости, ФГДС, повторная обзорная рентгенография брюшной полости, лапароскопия. При подтверждении диагноза - экстренная операция. Способы оперативного лечения: ушивание прободной язвы, резекция желудка.

Задача № 35

Больная М., 64 лет поступила в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи,

обесцвеченный стул, повышение T тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами. Больна в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметила потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращалась. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась T тела до 39, сопровождающаяся ознобами. Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительных качеств. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный.

1. О какой патологии у больной можно думать?
2. Лечебно-диагностическая тактика.
3. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
4. Имеются ли показания к оперативному лечению? Если «да», то какие? Сроки операции?
5. Особенности ведения послеоперационного лечения.
6. Ваши рекомендации больной после окончания лечения.

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ЗАДАЧЕ 35

У больной клиника желчнокаменной болезни, осложненной холангитом. Наиболее частая причина осложнения - холедохолитиаз. Наиболее доступный и информативный метод дополнительного обследования - УЗИ. Больной показано оперативное лечение: эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией. при неэффективности - холедохолитотомия, наружное дренирование холедоха.

Задача № 36

У мужчины 52 лет, страдающего ИБС с мерцательной аритмией, внезапно появились резкие боли в животе разлитого характера. Вскоре появилась рвота (дважды), не приносящая облегчения. Через 2 часа от начала заболевания пациент доставлен в лечебное учреждение. При осмотре: поведение пациента беспокойное из-за сильных болей в животе. Живот при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной и мезогастральной областях. Перистальтика вялая. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании - на перчатке кал обычного цвета. Общий анализ крови: лейкоцитоз до $17,0 \times 10^9/\text{л}$. ЭКГ - без особенностей.

1. Ваш диагноз.
2. Клиническая классификация этого заболевания.
3. Этиология и патогенез данной патологии.
4. План обследования пациента.
5. Лечебная тактика?
6. Принципы лечения?

Ответ к задаче № 36

1. Диагноз – острая мезентериальная ишемия.
2. Классификация: 1.Окклюзионная ОМИ – эмболия мезентериальной артерии, тромбоз этой артерии и распространенный тромбоз воротной вены; расслаивающая аневризма аорты; сдавление опухолью; случайная перевязка во время операции.
2. Неокклюзионная ОМИ: спазм, парез мезентериальных сосудов; снижение перфузионного давления; гиповолемия; замедление кровотока; комбинация этих факторов. Выделяют стадии ишемии кишки, инфаркта кишки, перитонита. По течению заболевания выделяют: а) компенсацию нарушенного кровообращения, б) субкомпенсацию, в) декомпенсацию мезентериального кровообращения.
3. Этиология эмболии мезентериальной артерии, как и любой эмболии – это осложнение кардиопатии в виде отрыва фрагмента пристеночного внутрисердечного тромба и занос его током крови в мезентериальную артерию, что вызывает острую ишемию кишок. В результате острого кислородного голодания нарушаются все виды обмена веществ в ишемизированных петлях кишок.
4. План обследования: 1. Общепринятое обследование (кровь, моча, ЭКГ, обзорная рентгенография органов брюшной полости), 2. Лапароскопия; 3. Доплеровское исследование сосудов.
- 5, 6. Лечебная тактика – экстренная лапаротомия; восстановление нарушенного кровотока в брыжеечных сосудах; резекция мертвых петель кишки; санация и дренирование брюшной полости.

Задача № 37

У больной 35 лет, страдающей желчнокаменной болезнью, через 2 часа после погрешности в диете появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота съеденной пищей с примесью желчи. При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы несколько бледные. Склеры субиктеричны. Пульс 120 в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот вздут, резко болезненный в эпигастрии и подреберьях, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга в подвздошных областях отрицательный. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула не было.

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Дифференциально-диагностические мероприятия.
4. Ваша тактика:
 - основные направления консервативной терапии.
 - Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
5. Прогноз.

Ответ к задаче № 37

1. Острый билиартный панкреатит. Период гемодинамических нарушений.
 2. Классификация по В.С.Савельеву (1983 г.), Атланта (1992 г.).
 3. Биохимия крови, ЭКГ, рентгенография легких, ФГДС, УЗИ.
 4. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови и нейровегетативных функций, воздействие на местный патологический очаг, уменьшение эндоинтоксикации, коррекция тромбогеморрагического синдрома, иммунокоррекция, нутритивная поддержка, энерготропная терапия,
 5. Показания к оперативному лечению (малоинвазивная, традиционная):
 - неэффективность полноценной консервативной терапии, не позволяющей купировать гемодинамические нарушения и ПОН;
 - инфицированный ПН или панкреатогенный абсцесс, гнойный перитонит.
- При появлении клиники деструктивного панкреатита (контроль УЗИ) - эндоскопическое дренирование брюшной полости и сальниковой сумки, по показаниям - шкrohолецистостомия. При развитии панкреонекроза - дренирование забрюшинного пространства.
6. Выздоровление, переход в хроническую форму, смерть.

Задача № 38

Больной, 38 лет, обратился к врачу с жалобами на увеличение в объеме правой половины мошонки. Через 3 минуты наступила остановка дыхания, что потребовало принудительной вентиляции легких тугой маской. Стали возникать боли при физической нагрузке.

Общее состояние больного без особенностей.

Правая половина мошонки увеличена в размерах до 12 x 8 x 6 см. Образование определяется как стоя, так и в положении лежа, в брюшную полость не вправляется. Консистенция плотноэластическая. Перкуторно - тимпанит. Наружное кольцо пахового канала слева - не расширено, справа - четко не определяется. Семенной канатик не пальпируется.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Классификация заболевания?
3. Анатомические особенности, определяющие возникновение данного заболевания?
4. Предрасполагающие и производящие факторы возникновения данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

6. Что нужно сделать для уточнения диагноза?

7. Тактика лечения?

8. С какими осложнениями можно встретиться на операции и в послеоперационном периоде?

61. Паховая грыжа

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Невправимая пахово-мошоночная грыжа

2. Паховая грыжа: косая, прямая; вправимая, невправимая, ущемленная; врожденная, приобретенная; неполная, полная, скользящая.

3. Наличие пахового канала

4. Предрасполагающие факторы: наличие врожденных дефектов или расширение существующих в норме отверстий брюшной стенки в результате истончения и утраты эластичности тканей (при беременности, истощении и пр.), а также операционную или иную травму брюшной стенки.

Производящими являются факторы, способствующие повышению внутрибрюшного давления или его резким колебаниям, например, подъем тяжестей, продолжительные запоры или затруднение мочеиспускания, роды, кашель при хронических заболеваниях легких и пр.

5. Водянка, опухоль, воспаление яичка, киста семенного канатика

6. Перкуссия, аускультация, УЗИ

7. Оперативное лечение в плановом порядке (учитывая трудоспособный возраст)

8. Интраоперационные осложнения: кровотечение, вскрытие /прошивание/ полого органа (кишки, мочевого пузыря), повреждение элементов семенного канатика.

Послеоперационные осложнения: острая задержка мочеиспускания, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи, орхит

Задача № 39

На вечернем обходе Ваше внимание привлекла больная, которой утром была сделана субтотальная резекция щитовидной железы по поводу тиреотоксического зоба. Больная предъявляет жалобы на боли в голове, сердцебиение, общую слабость. При осмотре : кожный покров бледный, глаза закрыты полотенцем, ввиду непереносимости яркого цвета. Пульс 105 - 110 в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. АД 160/100 мм.рт.ст. Температура - 38°C. Повязка промокла незначительно геморрагическим содержимым. Гемоглобин -135 г/л. Лейкоциты- 10,5 x 10⁹.

1. Ваш диагноз?

2. Причины данного осложнения?

3. Возможные механизмы развития?
4. Основные направления лечебных мероприятий?
5. Какие существуют методы профилактики?
6. Оценка трудоспособности?
62. Тиреотоксический криз

Ответ к задаче по хирургии

1. Тиреотоксический криз
2. Недостаточная предоперационная подготовка – больная не была переведена в стадию медикаментозной компенсации тиреотоксикоза
3. Во время операции при пальпации, рассечении, прошивании щитовидной железы в рану выделяется большое количество тиреоидных гормонов. Они всасываются в кровь. Учитывая исходный повышенный уровень тиреоидных гормонов может развиваться тиреотоксический криз
4. В случае возникновения криза или токсической реакции различной степени тяжести применяются гидрокортизон (до 600 мг) и преднизолон (до 300 мг), бета-адреноблокаторы, препараты йода, антигистаминные, сердечные средства. Проводится коррекция гипоксии, детоксикационная терапия, плазмаферез.
5. Тщательная предоперационная подготовка, малотравматичная техника операции, промывание раны в конце операции
6. Если операция выполнялась по поводу токсического зоба, в послеоперационном периоде эти больные должны находиться на больничном листке по временной нетрудоспособности до 4 месяцев. Больным, у которых в послеоперационном периоде длительное время сохраняются остаточные явления тиреотоксикоза, противопоказан тяжелый физический труд и работа в условиях повышенной температуры. Если в течение шести месяцев остаточные явления тиреотоксикоза не проходят и у больных не восстанавливается трудоспособность, то их направляют на МСЭК для решения вопроса о нетрудоспособности

Задача № 40

Больной, 42 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. 3 часа назад появилась кровавая рвота. В течение последних 2-х лет кровавая рвота возникает 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре: кожный покров бледный. Пульс 110 - 115 в 1 минуту, слабого наполнения. АД 100/70 мм.рт.ст. Живот несколько вздут, определяется венозная сеть на передней брюшной стенке. Пальпируется селезенка и плотный край печени у реберной дуги. Показатели красной крови : Гемоглобин - 80 г/л,

Эритроциты - 3×10^{12} .

1. Ваш диагноз?

2. Этиопатогенез данного заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования пациента при данной патологии?
5. Степень кровопотери в данном случае?
6. Основные направления консервативной терапии?
7. Показания к операции и варианты хирургического пособия?
8. Прогноз данного заболевания?

63. Цирроз печени. Кровотечение из нар. вен пищевода

Ответ к задаче по хирургии

1. Предварительный диагноз: Цирроз печени, портальная гипертензия. Кровотечение из варикозных вен пищевода.
2. Портальная гипертензия характеризует комплекс изменений, возникающих при затруднении тока крови в портальной системе. Повышение давления в портальной системе ведет к возникновению варикозного расширения гастроэзофагеальных венозных сплетений.
3. Может быть использована классификация (Д.М.Дроздов, М.Д.Пациора, 1962). Выделяют 2 степени портальной гипертензии. Варикозные вены пищевода могут быть классифицированы по 4 степеням.
4. Дополнительные методы исследования: Экстренная ФГДС после промывания желудка. По показаниям УЗИ.
5. По гемодинамическим и гемическим показателям кровопотерю следует оценить как средней степени тяжести.
6. Необходима инфузионная и гемостатическая терапия, снижение внутрипортального давления, снижение объема желудочной секреции. Показана постановка зонда Сенгстакена-Блекмора. Может быть использовано эндоскопическое склерозирование или лигирование варикозных вен.
7. При неэффективности – показано оперативное лечение – прошивание вен пищевода (операция М.Д.Пациоры), пищеводно-желудочная резекция, операция Таннера.
8. Прогноз заболевания неблагоприятный.

Задача № 41

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38° С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и

умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабо положительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12×10^9 .

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Возможные осложнения данного заболевания?
6. Объем обследования пациентки?
7. Варианты тактики лечения при данной патологии?
8. Направления консервативной терапии?
9. Характер и объем оперативного вмешательства при данной патологии?
10. Осложнения послеоперационного периода?

64. Острый калькулезный холецистит

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита
2. Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевого синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
3. Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)
4. Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка и аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит
5. Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит
6. Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.

7. Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений

8. Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия

9. При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)

10. Кровотечение, холерей, перитонит, спаечная болезнь, ПХЭС

Задача № 42

Мужчина 45 лет, болен в течение 4 суток, когда появились боли в желудке, которые затем локализовались справа. Беспокоят боли в правой подвздошной области, температура 37,2. При осмотре: Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий, болезненный в правой подвздошной области. Перитонеальные симптомы неубедительны. В правой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование 10х12 см, болезненное, малоподвижное. Стул регулярный. Лейкоцитоз - 12 тыс.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез данного заболевания?
3. С какой патологией следует провести дифференциальную патологию?
4. Дополнительные методы обследования?
5. Тактика лечения этого заболевания?
6. Лечение больного на этой стадии заболевания?
7. Возможные осложнения заболевания?
8. Показания к оперативному лечению, характер и объем операции?

66. Аппендикулярный инфильтрат

Ответ к задаче по хирургии

1. Острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом.
2. Неспецифический воспалительный процесс, причиной которого является воспаление червеобразного отростка. Представляет конгломерат спаянных между собой вокруг деструктивно измененного червеобразного отростка петель тонкой и толстой кишки, большого сальника, матки с придатками, мочевого пузыря, париетальной брюшины, ограничивающих проникновение инфекции в свободную брюшную полость. В его

развитии выделяют две стадии - раннюю (формирования рыхлого инфильтрата) и позднюю (плотного инфильтрата).

3. Опухоли слепой и восходящей кишки, придатков матки, гидропиосальпинкс.
4. Лабораторная диагностика, ректальное и вагинальное исследование, УЗИ и КТ брюшной полости, ирригография (скопия), колоноскопия с биопсией.
5. В стадию плотного инфильтрата тактика консервативно - выжидательная, при его абсцедировании – срочное оперативное вмешательство.
6. Комплексное консервативное лечение, включая постельный режим, щадящую диету, в ранней фазе - холод на область инфильтрата, а после нормализации температуры физиолечение (УВЧ). Антибактериальная, противовоспалительная терапия, внутритазовая блокада по Школьникову, лечебные клизмы, иммуностимуляторы и т.д.
7. Абсцедирование, вскрытие абсцесса в свободную брюшную полость, перитонит, кишечная непроходимость, сепсис.
8. Абсцедирование аппендикулярного инфильтрата. Вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей.

Задача № 43

У кормящей женщины 24 лет через 2 недели после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39 °С, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотноватая, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется. Пульс 92 в минуту, ритмичный, артериальное давление 120/ 70 мм рт ст.

1. Ваш диагноз?
2. Классификация данного заболевания
3. Лабораторные и специальные методы диагностики в данном случае?
4. Возможна ли консервативная тактика?
5. С каким заболеванием следует дифференцировать?
6. Можно ли продолжать кормление ребенка?
7. Какие средства применяются для прекращения лактации?
8. Назначьте антибактериальную терапию выпиской рецептов
9. Каковы меры профилактики данного заболевания?

67. Острый лактационный мастит

Ответ к задаче по хирургии

1. Острый лактационный мастит левой молочной железы в стадии инфильтрации.
2. 1) - острый 3) - ретромаммарный
- хронический - субареолярный
- премаммарный
- 2) - серозная форма - паренхиматозный
- инфильтративная - интерстициальный
- абсцедирующая
3. ОАК, ОАМ, СРБ, маммография, УЗИ молочной железы, пункционная биопсия (цитология, посевы на стерильность),
4. Консервативная тактика возможна.
5. Маститоподобная форма рака, туберкулез, актиномикоз.
6. Кормление грудью не прекращают.
7. Бромкрептин, парлоден.
8. Амоксиклав
Цефазолин 1,0
9. Тщательный уход за молочной железой, сцеживание молока.

Задача № 44

Больной 30 лет находится в хирургическом отделении по поводу острого аппендицита в стадии аппендикулярного инфильтрата. На 3 сутки после госпитализации и на 7 сутки от начала заболевания боли внизу живота и особенно в правой подвздошной области усилились, температура приняла гектический характер. Объективно: Пульс 96 в минуту. Дыхание не затруднено. Живот правильной формы, резко болезненный при пальпации в правой подвздошной области, где определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Инфильтрат в правой подвздошной области несколько увеличился в размерах. Лейкоцитоз увеличился по сравнению с предыдущим анализом.

1. Сформулируйте клинический диагноз в данном случае?
2. Тактика лечения больного?
3. Характер, объем и особенности хирургического пособия при данной патологии?

4. Особенности ведения послеоперационного периода?

5. Рекомендации при выписке.

Ответ к задаче по хирургии

1. Основной: острый аппендицит. Осложнения: абсцедирующий аппендикулярный инфильтрат (периаппендикулярный абсцесс).

2. При абсцедировании инфильтрата показано оперативное вмешательство в срочном порядке.

3. Операция - вскрытие абсцесса *внебрюшинным* доступом по Н. И. Пирогову. Внебрюшинное вскрытие позволяет избежать попадания гноя в свободную брюшную полость. Червеобразный отросток не удаляется. После санирования гнойника в его полость подводят тампон и дренаж, рану ушивают до дренажей. В случае плотного прилегания абсцесса к передней брюшной стенке может использоваться доступ Волковича – Дьяконова или внебрюшинная пункционная санация и дренирование аппендикулярного абсцесса под контролем УЗИ.

4. Посев экссудата на микрофлору для подбора антибиотиков, полупостельный режим, диета ОВД 1, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков и ферментных препаратов, последующее применение мазевых турунд с целью заживления вторичным натяжением.

5. Соблюдение диеты, ограничение физических нагрузок до 3х месяцев, госпитализация для плановой аппендэктомии через 6 месяцев.

Задача № 45

Больной 35 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в эпигастриальной области, усиливающиеся после приема пищи, тошноту, временами рвоту, похудание. В анамнезе: год назад лечился по поводу тупой травмы живота, посттравматического панкреатита.

Объективно: состояние удовлетворительное, пониженного питания, кожный покров и склеры обычного цвета, со стороны органов грудной полости без особенностей. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации в эпигастрии определяется эластическое неподвижное образование 10х6 см, без передаточной пульсации, аускультативно над ним шумов не определяется, желудок не увеличен. Определяется непостоянный шум плеска. Печень и селезенка не увеличены. Стул неустойчив.

При фиброгастроуденоскопии выполненной амбулаторно в желудке умеренное количество жидкости, гастрические изменения слизистой, фиброгастроскоп проходит в 12-перстную кишку, но в антральном отделе отмечается выбухание задней стенки.

1. Какой диагноз Вы поставите больному?

2. С какими заболеваниями необходимо произвести дифференциальный диагноз?

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?

4. Какое лечение показано больному?

5. Показание к оперативному лечению и выбор характера вмешательства?

6. Прогноз относительно течения болезни?

Ответ к задаче № 45

1. Хронический кистозный панкреатит. Дуоденальная непроходимость
2. С опухолью поджелудочной железы, желудка.
3. Рентгенография желудка и грудной клетки, ФГДС, УЗИ, пункционная биопсия.
4. Консервативное (основные направления лечения острого панкреатита), коррекция электролитного баланса и инкреторной недостаточности.

Оперативное лечение зависит от степени сформированности кисты и осложнений: малоинвазивная (пункции, дренирование), паллиативные операции (марсупиализация, цистоеюностафия, цистогастроанастомоз), радикальная (энуклеация, резекция поджелудочной железы с кистой).

Задача № 46

Женщина, 46 лет, 20 лет назад оперирована по поводу грыжи белой линии живота, 15 лет назад рецидив грыжи. В настоящее время при вертикальном положении больной отмечается выпячивание 10 x 8 см, не вправляющееся в брюшную полость. Периодически отмечает запоры. Предполагалась повторная операция, но больная отказывалась. Грыжевое выпячивание имеет тенденцию к увеличению, грыжевые ворота до 5 - 7 см в диаметре.

Сегодня, ввиду ухудшения погоды и понижения атмосферного давления, появились боли в грыжевом выпячивании. Боли постоянные, усиливаются при движениях. В прошлом подобные боли имели место, особенно после физической нагрузки.

Объективно: Язык влажный. Пульс 88 в минуту, ритмичный, удовлетворительных качеств. АД- 130/80 мм.рт.ст. Тошноты, рвоты нет.

Больная обратилась к Вам на прием.

1. Ваш диагноз?
2. Классификация заболевания.
3. Дополнительные методы обследования?
4. С чем следует проводить дифференциальную диагностику?
5. Виды оперативного лечения.

6. Возможные осложнения послеоперационного периода и их профилактика.

71. Послеоперационная рецидивная грыжа

Ответ к задаче по хирургии

1. Рецидивная невправимая грыжа белой линии живота. Копростаз

2. Вправимая, невправимая, ущемленная;

по локализации: пупочная, белой линии живота, спигелиевой линии, мечевидного отростка, поясничные, промежностные, седалищные.

осложненная, неосложненная

по размерам: малая, большая, гигантская

3. Обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ

4. Ущемление, спаечная болезнь брюшной полости, спаечная кишечная непроходимость, невправимость

5. Методы герниопластики:

- Фасциально-апоневротическая

- Мышечно-апоневротическая

- Мышечная

- Пластика с применением биологических (аллопластика) и синтетических (эксплантация) материалов (onlay, sublay, inlay).

- Комбинированная

6. Послеоперационные осложнения: дыхательная недостаточность, ранняя спаечная кишечная непроходимость, нагноение, кровотечение в рану или брюшную полость, инфильтрат, лигатурные свищи

Профилактика: Оперативное лечение выполняют в плановом порядке после предоперационной подготовки, включающей профилактику возможных кардиореспираторных осложнений, связанных с одномоментным повышением внутрибрюшного давления после герниопластики. Грыжесечение дополняют разделением сращений, дефект брюшной стенки замещают различными видами ауто- или аллотрансплантатов. Наиболее часто применяют полипропиленовый сетчатый трансплантат. В зависимости от способа размещения эндопротеза различают методику герниопластики onlay (сетка подшивается на апоневроз) и sublay (трансплантат помещается под апоневроз в предбрюшинное пространство). При больших размерах грыжевых ворот показана ненатяжная пластика, когда дефект в апоневрозе замещается сетчатым трансплантатом в виде "заплаты" (методика inlay). При рецидивных грыжах в послеоперационном периоде назначаются антибактериальные препараты

Задача № 47

Больной 40 лет жалуется на боли и в нижней части правой половины грудной клетки, усиливающиеся при кашле, перемене положения тела. Кроме этого его беспокоит кашель с отделением небольшого количества мокроты, одышка. Давность заболевания около недели.

Объективно: Пульс 110 в минуту, температура 38,5 °С. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, межреберные промежутки справа расширены. Перкуторно определяется притупление звука с верхней горизонтальной линией на уровне 5 ребра и тимпаническим звуком над этой линией. При аускультации дыхательные шумы отсутствуют над областью притупления.

Анализ крови: лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, увеличение СОЭ. На рентгенограмме определяется затемнение в нижних отделах справа до 5 ребра и просветление над ним.

1. Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Этиопатогенез этого заболевания?
4. В каком обследовании нуждаются больные с этим заболеванием? Назовите характерные признаки данной патологии, которые выявляются при этом обследовании?
5. В каком лечении нуждается данный больной? Каковы основные цели этих лечебных мероприятий?
6. Правила выполнения специальной медицинской манипуляции, выполняемой при лечении этого заболевания?
7. Возможные осложнения этого заболевания?

Ответ к задаче № 47

1. Экссудативный правосторонний плеврит.
2. Невоспалительный плеврит (хилоторакс). Воспалительный, серозный, фибринозно-гнойный.
3. Невоспалительные плевриты – состояние, вызывающее асцит и затруднение венозного и лимфатического оттока из грудной клетки. Воспалительные – результат воспаления структур, прилегающих к плевральной полости.
4. Физикальные признаки – притупленный звук, отсутствие дыхания.

Рентгенологические признаки – затемнение задней части диафрагмы в боковой проекции.

УЗИ – жидкость в плевральной полости.

5. Антибактериальная терапия. Плевральная пункция. цель – санация плевральной полости.
6. Пункция плевральной полости выполняется по верхнему краю ребра в асептических условиях.
7. Эмпиема плевры.

Задача № 48

Больной Н., 19 лет оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита. Операция закончена ушиванием раны передней брюшной стенки наглухо. К концу первых суток после аппендэктомии больного беспокоит резкая слабость, головокружение. Объективно отмечается бледность кожи, пульс 102 в минуту, АД 100/60 мм.рт.ст. язык влажный, живот равномерно болезненный, симптомы раздражения брюшины слабоположительные, пер-куторно определяется свободная жидкость в отлогих местах брюшной полости. Перевязка сухая. В анализе крови Эр. - $3,5 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин - 108 г/л, лейкоциты - $10,5 \times 10^9/\text{л}$.

1. Какое осложнение послеоперационного периода возникло у больного?
2. Возможные причины развития данного осложнения.
3. Объем дополнительного обследования.
4. Тактика хирурга.

73. Внутрибрюшное кровотечение

Ответы к задаче по хирургии

1. Продолжающееся внутрибрюшное кровотечение
2. Расплавление инфицированных тромбов в сосудах брыжейки отростка или аррозия сосудов, дефекты оперативной техники: ослабление или соскальзывание лигатуры с культи брыжейки отростка, неперевязанные сосуды в спаечных тяжах, плохой гемостаз в области раны брюшной стенки, повреждение сосудов забрюшинной клетчатки, брыжейки тонкой кишки, других органов.
3. Анализ «красной» крови в динамике, УЗИ брюшной полости
4. Экстренная релапаротомия

Задача № 49

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодически возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние

две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10¹²/л, Нв - 100 г/л.

1. Ваш диагноз.

2. Какое осложнение возможно у больного?

3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?

4. Алгоритмы Ваших действий.

5. Принципы консервативной терапии.

6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.

7. Ваши рекомендации при выписке.

74. Язвенная болезнь ДПК. Кровотечение

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.

2. Гастродуоденальное кровотечение.

3. Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.

4. Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.

5. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.

6. Показанием к экстренной операции является профузное гастродуоденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе или рецидиве кровотечения после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций. При дуоденальном кровотечении язвенного генеза применяют прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой или резекцию желудка.

7. После выписки – наблюдение гастроэнтеролога, реабилитационный курс лечения в санаторных условиях.

Задача № 50

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды был самостоятельный стул; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

1. Какой диагноз можно поставить больной?
 2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
 3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
 4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
 5. Пути профилактики данного осложнения.
75. Спаечная кишечная непроходимость

Ответы к ситуационной задаче по хирургии

1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость
2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.
3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.
4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задача № 51

У женщины 35 лет, страдающей митральным пороком сердца с мерцательной аритмией, внезапно возникли сильные боли в правой руке. Осмотрена через час дома. Объективно: Правая рука бледная в области кисти и предплечья, холодная на ощупь. Пальпация этих отделов руки резко болезненная, мышцы умеренно напряжены. Активные движения в пальцах правой руки снижены в объеме, пассивные движения в полном объеме. Тактильная и болевая чувствительность резко снижена. Пульсация магистральных артерий правой руки определяется только на уровне подмышечной артерии, дистальнее она отсутствует.

1. Этиология и патогенез развития данного заболевания. Ваш диагноз.
2. Клиническая классификация этого заболевания.
3. План обследования пациентки.
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
5. Какова должна быть лечебная тактика, в зависимости от стадии заболевания?
6. Объем медицинской помощи.
7. Возможные осложнения в послеоперационном периоде.
8. Меры профилактики повторения этого заболевания.

Ответ к задаче № 51

1. Диагноз – митральный порок сердца, мерцательная аритмия. Осложнение – эмболия правой подмышечной артерии, острая ишемия П-а ст.
2. Классификация предусматривает этиологию заболевания (свыше 95% кардиопатии); необходимо оценить тяжесть острой ишемии (I, II, III ст.); локализацию окклюзии.
3. План обследования: 1) - общепринятый объем; анализ крови, мочи, ЭКГ;
2) доплерографическая оценка состояния сосудов.
4. Тромбоз подключичной вены; острый неврит, острый миозит.
5. Лечебная тактика – экстренная операция – эмболэктомия.
6. Объем операции: при компенсированной ишемии – эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ишемии тоже самое плюс детоксикационные мероприятия.
7. Возможные осложнения после операции: тромбоз артерии, некроз части мышц

конечности; гангрена конечности; осложнения со стороны сердца, легких, почек.

8. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы; медикаментозная терапия антиагрегантами.

Задача № 52

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты - $16,2 \times 10^9/\text{л}$, Эр- $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 24 мм/ч.

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий
5. Принципы консервативной терапии
6. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
7. Экспертиза трудоспособности.

77. Обтурационная толстокишечная непроходимость

Ответы к ситуационной задаче по хирургии

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалокOLON, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.

4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.

5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.

6. Экспертиза трудоспособности проводится в зависимости от стадии онкопроцесса, характера проведенного лечения, индивидуальных возможностей реабилитации

Задача № 53

У больной 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты 10,2 x 10/л, билирубин крови 60мкмоль/л. Диастаза мочи 1024 ЕД.

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Ваша тактика:
 - основные направления консервативной терапии.
 - Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
5. Прогноз.

Ответ к задаче № 53

1. Острый холецистит. Механическая желтуха (холедохолитиаз).
2. Классификация по В.С.Савельеву, 1990 г.

3. Клинический анализ крови, билирубин, печеночные пробы, фибриноген, ПТИ, амилаза, общий анализ мочи, диастаза мочи.

ФГДС, УЗИ.

4. Купирование болевого синдрома (блокада, спазмолитики, в/в капельницы, анальгетики) при неэффективности операция по срочным показаниям (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха – малоинвазивными или обычными технологиями).

5. Выздоровление, ПХЭС.

Задача № 54

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму -жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

1. Ваш предварительный диагноз?

2.План обследования, методы верификации диагноза?

3.Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?

4.Назовите возможные радикальные операции?

5. Метода паллиативного лечения?

6.Задачи диспансерного наблюдения?

85. Обтур. кишечная непроходимость (опухоль сигмы)

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость

2. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца.

Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.

3. Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
4. В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
5. Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия
6. Выявление рецидива

Задача № 55

Пациент 68 лет оперирован по поводу рака прямой кишки. Выполнена брюшно - промежностная экстирпация прямой кишки. На четвертые сутки после операции у больного внезапно возникла одышка, появилась боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле и глубоком дыхании. Объективно: кожные покровы лица, шеи и плечевого пояса синюшны, яремные вены резко контурируются, тахикардия - 110 в минуту, артериальное давление 110/90 мм рт.ст. На ЭКГ - признаки перегрузки правых отделов сердца. По данным рентгенографии легких, выполненной вскоре после ухудшения состояния - повышенная прозрачность легочного поля и укорочение корней легких.

1. О каком осложнении следует думать в этом случае?
2. Патогенез данного осложнения в этом конкретном случае?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо применить?
4. Какой объем мер неспецифической профилактики этого осложнения необходимо проводить таким больным?
5. В какой специфической (медикаментозной) профилактике нуждаются такие больные?

Ответ к задаче № 55

- 1, 2. У больного развился острый глубокий тромбофлебит в нижних конечностях, что соответствует тромбэмболии легочной артерии.
3. Антикоагулянты, ГБО, сердечно-сосудистая терапия.
4. Неспецифическая профилактика – проведение мероприятий, ускоряющих венозный кровоток в нижних конечностях: ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде; эластическая компрессия н/конечностей; прерывистая пневмокомпрессия ног; применение «ножной педали», полноценное обезболивание.
5. Специфическая профилактика: применение 1) прямых антикоагулянтов (нефракционированный гепарин, низкомолекулярные гепарины);

2) низкомолекулярные декстраны в/в; 3) дезагреганты.

Задача № 56

Больной 32 лет 5 дней назад был оперирован по поводу прободной язвы желудка через 7 часов с момента перфорации. Произведено ушивание прободной язвы. На момент осмотра его беспокоят боли в нижних отделах живота, болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Гипертермия носит гектический характер. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. В области раны воспалительной реакции нет. Со стороны легких патологии нет. Лейкоциты - 18 тыс.

1. О каком осложнении следует думать в данном случае?
2. Какие следует применить методы обследования для уточнения диагноза?
3. Причины развития подобного осложнения и меры профилактики при подобных операциях?
4. Тактика в лечении этой патологии?
5. Объем и особенности пособия при этом осложнении?
6. Сделайте назначения в послеоперационном периоде.

87. Абсцесс дугласова пространства

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Тазовый абсцесс. (абсцесс Дугласова пространства).
2. Ректальное исследование, УЗИ, КТ малого таза, диагностическая пункция полости абсцесса через переднюю стенку прямой кишки.
3. Возникновение гнойников в малом тазу связано с плохой санацией брюшной полости и неадекватным дренированием полости малого таза во время операции. Меры профилактики - интраоперационная эффективная санация брюшной полости при местном перитоните путем осушивания марлевыми салфетками, при микробном диффузном перитоните промывание брюшной полости асептическими растворами (фурациллин, 0,3 %, 0,06 % раствор гипохлорита натрия) не менее 6 - 8 литров; адекватное дренирование отложившихся мест брюшной полости, обоснованная антибактериальная терапия.
4. В стадию плотного инфильтрата малого таза тактика консервативная, при абсцедировании – срочное оперативное вмешательство.
5. Вскрытие абсцесса под наркозом внебрюшинным доступом через переднюю стенку прямой кишки после поисковой пункции с последующим промыванием и дренированием полости гнойника трубкой.
6. Бесшлаковая диета, полупостельный режим, антибактериальная терапия с учетом посева экссудата на флору и чувствительность к антибиотикам, противовоспалительная

терапия, ежедневные перевязки с промыванием полости абсцесса растворами антисептиков, удаление дренажной трубки на 2-3 сутки.

Задача № 57

Женщина 34 лет пришла на амбулаторный прием к хирургу. Жалуется на боли по медиальной поверхности левой голени в нижней и средней третях бедра. Боли появились 3 дня назад в области голени и впоследствии распространились на бедро. Температура повысилась до 37,5 °С, стала затруднительной ходьба. При осмотре по ходу варикозно измененной левой большой подкожной вены на голени и бедре имеется гиперемия кожного покрова, при пальпации в этой зоне определяется болезненный тяж. Пальпация в паховой области безболезненная. Отека стопы и голени нет.

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. Классификация заболевания?
4. С каким заболеванием необходимо дифференцировать эту патологию?
5. Осложнения при данном заболевании?
6. Тактика лечения в зависимости от вариантов течения заболевания и объем пособия?

88. Восходящий поверхностный тромбофлебит

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Варикозная болезнь вен левой нижней конечности, осложненная острым восходящим поверхностным тромбофлебитом (варикотромбофлебитом) в бассейне большой подкожной вены.
2. Триада Вирхова - изменение реологии крови (состояние гиперкоагуляции), травма стенки сосуда (повреждение эндотелия) и замедление тока крови (стаз). Способствующие факторы - возраст, ожирение, операции и травмы, длительная иммобилизация, беременность и роды, онкологические заболевания, тромбофилические состояния (генетические изменения факторов коагуляции) и др. В большинстве случаев осложняет течение варикозной болезни, реже возникает при посттромбофлебитической болезни.
3. -по распространенности: сегментарный (локальный), восходящий;
-по локализации: в бассейне большой или малой подкожных вен;
-по характеру воспаления: асептический (негнойный), гнойный.
4. С лимфангоитом, рожистым воспалением и аллергическим дерматитом, с ущемленной бедренной грыжей при локализации процесса в варикозной аневризме терминального отдела большой подкожной вены.

5. Тромбоз глубоких вен, тромбоэмболия легочной артерии (при восходящем тромбофлебите).

6. При сегментарном тромбофлебите на голени – консервативное лечение амбулаторно, при первичной локализации тромбоза на бедре консервативное лечение и наблюдение в стационаре, при восходящем тромбофлебите – операция Троянова-Тренделенбурга (разобщение сафено-фemorального соустья, кроссэктомия) в экстренном порядке с возможным одномоментным удалением ствола тромбированной вены и последующим решением вопроса об устранении варикозного синдрома

Задача № 58

Пациент 43 лет находится на лечении по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, осложненной абсцессом. 2 часа назад больной отметил внезапное ухудшение состояния - появились интенсивные боли в правой половине груди, затруднение дыхания. Общее состояние тяжелое. Т -39,2 С. Цианоз кожи, слизистых оболочек. Частота дыханий 30 в 1 минуту, дыхание поверхностное. Отмечается укорочение перкуторного звука и ослабление дыхания справа на уровне середины лопатки. Выше уровня укорочения перкуторного звука выслушивается шум трения плевры.

Ваш предварительный диагноз? Что может явиться причиной внезапного ухудшения состояния? Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать? Какова тактика лечения больного?

Несмотря на интенсивную терапию и ежедневные плевральные пункции, состояние пациента без положительной динамики, сохраняются явления интоксикации, в общем анализе крови определяются анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 49 мм/час. Из полости плевры ежедневно эвакуируется 500-600 мл гнояного экссудата.

1. Ваш окончательный диагноз?
2. Принципы этиотропного и патогенетического лечения?
3. Какой метод местного лечения необходимо использовать в данной ситуации?

Ответ к задаче № 58

1. Пиопневмоторакс. Легочно – плевральный свищ.
2. Прорыв гнойного содержимого из полости абсцесса в плевральную полость.
3. Рентгенологические. УЗИ. Плевральная пункция. Бронхоскопия. Торакоскопия. Посев экссудата. Цитологическое исследование экссудата.
4. Антибактериальная терапия. Лечебная бронхоскопия. Торакопластика.
5. Эмпиема плевры. Легочно – плевральный свищ. Лечение сепсиса.

Задача № 59

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38° С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 x 10⁹.

1. Ваш диагноз?
 2. Этиология и патогенез данного заболевания?
 3. Классификация заболевания?
 4. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
 5. Возможные осложнения данного заболевания?
 6. Объем обследования пациентки?
 7. Варианты тактики лечения при данной патологии?
 8. Направления консервативной терапии?
 9. Характер и объем оперативного вмешательства при данной патологии?
 10. Осложнения послеоперационного периода?
93. Острый холецистит.

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита
2. Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевого синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
3. Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)
4. Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка и аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит

5. Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит
6. Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.
7. Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений
8. Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия
9. При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)
10. Кровотечение, холерея, перитонит, спаечная болезнь, ПХЭС

Задача № 60

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит.

Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микро-циркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18-20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, дышит. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Несколько увеличена печень. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Дизурических расстройств нет. Лейкоцитоз - 13 тыс. Диастаза мочи - 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ - желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров и жидкостью в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3x6 см.

1. Какой основной диагноз заболевания?
2. О каком осложнении основного заболевания можно думать?

3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?

4. Какие основные направления лечения основного заболевания?

5. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?

6. Какое оперативное лечение показано больному?

7. Сроки его выполнения?

8. Исход данного осложнения?

9. Прогноз?

10. Ваши рекомендации при выписке?

94. Острый панкреатит (оментобурсит)

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.

2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген.

Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.

3. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций;

воздействие на местный патологический очаг;

Уменьшение эндоинтоксикации;

коррекция тромбгеморрагического синдрома;

иммунокоррекция;

нутритивная поддержка;

энерготропная терапия;

оперативное лечение по показаниям.

4. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.

5. Малоинвазивное вмешательство.

6. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

Задача № 61

Мужчина 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характера за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40 °С, озноб, сопровождающийся проливным потом.

Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 °С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу. Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи».

Объективно: Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженной питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений - 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл.

Дополнительные методы обследования:

Анализ крови: Количество лейкоцитов 18×10^9 /л, выраженный сдвиг формулы влево. **ФГДС:** На уровне С6 - С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 - 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

Обзорная рентгенография легких: Зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмфиземы средостения, расширение его тени, увеличение расстояния между позвоночником и пищеводом, небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и перикарде.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томографии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболевании?
5. Тактика лечения данного больного?
6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?
7. Принципы консервативной терапии?

8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

96. Перфорация пищевода. Медиастинит

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. У больного имеется перфорация пищевода инородным телом, осложненная медиастенитом.
2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагоскопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.
3. Важная роль в диагностике данной патологии принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому обследованию, УЗИ, компьютерной томографии.
4. Причиной данного заболевания явилось инородное тело пищевода, с перфорацией пищеводной стенки и развитием гнойного медиастенита и интоксикацией.
5. При лечении медиастенита используется активная хирургическая тактика.
6. Хирургическое лечение заключается в осуществлении оптимального доступа, обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировании средостения и плевральной полости (при необходимости), наложении гастростомы или проведения трансназально зонда в желудок. В послеоперационном периоде дренажи используют для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.
7. После операции проводится интенсивная детоксикационная, антибактериальная и иммуностимулирующая терапия.
8. Летальность при гнойном медиастините достигает 20–50% и более.

Задача № 62

Больному 42 лет 8 дней назад выполнена резекция 2/3 желудка по поводу язвы тела желудка в модификации Бильрот I. Начиная с третьих суток послеоперационного периода появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение. С шестых суток рвоты участились, больной сам опорожняет желудок, искусственно вызывая рвоту. За последние сутки по постоянному желудочному зонду выделилось более 1 литра застойного содержимого. Больной худеет. Объективно: пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт ст., температура 36,6 - 37,1 °С, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области раны, участвует в акте дыхания, перистальтика отчетливая, газы отходят. Стул был дважды.

1. О каком послеоперационном осложнении следует думать?
2. Как уточнить причину осложнения?
3. Какое лечение необходимо назначить больному?

4. Когда возникают показания к хирургическому лечению?
5. Каков объем операции при данной патологии?
6. В чем заключается профилактика данного послеоперационного осложнения?

99. Анастомозит

Ответ к ситуационной задаче по хирургии

1. Анастомозит
2. ЭФГДС с прицельной биопсией из области гастроэнтероанастомоза, Рентгеногастроскопия, Проба Шварца (пассаж бария по ЖКТ)
3. Диета, полный спектр противоязвенной эрадикационной терапии, препараты, улучшающие моторику желудка
4. Показаниями к оперативному лечению являются: выраженный анастомозит с декомпенсированным сужением просвета гастроэнтероанастомоза, стеноз анастомоза рубцового характера, несостоятельность анастомоза, образование свищей, перфорации стенки желудка в этой области, осложненное течение язв анастомоза
5. Наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза
6. Профилактика заключается в предупреждении технических ошибок во время операции, продолжение противовоспалительной и противоязвенной терапии в послеоперационном периоде, динамическое наблюдение посредством ЭФГДС, строгий режим питания в послеоперационном периоде (позапное расширение диеты, дробность принятия пищи и т.д.)

Задача №63

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь.

При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение возникло у больного?
3. Какие методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больного в стационаре?

5. Оцените тактику, предпринятую при лечении больного в амбулаторных условиях.

6. Виды оперативных доступов.

100. Медиастинит.

Ответы к ситуационной задаче по хирургии

1. Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.

2. Ультразвуковое исследование тканей шеи, средостения; рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.

3. Шейная боковая и трандиафрагмальная медиастинотомия, дренирование средостения, гастростомия, мощная детоксикация, массивная антибактериальная терапия, лечение полиорганных нарушений, иммунотерапия, исключение питания через рот.

4. При технических трудностях во время эзофагоскопии, подозрении на флегмону пищевода, перфорацию его инородным телом необходима госпитализация больного, динамическое наблюдение, при необходимости – дополнительное обследование.

5. Оперативные доступы к средостению: надгрудинный предплевральный по Разумовскому, шейная боковая медиастинотомия, внеплевральная задняя медиастинотомия по Насилову, парастеральный доступ по Маделунгу, нижняя трансабдоминальная медиастинотомия по Савиных, торакотомный чрезплевральный доступ. Наиболее эффективный метод дренирования средостения – проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову

ЗАДАЧА №64

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 - 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дистальные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

1. Ваш диагноз?

2. Клиническая классификация этого заболевания?

3. Патогенез развития этого заболевания?

4. План обследования пациента?

5. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?

6. Принципы лечения заболевания в зависимости от стадии процесса?

ЗАДАЧА №65

Фельдшер ФАП вызван к больному 40 лет, который жалуется на боли в прямой кишке и левой ягодице, повышение температуры тела. Болен 3 дня с появления многократного жидкого стула, 2 дня назад появились боли в прямой кишке, левой ягодице, опухолевидное образование, повышение температуры до 38° С. При осмотре перианально слева в толще ягодицы расположено опухолевидное образование диаметром 5 см. Кожа

над ним гиперемирована, при пальпации определяются болезненность и флюктуация. Региональные паховые лимфатические узлы не пальпируются.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику ведения данного пациента и составьте программу лечения.

ЗАДАЧА №66

Больной М., 59 лет в гинекологическом отделении произведена операция: ампутация матки. На 8-е сутки появился прогрессивно нарастающий отек всей левой нижней конечности. При осмотре на ней выявлены бледно-синюшного цвета пятна, кожа напряжена. Окружность левого бедра и голени на уровне средних третей их больше окружности правого бедра и голени на 8 и 6 см соответственно. Пальцы левой стопы теплые, активные движения в их суставах сохранены. Пульс на тыльной артерии левой стопы определяется, ослабленный. Температура тела 36,7–36,9° С.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
 2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
 3. Определите тактику ведения данного пациента и составьте программу лечения
- определить диагноз.

ЗАДАЧА №67

В ФАП обратился мужчина 30 лет, военный, курильщик с 20-летним стажем, с жалобами на перемежающуюся хромоту: через 100 метров он вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Считает себя больным полгода, когда появилась перемежающаяся хромота через 400м. Месяц назад появились боли в 1 пальце правой стопы, затем на пальце появилась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску. Дистальные части стоп багрово-синюшного цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенных артериях ослаблен.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
 2. Назовите необходимые дополнительные методы исследования.
 3. Определите тактику ведения данного пациента и составьте программу лечения
- определить диагноз

Ситуационная задача №68

Больной, 38 лет, геолог по профессии, после летнего экспедиционного сезона на фоне хорошего самочувствия случайно обнаружил кровь в кале. К врачам не обращался. Через 2-3 недели после поднятия тяжести отметил резкое ухудшение в самочувствии - стал утомляться, ухудшился аппетит, появились боли в суставах и болезненные синюшно-розовые узлы на обеих голених возвышающиеся над кожей. Участился стул с болезненными тенезмами до 10-15 раз со слизью и кровью. Объективно : бледен, на голених элементы узловатой эритемы. Температура тела 37,8 С. Пальпаторно отмечается болезненность по ходу толстой кишки, пальпируется болезненная спазмированная сигма. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Тоны сердца ритмичные, тахикардия с ЧСС 89 уд/мин. Дыхание везикулярное. Анализ крови : гемоглобин 108 г/л эритроциты 2,5 тромбоциты 200,0 СОЭ 36 мм. Общий белок 70 г/л, альбумины 60% гамма-глобулины 30%. При микроскопии кала обнаружены слизь, лейкоциты, эритроциты, клетки кишечного эпителия. Ректороманоскопия : слизистая прямой кишки отечна, воспалена, гиперемирована, отмечаются гнойно-геморрагические наложения, контактная кровоточивость, эрозии и изъязвления. Ирригоскопия : сглаженность рельефа слизистой, отсутствие гаустраций, множественные язвы.

1. Поставьте диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Наметьте план лечения.
4. Определите трудоспособность и прогноз.

Ответ

1. Язвенный колит впервые выявленный, проктосигмоидит, средне – тяжелая форма, активность II-III. Узловатая эритема. Осложнение: железодефицитная анемия.
2. Дифференцировать в первую очередь необходимо с болезнью Крона
3. Стол 4а, преднизолон 40 мг в день с последующим снижением, сульфасалазин или салазодин по 2 – 4 гр в день, микроклизмы с преднизолоном (20мг) или гидрокортизоном (125мг) дважды в день, при необходимости гидрокортизон внутривенно по 125 мг, препараты железа, лечение дисбактериоза при его подтверждении.
4. В момент обострения – нетрудоспособен, в дальнейшем профессию геолога необходимо сменить. Прогноз сомнителен.

Ситуационная задача № 68.

Больной Ш., 24 лет, поступил в клинику с жалобами на одышку, боли в правой половине грудной клетки, кашель с гнойной мокротой, количество которой доходило до 1 литра в сутки. Заболел 6 месяцев назад, когда появилось общее недомогание, головная боль, боль в правой половине грудной клетки, температура повысилась до 39,20С. Через 5 дней появился кашель с гнойной мокротой, в которой была примесь крови. До поступления получал антибиотикотерапию с переменным успехом. При поступлении: общее состояние тяжелое, кожные покровы с желтоватым оттенком, лицо одутловатое, губы и видимые слизистые цианотичные, ногтевые фаланги по типу «барабанных палочек». При осмотре: правая половина грудной клетки отстает при дыхании, пальпация правой половины грудной клетки болезненна, перкуторный звук на всей поверхности правой половины грудной клетки укорочен; дыхание ослабленное, жесткое, с большим количеством разнокалиберных сухих и влажных хрипов, число дыхательных движений – 40 в минуту.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Дифференциальный диагноз.
3. Составьте план обследования больного.
4. Рентгенография легких: в верхней доле справа определяется интенсивное негетогенное затемнение легочной ткани с четкой нижней границей. На фоне затемнения видна полость с горизонтальным уровнем жидкости.
5. Окончательный клинический диагноз.
6. Основные методы консервативного лечения.
7. Показания и методы оперативного лечения.

Ответы

1. Бронхоэктатическая болезнь IIIA (декомпенсация, с частичнообратимыми изменениями в органах)
2. Туберкулез, хронический абсцесс легкого.
3. Рентген грудной клетки, томография, бронхография, бронхоскопия, посев мокроты и промывных вод бронхов, реакция Манту.
4. Хронический абсцесс правого легкого.
5. Дезинтоксикационная терапия, санация бронхиального дерева, антибиотикотерапия, коррекция водно-электролитных нарушений и белкового обмена, нарушений ДС и ССС, повышение иммунологической резистентности организма. Оксигенотерапия.
6. Наличие абсцесса. Методы: лоб-, билоб- или пульмонэктомия.

Ситуационная задача № 69

Больная Н., 55 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на слабость, головокружение. 6 часов назад была рвота темной кровью, стула не было. Из анамнеза известно, что 3 года назад был поставлен диагноз крупноузловой цирроза печени. При осмотре: Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы субиктеричные, под кожей передней брюшной стенки определяются расширенные извитые вены. На коже бедер, груди – множественные сосудистые звездочки. Пониженное питание. Пульс 90 в мин. АД 110/60 мм рт. ст. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, уплотнена. Перкуторно селезенка 15x10 см. Per rectum: ампула прямой кишки заполнена плотными каловыми массами коричневого цвета. Общ. анализ крови: эритро.

2,7x10¹², Hb 88 г/л, Ht 0,29. Фиброгастроуденоскопия: быстрое накопление темной крови в дистальном отделе пищевода. Ультразвуковое исследование: структура печени перестроена, свободной жидкости в брюшной полости нет. Биохимический анализ крови: билирубин общ. 38 мкмоль/л, прямой 12,2 мкмоль/л, непрямой 25,8 мкмоль/л, общ. белок 62 г/л (альбумин 55%, глобулины 45%).

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз с указанием степени тяжести кровопотери.
2. Назовите наиболее частые причины крупноузлового цирроза печени.
3. К какой клинической группе по Child следует отнести эту больную?
4. Нуждается ли больная в экстренном проведении дополнительных методов исследования? Каких?
5. Тактика ведения больной?
6. Методика постановки зонда Сентгастена-Блэкмора.
7. Насколько целесообразно включение в комплексный консервативный вазопрессин?
8. Целесообразно ли проведение методов эндоскопического гемостаза? Каких?
9. Если больной показано оперативное лечение, то в каком порядке оно должно быть выполнено (экстренном, срочном, отсроченном, плановом)?
10. Определите рациональный объем оперативного пособия.

Ответы

1. Цирроз печени. Синдром портальной гипертензии. Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода. Кровопотеря II степени. (I)
2. Вирусный, алкогольный, токсический (соли металлов, яды грибов, афлотоксин, промышленные яды)
3. Нет
4. Зонд Блекмора, питуитрин 20ЕД в 200мл 5% глюкозы.
5. Вызывает сужение артериол, приносящих кровь к непарным органам брюшной полости, отсюда уменьшается отток.
6. Да. Склеротерапия, лигирование, диатермия.
7. Если не остановится, то в экстренном.
8. Операция Таннера (отсекают пищевод, затем пришивают назад), перевязка вен, транссекция аппаратом ПКС.

СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА №70

Больной К., 32 лет, поступил в хирургический стационар (через 6 дней с момента травмы) с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель с освобождением гнойной мокроты, высокую температуру тела, головокружение. Шесть суток назад был избит, били железным прутком. Последующее время особого внимания на состояние здоровья не обращал, поскольку пребывал в состоянии алкогольного опьянения. За медицинской помощью обратился в связи с резким ухудшением самочувствия.

Из анамнеза выяснено, что 3 года назад состоял на учёте по поводу туберкулёза лёгких. В настоящее время постоянного места жительства не имеет, не работает.

При поступлении в стационар состояние больного средней тяжести. Правильного телосложения, пониженного питания. Кожный покров бледный, влажный. Кожные покровы правой половины груди осаднены по задне-боковой поверхности. Пальпаторно определяются болезненность, крепитация подкожной клетчатки локально в области осаднения. При дыхательных экскурсиях ощущается крепитация при пальпации 6, 7, 8 рёбер по лопаточной и задне-аксиллярной линиям. Справа - дыхание резко ослаблено, перкуторно коробочный звук. Слева дыхание проводится во все отделы, влажные бронхиальные хрипы. ЧСС-110 в мин., АД-100 и 60 мм рт.ст. Других видимых повреждений не обнаружено.

При осмотре больной неадекватен, возбуждён, отмечается тремор пальцев рук. Проба на алкоголь в выдыхаемом воздухе положительная. В гемограмме гемоглобин - 96 г/л, лейкоциты-16 Г/л, нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы влево, токсическая зернистость нейтрофилов (++), СОЭ-42 мм/ч.

При поисковой пункции плевральной полости - справа получен воздух и гноевидный экссудат. В ближайший час в ходе обследования у больного развилось резко выраженное психомоторное возбуждение, фиксирован к кровати.

Данные дополнительного обследования:

- **ЭКГ**: синусовая тахикардия 120 в мин, единичные экстрасистолы. Горизонтальное положение ЭОС. ЭКГ признаки гипоксии миокарда.

- **УЗИ** брюшной полости: свободной жидкости в брюшной полости и признаков повреждения паренхиматозных органов не обнаружено.

- **Р-графия лёгких**. На Р-граммах лёгких в двух проекциях (прямой, правый боковой) определяется: слева - в проекции С₁ и С₂ три очаговые тени с чёткими границами до 2,5 см в диаметре. Справа - лёгкое коллабировано до 1/2 объёма, имеются два горизонтальных уровня жидкости, на уровне 6 ребра по задним отрезкам рёбер и на уровне 4 ребра по передним. В мягких тканях грудной стенки справа воздух. По лопаточной линии определяется перелом 6 ребра, по задне-подмышечной и средне-подмышечной линиям соответственно 7 и 8 рёбер. Тень средостения смещена влево.

1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
2. Какие патологические синдромы можно выделить в течении патологии?
3. Какова тактика лечения больного (конкретно о Ваших действиях)?
4. Составьте программу лечения (посиндромно).
5. Какие клинические признаки прямо свидетельствуют о повреждении легочной ткани при закрытой травме грудной клетки?
6. Какой вид пневмоторакса имеется в данном случае?
7. Какой вид дренирования плевральной полости показан при данной патологии?
8. Какой метод первичной санации плевральной полости перед ее дренированием наиболее целесообразен?
9. Характер превалирующей микрофлоры в плевральной полости (предположительно)?
10. Какие септические осложнения развившейся патологии возможны в данном наблюдении?

Задача 71

У женщины 42 лет при профилактическом осмотре в правой молочной железе обнаружено плотное образование, безболезненное, с нечеткими контурами, диаметром около 4-х см. Определяется втяжение кожи над образованием.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует прежде всего думать?
2. Как называется «кожный» симптом, выявленный у больной?
3. Какое исследование позволит цитологически подтвердить диагноз?
4. Что необходимо сделать для более точного определения стадии заболевания?
5. В каких органах наиболее часто выявляются отдаленные метастазы при раке молочной железы? Задача 72.

Женщина 35 лет. Около 2-х месяцев назад в левой молочной железе обнаружила уплотнение размерами 2,5 см. Подвижное, с кожей не связанное. В середине менструального цикла и перед менструацией появляется боль в молочных железах. Лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
2. Проведение маммограммы у больной позволит ли полностью исключить злокачественную опухоль?
3. Какое лечение следует назначить больной – консервативное или оперативное?
4. Какой объем оперативного вмешательства показан больной?
5. В каких случаях допустимо проведением резекции квадранта молочной железы при раке? Задача 73. У женщины 60 лет выявлена опухоль левой молочной железы размерами до 4 см в диаметре, увеличенные лимфатические узлы в подмышечной области (плотные, малоподвижные). При цитологическом исследовании (при пункции опухоли) – обнаружены злокачественные клетки.

Вопросы:

1. Укажите стадию заболевания по отечественной классификации?
2. Укажите стадию заболевания по международной классификации?
3. Какие исследования следует назначить для выявления отдаленных метастазов?
4. Какой основной метод лечения показан больной – оперативный, гормональный, химиотерапия, лучевая терапия?
5. Допустимо ли проведение органосохраняющей операции у этой больной?

Задача 74.

Женщина 72 лет, страдающая циррозом печени с наличием асцита, жалуется на постоянные кровотечения из прямой кишки в момент акта дефекации. Гемоглобин крови 92 г/л. При осмотре прямой кишки с помощью ректальных зеркал обнаружено три внутренних геморроидальных узла. Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое лечение показано больному?
4. Что лежит в основе данной патологии?
5. Как оценить данные осмотра прямой кишки ректальным зеркалом?

Задача 75.

У мужчины 50 лет при пальцевом исследовании прямой кишки обнаружено плотное бугристое подвижное образование, расположенное на высоте 5 см от заднего прохода, с выделением незначительного количества крови. При гистологическом исследовании – аденокарцинома. Отдаленных метастазов не выявлено.

- Вопросы:
1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
 2. В каком объеме должно быть выполнено радикальное лечение?
 3. Следует ли проводить больному предоперационную лучевую терапию?
 4. Больному показана временная или постоянная колостома?
 5. Проводят ли в послеоперационном периоде лучевую терапию?

Задача 76.

У больного 52 лет, поступившего в стационар с картиной острой кишечной непроходимости на 4 сутки от начала заболевания, во время операции обнаружена опухоль ректосигмоидного отдела, полностью обтурирующая просвет кишки. При ревизии органов брюшной полости установлено, что опухоль подвижна, отдаленных метастазов не обнаружено.

Вопросы:

1. Какую операцию необходимо выполнить больному?

2. Какой метод исследования позволяет определить наличие кишечной непроходимости?
3. Поражение какого отдела толстой кишки чаще осложняется кишечной непроходимостью?
4. Как проводить декомпрессию кишки у данного больного?
5. Операцию следует провести одномоментно или поэтапно?

Задача 77.

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастриальной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей. В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел. Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – сглаженность печеночной тупости.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В чем основное сходство и основное отличие между клиническими проявлениями в представленной ситуации и наблюдаемыми при почечной и печеночной коликах, остром панкреатите, инфаркте миокарда, тромбозе и эмболии сосудов брыжейки, базальной пневмонии и спонтанном пневмотораксе?
3. В чем сходство и различие между перфорацией опухоли и перфорацией язвы?
4. Имеются ли различия в клинических проявлениях при перфорации дуоденальной язвы и язвы желудка?
5. Чем объясняются нередко возникающие ошибки в диагностике перфорации гастродуоденальной язвы и острого аппендицита?

Задача 78.

У пациентки в гинекологическом отделении на 3-е сутки после операции ампутации матки появилась локальная гиперемия и болезненность при пальпации в средней трети левого бедра по медиальной поверхности. Болезненность отмечается и по медиальной поверхности голени. Температура тела 38,00С. Отека конечности нет. Пульсация на периферических сосудах сохранена.

Вопросы:

1. Какой диагноз у больной?
2. Какие симптомы позволяют установить данный диагноз?
3. Какое исследование подтверждает диагноз?
4. Какова профилактика данного заболевания?
5. Какова тактика лечения данного заболевания?

Задача 79

Женщина 58 лет. В течение 15 лет периодически после приема жирной пищи отмечает сильные боли в правом подреберье с последующим повышением температуры, тошнотой, рвотой. В последние 3 года стала отмечать желтуху, кожный зуд, длительный субфебрилитет, осталгии, артралгии. Печень на 4 см выступает из подреберья, болезненная, уплотнена, край закруглен. Селезенка не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Анализ крови: лейкоциты – $9,5 \times 10^9$ /л, СОЭ – 36 мм/час. Связанный билирубин – 88 мкмоль/л, свободный - 30 мкмоль/л. АСТ – 160 мкмоль/л, АЛТ – 178 мкмоль/л, ЩФ – 204 мкмоль/л, протромбин – 52%, холестерин – 8,7 ммоль/л. При УЗИ – камень в расширенном гепатикохоledохе.

Вопросы:

1. Какой ведущий синдром имеется у больной?

2. Форма желтухи?
3. Как объяснить гиперферментэмию?
4. Что является причиной заболевания?
5. Ваш диагноз? Лечение?

Задача 80

В кардиохирургическом отделении проводится подготовка больного 28 лет к митральной комиссуротомии по поводу ревматического митрального порока сердца с преобладанием стеноза с наличием мерцательной аритмии. На фоне относительно удовлетворительного общего состояния больного внезапно появились резчайшие боли в левой поясничной области локализованного характера. Поведение больного беспокойное, мечется в постели, неоднократно наблюдалась рвота, отмечено вздутие живота. После инъекции 2 мл 2% промедола и 2 мл димедрола болевой синдром удалось купировать, несколько повысилось артериальное давление до 150/90 мм рт. ст. (исходное: 125/85 мм рт. ст.), через 3 часа наблюдения за больным отмечена макрогематурия. При обзорной рентгенографии брюшной полости теней конкрементов в проекции левой почки и мочевыводящих путей не обнаружено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Лечебная тактика?
4. Что необходимо предпринять для предупреждения вазоренальной гипертензии?

Задача 81

Больной Р., 88 лет, поступил с клиникой перитонита через неделю от начала заболевания и экстренно оперирован. На операции во всех отделах брюшной полости гнойный выпот с примесью толстокишечного содержимого. На париетальной и висцеральной брюшине во всех отделах грубые массивные наложения фибрина. Тонкая кишка раздута до 3-4 диаметров. В средней трети сигмовидной кишки плотная бугристая опухоль, прорастающая все слои стенки кишки с перфорацией в центре до 1 см в диаметре. В обеих долях печени множественные метастазы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение показано больному, учитывая стадию заболевания и осложнение (радикальное или паллиативное)?
3. Оптимальный объем оперативного вмешательства
4. Какие меры профилактики пареза кишечника следует предпринять на операции?
5. Какую тактику дальнейшего ведения больного следует предпринять, учитывая сроки, характер и распространенность перитонита?

Задача 82

У больного 50 лет после перенесенного гриппа, в течение 4-х недель держится субфебрильная температура. Больной отмечает сухой кашель, слабость, одышку. Справа в нижнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. СОЭ - 55 мм/ч. В мокроте много эритроцитов. Рентгенологически в нижней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз VI сегмента. При бронхоскопии было выявлено значительное сужение нижнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха VI сегмента.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы обследования?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Тактика лечения больного?
5. Какие бронхи можно осмотреть при бронхоскопии?

Задача 83.

Больной 60 лет обратился с жалобами на боли в левой половине груди, сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 3 месяца. За это время нарастает слабость, похудание. Температура не была повышенной. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче слева в нижних отделах. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле левого легкого.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой план обследования?
3. Что могут доказать дополнительные исследования?
4. Что такое опухоль Панкоста?
5. При какой форме рака легкого встречаются аталектазы легкого?

Задача 84

Больной 48 лет, курильщик, обратился к врачу с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, сухой кашель, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным 4 месяца. Перкуторно определяется притупление, а аускультативно - ослабленное дыхание в задне-нижних отделах грудной клетки слева. На прямой и боковой рентгенограммах грудной клетки выявлено: слева с периферических отделов 6, 10 сегментов нижней доли имеется участок затемнения округлой формы с неровными, тяжистыми контурами, связанный "дорожкой" с корнем легкого. В левой плевральной полости определяется жидкость до VI ребра. При плевральной пункции получено 300,0 геморрагического прозрачного экссудата.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что необходимо для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано больному?
4. Какой рак чаще встречается при гистологическом исследовании?
5. Что такое периферический рак легкого?

Задача 85

У больного 73 лет, предъявляющий жалобы на нарастающее похудание, одышку, мучительный кашель с прожилками крови, при бронхоскопии обнаружено концентрическое сужение левого главного бронха до 0,4 см, слизистая гиперемирована, бугристая, легко кровоточит, взята биопсия. Левая стенка трахеи в дистальном отделе ригидна, смещаемость бифуркации трахеи плохая. На рентгенограмме грудной клетки определяется аталектаз верхней доли левого легкого.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Какое лечение показано больному?
4. Перечислите формы периферического рака?
5. Перечислите этиологические факторы, обуславливающие развитие рака легкого?

Задача 86

Больной, 58 лет, предъявляет жалобы на появившуюся слабость в правой руке, боли в правом плечевом суставе. При осмотре выявлен правосторонний птоз, а также атрофия мышц дистальных отделов правой руки. При рентгенографии определяется затемнение в области верхушки правого легкого, узурация I и II ребер.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Ваш план лечения?
4. Какие морфологические виды рака легкого различают по данным ВОЗ?

5. Что отнесено к 1У стадии рака легкого?

Задача 87

У больной 47 лет при пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 7 см. от ануса, на задней стенке обнаружено плотное образование размером около 6 см. в диаметре с плотными краями и изъязвлением в центре. На пальце следы крови и кровянисто-гнойных выделений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какими специальными методами исследования Вы Подтвердите диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Ваш план лечения?
5. Методика пальцевого исследования прямой кишки?

Задача 88 У больной 50 лет левая молочная железа резко увеличена в объеме. Над опухолевым инфильтратом размерами 12 x 10 x 10 см, который определяется на границе верхних квадрантов, имеют место покраснение кожи и болезненность. Сосок деформирован и втянут. В подмышечной области пальпируется одиночный плотный округлой формы узел размером около 2,0 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Перечислите особые клинические формы рака молочных желез?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Принципы ранней диагностики заболеваний молочных желез?
5. Какое лечение показано больной?

Задача 89

У больной 40 лет правая молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме. Кожа её покрыта красными пятнами с неровными языкообразными краями и местным повышением температуры. Сосок втянут, деформирован. В правой подмышечной впадине определяется одиночный плотный округлой формы узел размером 1,5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите особые клинические формы рака молочных желез?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. План лечения?

Задача 90

У больной 38 лет три месяца назад появилось мокнутие соска и ореолы правой молочной железы. Затем отдельные участки ореолы и соска стали изъязвляться и покрываться корочками. При осмотре установлено, что эти участки напоминают экзему. В правой подмышечной впадине пальпируются два плотных округлой формы подвижных лимфатических узла размером 0,7 см в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Что такое симптом Краузе?
5. План лечения?

Задача 91

При обследовании больной 45 лет врач поликлиники выявил у неё в правой молочной железе плотное размером около 3,0 см в диаметре округлое образование, которое не было связано с подлежащими тканями кожей. Исследование пунктата этого образования не прояснило диагноза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите доброкачественные образования молочной железы?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Перечислите предрасполагающие факторы развития опухолей молочных желез?
5. Рекомендуемое лечение?

Задача 92

У больной 30 лет в толще молочной железы пальпаторно определяется округлое шаровидной формы упруго эластической консистенции образование размером до 5,0 см в диаметре. Симптом Кенига положительный. Симптом умбиликации и Прибрама отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Перечислите пороки развития молочных желез?
5. План лечения?

Задача 93

Больная 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией. Осматривается врачом СМП через 4 часа от начала заболевания. Жалобы на внезапно возникшую резкую боль в животе, постепенного характера, без четкой локализации. Больная громко стонет, мечется, принимает колено – локтевое положение. В момент осмотра наблюдается многократная рвота с каловым запахом. Полчаса назад был водянистый стул с небольшой примесью крови. Состояние тяжелое, лицо бледное, покрыто холодным потом. Пульс 112 уд в мин., аритмичный. АД 160/90 мм рт ст. Температура тела – 36,7. Язык сухой. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, мягкий, резко болезненный во всех отделах. Боль при пальпации не усиливается. Перкуторно участки тимпанита чередуются с участками притупления. Аускультативно – перистальтические шумы не выслушиваются. При ректальном исследовании – патологии нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Как оценить рвоту с каловым характером?
4. Вероятная причина болей в животе?
5. Ваша тактика?

Задача 94

Мужчина 65 лет госпитализирован в отделение неотложной хирургии с жалобами на слабость, тошноту, однократную рвоту, задержку стула и газов в течение 2-х дней. За последнее время отмечает повышенную утомляемость, чередование поносов и запоров, снижение массы тела на 10 кг в течение 6 месяцев. При осмотре - живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левом мезогастрii, где нечетко пальпируется опухолевидное образование диаметром 8 см. Консервативная терапия в течение 2-х часов – без эффекта, пациент взят в операционную. При ревизии - в нисходящей ободочной кишке определяется опухоль 8 см, не прорастающая серозу, циркулярно суживающая просвет кишки. проксимальнее опухоли кишечник раздут до 7 см, дистальнее петли спавшиеся.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия по TNM?
3. Какое оперативное лечение будет оптимальным в данной случае?

4. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?
5. Какой специалист будет в последующем наблюдать пациента по месту жительства?

Задача 95

У пациента при подготовке к плановому оперативному лечению по поводу рака восходящей ободочной кишки отмечено повышение температуры тела до 38-39 С, ознобы, ухудшение самочувствия. На фоне антибактериальной терапии состояние улучшилось, гипертермия не повторялась. На операции выявлена опухоль восходящей ободочной кишки с перифокальным абсцессом.

Вопросы:

1. Какой объем оперативного вмешательства показан пациенту в данном случае?
2. Какие сосуды необходимо лигировать?
3. Перечислите наиболее частые осложнения рака толстой кишки?
4. Назовите важные принципы хирургического лечения рака толстой кишки?
5. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации опухоли?

Задача 96

Женщина 70 лет госпитализирована в стационар в тяжелом состоянии, с жалобами на слабость, тошноту, многократную рвоту кишечным содержимым. Пациентка отмечает похудание на 10 кг за 6 мес. При осмотре: живот равномерно вздут, мягкий, болезненный при пальпации во всех отделах. В правом мезогастри определяется опухолевидное образование размерами до 10 см., не смещаемое, без четких границ. симптом Склярова положительный. В анализах: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз до $14,0 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, билирубин 18 ммоль/л, амилаза 70 ед/л. При рентгенографии органов брюшной полости – множественные тонкокишечные арки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика?
3. При выявлении на операции опухолевого процесса в слепой или восходящей ободочной кишке – какой объем оперативного вмешательства необходим?
4. Назовите важные принципы хирургического лечения рака толстой кишки?
5. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?

Задача 97

Мужчина 80 лет госпитализирован в отделение неотложной хирургии с жалобами на слабость, тошноту, однократную рвоту, задержку стула и газов в течение 3-х дней, повышение температуры до 38-39 С. За последнее время отмечает повышенную утомляемость, чередование поносов и запоров, снижение массы тела на 10 кг в течение 6 месяцев. При осмотре - живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области, где нечетко пальпируется опухолевидное образование диаметром 8 см, симптом Склярова положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В анализах: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз до $14,0 \cdot 10^9/\text{л}$ со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, билирубин 18 ммоль/л, амилаза 70 ед/л. При рентгенографии органов брюшной полости – множественные чаши Клойбера.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика?
3. При выявлении на операции опухолевого процесса в дистальном отделе сигмовидной кишки, с перифокальным воспалением - какой объем оперативного вмешательства необходим?
4. Назовите важные принципы хирургического лечения рака толстой кишки?
5. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?

Задача 98

Больной 49 лет два года назад перенес острую очаговую пневмонию верхней доли левого легкого. После выписки из стационара больного беспокоил постоянный кашель, который часто обострялся, особенно после переохлаждения. В периоды обострения резко ухудшалось самочувствие, температура тела повышалась до 38 — 39°, выделялась гнойная мокрота с неприятным запахом, появилась одышка. За указанный срок у больного дважды наблюдалось легочное кровотечение. При аускультации в области верхней доли левого легкого на фоне жесткого дыхания прослушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы. Рентгенологически в области язычковых сегментов определяется затемнение с линейными тяжистыми тенями. При бронхографии бронхи этих сегментов значительно деформированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваш план диагностических мероприятий?
3. Ваш план лечебных консервативных мероприятий?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Возможные пути хирургического лечения?

Задача 99

У больной 45 лет температура тела внезапно поднялась до 39°, резко ухудшилось общее самочувствие, появились потрясающие ознобы, обильная потливость, одышка, резкие колющие боли в груди справа при глубоком, отрывистый сухой кашель. При осмотре положение больной в постели вынужденное, полу-сидячее, на правом боку. Частота дыхания — 28 экскурсий в 1 минуту, поверхностное. Пульс - 120 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. При осмотре отмечено отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа, определяется также асимметрия грудной клетки за счет некоторого увеличения объема нижнебокового отдела правой стороны. Нижние межреберья (8-9-10) справа расширены и сглажены. Голосовое дрожание в этой области не проводится, при перкуссии — резкое притупление звука с верхней границей по линии Элис-Дамуазо. Дыхательные шумы в этом месте резко ослаблены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
3. Ваш план лечения и его обоснование?
4. Показания к консервативному лечению?
5. Ваш прогноз заболевания?

Задача 100

У больного 40 лет после кратковременного недомогания внезапно появились боли в груди справа, озноб, обильный пот. Одновременно появился кашель со скудным отделением мокроты слизистого характера с примесью крови. В стационаре, куда был госпитализирован больной, рентгенологически выявили воспалительный инфильтрат в нижней доле правого легкого. В области 7-го межреберья по лопаточной линии определяется положительный симптом Крюкова. На седьмые сутки от начала заболевания при кашле стала обильно отделяться гнойная, зловонная мокрота с примесью крови. Повторное рентгенологическое обследование выявило в области нижней доли правого легкого большую полость.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить больному?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Что означает симптом Крюкова?
5. Ваш план лечения?

Задача 101

У больного 56 лет, госпитализированного в стационар по поводу острого абсцесса средней доли правого легкого, несмотря на проводимое лечение, течение болезни приняло затяжной характер. Полость размером до 6 см в диаметре, через 3 месяца после ее появления, не уменьшилась в размерах. Общее состояние больного стало ухудшаться. Появился землистый цвет кожи, одутловатость лица, отеки нижних конечностей. Температура тела остается высокой и носит гектический характер.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваш план диагностических мероприятий?
3. Показано ли хирургическое лечение и от чего зависит его выбор?
4. Ваш план лечения?
5. Какие мероприятия профилактики заболевания?

Задача 102

У больного 57 лет температура тела внезапно повысилась до 39°, появились потрясающие ознобы, одышка, акро- цианоз, резкие колющие боли в левой половине грудной клетки, сухой отрывистый кашель. На третьи сутки кашель резко усилился, через некоторое время в левом боку внезапно возникла острая боль, усилилась одышка. В стационар больной был доставлен скорой помощью в крайне тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, покрыты липким холодным потом. Пульс — 120 ударов в 1 минуту, нитевидный. Артериальное давление — 70/50 мм рт. ст. Дыхание поверхностное; ЧДД 40 дыханий в 1 минуту. Рентгенологически определяется коллапс левого легкого, а в левой плевральной полости — жидкость и газ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Клинические проявления какого заболевания предшествовали настоящему состоянию больного?
3. Какие срочные лечебные мероприятия надо провести, чтобы вывести больного из тяжелейшего состояния?
4. Показания и методика проведения плевральной пункции?
5. Опишите лечение бронхиальных свищей?

Задача 103

Больной Н., 19 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в правой половине грудной клетки, возникшие остро после сильного приступа кашля, затруднение дыхания. При осмотре отмечается одышка до 28 в минуту, межреберные промежутки справа расширены, пальпаторно определяется подкожная эмфизема, перкуторно справа коробочный звук, аускультативно дыхание справа резко ослаблено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какой метод исследования может уточнить его?
3. Наиболее частая причина данного заболевания?
4. Какова тактика лечения?
5. Перечислите возможные осложнения данного заболевания?

Задача 104

Больной К., 22 лет, Доставлен бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии, через 40 минут от момента получения ранения острым предметом в левую половину грудной клетки. АД 90/60, пульс 110 в минуту, кожа бледная, частота дыхания 22 в минуту, тоны сердца приглушены. На рентгенограмме грудной клетки данных за гидро- и пневмоторакс не выявлено, тень сердца несколько расширена, сердечная талия сглажена. Нв-105г/л. Местный статус: в 5-ом межреберьи по средней ключичной линии слева имеется колотая рана 0,6х 0,2 см без активного кровотечения.

Вопросы:

1. Какова основная опасность ранения данной локализации?

2. Ваш диагноз и его обоснование?
3. Какие еще диагностические мероприятия необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Ваша лечебная тактика?
5. Следует ли начать лечебно-диагностические мероприятия с первичной хирургической обработки раны и ревизии раневого канала и почему?

Задача 105

Больной 40 лет, поступил с жалобами на боли в области раны правой половины грудной клетки через 1 час от момента получения ранения. Состояние средней тяжести, АД-100/70 мм рт. ст., пульс 100 в минуту. При обследовании грудной клетки перкуторно и аускультативно патологии не выявлено. Живот не вздут, напряженный и болезненный в правом подреберье. При рентгенографии грудной клетки определяется гемоторакс в пределах плеврального синуса. Нв-102г/л. Местный статус: в 8-ом межреберье по передней подмышечной линии справа имеется колото-резанная рана, 1,2х0,5 см, с незначительным кровотечением из краев раны.

Вопросы:

1. Определите вид гемоторакса
2. Какие действия в отношении гемоторакса необходимо предпринять в данном случае?
3. Какие еще инструментальные исследования необходимо выполнить при данной локализации ранения?
4. Повреждение каких органов можно предположить, учитывая данные обследования и локализацию ранения?
5. О каком виде ранения может идти речь?

Задача 106

Больной 38 лет, поступил с колото-резанным ранением левой половины грудной клетки через 2 часа от момента ранения. АД-100/60 мм рт.ст., пульс 105 в минуту. Перкуторно укорочение звука в нижних отделах грудной клетки слева, здесь же аускультативно ослабление дыхания. При рентгеноскопии гемоторакс до 5-го ребра. Местный статус: в 4-ом межреберье по средней подмышечной линии, колото-резанная рана размерами 1,0х0,5 см без активного кровотечения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. С чего следует начать лечебно-диагностические мероприятия?
3. Ваши действия в случае получения при плевральной пункции более 600 мл крови?
4. Ваши действия в случае получения при плевральной пункции менее 600 мл крови и положительной пробе Рувиллуа-Грегуара?
5. Методика дренирования плевральной полости?

Задача 107

Больной А., 46 лет, поступил с колото-резанным ранением правой половины грудной клетки через 4 часа от момента ранения. АД-110/70 мм рт.ст., пульс 96 в минуту. Перкуторно укорочение звука в нижних отделах грудной клетки справа, выше коробочный звук, здесь же аускультативно ослабление дыхания. При рентгеноскопии гемо-пневмоторакс справа, легкое коллабировано на ½ объема без смещения средостения. Местный статус: в 5-ом межреберье по средней подмышечной линии справа колото-резанная рана размерами 1,0х0,4 см без активного кровотечения. Больному произведена пункция правой плевральной полости, при этом эвакуировано до 450 мл крови.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какую пробу необходимо произвести для исключения продолжающегося кровотечения?
3. Какие действия следует произвести при отсутствии продолжающегося кровотечения?
4. Какие действия следует произвести при наличии продолжающегося кровотечения?

5. Какие показания к срочной торакотомии могут быть выявлены у данного больного в случае выбора активно-выжидательной тактики?

Задача 108

У больной 57 лет при проведении лапароскопической операции по поводу острого флегмонозного холецистита выявлен плотный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепато-дуоденальной связки, в котором элементы связки не дифференцируются.

Вопросы:

1. Ваши действия?
2. Каким способом лучше произвести холецистэктомию?
3. Опишите выбранный способ операции?
4. В чем заключается холецистэктомию по Прибраму?

Задача 109

Во время операции по поводу острого флегмонозного холецистита, хирург отметил, что ширина холедоха -15 мм, в нем пальпаторно определяются 2 конкремента. При интраоперационной холангиографии отмечен хороший сброс контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. После удаления желчного пузыря из культи пузырного протока выделилась мутная желчь с хлопьями фибрина.

Вопросы:

1. Как следует расценить имеющиеся изменения в холедохе?
2. Что в связи с этим должен предпринять хирург?
3. Какие факторы определяют выбор метода завершения операции?
4. Операция выбора в данной ситуации?
5. Ведение послеоперационного периода?

Задача 110

На приеме Вы обратили внимание на больного 56 лет, предъявляющего жалобы на тупые ноющие боли в правом плечевом суставе, усиливающиеся при нагрузке, движениях конечности. При осмотре выявлена атрофия мышц правой руки, правосторонний энофтальм и птоз.

Вопросы:

1. Ваше мнение о характере заболевания?
2. Какое исследование необходимо произвести для подтверждения диагноза?
3. Что Вы предполагаете увидеть в результатах этого исследования?
4. Чем обусловлен птоз и энофтальм?
5. Ваша лечебная тактика?

4. Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности, характеризующих этапы формирования компетенций

Для оценки формирования компетенций используется рейтинговая система оценки успеваемости и качества знаний студентов.

Успешность освоения студентом дисциплины в семестре оценивается по 100 балльной шкале итоговым баллом по дисциплине. При наличии экзамена максимальный семестровый рейтинговый балл равен 60, минимальный экзаменационный рейтинговый балл равен 40.

Учебный рейтинг формируется из следующих составляющих:

- посещение учебных занятий (максимум 20 баллов)
- результаты освоения каждой темы учебной дисциплины, текущий контроль выполнения самостоятельной работы по данным опроса, рефератов и докладов по результатам изучения учебных пособий и пр., выполнения практических заданий, тестирования, (40 баллов);
- выполнения лабораторных заданий (10 баллов);

- промежуточная аттестация (зачет) (20 баллов);
- промежуточная аттестация (экзамен) (30 баллов).

Посещение учебных занятий оценивается накопительно, следующим образом: максимальное количество баллов, отводимых на учет посещаемости, делится на количество занятий по дисциплине. Полученное значение определяет количество баллов, набираемых студентом за посещение одного занятия.

Оценка за посещение учебных занятий (ПУЗ) определяется по следующей формуле:

$$\text{ПУЗ} = 20 \frac{n}{N},$$

где n – количество учебных занятий, в реализации которых участвовал студент,

N – количество учебных занятий по плану.

Текущий контроль успеваемости обучающихся предполагает систематическую проверку теоретических знаний обучающихся, выполнения ими проектных заданий в соответствии с учебной программой. Текущий контроль (ТК) по освоению учебных модулей дисциплины в течение семестра предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\text{ТК} = 40 \frac{B + y3}{B + Y3},$$

где B , $Y3$ – количество контрольных вопросов и заданий по учебному плану,

y , $y3$ – количество вопросов и заданий, на которые ответил и выполнил студент.

Творческий рейтинг выставляется за выполнение домашних (самостоятельных) заданий различного уровня сложности (подготовка проектных заданий, презентаций, рефератов и других видов работ). Творческий рейтинг (ТР) предполагается рассчитывать по следующей формуле:

$$\text{ТР} = 30 \frac{пз + реф}{ПЗ + РЕФ},$$

Где $ПЗ$, $РЕФ$ – количество проектных заданий и рефератов по учебному плану,

$пз$, $реф$ – количество проектных заданий и рефератов, которые студент выполнил.

Итоговая аттестация проводится в соответствии с расписанием в экзаменационную сессию.

Результаты аттестации (РА) студента за семестр, рассчитываются по следующей формуле:

$$\text{РА} = \text{ПУЗ} + \text{ТК} + \text{ТР}$$

Методические рекомендации к практическим занятиям

Практические занятия – метод репродуктивного обучения, обеспечивающий связь теории и практики, содействующей выработке у студентов умений навыков применения знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельной деятельности.

Практические занятия проходят по двум направлениям: теоретическому и практическому. Теоретическое направление связано с обсуждением устных сообщений, подготовленных студентами по определенным темам. Практическое направление связано с выполнением лабораторных работ.

Подготовка выступлений проводится по единому плану, данному в теме. Сообщения на занятии могут делать все участники подготовки или отдельные студенты.

Деятельность студентов оценивается по следующим показателям:

1. Качество доклада, его полнота. Содержательность, соответствие приведенному плану, самостоятельность и критичность студенческих оценок, убедительность и грамотность речи докладчика.
2. Качество презентации, ее наглядность, полнота, но в то же время лаконичность.
3. Обоснованность и убедительность ответов на вопросы слушателей.
4. Участие в дискуссии, глубина и содержательность вопросов подгруппам студентов, выполнявших задания по другим электронным пособиям.

На лабораторных учебных занятиях студенты наблюдают и исследуют гигиенические условия занятий физической культурой и спортом, изучают устройство и принцип действия измерительной аппаратуры.

Методические рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка и написание работы по дисциплине имеет целью углубить, систематизировать и закрепить полученные студентами теоретические знания в области изучаемого предмета, систематизировать навыки применения теоретических знаний. Написание реферата позволяет закрепить приобретаемые студентами умения поиска необходимой информации, быстрого ориентирования в современной классификации источников. Оно инициирует стремление к повышению скорости чтения, выработке адекватного понимания прочитанного, выделение главного и его фиксации – составлению конспекта.

Структурными элементами реферата являются: 1) титульный лист; 2) оглавление; 3) введение; 4) основная часть; 5) заключение; 6) список использованных источников; 7) приложения.

Содержание оглавления включает введение, наименование всех глав, разделов, подразделов, пунктов (если они имеют наименование) и заключение с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти элементы реферата.

Введение должно содержать оценку современного состояния решаемой проблемы. Во введении должны быть показаны актуальность темы, цели и задачи, которые будут рассматриваться в реферате, а также методы, которыми воспользовался студент для изучения избранной им проблемы. Во введении должны быть указаны структура работы и литературные источники, используемые автором в работе.

Основную часть реферата следует делить на главы или разделы. Разделы основной части могут делиться на пункты и подразделы. Пункты, при необходимости, могут делиться на подпункты. Каждый пункт должен содержать законченную информацию.

Заключение должно содержать:

- выводы по результатам выполненной работы;
- список использованных источников.

Сведения об источниках приводятся в соответствии с требованиями ГОСТ 7.1. – 2013

Качество реферата оценивается: по его структуре, полноте, новизне, количеству используемых источников, самостоятельности при его написании, степени оригинальности и инновационности предложенных решений, обобщений и выводов, а также уровень доклада (акцентированность, последовательность, убедительность, использование специальной терминологии) учитываются в системе балльно-рейтингового контроля.

Методические рекомендации по организации самостоятельной работы студентов

Самостоятельная работа - планируемая учебная, учебно-исследовательская, научно-исследовательская работа студента, выполняемая во внеаудиторное (аудиторное) время по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия (при частичном непосредственном участии преподавателя, оставляющем ведущую роль за работой студента).

Государственным стандартом предусматривается 50% часов из общей трудоемкости дисциплины на самостоятельную работу студентов (далее СРС).

Формы самостоятельной работы студента разнообразны. Они включают в себя:

- изучение и систематизацию официальных государственных документов - законов, постановлений, указов, нормативно-инструкционных и справочных материалов с использованием информационно-поисковых систем глобальной сети "Интернет";
- изучение учебной, научной и методической литературы, материалов периодических изданий с привлечением электронных средств официальной, статистической, периодической и научной информации;
- подготовку докладов и рефератов, написание курсовых и выпускных квалификационных работ;
- участие в работе студенческих конференций, комплексных научных исследованиях.

Самостоятельная работа приобщает студента к научному творчеству, поиску и решению актуальных современных проблем.

Цели и основные задачи СРС

Целью самостоятельной работы студента является овладение фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю, опытом творческой, исследовательской деятельности. Самостоятельная работа студента способствует развитию его самостоятельности, ответственности и организованности, творческого подхода к решению проблем учебного и профессионального уровня.

Задачами СРС являются:

- систематизация и закрепление полученных теоретических знаний и практических умений студента;
- углубление и расширение теоретических знаний;
- формирование умений использовать нормативную, правовую, справочную документацию и специальную литературу;
- развитие познавательных способностей и активности студента: творческой инициативы, самостоятельности, ответственности и организованности;
- формирование самостоятельности мышления, способностей к саморазвитию, самосовершенствованию и самореализации;
- развитие исследовательских умений;
- использование материала, собранного и полученного в ходе самостоятельных занятий на семинарах, на практических и лабораторных занятиях, при написании выпускной квалификационной работы, для эффективной подготовки к итоговым зачетам и экзаменам.

Виды самостоятельной работы

В образовательном процессе выделяется два вида самостоятельной работы – аудиторная, под руководством преподавателя, и внеаудиторная.

Аудиторная самостоятельная работа по дисциплине выполняется на учебных занятиях под непосредственным руководством преподавателя и по его заданию.

Внеаудиторная самостоятельная работа выполняется студентом по заданию преподавателя, но без его непосредственного участия.

Основными видами самостоятельной работы студентов без участия преподавателей являются:

- формирование и усвоение содержания конспекта лекций на базе рекомендованной лектором учебной литературы, включая информационные образовательные ресурсы (электронные учебники, электронные библиотеки и др.);
- написание рефератов;
- подготовка к семинарам и лабораторным работам, их оформление;

- составление аннотированного списка статей из соответствующих журналов по отраслям знаний (педагогических, психологических, методических и др.);
- подготовка рецензий на статью, пособие;
- выполнение микроисследований;
- подготовка практических разработок;
- выполнение домашних заданий в виде индивидуальных работ по отдельным разделам содержания дисциплины и т.д.;
- текущий самоконтроль и контроль успеваемости на базе электронных обучающих и аттестующих тестов.

Основными видами самостоятельной работы студента с участием преподавателей являются:

- текущие консультации;
- прием и разбор индивидуальных заданий (в часы практических занятий);
- прием и защита лабораторных работ (во время проведения л/р);
- выполнение учебно-исследовательской работы (руководство, консультирование и защита УИРС).

Организация СРС

Процесс организации самостоятельной работы студентов включает в себя следующие этапы:

- подготовительный (определение целей, составление программы, подготовка методического обеспечения, подготовка оборудования);
- основной (реализация программы, использование приемов поиска информации, усвоения, переработки, применения, передачи знаний, фиксирование результатов, самоорганизация процесса работы);
- заключительный (оценка значимости и анализ результатов, их систематизация, оценка эффективности программы и приемов работы, выводы о направлениях оптимизации труда).

Организацию самостоятельной работы студента обеспечивают: факультет, кафедра, преподаватель, библиотека.

В процессе самостоятельной работы студент приобретает навыки самоорганизации, самоконтроля, самоуправления, саморефлексии и становится активным самостоятельным субъектом учебной деятельности.

Выполняя самостоятельную работу под контролем преподавателя студент должен:

- освоить минимум содержания, выносимый на самостоятельную работу студентов и предложенный преподавателем в соответствии с Федеральными Государственными образовательными стандартами высшего профессионального образования (ФГОС ВПО) по данной дисциплине.
- планировать самостоятельную работу в соответствии с графиком самостоятельной работы, предложенным преподавателем.
- самостоятельную работу студент должен осуществлять в организационных формах, предусмотренных учебным планом и рабочей программой преподавателя.
- выполнять самостоятельную работу и отчитываться по ее результатам в соответствии с графиком представления результатов, видами и сроками отчетности по самостоятельной работе студентов.

Студент может сверх предложенного преподавателем (при обосновании и согласовании с ним) и минимума обязательного содержания, определяемого ФГОС ВПО по данной дисциплине:

- самостоятельно определять уровень (глубину) проработки содержания материала;
- предлагать дополнительные темы и вопросы для самостоятельной проработки;

- в рамках общего графика выполнения самостоятельной работы предлагать обоснованный индивидуальный график выполнения и отчетности по результатам самостоятельной работы;
- предлагать свои варианты организационных форм самостоятельной работы;
- использовать для самостоятельной работы методические пособия, учебные пособия, разработки сверх предложенного преподавателем перечня;
- использовать не только контроль, но и самоконтроль результатов самостоятельной работы в соответствии с методами самоконтроля, предложенными преподавателем или выбранными самостоятельно.

Самостоятельная работа студента планируется студентом самостоятельно. Каждый студент самостоятельно определяет режим своей работы и меру труда, затрачиваемого на овладение учебным содержанием по каждой дисциплине. Он выполняет внеаудиторную работу по личному индивидуальному плану, в зависимости от его подготовки, времени и других условий.

Основной формой самостоятельной работы студента является изучение содержания конспектов лекций, их дополнение материалами рекомендованной литературы, активное участие на практических и семинарских занятиях.

Адекватная самооценка знаний, своих достоинств, недостатков - важная составляющая самоорганизации человека, без нее невозможна успешная работа по управлению своим поведением, деятельностью. Одна из основных особенностей обучения заключается в том, что постоянный внешний контроль заменяется самоконтролем, активная роль в обучении принадлежит уже не столько преподавателю, сколько студенту.

Шкала оценивания реферата

Критерии оценивания	Баллы
Содержание соответствуют поставленным цели и задачам, изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения	30
Содержание недостаточно полно соответствует поставленным цели и задачам исследования, работа выполнена на недостаточно широкой источниковой базе и не учитывает новейшие достижения науки, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечать на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения	15
Содержание не отражает особенности проблематики избранной темы; содержание работы не полностью соответствует поставленным задачам, источниковая база является фрагментарной и не позволяет качественно решить все поставленные в работе задачи, работа не учитывает новейшие достижения историографии темы, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы	5
Работа не имеет логичной структуры, содержание работы в основном не соответствует теме, источниковая база исследования является недостаточной для решения поставленных задач, студент показал неуверенное владение материалом, неумение формулировать собственную позицию.	0

Шкала оценивания устного опроса

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практических занятиях, содержание и изложение материала отличается логичностью и смысловой завершенностью, студент показал владение материалом, умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы, отстаивать собственную точку зрения.	30
участие в работе на практических занятиях, изложение материала носит преимущественно описательный характер, студент показал достаточно уверенное владение материалом, однако недостаточное умение четко, аргументировано и корректно отвечает на поставленные вопросы и отстаивать собственную точку зрения.	15
низкая активность на практических занятиях, студент показал неуверенное владение материалом, неумение отстаивать собственную позицию и отвечать на вопросы.	5
отсутствие активности на практических занятиях, студент показал незнание материала по содержанию дисциплины.	0

Шкала оценивания решения ситуационных задач

Критерии оценивания	Баллы
Верно решено 5 задач	10
Верно решено 4 задачи	5
Верно решено 3 задачи	2
Верно решено 0,1,2 задачи	0

Шкала оценивания практической подготовки

Критерии оценивания	Баллы
высокая активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не менее 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(не менее 3) или сформирован клинический навык	5
средняя активность на практической подготовке, выполнен(ы) осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве от 1 до 3 и/или отработан алгоритм оказания медицинской помощи(от 1 до 3)	2
низкая активность на практической подготовке, осмотр/курация /клиническое или инструментальное/лабораторное исследование в количестве не выполнялись, алгоритм оказания медицинской помощи не отработан	0

Шкала оценивания ответов на экзамене

Критерии оценивания	Баллы
Полно раскрыто содержание материала в объеме программы; четко и правильно даны определения и раскрыто содержание понятий; установлены причинно-следственные связи; верно использованы научные термины; для доказательства использованы различные умения, выводы из	81-100 баллов

наблюдений и опытов; ответ самостоятельный, использованы ранее приобретенные знания.	
Раскрыто основное содержание материала; в основном правильно даны определения понятий и использованы научные термины; определения понятий неполные, допущены незначительные нарушения последовательности изложения, небольшие неточности при использовании научных терминов или в выводах и обобщениях из наблюдений и опытов, исправленные с помощью преподавателя.	61-80 баллов
Усвоено основное содержание учебного материала, но изложено фрагментарно, не всегда последовательно; определения понятий недостаточно четкие; не использованы в качестве доказательства выводы и обобщения из наблюдений и опытов или допущены ошибки при их изложении; допущены ошибки и неточности в использовании научной терминологии, определении понятий, исправленные с помощью преподавателя.	41-60 балл
Основное содержание вопроса не раскрыто; допущены грубые ошибки в определении понятий, при использовании терминологии; дополнительные и уточняющие вопросы преподавателя не приводят к коррекции ответа.	0-40 балл

Итоговая шкала по дисциплине

Итоговая оценка по дисциплине выставляется по приведенной ниже шкале. При выставлении итоговой оценки преподавателем учитывается работа обучающегося в течение всего срока освоения дисциплины, а также оценка по промежуточной аттестации.

Баллы, полученные по текущему контролю и промежуточной аттестации	Оценка в традиционной системе	
81-100	«5» (отлично)	«Зачтено»
61-80	«4» (хорошо)	«Зачтено»
41-60	«3» (удовлетворительно)	«Зачтено»
0-40	«2» (неудовлетворительно)	«Незачтено»