

ХИРУРГИЯ.

ПУЛЬМОНОЛОГИЯ

011

Больной 43 лет, направлен в терапевтическое отделение для обследования. Месяц назад после охлаждения появилась лихорадка, боли в правой половине грудной клетки. К врачу не обращался, длительно сохранялась субфебрильная температура. После флюорографического исследования заподозрена пневмония, по поводу чего получал лечение антибиотиками широкого спектра, а через неделю – госпитализирован. Состояние больного удовлетворительное, жалоб нет. Пальпируются множественные мелкие поверхностные лимфоузлы разных групп. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, с той же стороны ниже V ребра легочный звук укорочен, дыхание не прослушивается, хрипов нет. Анализ крови: лейкоциты $11.0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 45 мм/ч. Рентгенологически – справа ниже VI ребра интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей. Других изменений не выявлено.

1) Ваш клинический диагноз? Правосторонний экссудативный плеврит, так как в анамнезе была пневмония (плеврит ее осложнение) физикальные данные (правая половина грудной клетки отстает при дыхании, с той же стороны ниже V ребра легочный звук укорочен, дыхание не прослушивается, хрипов нет) и рентгенологические (справа ниже VI ребра интенсивное гомогенное затемнение с косой верхней границей) свидетельствуют о наличии выпота.

2) Предположительная этиология заболевания? Туберкулез, и инфекционный возбудитель, вызвавший пневмонию. Воздействие на плевру микрофлоры и изменение реактивности больного приводит к развитию плеврита. Механизмы проникновения инфекции гематогенный, лимфогенный, непосредственно из легочной ткани. Динамика ретроградного лимфообращения в легких, плевре: от висцеральной плевры в плевральную полость и париетальную плевру (метапневмонический плеврит).

3) Какие дополнительные исследования необходимо провести больному? Плевральную пункцию с бактериологическим и цитологическим исследованием экссудата. Необходимо дифференцировать экссудат от транссудата: Экссудат-относительная плотность выше 1015, содержание белка выше 30 г/л, проба Ривальди положительная, рН менее 7,3. Транссудат - относительная плотность ниже 1015, содержание белка ниже 30 г/л, проба Ривальди отрицательная, рН более 7,3. Транссудат накапливается при застойной сердечной недостаточности, сочетается с асцитом, отеками ног.

013

Больной 20 лет перенес тяжелую левостороннюю нижнедолевую пневмонию. После выписки возобновился кашель, по вечерам стала повышаться температура, постепенно нарастала слабость, появились боли в груди, одышка. В последующем стала выделяться (до 70 мл) слизисто-гнойная мокрота с примесью крови. Через 6 месяцев появилась одутловатость лица, отечность, пальцы кистей в виде барабанных палочек. На рентгенограммах определяется сетчатый и ячеистый характер легочного рисунка, сегментарные ателектазы в области нижней доли левого легкого.

1) Ваш диагноз? Бронхоэктатическая болезнь, т.к. исходным пунктом возникновения заболевания является пневмония, появилась соответствующая клиника (возобновился кашель, по вечерам стала повышаться температура, постепенно нарастала слабость, появились боли в груди, одышка. В последующем стала выделяться (до 70 мл) слизисто-гнойная мокрота с примесью крови), через 6 месяцев появилась одутловатость лица,

отечность, пальцы кистей в виде "барабанных палочек". Рентгенограмма характерна для бронхоэктатической болезни.

2) Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза? бронхография с обязательным и полным контрастированием бронхов обоих легких. Для хорошей заполняемости бронхов рентгеноконтрастным веществом, а также для устранения неблагоприятных последствий этого исследования необходимо проведение предварительной и последующей тщательной санации трахеобронхиального дерева с максимальным освобождением его от содержимого. Бронхографически пораженном отделе легкого отмечаются тот или иной вид расширения бронхов 4-6-го порядков, их сближение и неполная заполняемость периферических отделов.

3) План лечения? Показана лобэктомия. Основными показаниями для оперативного лечения больных бронхоэктазиями служат односторонние поражения с абсцедированием, кровохарканьем или кровотечением, не поддающиеся консервативному лечению, односторонние процессы со значительным количеством мокроты и выраженной интоксикацией, а также односторонние прогрессирующие процессы с частыми обострениями.

052

При поступлении в стационар больной 60 лет жаловался на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 38°C, одышку, сухой кашель, кровохарканье, общую слабость. Заболел около 2,5 месяцев назад. При обращении в поликлинику был поставлен диагноз хронического обструктивного бронхита в стадии обострения, назначено лечение: антибиотики, сульфаниламиды, бронхолитики, антигистаминные препараты. Однако состояние больного не улучшилось. При бронхоскопии, выполненной в стационаре, выявлена ригидность стенки левого главного бронха, слизистая его легко кровоточит, в просвете определяется бугристое опухолевидное образование до 1.5 см в диаметре.

1) Какое заболевание может быть установлено? Центральный рак левого главного бронха, эндофитный рост. Стадию установить нельзя, так как нет данных о состоянии лимфоузлов и метастазов. Центральный рак левого главного бронха, т.к. об этом свидетельствуют данные бронхоскопии (ригидность стенки левого главного бронха, слизистая его легко кровоточит, в просвете определяется бугристое опухолевидное образование до 1.5 см в диаметре). Клиническая картина (боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до 38°C, одышку, сухой кашель, кровохарканье, общую слабость), отсутствие эффекта от терапии также свидетельствуют об опухолевом процессе.

2) Что следует выполнить для верификации процесса? Биопсию образования и цитологическое исследование биоптата.

3) Ваша лечебная тактика? Показана левосторонняя пульмонэктомия. Показаниями к операции являются хорошо отграниченные опухоли I—III стадии, отсутствие отдаленных метастазов в другие органы. При определении показаний к операции следует учитывать общее состояние больных, удовлетворительную функцию легких и сердечно-сосудистой системы, возраст пациента, его возможность перенести тяжелое вмешательство. Хирургическое лечение дает хорошие результаты при I—II стадиях, когда патологический процесс не вышел за пределы доли легкого и регионарные лимфатические узлы могут быть удалены.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

026

Больной 54 лет вызвал СМП в связи с жалобами на интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в межлопаточную область, головную боль, тошноту. В течение 6 лет страдает гипертонической болезнью, систематически гипотензивных препаратов не принимает. Рабочее АД 140/80 мм рт. ст. Ухудшение в течение 6 часов: нарастала головная боль, тошнота. Около 40 минут назад появился приступ "раздирающих" болей за грудиной, позже - с иррадиацией в межлопаточную область. На прием нитроглицерина - усиление головных болей. При осмотре врачом СМП состояние средней тяжести. Сознание ясное. Гиперемия кожи лица. Периферических отеков нет. В легких дыхание везикулярное, единичные сухие рассеянные хрипы. Систолический шум над аортой. АД - 230/120 мм рт. ст. Пульс - 88 в минуту. Пульсация на левой лучевой артерии ослаблена. Печень у края реберной дуги. ЭКГ - ритм синусовый, гипертрофия и перегрузка левого желудочка.

1) В пользу какого осложнения гипертонического криза свидетельствует систолический шум над аортой и асимметрия пульсации лучевых артерий? Систолический шум над аортой и асимметрии пульсации лучевых артерий свидетельствует в пользу расслаивающей аневризмы дуги аорты. Другими причинами могут быть синдром Марфана, идиопатический медионекроз Эрдгейма.

2) До какого уровня следует снижать АД? До рабочего давления для данного пациента - 140/90 мм.рт.ст

3) Куда в оптимальном варианте должен быть госпитализирован больной? оптимальном варианте больной должен быть госпитализирован в реанимационное отделение стационара, имеющего отделение сосудистой хирургии

049

В клинику доставлена женщина 27 лет спустя 2 часа после внезапного возникновения сильных болей в левой ноге. С детства страдает митральным пороком сердца. В последние годы отмечается одышка. Несколько раз кровохарканье, дважды были приступы мерцательной аритмии. При поступлении больная стонет, беспокойна. Левая стопа и голень мраморной окраски. Вены на стопе пустые ("симптом канавки"). Движения в пальцах и голеностопном суставе ограничены. Наступать на ногу не может. Пальпаторно: стопа и голень холодные. Пульс на дорзальной, заднеберцовой и подколенной артериях не определяется, на бедренной усилен. Тактильная и болевая чувствительность снижены, глубокая - сомнительна. Левая икроножная мышца мягкая, нормальной плотности, слегка болезненная при сдавлении. Пульс 98 в минуту, ритмичный, частые экстрасистолы. На верхушке сердца хлопающий I тон, слабый систолический и грубый диастолический шумы с пресистолическим усилением, акцент и раздвоение II тона на легочной артерии. В легких рассеянные влажные хрипы в задненижних отделах.

1) Чем обусловлено внезапное ухудшение состояния больной? острым нарушением кровообращения левой ноги на уровне бедренной артерии. Эмболия

2) Укажите наиболее вероятную причину развития осложнения. Причиной развившихся осложнений явилась эмболия из ушка левого предсердия у больной с митральным стенозом.

3) Какие специальные дополнительные методы исследования показаны? Наиболее информативными методами диагностики острой артериальной непроходимости являются ультразвуковое исследование и ангиография, которые позволяют определить уровень и протяженность окклюзии, дают дополнительные представления о характере патологического процесса (эмболия, тромбоз), состоянии коллатералей. К ангиографическим признакам эмболии относят отсутствие контрастирования пораженного участка магистральной артерии,

имеющей ровные гладкие контуры и слабо выраженную сеть коллатералей. При неполной обтурации артерии эмбол прослеживается в виде овального или округлого образования, обтекаемого контрастным веществом. В случае острого

4) Какие исходы могут быть? Исходом данной патологии может быть гангрена. При развитии гангрены показана ампутация. При поздней диагностике острой артериальной непроходимости и несвоевременном оказании квалифицированной медицинской помощи прогноз неблагоприятный.

5) Какой метод лечения показан? Хирургическое лечение острых артериальных эмболии заключается в удалении эмбола (эмболэктомия) и тромботических масс из просвета артерии с помощью катетера Фогарти. Катетер представляет собой гибкий эластичный проводник диаметром 2—2,5 мм с нанесенными делениями. На одном конце его имеется павильон для присоединения шприца, на другом — латексный баллончик с тонким направителем. При поражении артерий нижних конечностей обнажают бифуркацию бедренной артерии, а при обтурации артерий верхних конечностей — бифуркацию плечевой артерии. Выполняют поперечную артериотомию и катетер продвигают к месту закупорки сосуда, проводя его через тромботические массы. Затем с помощью шприца раздувают баллончик жидкостью и извлекают катетер. Раздутый баллончик увлекает за собой тромботические массы. При восстановлении проходимости артерии из артериотомического отверстия появляется струя крови. На разрез в артерии накладывают сосудистый шов. С помощью баллонного катетера тромботические массы могут быть удалены не только из периферических артерий, но и из бифуркации аорты. При тяжелой ишемии, сопровождающейся отеком мышц (ША степени) или мышечной контрактурой (ШБ степени), с целью декомпрессии и улучшения тканевого кровотока показана фасциотомия. При остром тромбозе, развившемся на фоне органического поражения артериальной стенки, простая тромбэктомия обычно неэффективна, так как быстро наступает ретромбоз сосуда. Поэтому она должна дополняться реконструктивной операцией. При развитии гангрены конечности показана ампутация.

052

Через сутки от начала заболевания в приемное отделение доставлен больной 53 лет. При поступлении предъявлял жалобы на сильные боли в левой ноге, постоянного характера, появившиеся внезапно на фоне относительного благополучия. Состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени до уровня верхней трети бледные, холодные на ощупь, с "мраморным рисунком". Отеков нет, активные движения в суставах пальцев сохранены, на подколенной и артериях стопы - отсутствует. Из анамнеза жизни известно, что больной около года назад перенес инфаркт миокарда.

1) Ваш предположительный диагноз? эмболии бедренной артерии, ишемия II Б стадии
2) Что, по Вашему мнению, могло явиться причиной возникновения данного заболевания? постинфарктный кардиосклероз, мерцательная аритмия

Как Вы будете лечить больного? Показана экстренная операция - эмболэктомия

* Система удаления тромбов "ANGIOJET" при выявлении тромбоза или эмболии коронарных артерий возможно применение системы быстрого удаления тромбов: система использует высокоскоростные струи физиологического раствора, фрагментирующие тромб, с последующим удалением тромботических масс с помощью вакуума

* Эмболэктомия с помощью катетера Фогарти. Катетер представляет собой гибкий эластичный проводник диаметром 2—2,5 мм с нанесенными делениями. На одном конце его имеется павильон для присоединения шприца, на другом — латексный баллончик с тонким направителем.

057.

У больного 67 лет, страдающего гипертонической болезнью, при осмотре обнаружено опухолевидное образование в мезогастррии слева размерами 12x10x7 см, плотное на ощупь, неподвижное, пульсирующее.

1) Наличие какого заболевания можно предположить у больного? аневризму брюшного отдела аорты.

2) Результаты каких исследований можно предположить у больного? УЗИ, КТ или МРТ. На поперечных срезах аневризма представляется в виде полостного образования округлой формы. В продольной плоскости исследования веретенообразная аневризма имеет форму овала. Мешотчатая аневризма характеризуется выбуханием одной из стенок. При отсутствии пристеночных тромбов просвет аневризмы остается однородным, не содержащим включений. Гораздо чаще внутри аневризматического расширения определяются неоднородные структуры, которые представляют собой пласты фибрина, тромботические и атероматозные массы, составляющие "тромботическую чашку". Показания к ангиографии возникают лишь тогда, когда проведенные исследования не дают достаточной информации. Для выполнения ангиографии используют методику Сельдингера.

3) Ваша лечебная тактика? При подтверждении диагноза показано оперативное лечение. Резекция аневризмы с аллопротезированием. Обычно выполняют резекцию аневризмы с протезированием брюшной аорты. При больших аневризмах стенки аневризматического мешка интимно спаяны с окружающими тканями. В связи с этим его удаление сопряжено с опасностью повреждения крупных вен (нижняя полая, подвздошные), кишки, мочеочника. В этих случаях объем операции сводится к вскрытию аневризматического мешка, удалению из него тромботических масс и протезированию аорты. В последние годы для лечения торакальных и абдоминальных аневризм аорты стали применять эндоваскулярное протезирование. Проведение эндопротеза в аорту осуществляется через артериотомическое отверстие в бедренной артерии при помощи специального проводника, снабженного гемостатическим клапаном, предотвращающим кровотечение во время манипуляций. Имплантация эндопротеза преследует цель "выключения" аневризматического мешка из кровообращения. Указанная техника находит применение у пациентов с высоким риском традиционных хирургических вмешательств.

062

Поступает больной с атеросклеротической гангреной стопы с распространением отека на голень вплоть до коленного сустава. Гангрена носит влажный характер и сопровождается выраженным эндотоксикозом. У больного несколько тяжелых сопутствующих заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной системы, в анамнезе 2 инфаркта миокарда. Сахарный диабет средней тяжести.

1) Ваша тактика? Показана срочная ампутация конечности на уровне средней и нижней трети бедра после минимальной терапевтической подготовки.

063

Больной 45 лет без сопутствующих заболеваний страдает облитерирующим атеросклерозом с окклюзией области бифуркации аорты (синдром Лериша), степень регионарной ишемии III. Протяженность окклюзированного участка с обеих сторон по данным ангиографии составляет до 11 см.

1) Тактика лечения? хирургическая операция - аортобедренное шунтирование в плановом порядке.

Шунтирование может быть артериоартериальным (типичным и атипичным) и артериовенозным (запуск крови из артерии в венозное русло конечности). Типичное

артериоартериальное шунтирование заключается в проведении шунтов по ходу магистральных артериальных стволов. К нему относятся односторонние шунтирующие операции (аортобедренное, подвздошнобедренное, аортоподвздошное, бедренно-подколенное, бедренноберцовое и другие) и двустороннее шунтирование (аортоподвздошное, аортобедренное). Для односторонних шунтирующих операций в аортоподвздошнобедренной зоне обычно используются синтетические сосудистые протезы; для односторонних шунтирующих операций в бедренноподколенной и подколенноберцовой зонах используются аутовена, синтетические протезы Gore-Tex, пупочная вена; у последних двух материалов результаты хуже при шунтировании ниже уровня суставной щели. Для двусторонних шунтирующих операций в аортоподвздошнобедренной зоне используют бифуркационные синтетические протезы. В последние годы показания к бифуркационному шунтированию значительно расширены, поскольку в 70% случаев облитерирующие поражения сосудов протекают по симметричному типу и односторонняя реконструкция ведет к резкому ухудшению гемодинамики в другой конечности; кроме того, гемодинамические показатели и проходимость односторонних шунтов значительно хуже бифуркационных. Вопрос о характере проксимального анастомоза в каждом случае решается индивидуально: при полной окклюзии обеих общих подвздошных артерий пересечение аорты с протезированием является гемодинамически более выгодной операцией; протезирование показано и при аневризме брюшной аорты, в остальных случаях более предпочтительно шунтирование (по результатам мало отличается от протезирования, но технически проще и сопровождается меньшей летальностью). Главным показателем хороших результатов при шунтирующих операциях является проходимость шунтов. В сроки до двух лет проходимость бифуркационных аортобедренных шунтов составляет 96-99%, односторонних шунтов (аортобедренных, аортоподвздошных, подвздошнобедренных 76-80%, аутовеиозных подвздошнобедренных и бедренно-подколенных шунтов -85-88%, при аутовеиозном шунтировании ниже коленного сустава результаты в два раза хуже. Результаты использования Gore-Tex и пупочной вены выше уровня суставной щели несколько хуже, чем для аутолены, особенно в отдаленные сроки, а при шунтировании ниже суставной щели результаты оставляет желать лучшего. Летальность после операций в аортоподвздошнобедренной зоне составляет 2-30%. Наиболее высокая летальность после резекции аневризм брюшной аорты; после операций в бедренноподколенной зоне летальность составляет 0,5 - 4%.

Атипичное артериоартериальное шунтирование заключается в проведении шунтов по ходу коллатералей чаще над собственной фасцией. К нему относится перекрестное бедреннобедренное, атипичное подвздошнобедренное через запирающий канал или мышечную лакуну, подключично- или подмышечнобедренное шунтирование. Основными недостатками атипичного шунтирования являются большая длина шунта, постоянные перегибы и травмы шунтов вследствие их атипичного расположения, обкрадывание ? другой конечности при перекрестном шунтировании. Чаще всего для атипичного шунтирования используется аутовена, реже - протезы Gore-Tex и пупочная вена, еще реже – тканые синтетические протезы. Результаты атипичного шунтирования намного хуже чем у типичных шунтирующих операций и в настоящее время их используют только при инфекции сосудистых протезов или технической невозможности выполнить типичное шунтирование. Летальность после операций атипичного шунтирования самая -минимальная и составляет не более 1-2%

Больная 40 лет поступила с жалобами на боли по ходу варикозно расширенных вен по медиальной поверхности верхней трети правой голени, нижней и средней трети бедра, общее недомогание, повышение температуры до 37,5°C. Больна вторые сутки. Процесс начался после ушиба голени и быстро распространяется вверх. Варикозное расширение вен 20 лет. При осмотре: выраженное варикозное расширение вен системы большой подкожной вены без признаков трофических нарушений, гиперемия и припухлость по ходу вены. Пальпаторно - повышение кожной температуры и болезненное уплотнение на всем протяжении.

1) Сформулируйте развернутый диагноз, Варикозная болезнь. Острый тромбофлебит поверхностных вен быстро распространяющийся вверх. Диагноз поставлен на основании жалоб больной, на боли по ходу варикозного расширения вен по медиальной поверхности верхней трети правой голени, нижней и средней трети бедра, общее недомогание, повышение температуры 37.5 °С. И на основании анамнеза заболевания - больна вторые сутки. Процесс начался после ушиба голени и быстро распространяется вверх. Варикозное расширение вен 20 лет.

2) Назовите причину данного осложнения. ушиб голени в проекции варикозно расширенной вены

3) В чем опасность осложнения и представляет ли оно угрозу жизни больного? В быстром нарастании тромбоза в проксимальном направлении и угрозе тромбоэмболии легочной артерии

4) Какой должна быть тактика поликлинического хирурга и дежурного хирурга стационара при поступлении такого больного? Хирург поликлиники должен немедленно госпитализировать больную, а дежурный хирург стационара выполнить в экстренном порядке операцию Троянова Тренделенбурга. Операцию Троянова—Тренделенбурга начинают с пересечения и лигирования основного ствола большой подкожной вены у места ее впадения в бедренную вену и впадения в нее ее добавочных ветвей. Перед операцией для уменьшения кровопотери ножной конец стола целесообразно приподнять. Удаление большой подкожной вены (сафенэктомия, стриппинг) целесообразно проводить по методу Беккока. С этой целью в дистальный отдел пересеченной вены вводят до верхней трети голени зонд Гризенди, имеющий конический наконечник с острым режущим нижним краем. Через небольшой разрез над наконечником инструмента обнажают вену, пересекают ее и выводят конец инструмента в рану. Под наконечником зонда на вену накладывают прочную лигатуру. Потягивая зонд в обратном направлении, удаляют весь участок вены. При этом все боковые ветви большой подкожной вены пересекаются на одном уровне, а удаляемая вена собирается в виде гармошки под коническим наконечником. Малая подкожная вена удаляется аналогичным образом. По ходу извлеченной вены кладут ватно-марлевый валик, а конечность туго бинтуют эластичным бинтом. Сильно извитые и коллатеральные участки вен, которые нельзя удалить по Беккоку, целесообразно удалять через небольшие разрезы по Марату. При этом подкожную жировую клетчатку между двумя разрезами "туннелируют" с помощью зажима или другого инструмента, что значительно облегчает выделение и удаление вены. Обязательным является пересечение коммуникантных вен с несостоятельными клапанами, которые чаще всего локализуются на внутренней поверхности голени в надлодыжечной области (группа Коккета). При отсутствии трофических расстройств оправдана эпифасциальная перевязка прободающих вен. При выраженных трофических изменениях кожи и подкожной жировой клетчатки целесообразна субфасциальная перевязка прободающих вен по Линтону. Операцию производят из разреза по внутренней поверхности голени длиной 12—15 см. Рассекают кожу, подкожную клетчатку, собственную фасцию голени; выделяют, перевязывают и пересекают прободающие вены. При наличии индурации

кожи и подкожной клетчатки на внутренней поверхности голени следует выполнить субфасциальную перевязку прободающих вен из разреза по задней поверхности голени (по Фелдеру).

069

Больная 47 лет обратилась к врачу с жалобами на ощущение тяжести, полноты в ногах, быструю их утомляемость при длительном стоянии или ходьбе. Эти явления довольно быстро проходят прежде того, как больная принимает горизонтальное положение. Болеет в течение 12 лет. При обследовании выявлено резкое расширение поверхностных вен левой голени и бедра с выраженной пигментацией и трофическими нарушениями кожных покровов в дистальных отделах конечности. Там же отмечается пастозность и небольшой отек.

1) Ваш предположительный диагноз? Варикозная болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств. Диагноз поставлен на основании жалоб больной - на ощущение тяжести, полноты в ногах, быструю их утомляемость при длительном стоянии или ходьбе. Эти явления довольно быстро проходят после того, как больная принимает горизонтальное положение. На основании данных обследования выявлено резкое расширение поверхностных вен левой голени и бедра с выраженной пигментацией и трофическими нарушениями кожных покровов в дистальных отделах конечности. Там же отмечается пастозность и небольшой отек.

2) Какие функциональные пробы следует выполнить? 1. Проба Троянова—Тренделенбурга. Больной, находясь в горизонтальном положении, поднимает ногу вверх под углом 45°. Врач, поглаживая конечность от стопы к паху, опорожняет варикозно-расширенные поверхностные вены. После этого на верхнюю треть бедра накладывают мягкий резиновый жгут или сдавливают пальцами большую подкожную вену в овальной ямке — у места ее впадения в бедренную. Больного просят встать. В норме наполнение вен голени не происходит в течение 15 с. Быстрое наполнение вен голени снизу вверх свидетельствует о поступлении крови из коммуникантных вен вследствие недостаточности их клапанов. Затем быстро снимают жгут (или прекращают сдавление вены). Быстрое наполнение вен бедра и голени сверху вниз свидетельствует о недостаточности остиального клапана и клапанов ствола большой подкожной вены, характерного для первичного варикозного расширения вен. 2. Проба Гаккенбруха. Врач нащупывает на бедре овальную ямку — место впадения большой подкожной вены в бедренную и просит больного покашлять. При недостаточности остиального клапана пальцы воспринимают толчок крови (положительный симптом кашлевого толчка). 3. Проба Пратта-2. В положении больного лежа после опорожнения подкожных вен на ногу, начиная со стопы, накладывают резиновый бинт, сдавливающий поверхностные вены. На бедре под паховой складкой накладывают жгут. После того как больной встанет на ноги, под самым жгутом начинают накладывать второй резиновый бинт. Затем первый (нижний) бинт снимают виток за витком, а верхним обвивают конечность книзу так, чтобы между бинтами оставался промежуток 5—6 см. Быстрое наполнение варикозных узлов на свободном от бинтов участке указывает на наличие здесь коммуникантных вен с несостоятельными клапанами. 4. Трехжгутовая проба Шейниса по существу является модификацией предыдущей пробы. Больного укладывают на спину и просят приподнять ногу, как при пробе Троянова—Тренделенбурга. После того как подкожные вены спадутся, накладывают три жгута: в верхней трети бедра (вблизи паховой складки), на середине бедра и тотчас ниже колена. Больному предлагают встать на ноги. Быстрое наполнение вен на каком-либо участке конечности, ограниченном жгутами, указывает на наличие в этом сегменте коммуникантных вен с несостоятельными клапанами.

Быстрое наполнение варикозных узлов на голени свидетельствует о наличии таких вен ниже жгута. Перемещая жгут вниз по голени (при повторении пробы), можно более точно локализовать их расположение. 5.Проба Тальмана — модификация пробы Шейниса. Вместо трех жгутов используют один длинный (2—3 м) жгут из мягкой резиновой трубки, который накладывают на ногу по спирали снизу вверх; расстояние между витка- имеющейся в этом пространстве коммуникантной вены с несостоятельными клапанами. Представление о проходимости глубоких вен дают маршевая проба Дельбе—Пертеса и проба Пратта-1. 6.Маршевая проба Дельбе—Пертеса. Больному в положении стоя, когда максимально наполняются подкожные вены, ниже коленного сустава накладывают жгут, сдавливающий только поверхностные вены. Затем просят больного походить или промаршировать на месте в течение 5—10 мин. Если при этом подкожные вены и варикозные узлы на голени спадаются, значит, глубокие вены проходимы. Если вены после ходьбы не запустевают, напряжение их на ощупь не уменьшается, то результат пробы надо оценивать осторожно, так как он не всегда указывает на непроходимость глубоких вен, а может зависеть от неправильного проведения пробы (сдавление глубоких вен чрезмерно туго наложенным жгутом), от наличия резкого склероза поверхностных вен, препятствующего спадению их стенок. Пробу следует повторить. 7.Проба Пратта-1- После измерения окружности голени (уровень следует отметить, чтобы повторное измерение провести на этом же уровне) больного укладывают на спину и поглаживанием по ходу вен опорожняют их от крови. На ногу (начиная снизу) туго накладывают эластичный бинт, чтобы надежно сдавить подкожные вены. Затем больному предлагают походить в течение 10 мин. Появление боли в икроножных мышцах указывает на непроходимость глубоких вен. Увеличение окружности голени после ходьбы при повторном измерении подтверждает это предположение.

3)Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз? Флебодиагностика, реовазография нижних конечностей.

4)Лечение? операция. Флебэктомия по Троянову-Тренделенбургу, Беккоку, Коккету, Кохеру, Марату.

Операцию Троннова—Трендсленбурга начинают с пересечения и лигирования основного ствола большой подкожной вены у места ее впадения в бедренную вену и впадения в нее ее добавочных ветвей. Перед операцией для уменьшения кровопотери ножной конец стола целесообразно приподнять. Удаление большой подкожной вены (сафенэктомия, стриппиинг) целесообразно проводить по методу Беккока. С этой целью в дистальный отдел пересеченной вены вводят до верхней трети голени зонд Гризенди, имеющий конический наконечник с острым режущим нижним краем. Через небольшой разрез над наконечником инструмента обнажают вену, пересекают ее и выводят конец инструмента в рану. Под наконечником зонда на вену накладывают прочную лигатуру. Потягивая зонд в обратном направлении, удаляют весь участок вены. При этом все боковые ветви большой подкожной вены пересекаются на одном уровне, а удаляемая вена собирается в виде гармошки под коническим наконечником. Малая подкожная вена удаляется аналогичным образом. По ходу извлеченной вены кладут ватно-марлевый валик, а конечность туго бинтуют эластичным бинтом. Сильно извитые и коллатеральные участки вен, которые нельзя удалить по Беккоку, целесообразно удалять через небольшие разрезы по Марату. При этом подкожную жировую клетчатку между двумя разрезами "туннелируют" с помощью зажима или другого инструмента, что значительно облегчает выделение и удаление вены. Обязательным является пересечение коммуникантных вен с несостоятельными клапанами, которые чаще всего локализуются на внутренней поверхности голени в надлодыжечной области (группа Коккета). При отсутствии трофических расстройств оправдана эпифасциальная перевязка прободающих вен. При выраженных трофических изменениях кожи и подкожной жировой клетчатки целесообразна субфасциальная перевязка прободающих вен по Линтону. Операцию производят из разреза

по внутренней поверхности голени длиной 12—15 см. Рассекают кожу, подкожную клетчатку, собственную фасцию голени; выделяют, перевязывают и пересекают прободающие вены. При наличии индурации кожи и подкожной клетчатки на внутренней поверхности голени следует выполнить субфасциальную перевязку прободающих вен из разреза по задней поверхности голени (по Фелдеру).

070.

Больная 36 лет перенесла 14 лет назад послеродовой тромбофлебит глубоких вен конечностей, после чего появились расширенные вены на голени. В настоящее время жалобы на тяжесть в правой ноге, отеки голени и стопы, возникающие к вечеру и проходящие к утру. При осмотре: расширение вен в бассейне большой скрытой вены и ее притоков. Проба Броди - Троянова - Тренделенбурга положительная, проба Бэрроу - Шейниса положительная, Мейо - Претта отрицательная. В нижней трети голени имеется участок гиперпигментации и индурации жировой клетчатки.

1) Ваш предположительный диагноз? Посттравматическая болезнь нижней конечности. Варикозная форма. III стадия. Диагноз поставлен на основе жалоб больной - появились расширенные вены на голени. В настоящее время жалобы на тяжесть в правой ноге, отеки голени и стопы, возникающие к вечеру и проходящие к утру. На основе данных осмотра: : Расширение вен в бассейне большой скрытой вены и ее притоков. Проба Броди-Троянова-Тренделенбурга - положительная, проба Бэрроу-Шейниса положительная, Мейо - Пратта отрицательная. Нижней трети голени имеется участок гиперпигментации и индурации жировой клетчатке.

2) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику? С болезнью Вебера-Рубашова Врожденные ангиодисплазии (синдром Паркса-Вебера-Рубашова) - наиболее частый порок развития периферических сосудов. Характеризуются наличием патологических соустьев (фистул) между артериями и венами

3) Какие дополнительные исследования необходимо назначить? Рентгеноконтрастная флебография является "золотым стандартом" в диагностике тромбоза глубоких вен. Она позволяет судить о проходимости глубоких вен, о наличии тромбов в ее просвете по дефектам заполнения просвета вены контрастом, оценить состояние клапанного аппарата глубоких и прободящих вен. Ультразвуковая доплерография (УЗДГ) - метод, позволяющий производить регистрацию кровотока в венах и по его изменению судить об их проходимости и состоянии клапанного аппарата. В Для исследования функции клапанов бедренных вен и остального клапана применяют пробу Вальсальвы. При этом пациенту предлагают сделать глубокий вдох и, не выдыхая, максимально натужиться. В норме при этом происходит смыкание створок клапанов и кровотоки перестают регистрироваться, ретроградные потоки крови отсутствуют. Для определения состояния клапанов подколенной вены и вен голени используются компрессионные пробы. В норме при компрессии ретроградный кровоток также не определяется.

Дуплексное сканирование позволяет судить об изменениях в поверхностных и глубоких венах, о состоянии нижней полой и подвздошных вен, наглядно оценить состояние венозной стенки, клапанов, просвета вены, выявить тромботические массы.

3) Тактика лечения больной? Хирургическое лечение Флебэктомия, субфасциальная коррекция глубоких вен. (клапанов)

БОЛЕЗНИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

005

Больной 54 лет длительно страдает язвенной болезнью с локализацией язвы в кардиальном отделе желудка с частыми рецидивами. Последние 2 месяца постоянные боли в эпигастрии, не связанные с едой, иррадиирующие в поясницу, дисфагия, отрыжка "тухлым", рвота с примесью пищи. Анализ крови: НЬ - 102 г/л, эр. - $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $7,2 \times 10^9/л$, СОЭ - 38 мм/час. Анализ кала на скрытую кровь положителен.

- 1) О каких осложнениях можно думать? Осложнения язвенной болезни: рубцовый стеноз привратника, малигнизация язвы, пенетрация.
- 2) Какой метод исследования необходимо сделать? 1. ЭГДС с биопсией из края дефекта или дна язвы для диагностики возможной её злокачественной трансформации. 2. Рентгенологическое исследование («ниши», изменения рельефа слизистой в виде радиарной конвергенции складок по направлению к язвенному дефекту или рубцу после заживления язвы, рубцовая деформация желудка или начального отдела 12-п кишки («луковицы») в виде трилистника. Деформация дистальной половины верхней горизонтальной части или вертикального отдела 12-п кишки указывает на низкую («залуковичную») локализацию язвы. Обнаружение опухолевых элементов диктует необходимость оперативного пособия с обязательным соблюдением всех онкологических принципов операции. Отсутствие признаков малигнизации позволяет хирургу исключить опухолевую природу иногда очень обширных патологических изменений в области язвы, особенно осложнённой пенетрацией, которая без гистологического контроля может быть принята за неоперабельную злокачественную опухоль и послужить основанием для ошибочного отказа от радикальной операции.
- 3) Какая кислотность желудочного сока скорее всего у больного? Низкая

018.

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течении 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД - 90/60 мм рт. ст. Анализ крови: эр. - $4,1 \times 10^{12}/л$, НЬ - 140 г/л.

При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

- 1) Какое осложнение развилось у больного? Острое желудочное кровотечение. В пользу этого осложнения: язвенный анамнез в течение 6 лет, внезапная резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей, низкое артериальное давление. Показатели анализа крови и кал при пальцевом исследовании в норме, что говорит о только начавшемся кровотечении, не наступила фаза гемодилюции.
 - 2) С чем связано исчезновение болей? С тем, что соляная кислота связывается кровью.
 - 3) Как объяснить нормальные показатели анализа крови? Еще не наступила фаза гемодилюции Это связано с тем, что в течение первых часов происходит выброс эритроцитов из депо.
 - 4) Какой кал будет через 1-2 суток? Мелена — выделение измененной крови с каловыми массами (дегтеобразный стул), наблюдается при кровотечении из двенадцатиперстной кишки и массивном желудочном кровотечении с потерей крови, достигающей 500 мл и более.
 - 5) Как подтвердить диагноз? Срочная ЭГДС.
- Остановка кровотечения при язвенной болезни. 1. промывание желудка холодным физиологическим раствором. Обычно эту процедуру осуществляют через назогастральный

зонд. 2. H₂-гистаминоблокаторы, вводимые внутривенно, и омепразол (блокатор протонной помпы) в высоких дозах. 3. Эндоскопическое или хирургическое лечение. Предпочтение эндоскопическим методам, которые делятся на Нетермические методы (введение в место кровотечения склерозирующих веществ (спирт, этаноламин), вазоконстрикторов типа адреналина либо просто физиологического раствора), Термические методы (Nd-YAG-лазера, нагрев, электрокоагуляцию).

020.

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Сегодня резкая боль в эпигастрии. Пальпаторно резкая болезненность, напряжение мышц брюшной стенки. АД - 80/60 мм рт. ст. Пульс - 56 в минуту.

1) Какое осложнение следует предполагать? Диагноз: Язвенная болезнь 12 - перстной кишки. Осложнение: Перфорация язвы. Осложнение подтверждается данными анамнеза (ЯБ в течение 6 лет), клиникой (интенсивные голодные и ночные боли, резкая болезненность в эпигастрии), пальпации (резкая болезненность, напряжение мышц брюшной стенки), низким АД, уреженным пульсом.

2) Что будет определяться у данного больного при перкуссии живота? Перкуссия живота резко болезненна. Наибольшая болезненность в эпигастрии. Для выявления свободного газа в правом поддиафрагмальном пространстве производят перкуссию по правой средней подмышечной линии в положении больного на левом боку. Вместо обычного притупления перкуторного звука над областью печени выявляют тимпанит (положительный симптом Спигарного).

3) Какой метод исследования надо сделать? Что при этом будет определяться? Рентгенологическое исследование. При обзорной R-ме исследовании больного в положении стоя свободный газ перемещается под диафрагму и выявляется в виде серповидной полоски (с-м серпа) просветления между верхней поверхностью печени и диафрагмой. При отсутствии газа в поддиафрагмальном пространстве для подтверждения диагноза перфорации язвы можно ввести в желудок через зонд небольшое количество воздуха или водорастворимого контрастного вещества. Появление в свободной брюшной полости воздуха или выход контрастного вещества в брюшную полость свидетельствует о наличии перфорации.

021

Больной 30 лет жалуется на боли в эпигастриальной области слева через 1-2 часа после еды и ночные боли, вынуждающие 2-3 раза в ночь принимать пищу или соду, изжогу, кислую отрыжку. Аппетит нормальный. Стул со склонностью к запорам. В анамнезе язвенная болезнь 12-перстной кишки в течение 10 лет. 9 месяцев назад перенес резекцию 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера - Финстерера по поводу стеноза привратника.

1) Ваш предварительный диагноз? Постгастрорезекционная пептическая язва тощей кишки. После удаления 2/3 желудка, как правило, накладывают гастроэюнальный анастомоз позади поперечной ободочной кишки на короткой петле (по Бильрот 2 в модификации Гофмейстера -Финстерера). Этим можно объяснить появление язвы тощей кишки (действие кислого желудочного сока на слизистую тощей к-ки).

2) О каком заболевании можно думать, учитывая выраженный синдром ацидоза? Специфическим считается язвенное поражение проксимального отдела тощей кишки для

синдрома Золлингера—Эллисона (гиперсекреция соляной кислоты, что в конечном итоге приводит к язвенному поражению тощей кишки)

3) Какие исследования показаны больному для установления диагноза и определения природы постгастрорезекционной патологии? Рентгеновское исследование верхнего отдела ЖКТ, ЭГДС.

027.

Больной 55 лет. Поступил в хирургическое отделение с диагнозом язвенная болезнь желудка, желудочное кровотечение. В течение последних 3 мес. больной отмечает снижение аппетита, ноющие боли в эпигастральной области, несколько усиливающиеся после приема пищи. При осмотре: больной несколько пониженного питания, кожа бледной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Отмечается умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Анализ крови: НГ - 95 г/л, лейкоц. - $7,0 \times 10^9$ /л, п/я - 5, с/я - 68, эоз. - 1, лимф.- 23, мон. - 3. СОЭ - 30 мм/час. При рентгеноскопии желудка в антральном отделе по малой кривизне обнаружена "ниша" овальной формы с валиком вокруг и конвергенцией утолщенных складок слизистой. Проведение противоязвенной терапии дало положительный клинический эффект (улучшение общего состояния, уменьшение интенсивности болей), однако, при рентгенологическом исследовании через 3 недели отмечено увеличение "ниши" в размерах и увеличение ширины вала вокруг нее.

1) Ваш предполагаемый диагноз? Рак желудка.

2) Дайте обоснование Вашего диагноза. прогрессирующее заболевание (увеличение изъязвления с увеличением ширины вала вокруг него), несмотря на проведение активной противоязвенной терапии, желудочная локализация язвы свидетельствует о злокачественной опухоли желудка. Стадию по системе TNM мы поставить не можем, так как нет данных гистологического исследования.

3) Нужны ли дополнительные исследования для подтверждения диагноза? 1) лабораторные тесты (В III—IV стадии болезни отмечаются уменьшение гемоглобина, гематокрита, числа эритроцитов, повышение СОЭ, склонность к гиперкоагуляции, повышение щелочной фосфатазы. Пробы для обнаружения хеликобактерной инфекции часто бывают положительными). 2) инструментальные методы: А) Рентгенологическое (дефект наполнения, язву, дно которой обычно не выходит за пределы стенки желудка. При этом обычно отсутствует конвергенция складок к кратеру язвы. Сама раковая язва обычно имеет более 1 см в диаметре, края ее приподняты, слизистая оболочка вокруг язвы ригидная на большем или меньшем протяжении. Рентгенологическое исследование позволяет выявить стеноз, определить сократительную способность стенок желудка. Отсутствие ее на большем протяжении является одним из признаков подслизистой раковой инфильтрации). Б) Эзофагогастроскопия в сочетании с биопсией позволяет точно диагностировать рак более чем у 98 % обследованных пациентов. В) УЗИ (изменения в толщине стенок желудка, обусловленные опухолью, выявить метастазы и скопление жидкости в брюшной полости). Г) КТ и МРТ (локализации и распространенности опухоли, инвазии ее в окружающие ткани). Д) Лапароскопию производят преимущественно для выявления диссеминации рака по брюшине, метастазов в печень, для определения операбельности опухоли. Иногда для этих целей прибегают к пробной лапаротомии.

030

Больной 63 лет восемь месяцев назад впервые подавился картофельным пюре. С того времени стал отмечать затрудненное прохождение по пищеводу не только твердой, но и полужидкой пищи. Во время прохождения пищи чувствует за грудиной боль, которая иррадирует в правое подреберье. За время болезни потерял 12 кг. Последние два месяца питается полужидкой и жидкой пищей. Общее состояние больного удовлетворительное, питание снижено.

1) Ваш предварительный диагноз? Рак пищевода.

2) План обследования? 1) Рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода взвесью бария (опухоль, ее локализацию, длину поражения и степень сужения пищевода, изменения в легких и плевральной полости). Характерные симптомы рака - дефект наполнения, «изъеденные» контуры его, сужение просвета, ригидность стенок пищевода, обрыв складок слизистой вблизи опухоли, пристеночное расширение пищевода). 2) эндоскопического исследования с прицельной биопсией и последующим морфологическим исследованием полученного материала. (Начальные формы рака могут выглядеть как плотный белесоватый бугорок или полип. При инфильтративной форме рака отмечают ригидность стенки пищевода, выявляемую при надавливании на нее концом эзофагоскопа. При экзофитных опухолях значительных размеров видна бугристая масса, покрытая сероватым налетом. Поверхность опухоли легко кровоточит при соприкосновении. Опухоль вызывает концентрическое или одностороннее сужение просвета пищевода). 3) Цитологическое исследование в сочетании с биопсией в большинстве случаев позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз рака.

3) Варианты хирургического лечения? Хирургическое удаление пораженного пищевода является наиболее радикальным из имеющихся методов лечения рака. Показания к операции зависят от распространенности и локализации опухоли, возраста и общего состояния пациента. Основные методы - хирургический и лучевой. Лечение Операции выполнимы лишь у небольшой части больных. Большинство больных получают лучевую терапию. Хирургическая тактика зависит от уровня поражения пищевода. Рак нижней трети пищевода - чрезплевральная резекция пищевода и кардии с внутривнутриплевральным анастомозом между пищеводом и желудком под дугой аорты. Летальность 40-50%. Рак средней трети пищевода - двухэтапные операции по методу Добромыслова-Торека. -одномоментная эзофагогастропластика Рак верхней трети пищевода - только лучевая терапия. •Резектабельность определяется после торакотомии и ревизии. •Нельзя оперировать при прорастании опухоли и при Mts.

031

У больного 60 лет, поступившего в хирургический стационар по поводу желудочно-кишечного кровотечения, рентгенологически выявлена ригидность малой кривизны желудка в области антрального отдела, обрыв складок слизистой и депо бария в этой области размером 2.5 см в диаметре.

1) Ваш диагноз? Рак желудка антрального отдела. так в задаче нет данных гистологического исследования, то мы не можем поставить стадию. Обоснование диагноза: на основании рентгенологического исследования: ригидность малой кривизны желудка в области антрального отдела, обрыв складок слизистой и депо бария в этой области. Также наиболее частым осложнением, встречающимся в 3 - 4 стадии рака, является кровотечение из распадающейся опухоли и перфорация.

- 2) Какие исследования надо произвести для уточнения диагноза? 1)Гастроскопия с биопсией и гистологическим исследованием биоптата (самый информативный метод, 2)эндоскопическое ультразвуковое исследование (определить глубину проникновения опухоли в толщу стенки желудка. УЗИ позволяет определить изменения в толщине стенок желудка, обусловленные опухолью, выявить метастазы и скопление жидкости в брюшной полости), 3)компьютерная и магнитно-резонансная томография (локализации и распространенности опухоли, инвазии ее в окружающие ткани. Метастазы в лимфатических узлах. 4)Лапароскопию производят преимущественно для выявления диссеминации рака по брюшине, метастазов в печень, а также для определения операбельности опухоли.
- 3) Операция выбора при данном диагнозе? Дистальная субтотальная резекция желудка

039

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась гектическая температура, нарост тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое: кожные покровы бледные. Пульс - 96 в минуту. АД - 120/80 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные.

Анализ крови: НЬ - 105 г/л, лейкоц. - 18×10^9 /л, эоз. - 3, ю. - 1, п/я - 29, с/я - 52, лимф. - 8, СОЭ - 48 мм/час.

- 1) Ваш предположительный диагноз? Абсцесс сальниковой сумки
- 2) Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз? УЗИ органов брюшной полости, при возможности компьютерная томография.
- 3) Ваша тактика лечения? Срочная операция.

040

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до 39.5°C .

При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс - 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы вслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо -Робсона резко положительный. Лейкоциты крови - 20×10^9 /л.

- 1) Ваш предположительный диагноз? Флегмона забрюшинной клетчатки.
- 2) Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз? 1.диагностическая пункция. 2. Обзорная рентгенография ОБП - стертость контуров поясничной мышцы чаще с обеих сторон, возможно наличие жидкости. 3. УЗИ, КТ - выявляются признаки инфильтрации забрюшинной клетчатки, нередко ячеистой структуры.
- 3) Ваша тактика лечения? Срочная операция. Надо стараться вскрыть забрюшинную флегмону забрюшинно, для чего выполняют либо люмботомию, либо лапаротомию. вскрытие сальниковой сумки и забрюшинного пространства с последующей изоляцией - марсупиализация. Оперативное лечение сочетают с комплексом консервативного лечения.

049

Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,2°C. Озноба не было. При пальпации живота - болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7x8 см с нечеткими границами, болезненное. Симп-том Щеткина слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз – 10,2x10⁹/л.

1) Ваш предположительный диагноз? Острый аппендицит, осложненный аппендикулярным инфильтратом. Обоснование диагноза. Боли и болезненность в правой подвздошной области, субфебрильная температура, лейкоцитоз, положительные симптомы Щеткина, Ровзинга, Ситковского подтверждают диагноз острого аппендицита. Уплотнение с нечеткими границами, болезненное в правой подвздошной области -аппендикулярный инфильтрат

2) Какое заболевание следует исключить? Диф. диагноз проводят между аппендикулярным инфильтратом и раком слепой кишки.

3) Показана ли экстренная операция? не показана

4) Ваша лечебная тактика и обследования? Проведение консервативной противовоспалительной терапии. После рассасывания инфильтрата - обследование - ирригоскопия или колоноскопия. При появлении клиники абсцедирования -экстренная операция вскрытия абсцесса. -При наличии рыхлого спаяния органов, образующих аппендикулярный инфильтрат, обычно удается разделить спайки и произвести аппендэктомию, после чего брюшную полость дренируют. -Плотный аппендикулярный инфильтрат лечат консервативно, так как при разделении плотно спаянных органов их можно повредить, вскрыв просвет кишечника. Первые 2- 4 сут больному назначают постельный режим, местно - на правый нижний квадрант живота - холод, назначают антибиотики и щадящую диету. Одновременно ведут пристальное наблюдение за состоянием больного: следят за динамикой жалоб, изменением частоты пульса, температурной кривой, напряжением мышц брюшной стенки, лейкоцитозом. При нормализации общего состояния, исчезновения болезненности при пальпации живота лечебные мероприятия дополняют физиотерапией (УВЧ). Через 2- 3 мес после рассасывания инфильтрата необходимо выполнить плановую аппендэктомию по поводу хронического резидуального аппендицита, чтобы предотвратить повторный приступ острого аппендицита.

050.

Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура

- 37.6°C. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой половине, особенно в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина. Лейкоциты - 14.5x10⁹/л.

1) Ваш предварительный диагноз? Острый аппендицит. Обоснование диагноза. Диагноз подтверждается клинической картиной: сильные боли в эпигастрии, которые через некоторое время переместились в правую подвздошную область. При пальпации резкая болезненность в правой подвздошной области, определяется напряжение мышц живота, резко положительный симптом Щеткина (медленное глубокое надавливание на брюшную стенку всеми сложенными вместе пальцами кисти не влияет на самочувствие пациента, тогда как в момент быстрого отнятия руки больной отмечает появление или резкое усиление боли). Также наблюдается субфебрильная температура и лейкоцитоз.

- 2) Какое заболевание следует исключить? Диф. диагноз с прободной язвой желудка и 12-перстной кишки.
- 3) Какие обследования необходимо провести для его исключения? Определение печёночной тупости. Rg обзорная брюшной полости.
- 4) Какое решение должно быть принято? Экстренная операция. В зависимости от установленного диагноза выбирается доступ.

066

У мужчины 32 лет, который 2 года страдает геморроем, после погрешности в диете возникли острые боли в области заднего прохода. Выпавшие геморроидальные узлы перестали вправляться в прямую кишку, отмечаются явления воспаления и отека в области выпавших узлов. Температура тела повысилась до 38.1°C.

1) Как называется указанное осложнение? Геморрой 4 стадия, осложненный острым тромбозом геморроидальных узлов. (Наличие в анамнезе 2-х летнего течения геморроя, клинической симптоматики: возникновение острых болей в области заднего прохода после погрешности в диете, выпадение геморроидальных узлов без возможности их вправления в прямую кишку, явления отека и воспаления, повышение температуры свидетельствуют в пользу осложнения геморроя - острого тромбоза геморроидальных узлов. 4 стадию мы ставим потому, что выпавшие за пределы анального канала узлы не вправляются).

2) Какие инструментальные методы исследования показаны данному больному? Никаких, все виды внутренних осмотров выполняют после ликвидации острого процесса.

3) Больному показано консервативное или хирургическое лечение? Чаще применяют консервативное лечение-диетотерапия (иск острых, жирных блюд, алкоголя), устранение запоров, соблюдение гигиенического режима, флеботропные препараты, влияющие на повышение тонуса вен, улучшающие микроциркуляцию в кавернозных тельцах и нормализацию в них кровотока (венорутон, детралекс, диосмин, Прокто-Гливенол, проктоседил и др.). При выборе местного лечения (состава мазей, свечей) исходят из преобладания одного из симптомов осложненного геморроя (тромбоз, кровотечение, воспалительные изменения, боль). При тромбозе применяются левосин, левомеколь, мафинид. Более целесообразно хирургическое лечение (иссечение тромбированного узла), позволяющее сократить сроки нетрудоспособности больного, ликвидировать болевой синдром. В 4 стадии заболевания методом выбора является геморроидэктомия. Хирургическое лечение (методика Миллигана-Моргана) состоит в иссечении трех групп кавернозных телец с внутренними узлами и перевязкой их сосудистых ножек. Предоперационная подготовка заключается в назначении бесшлаковой диеты на 1-2 дня, клизмы утром и вечером перед операцией. Хорошей подготовки толстой кишки можно достичь без клизм- назначением фортранса, растворенного в 3-4 л воды. Жидкость принимают по 1 стакану через каждые 15 минут. Это вызывает многократный жидкий стул и полноценное очищение кишечника. Ортоградное промывание сочетают с назначением невсасывающихся в кишечнике антибиотиков (неомицин, канамицин, метронидазол). Операцию целесообразно производить под общим обезболиванием. Во время операции иссекают геморроидальные узлы. После операции ежедневно производят перевязки, назначают бесшлаковую диету. На 5-6 день возникает самостоятельный стул. Первый акт дефекации может быть болезненным и сопровождаться небольшим кровотечением.

4) Какая диета необходима данному больному? Больному необходима послабляющая диета - исключение из пищи острой, жирной пищи, алкоголя и др. Назначают гидрофильные

коллоиды - пшеничные отруби, морская капуста, льняное семя на фоне регулярного и достаточного потребления жидкости.

070.

У 64 летнего больного, страдающего ИБС, стенокардией напряжения, 2 месяца назад перенесшего острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую интенсивную гемостатическую терапию кровотечение продолжается 8-й день. При аноскопии и ректороманоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один которых изъязвлен и кровоточит. НЬ крови - 82 г/л.

1) Показана ли операция? Диагноз: Внутренний геморрой, осложненный кровотечением.

Обоснование диагноза. Наличие клиники: кровотечение является главным симптомом геморроя, которое возникает в момент или в конце акта дефекации; кал не перемешивается с кровью, она покрывает его сверху; геморроидальное кровотечение интенсивное, что привело к анемизации больного вследствие своей продолжительности, о чем свидетельствует анализ крови - Нв 82 г/л, данные аноскопии и ретророманоскопии: внутренние геморроидальные узлы, один из которых изъязвлен и кровоточит. Больному показано хирургическое лечение (так как консервативная терапия не принесла никаких результатов), несмотря на пожилой возраст, наличие сопутствующей патологии: ИБС, стенокардия напряжения и наличие в анамнезе острого инфаркта миокарда, перенесшего 2 месяца назад.

2) Если Вы решили оперировать больного, то какие исследования должны быть выполнены до операции? Нужно выполнить ЭКГ, консультация терапевта, кардиолога, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор.

3) Ход операции? Объем оперативного вмешательства из-за тяжести состояния больного и высокого риска операции должен быть минимальным - перевязка геморроидального узла под контролем ультразвуковой доплерометрии. При этом методе есть возможность точного определения расположения геморроидальной артерии в подслизистом слое прямой кишки при помощи аноскопа, оснащенного ультразвуковым датчиком. После появления звукового пульсового сигнала через окно в аноскопе специальной иглой с полипропиленовой нитью прошивают геморроидальный сосуд и перевязывают его. Одновременно прошивают и перевязывают от 4 до 6 сосудов. После перевязки сосудов происходит спадение и запустевание геморроидальных узлов. Повторную процедуру проводят хорошие результаты у 91% пациента со 2-3 стадией геморроя. Операция должна быть проведена под местным обезболиванием и в присутствии врача-реаниматолога.

071.

Больная 50 лет предъявляет жалобы на периодические запоры, сменяющиеся поносами, примесь крови в каловых массах. При ирригоскопии, колоноскопии с биопсией обнаружена опухоль верхнеампулярного отдела прямой кишки, циркулярно суживающая ее просвет. Гистологическая картина - аденокарцинома.

1) Какие исследования нужно произвести для решения вопроса тактики ведения больной? Диагноз: Аденокарцинома верхнеампулярного отдела прямой кишки. Стадию по системе TNM установить невозможно, так как нет данных об увеличении лимфатических узлов, об отдаленных метастазах, об опухоли. Обоснование диагноза. Диагноз основывается на жалобах больного: периодические запоры, сменяющиеся поносами, примесь крови в каловых массах; проведенных специальных обследованиях: ирригоскопии, колоноскопии с биопсией, гистологического исследования. Для обнаружения отдаленных метастазов применяют УЗИ, КТ и МРТ, реже - лапароскопию и целиакографию. Для выявления ранних

форм рака, определения протяженности раковой инфильтрации в стенке кишки используют УЗИ с помощью ректального датчика. Метод также позволяет получить полезную информацию об инвазии опухоли окружающих анатомических структур.

2) Как изменится Ваша тактика в зависимости от результата дополнительных исследований? При выполнении дополнительных исследований, которые указаны выше, наша тактика изменится, если мы обнаружим метастазы. Выход опухоли за пределы стенки, инвазия параректальной клетчатки, метастазы в регионарные лимфатические узлы являются показаниями для проведения послеоперационной лучевой терапии (с общей дозой 60 - 70 Гр) и химиотерапии. Стандартным лечением рака прямой кишки, выходящего за пределы ее стенки, или метастазов в ближайшие регионарные лимфатические узлы считают радикальную резекцию с последующей адъювантной терапией облучением и химиотерапией.

3) Как изменится Ваша тактика при возникновении осложнений основного заболевания?

Наиболее частыми осложнениями рака прямой кишки являются острая непроходимость кишечника, перфорация кишки, свищи (пузырно - прямокишечный, влагалищно - прямокишечный, параректальный). Паллиативные операции преследуют целью продление жизни больного и уменьшение его страданий. Их выполняют при развитии выраженных симптомов кишечной непроходимости и невозможности выполнения радикальной операции. Они заключаются в наложении двухствольной колостомы либо сигмостомы на передней брюшной стенке в левой подвздошной области.

074.

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы образованием плотно-эластической консистенции. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

1) Ваш диагноз? Диагноз: Странгуляционная острая тонкокишечная непроходимость. Обоснование диагноза. Диагноз основывается на клинических данных: боль - самый ранний и постоянный симптом острой кишечной непроходимости (при странгуляционной непроходимости боли чрезвычайно интенсивные, постоянные, усиливаются до «неистерпимых» в период перистальтики); многократная рвота; задержка стула и газов - важный, но не абсолютно достоверный признак острой кишечной непроходимости; вздутие живота - один из частых признаков кишечной непроходимости; пальпируется овоидное образование (петли тонкого кишечника); рентгенологическое исследование - многочисленные уровни и чаши Клойбера.

2) План дополнительного исследования больного? 1) Пальпация (глубокой пальпации резкая болезненность в месте расположения кишечных петель, подвергшихся странгуляции. Иногда удается прощупать фиксированную и растянутую в виде баллона петлю кишки (симптом Валя) При илеоцекальной инвагинации в правом нижнем квадранте живота пальпируется плотное образование цилиндрической формы. Перистальтически е шумы в первые часы заболевания усилены, нередко слышны на расстоянии (урчание, переливание, бульканье, симптом падающей капли). Бурная перистальтика более характерна для обтурации. При странгуляции усиление перистальтических шумов наблюдают в начале заболевания. В дальнейшем вследствие некроза кишки и перитонита перистальтические шумы ослабевают и полностью исчезают (симптом "гробовой тишины"). 2) перкуссия (тимпанический звук с металлическим оттенком (положительный симптом Кивуля). 3) пальцевое исследование (баллонообразное расширение пустой ампулы прямой кишки и зияние заднего прохода вследствие ослабления тонуса сфинктера прямой кишки (положительный симптом

Обуховской больницы)), 4) Лабораторнн. исследование (увеличение количества эритроцитов (до $5-6 \cdot 10^9/\text{л}$), повышение содержания гемоглобина, высокий уровень гематокрита, а в более поздних стадиях, при развитии воспалительных изменений, резко увеличивается лейкоцитоз (до $10-20 \cdot 10^9/\text{л}$ и более) и СОЭ. уменьшение объема циркулирующей плазмы, различные степени дегидратации, снижение содержания калия и хлоридов крови, гипопроотеинемия, азотемия и изменения кислотно-основного состояния в сторону как алкалоза, так и ацидоза (в зависимости от стадии заболевания) . По мере увеличения сроков заболевания превалирует ацидоз). 5) рентгенологическое исследование(петли кишечника, заполненные жидкостью и газом. Скопление газа над горизонтальными уровнями жидкости имеет характерный вид перевернутых чаш (симптом чаши Клойбера). Петли тонкой кишки, раздутые газом и частично заполненные жидкостью, имеют вид аркад или вертикально расположенных труб с уровнем жидкости (симптом "органных труб"). В случае тонкокишечной непроходимости чаши Клойбера имеют небольшие размеры, горизонтальные уровни жидкости ровные, на рентгенограммах, кроме того, определяются растянутые газом петли тонкой кишки в виде аркад. На фоне газа хорошо видны круговые складки слизистой оболочки тонкой кишки (складки Керкрина), имеющие форму растянутой спирали. При непроходимости тощей кишки горизонтальные уровни жидкости локализуются в левом подреберье и эпигастральной области. При непроходимости терминального отдела подвздошной кишки — в чревной области. В случае толстокишечной непроходимости горизонтальные уровни жидкости в меньшем количестве, чем при тонкокишечной непроходимости, расположены по периферии брюшной полости, в боковых отделах живота. Вертикальные размеры чаш Клойбера преобладают над горизонтальными. На фоне газа видны циркулярные выпячивания стенки ободочной кишки (гаустры) . Уровни жидкости при наличии оформленного кала в жидком содержимом толстой кишки не имеют ровной поверхности ("зеркала"). Тонкокишечную непроходимость диагностируют, применяя при рентгенологическом исследовании водорастворимый контраст (гастрографин и др.) или взвесь бария. При полной или так называемой завершённой непроходимости контрастное вещество, задерживаясь на уровне препятствия, даёт возможность выявить изменения в приводящем отделе кишки. При частичной непроходимости контраст может продвигнуться до слепой кишки. Более четкое представление об изменениях в тонкой кишке даёт введение контрастного вещества через зонд непосредственно в двенадцатиперстную кишку (интестиноскопия), что позволяет избежать растворения и задержки его в желудке, точнее выявить расширение кишки выше места препятствия, определить скорость пассажа контрастного вещества по кишке). 6) ирригоскопия (уровень и причину непроходимости. На рентгенограммах можно обнаружить сужение просвета кишки и дефекты наполнения, обусловленные опухолью. Сужение дистального отдела раздутой сигмовидной ободочной кишки в виде клюва наблюдается при ее заворотах. Дефекты наполнения в виде полулуния, двузубца характерны для илеоцекальной инвагинации). 7) колоноскопия, 8) лапароскопия (позволяющая в трудных случаях не только выявить причину непроходимости, но и провести некоторые манипуляции, например рассечение спаек, деторсию кишки), 9) УЗИ, КТ (скопление жидкости в брюшной полости, опухоль (по увеличению толщины стенок и изменению контуров кишки) .

3) Лечебная тактика? Экстренная лапаротомия, расправление кишечного узла, определение жизнеспособности кишки, резекция кишечника при сомнении в жизнеспособности.

075.

У больной 65 лет, находившейся на лечении в терапевтическом отделении по поводу хронического холецистита, внезапно 4 ч назад появились резкие боли в правом мезогастрин. Неоднократно возникла рвота слизью, неприносящая облегчения. Температура - 37,8°C. Лейкоцитоз – 13,0x10⁹/л. Состояние больной было расценено как обострение холецистита. Однако, через 1,5 часа боли в животе усилились, появились симптомы раздражения брюшины. Лейкоциты – 16,0x10⁹/л. Температура – 38,2°C. Больная с диагнозом деструктивного холецистита переведена в хирургическое отделение и срочно оперирована. На операции выявлено патологическое инородное тело в нисходящей части 12-перстной кишки, плотное, диаметром 4 см, занимающее весь просвет кишки и фиксированное в ней. Вышележащие отделы раздуты, нижележащие - в спавшемся состоянии. Небольшое количество мутноватого выпота. В желчном пузыре конкременты не определяются. Желчный пузырь и элементы связки в плотном инфильтрате.

1) Ваш диагноз? Хронический калькулезный холецистит. Острая высокая тонкокишечная непроходимость. Местный перитонит. Пузырно - двенадцатиперстный свищ.

2) Круг дифференциальной диагностики? Безоары другого происхождения, инородные тела.

1) План дополнительного исследования? УЗИ, ревизия брюшной полости.

2) Тактика лечения? Вскрытие кишки, удаление камня, дренирование брюшной полости.

079

Больная 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией, осматривается врачом СМП через 4 ч от начала ухудшения состояния. Жалобы на внезапно возникшую резкую боль в животе, постоянного характера, без четкой локализации. Больная громко стонет, мечется, принимает коленно-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 в минуту, аритмичный. АД - 160/90 мм рт. ст. Температура тела нормальная. Язык сухой. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, мягкий. Боль при пальпации не усиливается. При перкуссии участки тимпанита чередуются с участками притупления, перистальтические шумы не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии нет.

1) Как оценить рвоту с каловым запахом? Диагноз: Высокая кишечная непроходимость. В пользу подтверждения данного диагноза: резкая боль в животе без четкой локализации, больной беспокоен, многократная рвота с каловым запахом (в позднем периоде рвотные массы приобретают фекалоидный запах из-за гнилостного разложения содержимого в приводящем отделе кишки), водянистый стул с примесью крови, низкое АД и учащенный пульс, данные перкуссии и аускультации.

2) Вероятная причина болей в животе? Тромбоз мезентериальных сосудов с некрозом кишечника. Тромбоз может быть обусловлен тем, что в анамнезе у больной ГБ и мерцательная аритмия, которая нередко приводит к тромбозу сосудов.

3) Как объяснить отсутствие шумов перистальтики? Исчезновение перистальтических шумов происходит в результате некроза кишечника (вследствие, паралич кишечника) - симптом «гробовой тишины».

4) Тактика на догоспитальном этапе? Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

083

Больной 62 лет спустя месяц после подъема тяжести стал периодически отмечать боли внизу живота, которые усиливались при кашле или натуживании. При осмотре: в левой паховой области определяется опухолевидное образование округлой формы размером до 3-3,5 см в диаметре и незначительно увеличивается при физическом усилии. В горизонтальном положении больного оно свободно вправляется в брюшную полость. Диаметр наружного отверстия пахового канала равен 1.5 см.

1) Ваш диагноз? Диагноз: Левосторонняя прямая паховая грыжа. Обоснование диагноза. Прямая паховая грыжа чаще бывает у пожилых людей. Анамнез: постепенное развитие грыжевого выпячивания, появление выпячивания при натуживании в вертикальном положении тела больного и вправление - в горизонтальном; беспокоят боли в области грыжи. Грыжевое выпячивание округлой формы, располагается у медиальной части паховой связки. Грыжа редко опускается в мошонку, при объективном обследовании задняя стенка пахового канала всегда ослаблена. Кашлевой толчок ощущается прямо против наружного отверстия пахового канала. Грыжевой мешок располагается кнутри от семенного канатика. Данные осмотра: определяется опухолевидное образование округлой формы, которое увеличивается при физическом усилии.

2) Какое лечение Вы назначите больному? Основным методом является хирургическое лечение - Грыжеечение слева с пластикой задней стенки пахового канала под местной анестезией. Главная цель операции - пластика пахового канала. Операцию проводят по этапам. 1 этап - формирование доступа к паховому каналу. В паховой области производят косой разрез параллельно и выше паховой связки от передневерхней ости подвздошной кости до симфиза. Рассекают апоневроз наружной косой мышцы живота; верхний его лоскут отделяют от внутренней косой и поперечной мышц, нижний - от семенного канатика, обнажая при этом желоб паховой связки до лонного бугорка. 2 этапом выделяют и удаляют грыжевой мешок; 3 этапом ушивают глубокое паховое кольцо до нормальных размеров (диаметр 0,6 - 0,8 см); 4этап - собственно пластика пахового канала. При выборе метода пластики пахового канала следует учитывать, что основной причиной образования паховых грыж является слабость его задней стенки. При прямых грыжах должна быть выполнена пластика задней стенки пахового канала. Укрепление передней его стенки с обязательный сужением глубокого кольца до нормальных размеров может быть применено у детей и молодых мужчин при небольших косых паховых грыжах. Способ Бассини предусматривает укрепление задней стенки пахового канала. После удаления грыжевого мешка семенной канатик отодвигают в сторону и под ним подшивают нижний край внутренней косой и поперечной мышцы вместе с поперечной фасцией живота к паховой связки. Семенной канатик укладывают на образованную мышечную стенку. Наложение глубоких швов способствует восстановлению ослабленной задней стенки пахового канала. Края апоневроза наружной мышцы живота сшивают край в край над семенным канатиком.

084.

У больного 54 лет с правосторонней паховой грыжей во время перестановки мебели возникла резкая боль в правой паховой области, продолжающаяся после прекращения усилия, что побудило больного обратиться за помощью в лечебное учреждение. При осмотре: установлено наличие в правой паховой области опухолевидного образования овальной формы размером 6x4x3 см тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок не проводится.

1) Ваш диагноз? Диагноз: Правосторонняя ущемленная паховая грыжа

2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику? С копростазом и ложным ущемлением.

3) Лечебная тактика? Лечение . При ущемлении грыжи необходима экстренная операция. Ее проводят так, чтобы, не рассекая ущемляющее кольцо, вскрыть грыжевой мешок, предотвратить ускользание ущемленных органов в брюшную полость. Операцию проводят в несколько этапов. 1 этап — послойное рассечение тканей до апоневроза и обнажение грыжевого мешка. 2 этап — вскрытие грыжевого мешка, удаление грыжевой воды. Для предупреждения соскальзывания в брюшную полость ущемленных органов ассистент хирурга удерживает их при помощи марлевой салфетки. Недопустимо рассечение ущемляющего кольца до вскрытия грыжевого мешка. 3 этап — рассечение ущемляющего кольца под контролем зрения, чтобы не повредить припаянные к нему изнутри органы. 4 этап — определение жизнеспособности ущемленных органов. Это наиболее ответственный этап операции. Основными критериями жизнеспособности тонкой кишки являются восстановление нормального цвета кишки, сохранение пульсации сосудов брыжейки, отсутствие странгуляционной борозды и субсерозных гематом, восстановление перистальтических сокращений кишки. Бесспорными признаками нежизнеспособности кишки являются темная окраска, тусклая серозная оболочка, дряблая стенка, отсутствие пульсации сосудов брыжейки и перистальтики кишки. 5 этап — резекция нежизнеспособной петли кишки. От видимой со стороны серозного покрова границы некроза резецируют не менее 30—40 см приводящего отрезка кишки и 10 см отводящего отрезка. Резекцию кишки производят при обнаружении в ее стенке странгуляционной борозды, субсерозных гематом, отека, инфильтрации и гематомы брыжейки кишки. При ущемлении скользящей грыжи необходимо определить жизнеспособность части органа, не покрытой брюшиной. При обнаружении некроза слепой кишки производят резекцию правой половины толстой кишки с наложением илеотрансверсоанастомоза. При некрозе стенки мочевого пузыря необходима резекция измененной части пузыря с наложением эпицистостомы. 6 этап — пластика грыжевых ворот. При выборе метода пластики следует отдать предпочтение наиболее простому. При ущемленной грыже, осложненной флегмоной, операцию начинают со срединной лапаротомии (1 этап) для уменьшения опасности инфицирования брюшной полости содержимым грыжевого мешка. Во время лапаротомии производят резекцию кишки в пределах жизнеспособных тканей и накладывают меяскишечный анастомоз. Затем производят грыжесечение (2 этап) — удаляют ущемленную кишку и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не делают, а производят хирургическую обработку гнойной раны мягких тканей, которую завершают ее дренированием. Необходимым компонентом комплексного лечения больных является общая и местная антибиотикотерапия.

114.

Больной 56 лет. Обратился в поликлинику с жалобами на недомогание в течение последних двух недель, субфебрилитет, быструю утомляемость, катаральные явления. При осмотре выявлена иктеричность кожи и склер. Печень на 2 см ниже края реберной дуги. В правом подреберье пальпируется малоблезненное опухолевидное образование округлой формы, плотно-эластической консистенции. Селезенка не увеличена. С диагнозом инфекционный гепатит больной был госпитализирован в инфекционную больницу.

1) Правомочен ли выставленный диагноз? Нет,

2) Как оценить образование в правом подреберье при наличии желтухи? Симптом Курвуазье

3) Какова причина этого синдрома? Давление общего желчного протока опухолью

4) Какие исследования показаны в данной ситуации? УЗИ, ретроградная панкреатография, дуоденография с искусственной гипотонией, КТ, лапароскопия, биохимические исследования крови (на трансаминазы, щелочную фосфатазу)

ТРАВМЫ И ОТРАВЛЕНИЯ

005

Больной Ж., 37 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие боли в правой половине таза. 40 минут назад был сбит автомашиной, получил удар в область правой половины таза. Сознание не терял. При осмотре: в области крыла правой подвздошной кости имеется обширная подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации лонной, седалищной костей и крыла подвздошной кости справа. Правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротирована наружу. При измерении длины правой ноги абсолютного укорочения не определяется, однако при измерении длины от мечевидного отростка имеет место относительное укорочение на 2,5 см. При сдавлении костей таза положительный симптом Ларрея и симптом Вернея.

- 1) Ваш предварительный диагноз? перелом таза типа Мальгенья;
- 2) Ваша тактика? обзорная рентгенография таза в прямой проекции, катетеризация мочевого пузыря, рентген контрастная цистография; в приёмном отделении сделать внутритазовую блокаду по Школьникову - Селиванову. Провести спицу для скелетного вытяжения в надмышцелковой зоне правого бедра. В травматологическом отделении наложить вытяжение и уложить больного в формообразующий гамак при помощи системы балканских рам и шин Белера; рентгенконтроль впервые. При необходимости провести коррекцию вытяжения и положения в гамаке с повторным контролем; симптоматическая терапия; лечение в течение 7-8 недель.

006

Больная Е., 72 лет доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение с жалобами на боли в левом тазобедренном суставе и невозможность встать на левую ногу. Со слов больной дома, оступившись, упала на левый

бок. При осмотре: левая нога ротирована наружу, укорочение на 3 см, положителен симптом "прилипшей пятки", линия Шумахера проходит ниже пупка. Общее состояние удовлетворительное. АД - 160/90 мм рт. ст. Пульс - 80 в минуту. ЧД - 18 в минуту.

- 1) Ваш предположительный диагноз? перелом шейки левого бедра;
- 2) Ваша тактика? рентгенография левого тазобедренного сустава; сделать блокаду места перелома путём внутрисуставного введения 20 мл 1% раствора новокаина, наложить скелетное вытяжение; проводить симптоматическую терапию, обследовать, готовить к операции имплантации однополюсного эндопротеза.

010

Раненый Д., 20 лет, при взрыве получил сильный удар в области правой половины грудной клетки крупным отломком бетонной стены. Доставлен на МПП в тяжелом состоянии. Жалобы на резкие боли, ощущение нехватки воздуха. Выраженный цианоз. Дыхание поверхностное до 36 в минуту. Пульс - 100 в минуту, ритмичный. АД - 140/100 мм

рт. ст. Перкуторно - звук справа с коробочным оттенком, внизу укорочен, дыхание резко ослаблено. При аускультации выслушивается "хруст снега", пальпаторно - тестовая консистенция грудной клетки, крепитация газа в мягких тканях. Отмечается западение на вдохе участка грудной стенки между передней и задней подмышечной линиями на уровне 3-го и 4-го межреберий.

- 1) Ваш предположительный диагноз? множественный окончательный перелом ребер справа. Гемопневмоторокс. Острая дыхательная недостаточность.
- 2) Объем помощи? В перевязочной МПП сделать вагосимпатическую и паравертебральную блокады. Плевральные пункции во II и VIII межреберьях для удаления воздуха и крови из плевральной полости. Симптоматическая медикаментозная терапия. Лейкопластырная фиксирующая повязка на область окончательного перелома.

017

Больной 32 лет во время автодорожного происшествия (столкновение автомобилей) получил прямой удар в области правого плеча. Почувствовал резкую боль, хруст, рука, по его словам, "повисла". Попутным транспортом без иммобилизации доставлен в приемное отделение ЦРБ через 30 минут после травмы. При осмотре: деформация правого плеча под углом открытым кнутри и кпереди, небольшой отек плеча. При пальпации резкая болезненность резко усиливается при осевой нагрузке на границе средней и верхней трети плечевой кости, патологическая подвижность. Активные движения в правом плечевом и локтевом суставах отсутствуют из-за боли. Отсутствует тыльная флексия правой кисти, отведение и разгибание I пальца, разгибание II-IV пальцев кисти. Чувствительность на тыле кисти (I палец, межпальцевой промежуток, II палец) нарушена. Пульс на лучевой артерии сохранен.

- 1) Ваш предварительный диагноз? перелом правой плечевой кости со смещением отломков, повреждение лучевого нерва
- 2) Как следовало произвести транспортную иммобилизацию этому больному? Транспортную иммобилизацию следует проводить с помощью лестничной шины (от здоровой лопатки до нижней трети предплечья)
- 3) Какие дополнительные методы исследования показаны? рентгенография правого плеча в двух проекциях;
- 4) Какая лечебная тактика по отношению к данному больному? Показано оперативное лечение - ревизия лучевого нерва, остеосинтез плечевой кости. Наложить скелетное вытяжение, назначить анальгетики, обследовать. Произвести открытую репозицию, остеосинтез, ревизию лучевого нерва и обеспечить иммобилизацию. Рентгенконтроль. Выписка после снятия швов;
- 5) Как помочь этому пострадавшему, если в ЦРБ нет травматологического отделения? Следует произвести блокаду области перелома 1-2% раствором новокаина (20.0-30.0), наложение гипсовой лонгеты от здоровой лопатки до нижней трети предплечья и транспортировку в специализированное отделение.

019

Больной 23 лет обратился в хирургический кабинет поликлиники с жалобами на боли в правом коленном суставе, периодически наступающее "за-клинивание" сустава. Болен около двух лет, когда получил травму сустава при игре в футбол. К врачу не обращался, лечился домашними средствами (растирания, компрессы), периодически носил наколенник. За четыре

дня до обращения, выходя из автомашины, подвернул ногу, вновь почувствовал боль в коленном суставе, не мог разогнуть ногу, затем при каком-то движении "сустав встал на место". При осмотре: коленный сустав фиксирован наколенником. По снятии наколенника отмечается сглаженность контуров сустава, атрофия мышц правого бедра. В полости сустава определяется небольшой выпот (надколенник "баллотирует"). Положительные симптомы Чаклина, "ладони", Байкова, Мак-Моррея.

1) Ваш предположительный диагноз? повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава, синовит, динамические блокады;

2) В чем заключаются перечисленные выше симптомы повреждения коленного сустава? Знаете ли Вы какие-либо еще симптомы, характерные для этого повреждения? Чаклина симптом. Если больной активно поднимает поврежденную ногу в разогнутом положении, то при повреждении внутреннего мениска наблюдают уплощение широкой мышцы бедра и компенсаторное напряжение портняжной. Симптом наиболее ярко выражен у мужчин, особенно в случаях хронического состояния после повреждения мениска. Байкова симптом. Синоним: симптом «разгибания». Удерживая палец на уровне суставной щели коленного сустава и производя разгибание, удается вызвать болезненность. Наблюдают при повреждениях мениска коленного сустава. Мак Моррея симптом (McMurray). У больного, лежащего на спине с согнутыми в коленях суставами, производят внутреннюю и наружную ротацию коленного сустава. При повреждении менисков коленного сустава в задней части сустава возникает хруст и боль. Симптомы повреждения внутреннего мениска коленного сустава: боль на внутренней стороне коленного сустава; точечная чувствительность над местом прикрепления связки к мениску; болевой прострел при напряжении; «блокада» колена; боль вдоль большеберцовой коллатеральной связки при переразгибании и повороте голени наружу при согнутой в колене ноге; боль при чрезмерном сгибании ноги; синовит; слабость мышц передней поверхности бедра.

3) Какие дополнительные методы исследования необходимы и возможны? рентгенография сустава в 2 проекция; провести обследование (РАК, ОАМ, сахар и биохимический анализ крови, ПО и фибриноген, группу крови, ВИЧ, RW, HBs Ag)

4) Какова лечебная тактика? и направить в ортопедотравматологическое отделение для плановой операции; операции артротомия, менискэктомия или менискэктомия артроскопическим методом.

020

Больной 22 лет во время игры в футбол упал на вытянутую правую руку. Почувствовал резкую боль в правом плечевом суставе. Товарищами на автомашине доставлен в хирургический кабинет поликлиники через 20 минут после травмы. При осмотре: правая рука отведена, слегка повернута наружу. Контур правого плечевого сустава изменены. При пальпации головка плечевой кости определяется в области клювовидного отростка лопатки, ниже акромиального отростка - западение. Умеренная болезненность при пальпации. Активные движения в плечевом суставе отсутствуют при попытке пассивных движений, приведения конечности определяется пружинящее сопротивление. Пульс на лучевой артерии сохранен, чувствительность и подвижность пальцев правой кисти не изменены.

1) Ваш предположительный диагноз? Подклювовидный вывих правого плеча;

2) Как следует произвести транспортную иммобилизацию конечности? Поврежденную конечность фиксируют транспортной шиной фиксирующей повязкой или косынкой. Следует проводить с помощью лестничной шины (от здоровой лопатки до нижней трети предплечья)

3) Какие дополнительные методы исследования показаны данному больному? Рентгенография правого плечевого сустава;

4) Какова дальнейшая лечебная тактика? Ввести внутрь сустава 20 мл 1% раствора новокаина и через 5-7 минут произвести вправление вывиха плеча и наложить повязку Вайнштейна в гипсовом исполнении. Сделать рентгенконтроль; если вывих не вправлен: Вызвать машину «скорой помощи» и направить в травматологическое отделение, где под местным или общим обезболиванием произведут попытку закрытого вправления. Если закрыто вправить не удастся произведут открытое вправление в плановом порядке.

026

Повод к вызову СМП: «боли в животе». Мужчина 35 лет 2 часа назад выпил глоток жидкости без цвета и запаха, приняв ее за минеральную воду. Сразу же после этого почувствовал острую боль в горле и подложечной области, бала рвота с примесью крови. В анамнезе – хронический гастрит. При осмотре: кожа бледная, сухая. Беспокоен, стонет от боли. Пульс – 96 в мин. АД -130\90 мм. рт. ст Дыхание самостоятельное, 22 в мин., в достаточном объеме, везикулярное. Живот участвует в акте дыхания, болезненность и напряжение брюшной стенки при пальпации в эпигастральной области. В остальных отделах живот мягкий, без болезненный.

1) Какую жидкость выпил пациент? Можно предположить что пациент выпил жидкость прижигающего действия, относящуюся к группе коррозивных ядов (кислоты, щелочи, окислители) с формированием коагуляционного (кислоты) или колликвационного некроза (щелочи). На ранних сроках отравления оценить степень тяжести повреждения возможно только эндоскопически. Выделяют : 1 ст.тяжести - характеризуется отеком, гиперимией с возможными поверхностными поражениями слизистой, процесс организации не приводит к деформационным изменениям; 2 ст. тяжести - вовлекается подслизистый слой, а возможно и мышечный, результатом чего является большая вероятность стенозирования; 3 ст.тяжести - наблюдается некроз всех слоев стенки пищевода или желудка с возможной перфорацией, которая может быть прикрыта прилежащими органами, формирование рубцов и стенозирования возникает практически в 100% случаев.

2) Что можно было бы обнаружить при осмотре зева? отек, гиперимию с возможными поверхностными поражениями слизистой, кровоточивость слизистой полости рта, зева и миндалин, слюнотечение, боль при глотании.

3) Методы купирования болей? в/в введение трамала, при неэффективности в/м введением наркотических анальгетиков (промедол, омнопон), препаратов для нейролептаналгезии (фентанил+дроперидол), смесью закиси азота и кислорода в соотношении 1:1. Спазмы гладкой мускулатуры устраняются в/м введением атропина, папаверина, дибазола.

4) Мероприятия для прекращения всасывания яда? Зондовое промывание желудка. Промывание производить обильным количеством (8-10 л) холодной воды. (Холодная вода уменьшает гиперимию и этим ограничивает всасывание.) Наличие крови в промывных водах не является противопоказанием к проведению процедуры. Недопустимо вызывание рвоты и беззондовое промывание желудка, так как повторное попадание коррозивного яда в пищевод усугубит его повреждение, а аспирирование может способствовать повреждению дыхательных путей. Слабительные средства обычно не назначают, чтобы не спровоцировать повреждение и толстого кишечника, однако производят энтеросорбцию (при отравлении кислотами, щелочи углем не сорбируются), чтобы связать яд попавший в тонкий кишечник.

027

Больная 25 лет, поступила в коматозном состоянии. 1 час назад была обнаружена в своей комнате. У кровати – упаковка от фенобарбитала и мепробамата. Объективно: сознание отсутствует. Роговичный, глоточный, сухожильные рефлексы не определяются. Слабо реагирует на болевые раздражения. Двусторонний синдром Бабинского. Цианоз губ. ЧД -12 в мин. В легких рассеянные сухие хрипы. АД-110/60 мм.рт.ст. пульс -88 в мин., ритмичный, температура – 35,5 0С.

1) Определите степень тяжести комы? Кома II степени, о чем свидетельствует отсутствие роговичного, глоточного, сухожильных рефлексов, слабая реакция на болевые раздражения. Наличие признаков дыхательной недостаточности (гиповентиляции - ЧД-12 в мин., цианоз, хрипы в легких),двухстороннего синдрома Бабинского, но нет нарушений со стороны гемодинамики. Дать количественную оценку сознания по шкале Глазго ,из условий задачи, не представляется возможным.

2) Какое неотложное лечение следует проводить в течение первых 3-4 часов? Вданной клинической ситуации имеется острое медикаментозное отравление транквилизаторами (мепротан) и барбитуратами (фенобарбитал).Мепротан и фенобарбитал имеют небольшую связь с белками 20 и 15% соответственно, поэтому метод гемодилюции, форсированный диурез,а также гемоперфузия, способны за 4 часа удалить 40-50% циркулирующего в крови вещества. Неотложные мероприятия в первые 3-4 часа включают в себя : 1.Стабилизация состояния больного: обеспечение адекватного дыхания (интубация трахеи, вспомогательная вентиляция легких) и гемодинамики. Показано в связи с начальными проявлениями угнетения дыхательного центра. 2.Промывание желудка, проведение энтеросорбции, кишечный лаваж. Для уменьшения дальнейшего всасывания яда и в связи с пероральным его поступлением в организм. 3.Проведение дезинтоксикационной терапии : гемодилюция с форсированным диурезом (в\в перфузия 5% глюкозы 1000мл с добавлением 2-5 г хлорида калия). 4.Экстрокорпоральные методы детоксикации (гемосорбция, диализ и т.д.) 5.Ранее назначение парацетама (20 мг/кг) для ускорения выхода из комы. 6.Профилактика пневмонии.

3) Клинические и параклинические методы наблюдения за больной? А) состояние нервной системы: сознание, реакции на раздражители, рефлексы. Б) гемодинамика : Контроль АД, Ps, ЦВД, ЭКГ, Т. В) дыхание: частота и ритм спонтанного дыхания, аускультация легких, SpO₂, газы крови. Д) Диурез, биохимический мониторинг крови.

028

Мужчина 35 лет, доставлен в коматозном состоянии. СМП была вызвана сыном больного, который при возвращении из школы застал своего отца лежащим на полу без движений. Соседи сообщили, что он не работает 10 мес, 6 мес. Назад его покинула жена, был в депрессивном состоянии, принимал транквилизаторы. В прошлом злоупотреблял алкоголем, курил. 4 года назад – травма черепа, 2 года СД, не лечился. При обследовании: следы рвоты на одежде, сознание полностью отсутствует. Сухожильные рефлексы (0), патологических нет. Зрачки обычной величины, слабо реагируют на свет. Роговичные рефлексы сохранен. Болевая чувствительность снижена. Ригидность затылочных мышц нет. Наружных повреждений нет. Цианоз губ, акроцианоз. Температура тела -35.60С. в легких много грубых сухих хрипов, больше справа. ЧД – 12 в мин. Пульс – 60 в мин. АД – 100/70 мм.рт.ст. запаха изо рта нет. Врачом СМП сделано в\в вливание 5% глюкозы. В стационаре проведены исследования: глюкоза крови -12 ммоль\л, калий – 3,6 ммоль\л, бикарбонаты – 30 ммоль\л,

pH – 7, 25. Сахар в моче (+), ацетон(-) ЭКГ: синусовый ритм. Рентгенография: затемнение без четких границ над правой диафрагмой

1. Какова степень тяжести комы? У данного пациента отмечается кома I степени, которая характеризуется сохраненной реакцией на боль на фоне полного выключения сознания. Дать количественную оценку степени утраты сознания по шкале Глазго не представляется возможным из-за скудного описания глазных, словесных и двигательных реакций в ответ на соответствующие раздражители.

2. Как объяснить наличие выраженного цианоза, редкого дыхания, ацидоза? Возникновение цианоза связано с увеличением в капиллярной крови количества восстановленного гемоглобина, который имеет темный цвет. Степень цианоза пропорциональна количеству восстановленного гемоглобина. Когда степень капиллярного недопасыщения приближается к 50 г/л (5 г%) восстановленного гемоглобина появляется цианоз. Наличие брадипноэ обусловлено нарушением центральной регуляции дыхания (возможно угнетение дыхательного центра). Причинами декомпенсированного дыхательного ацидоза могут быть :
1. Угнетение дыхательного центра (возможно передозировка транквилизаторов, отек мозга и др.) 2. Патологические изменения в легочной ткани (пневмония, ателектаз, отек). pH-7,25 (N- 7,32- 7,42), бикарбонаты - 30 ммоль/л (N - 24-28 ммоль/л.)

3. Какая возможная причина комы? острое медикаментозное отравление транквилизаторами, диабетическая кома.

4. Как объяснить затемнение в правом легком? Аспирация рвотных масс, с развитием аспирационного ателектаза нижней доли правого легкого.

5. Какое требуется неотложное лечение? А) интубация трахеи и проведение ИВЛ. Показано в связи с начальными проявлениями угнетения дыхательного центра. Б) стабилизация гемодинамики. В) для уменьшения всасывания яда, зондовое промывание желудка до чистых вод. Промывание желудка показано во всех случаях, независимо от предполагаемых сроках отравления. Для уменьшения дальнейшего всасывания яда и в связи с пероральным его поступлением в организм. Г) для ускорения выведения яда из ЖКТ, солевое слабительное, сифонные клизмы. Д) Энтеросорбция. Е) Так как, транквилизаторы (особенно бензодиазепины) хорошо растворимы в липидах, они имеют высокую степень связывания с белком и крайне низко выделяются с мочой, проведение форсированного диуреза (в\в перфузия 5% глюкозы 1000мл с добавлением 2-5 г хлорида калия) мало эффективно, методом выбора будет являться плазмоферез (плазмасорбция).

БОЛЕЗНИ ПОЧЕК И МОЧЕВОГО ТРАКТА

020.

Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на боли в правой поясничной области, слабость, головную боль, ознобы. Больная заторможена, при пальпации - правая почка резко болезненна. При хромоцистоскопии индигокармин из левого устья выделяется на 4-й минуте, а справа - не выделяется. На обзорной рентгенограмме в проекции правого мочеточника определяется тень, подозрительная на конкремент 0,6-0,8 см.

1) Диагноз заболевания? Камень правого мочеточника, острый вторичный пиелонефрит. Диагноз камня правого мочеточника можно поставить на основе клиники почечной колики (боли в правой поясничной области, слабость, головную боль, ознобы, больная заторможена, при пальпации - правая почка резко болезненна). Причиной возникновения почечной колики являются: нарушение оттока мочи из почки, вызванное окклюзией камнем мочевых путей, резкое повышение внутрилоханочного давления, раздражение рецепторов чувствительных нервных окончаний фиброзной капсулы и ворот почки, расстройство микроциркуляции

почки, обусловленное венозным застоем. При резко увеличивающемся внутрилоханочном давлении возможно развитие пиеловенозного рефлюкса, проявлением которого является потрясающий озноб, а в последующем макрогематурия. В этой ситуации нарушение оттока мочи приводит к развитию острого обструктивного пиелонефрита, проявляющегося повышением температуры тела (особенно по вечерам) до 38—39 °С, ознобом.

2) Какие необходимо провести дополнительные исследования? 1) Экскреторная урография для оценки функции пораженной и контрлатеральной почек. (состоянии почек и расположении камня, косвенно указывает на их функциональное состояние, а также функциональное состояние верхних и нижних мочевых путей. Своевременность (7—10 мин) накопления контрастного вещества в почке с визуализацией чашечно-лоханочной системы позволяет судить о функциональном их состоянии, определить вид лоханки (внутри- и внепочечный тип), степень ретенции (расширение) чашечно-лоханочной системы. Тень камня представляет собой дефект контрастирования мочевыделительной системы. Визуализация мочеточника позволяет дифференцировать флеболиты от камня, над которым, как правило, определяется стаз контрастного вещества — симптом «указательного пальца»).

3) Лечебная тактика? Если с момента повышения температуры прошло не более 1-2 суток, возможна уретеролитотомия. Уретеролитотомия — удаление камня из мочеточника после вскрытия мочеточника посредством открытого оперативного вмешательства. Она показана в тех случаях, когда нельзя применить другие методы или они оказались неэффективными. Наиболее часто к уретеролитотомии прибегают при крупных камнях верхней трети мочеточника, осложнившихся развитием острого гнойного пиелонефрита. В этой ситуации уретеролитотомия сочетается с ревизией почки, декапсуляцией и нефростомией. В зависимости от локализации камня доступ к мочеточнику может быть люмботомическим (по Федорову) — при камне верхней трети мочеточника, параректальным, межмышечным — при камне средней трети мочеточника, подвздошным (по Пирогову, Израелю) — при камнях нижней трети мочеточника. После выделения мочеточника и выявления в нем камня производят продольный разрез стенки мочеточника выше места стояния камня и после его удаления, ревизии проходимости мочеточника с помощью катетера разрез ушивают наглухо. При сниженной функции почки или инфицированной моче через разрез устанавливают внутренний стент, на котором и ушивают разрез мочеточника. При более длительном периоде острого воспалительного процесса и возможном возникновении гнойного пиелонефрита показана нефростомия с декапсуляцией почки или нефрэктомия.

023.

Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретрорагии. Из анамнеза известно, что час назад он на стройке упал и ударился промежностью о доску.

1) Ваш предварительный диагноз? Можно заподозрить разрыв уретры, так как в анамнезе имеется травма промежности, и характерным симптомом повреждения уретры считается уретроррагия. Уретроррагия как симптом повреждения возникает тотчас после травмы или при первой попытке мочеиспускания.

2) Лечебная тактика? Показана цистостомия. Надлобковое дренирование мочевого пузыря необходимо во всех случаях проникающего разрыва уретры и является обязательным условием, так как дренирование уретральным катетером может сопровождаться воспалительными осложнениями — уретритом, эпидидимитом, простатитом, что в последующем ведет к развитию уретральных свищей. В случае небольших проникающих разрывов уретры при удовлетворительном состоянии больного, отсутствии значительной

мочевой инфильтрации и парауретральной гематомы, опасности развития вторичного шока результате операции, а также ранней госпитализации пострадавшего (до 6ч с момента травмы) возможно восстановление поврежденной уретры путем выполнения первичного шва уретры. Оперативное вмешательство выполняют промежностным доступом, производится иссечение повреждение тканей уретры и сшивание периферического и центрального ее отрезке конец в конец. Противопоказанием к первичному шву уретры являются тяжелые сопутствующие повреждения, сопровождающиеся шоком, значительные мочевые затеки, обширные повреждения мочеиспускательного канала большим расхождением концов уретры, а также поздняя госпитализация пострадавшего в стационар. В этих случаях оперативное лечение должно быть минимальным — троакарная цистостомия или высокое сечение мочевого пузыря (эпицистостомия) и дренирование через промежность околоуретральной гематомы (урогематомы). Учитывая небольшой срок прошедший с момента травмы, возможен первичный шов уретры.