

1

Больной Г., 24 года, страдает коарктацией аорты с АД - 200/100 мм рт. ст. на руках. Внезапно появились сильные боли сжимающего характера в грудной клетке спереди с иррадиацией в обе руки и спину.

*При обследовании:* обильный пот, одышка - 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, систолический шум на аорте и паравертебрально.

Пульс - 110 в минуту, ритмичный, слева меньшего наполнения. АД справа - 150/100 мм рт. ст., слева - 100/70 мм рт. ст. Пульсация на бедренных артериях и артериях стоп усилена.

*ЭКГ:* левограмма, высокая амплитуда R в V<sub>4-6</sub>, aVL, там же асимметричные отрицательные зубцы T. Зубцы Q отсутствуют.

*Рентгенография:* расширение тени аорты.

АсАТ - 3.2 ммоль/мл/ч.

На следующий день отмечено прогрессивное снижение АД до 70/30 мм рт. ст., появился диастолический шум на аорте. В последующем развилась правосторонняя гемиплегия, появилась жидкость в левой плевральной области, шок, смерть.

- 1) Какова причина болевого приступа?
- 2) Как объяснить различие пульса и АД на руках?
- 3) Как объяснить развитие гемиплегии?
- 4) Какова причина шока?
- 5) Как объяснить изменения ЭКГ?
- 6) Какие два признака противоречат поставленному диагнозу?

**Ответ:**

1. Причиной болевого приступа является расслоение стенок грудной аорты (диссекция).
2. Отслойка интимы аорты на уровне дуги аорты в сегменте между устьем брахиоцефального ствола и левой общей сонной артерией препятствует кровотоку в левую подключичную артерию, что и является причиной разности давления на руках.
3. Причиной правосторонней гемиплегии является ишемический инсульт в зоне кровоснабжения левой средней мозговой артерии. Причина ишемии в данном бассейне – препятствие кровотока отслоенной интимой аорты.
4. Шок геморрагический. Причина – кровопотеря в левую плевральную полость из разорванной аорты.
5. Признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.
6. Противоречит диагнозу – «усиление пульсации на бедренных артериях и артериях стоп».

У ребенка 3 лет находят систолический шум с 5-6-месячного возраста. Ребенок от 11-й беременности. Мать в первой половине беременности перенесла краснуху (старший ребенок болел краснухой). Период новорожденности протекал без особенностей. На рациональном естественном вскармливании ребенок находился до 9 месяцев. В последующем частые катаральные состояния носоглотки, иногда с подъемом температуры до фебрильных цифр, дважды перенес очаговую пневмонию.

*При осмотре:* бледность кожных покровов и слизистых. Масса - 11 500 г, рост - 80 см. Ребенок живо интересуется игрушками, но быстро утомляется. Границы относительной сердечной тупости расширены вправо. Во II межреберье справа и слева от грудины выслушивается негрубый систолический шум, акцент II тона на легочной артерии. АД - 95/60 мм рт. ст. Пульс - 110 в минуту, ритмичный, полный. Печень и селезенка не пальпируются, диурез адекватный.

*На ЭКГ* отмечена перегрузка правого желудочка.

*При рентгенографии* грудной клетки усилен легочный рисунок. Поставлен диагноз: "врожденный порок сердца, дефект межпредсердной перегородки".

- 1) Оцените физическое развитие ребенка.
- 2) Как подтвердить диагноз?
- 3) Что могло послужить причиной данной патологии у ребенка?
- 4) Что является показанием для оперативного лечения?

**Ответ:**

1. Физическое развитие ребенка оценивается как – «задержка или отставание», ввиду сниженной прибавки в весе.
2. Золотым стандартом является УЗИ-диагностика, в частности – ЭХО-кардиография, что позволяет точно диагностировать размер и локализацию дефекта перегородки, размеры камер сердца, признаки перегрузки камер сердца, давление в легочной артерии.
3. Вероятной причиной неправильного внутриутробного развития сердца у плода явилась перенесенная краснуха матери.
4. Показанием к оперативному лечению является сердечная недостаточность, проявляющаяся в виде задержки физического развития ребенка + признаки перегрузки правых камер по данным ЭХО-КГ. Отказ от оперативного лечения может привести к прогрессированию заболевания и развитию стойкой легочной гипертензии (синдром Эйзенменгера).

Больной 42 лет, вызвал СМП в связи с жалобами на выраженную слабость, головокружение, одышку при малейшей физической нагрузке. Около 3 недель назад перенес ОРВИ. 5 дней назад вновь появилась субфебрильная температура, затем появились постоянные боли за грудиной средней интенсивности, облегчающиеся в вертикальном положении и приеме анальгина. Последние 2 дня боли не беспокоят, но появилось ощущение тяжести в правом подреберье, пастозность стоп и голеней. Сегодня утром принял 2 таблетки фуросемида, выделил около 1.5 л мочи. Состояние ухудшилось, одышка усилилась, при попытке встать - кратковременная потеря сознания. Вызвана бригада СМП.

*При осмотре:* состояние средней тяжести, в сознании. Лежит низко, голени пастозны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 22 в минуту. Шейные вены набухшие. Верхушечный толчок не определяется. Тоны сердца глухие. Пульс - 128 в минуту, ритмичный. АД - 110/90 мм рт. ст. На вдохе систолическое АД снижается на 20 мм рт. ст. Печень +4см, чувствительная при пальпации. На ЭКГ - синусовая тахикардия. Амплитуда желудочковых комплексов во всех отведениях снижена, зубец Т во всех грудных отведениях сглажен.

- 1) Как оценить состояние кровообращения?
- 2) Как оценить снижение АД на вдохе?
- 3) Какова причина этих нарушений?
- 4) Имеется ли связь между приемом фуросемида и клиническим ухудшением? Обоснуйте ответ.
- 5) Какой срочный метод лечения показан?

**Ответ:**

1. Наблюдается постепенное ухудшение состояния в виде прогрессирования сердечной недостаточности (одышка, отеки на ногах, увеличение печени).
2. На высоте вдоха имеет место быть снижение поступления крови в левые камеры сердца, далее – уменьшение сердечного выброса. Таким образом частично снижается систолическое артериальное давление.
3. Причиной данной клинической картины является миокардит после ранее перенесенной ОРВИ. Своевременно нелеченый миокардит привел к глобальному снижению сердечного выброса. Далее закономерно развилась клиника сердечной недостаточности.
4. Введение фуросемида не является причиной ухудшения состояния, т.к. уменьшение ОЦК должно было привести к улучшению состояния пациента.
5. Методом лечения данного заболевания является введение глюкокортикоидов в высоких дозах.

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?
- 2) До какого уровня следует снижать АД?
- 3) Куда в оптимальном варианте должен быть госпитализирован больной?

**Ответ:**

1. Расслаивающая аневризма грудной отдела аорты (диссекция). Отслойка интимы аорты на уровне дуги аорты в сегменте между устьем брахиоцефального ствола и левой общей сонной артерий препятствует кровотоку в систему левой подключичной артерии, что и является причиной разности амплитуды пульсации на руках.
2. Необходимо снижать давления до нормы. При высоком давлении будет прогрессирование заболевания, при низком давлении будет гипоперфузия почек и головного мозга, и вследствие – острая почечная и церебральная недостаточность.
3. Пациент требует нахождения в отделении реанимации специализированного учреждения с наличием отделения сосудистой хирургии.

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 задне-нижних отделах.

- 1) Чем обусловлено внезапное ухудшение состояния больной?
- 2) Укажите наиболее вероятную причину развития осложнения.
- 3) Какие специальные дополнительные методы исследования показаны?
- 4) Какие исходы могут быть?
- 5) Какой метод лечения показан?

**Ответ:**

1. Кардиоэмболический тромбоз артерий левой нижней конечности с развитием острой ишемии.
2. Причиной является фрагментация тромба из ушка левого предсердия с дальнейшей миграцией в артериальный бассейн левой нижней конечности. Тромб в левом предсердии образовался на фоне мерцательной аритмии. Причина развития мерцательной аритмии – увеличение объема левого предсердия на фоне митрального стеноза.
3. Клиническая картина явная. Дополнительные методы диагностики не целесообразны.
4. Дальнейшее прогрессирование заболевания приведет к гангрене левой нижней конечности, далее разовьется резорбционно-токсический синдром с летальным исходом.
5. Показана эмболэктомия в экстренном порядке.

6

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?

2) Что, по Вашему мнению, могло явиться причиной возникновения данного заболевания?

3) Как Вы будете лечить больного?

**Ответ:**

1. Кардиоэмболический тромбоз артерий левой нижней конечности с развитием острой ишемии.
2. Причиной является фрагментация тромба из зоны сформированного ложа постинфарктной аневризмы левого желудочка с дальнейшей её миграцией в артериальный бассейн левой нижней конечности. Аневризма сформировалась в инфарктированной зоне миокарда. Затем образовался эмболоопасный пристеночный тромб.
3. Показана эмболэктомия из артериального русла левой нижней конечности в экстренном порядке.

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?
- 2) Результаты каких исследований можно предположить у больного?
- 3) Ваша лечебная тактика?

**Ответ:**

1. Атеросклероз. Аневризма брюшного отдела аорты.
2. Необходима ультразвуковая диагностика зоны брюшной аорты или компьютерная томография с внутривенным контрастированием.
3. Необходимо оперативное лечение в объеме – резекция аневризмы аорты с аллопротезированием (искусственный протез). Сроки операции максимально короткие, до развития осложнений (расслоение, разрыв). Хирургический доступ – срединная лапаротомия.

8

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?

**Ответ:**

1. Необходимо срочное оперативное пособие в интересах больного в объеме – ампутация конечности на уровне границы верхней и средней трети бедра данной конечности. Срочность операции – прогрессирующее развитие резорбционно-токсического синдрома. Также необходимо одномоментная кардиальная терапия.

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 артериографии составляет до 11 см.

1) Тактика лечения?

**Ответ:**

1. Оперативное лечение в плановом порядке в объеме аорто-бедренное шунтирование синтетическим протезом. Хирургический доступ – срединная лапаротомия. В данном случае ишемия конечности хроническая, поэтому нет срочности хирургической тактики.

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 кверху. 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,
- 2) Назовите причину данного осложнения.
- 3) В чем опасность осложнения и представляет ли оно угрозу жизни больного?
- 4) Какой должна быть тактика поликлинического хирурга и дежурного хирурга стационара при поступлении такого больного?

**Ответ:**

1. Острый восходящий варикотромбофлебит правой нижней конечности. Варикозная болезнь правой нижней конечности.
2. Причиной является ранее перенесенный ушиб голени.
3. В данном случае есть высокий риск проксимального распространения тромба в системе большой подкожной вены с последующей фрагментацией тромба и развитием тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА). последнее представляет опасность развития летального исхода.
4. Поликлинический хирург обязан направить больного в стационар. В стационаре необходима экстренная хирургическая тактика с целью профилактики ТЭЛА в объеме кроссэктомия справа (операция Троянова-Тределенбурга, перевязка сафено-фemorального соустья и её притоков).

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 после 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?
- 2) Какие функциональные пробы следует выполнить?
- 3) Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
- 4) Лечение?

**Ответ:**

1. Варикозная болезнь левой нижней конечности. ХВН 3 ст.
2. Проба Троянова-Тределенбурга, Пратта, Шейниса.
3. Дуплексное сканирование вен левой нижней конечности, дистальная флебография с внутривенным контрастированием.
4. Необходимо оперативное лечение в плановом порядке. Объем операции – комбинированная флебэктомия (операция Троянова-Тределенбурга- Бэбкокка-Нарата-Коккета) с последующей санацией трофических язв + эластическое бинтование оперированной конечности + подкожное введение прямых антикоагулянтов в субтерапевтических дозах с целью профилактики ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде.

Больная 36 лет перенесла 14 лет назад послеродовой тромбофлебит глубоких вен конечностей, после чего появились расширенные вены на голених. 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 индукции жировой клетчатки.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
- 3) Какие дополнительные исследования необходимо назначить?
- 4) Тактика лечения больной?

**Ответ:**

1. Посттромботическая болезнь правой нижней конечности, отечно-варикозная форма. ХВН 2 ст.
2. Необходимо дифференцировать с болезнью Вебера-Рубашова.
3. Дуплексное сканирование вен левой нижней конечности, дистальная флебография с внутривенным контрастированием.
4. Необходимо оперативное лечение в плановом порядке. Объем операции – комбинированная флебэктомия (операция Троянова-Тренделенбурга- Бэбкокка-Нарата-Коккета) с субфасцианой перевязкой перфорантных вен + эластическое бинтование оперированной конечности + подкожное введение прямых антикоагулянтов в субтерапевтических дозах с целью профилактики ТЭЛА в раннем послеоперационном периоде.