

### Задача 1

Больному с гнойной раной хирург произвел перевязку, при этом выполнив следующие мероприятия: 1. смазал кожу вокруг раны 5% спиртовой настойкой йода; 2. стерильным марлевым тампоном удалил гнойное отделяемое из раны; 3. промыл рану раствором фурациллина 1:1500; 4. наложил стерильную повязку, смоченную гипертоническим р-ром. Напишите, к какому методу хирургической обработки относится каждый этап в действиях хирурга ?

**Ответ:** 1. асептики; 2. механическая антисептика; 3. смешанная антисептики; 4. физическая антисептика.

### Задача 2

Вы – операционная сестра. Доставлен бикс, при вскрытии которого вы обнаружили, что бензойная кислота не расплавилась. Ваши действия?

**Ответ:** Не расплавившаяся бензойная кислота свидетельствует о том, что режим стерилизации не был выдержан, следовательно содержимое бикса не стерильно. Необходимо отправить его на повторную стерилизацию.

### Задача 3

Доставлен пострадавший с обильно кровоточащей небольшой раной, расположенной в паховой области слева. Ранение получил только что, каким-то колющим предметом. Направление удара сверху вниз. Рана ромбовидной формы, с ровными краями, размером 2х2 см. Расположена на 3-4 см ниже папулярной связки (ее проекции) на передневнутренней поверхности левого бедра. Из раны обильно вытекает алая кровь. Пульсация на подколенной и задней большеберцовой артериях слева сомнительна. Справа на тех же артериях пульсация отчетлива.

Из какого кровеносного сосуда имеется кровотечение? Каким способом следует произвести остановку кровотечения? В каком лечебном учреждении или силами, каких специалистов следует выполнить окончательную остановку кровотечения?

**Ответ:** Кровотечение из левой бедренной артерии. Для временной остановки кровотечения показано пальцевое прижатие бедренной артерии сразу ниже медиальной трети левой паховой связки к горизонтальной части лобковой кости. Окончательная остановка кровотечения должна выполняться в специализированном (сосудистом) отделении или сосудистым хирургом.

### Задача 4

Больной жалуется на слабость, головокружение, быструю утомляемость. В анамнезе почти ежедневные обильные геморроидальные кровотечения в течение 5 лет. Бледен, пониженного питания, пульс слабого наполнения, 94 в мин. АД 100/60 мм рт. ст. В позе Ромберга неустойчив. Лицо несколько одутловато. Имеется пастозность голеней. Общий анализ крови: Эр. -  $2,1 \times 10^{12}/л$ , Нв. - 70 г/л. Общий белок крови - 55 г/л.

Какое осложнение возникло у больного в результате часто повторяющихся геморроидальных кровотечений? Составьте план лечебных мероприятий с соблюдением последовательности их выполнения. Какие фракции крови, и какие плазмозаменители следует применять? Какие лекарственные препараты следует рекомендовать больному?

**Ответ:** У больного хроническая постгеморрагическая анемия. Показано пальцевое исследование прямой кишки, аноскопия, колоноскопия, после чего поставить показания к оперативному лечению. Для восполнения кровопотери показано переливание эритроцитарной массы, плазмозаменителей 1 группы (гемодинамического действия для повышения онкотического давления крови) и, затем, кристаллоидных препаратов.

### Задача 5

В клинику доставлен больной: в средней трети бедра имеется рана, в верхней трети бедра наложен жгут, повязка обильно промокает кровью темного цвета. После снятия жгута кровотечение остановилось. Какие выводы необходимо сделать врачу, который оказывал первую помощь?

**Ответ:** Венозное кровотечение. Жгут наложен неправильно – при венозном кровотечении жгут накладывается ниже раны. Венозное кровотечение можно остановить наложением давящей повязки.

### Задача 6

У больного в процедурном кабинете производится определение группы крови по системе АВО. В помещении довольно холодно: температура воздуха около + 15° С. Испытуемая кровь дала реакцию изогемагглютинации со стандартными сыворотками I (0), II (А) и III (В) групп.

Какая группа крови у данного больного? Какая может быть в данных условиях допущена ошибочная трактовка групповой принадлежности крови? Какими способами можно исключить все ошибки при определении группы крови в данном конкретном случае?

**Ответ:** АВ (IV) четвертая.. Для исключения неспецифической холодовой агглютинации необходимо:

1. добавить по капле физиологического раствора в каждую пару капель;
2. для исключения панагглютинации необходимо повторить определение группы крови в помещении с температурой выше 18°C;
3. провести реакцию между кровью больного и стандартной сывороткой АВ (IV) группы – агглютинации быть не должно.

### Задача 7

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи. Больным себя считает с армии, когда стал отмечать периодические возникающие весной и осенью «голодные» боли в эпигастрии. Лечился самостоятельно. Ухудшение последние две недели, когда появились боли в эпигастрии, которые уменьшились после приема альмагеля. Два дня назад заметил дегтеобразный стул. Объективно общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые бледно-розового цвета, пульс 96 в минуту, ритмичный, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации незначительно болезнен в эпигастрии и справа. Перистальтика хорошая, стул темного цвета. В крови: Эр 3,5 x 10<sup>12</sup>/л, Нв – 100 г/л.

*Вопросы к ситуационной задаче*

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.

**Ответы:**

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.
2. Гастродуоденальное кровотечение.
3. Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.
4. Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.
5. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.

### Задача 8

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался. Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты – 16,2 x 10<sup>9</sup>/л, Эр – 3,4 x 10<sup>12</sup>/л, СОЭ 24 мм/ч.

*Вопросы к ситуационной задаче*

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?

**Ответы:**

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.

### Задача 9

Больной Л., 39 лет, поступил в хирургическое отделение БСМП с диагнозом: острая спаечная тонкокишечная непроходимость. Больного беспокоят схваткообразные боли в животе без четкой локализации, тошнота, рвота желудочным содержимым (2 суток), общая слабость, отсутствие стула в течение 4-х суток.

Из анамнеза жизни: два года назад больному выполнена операция по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением большого сальника и тонкого кишечника. Около 1 года назад больному выполнена операция по поводу острой спаечной тонкокишечной непроходимости.

**Вопросы:**

1. Какое показание к операции в данном случае (абсолютное, относительное, жизненно важное)? Выберите один правильный ответ.
2. Как называется (по срочности выполнения) операция по поводу данного заболевания?
3. Перечислите непосредственные гигиенические мероприятия, которые необходимо выполнить данному больному?
4. Перечислите специфические предоперационные мероприятия, которые необходимо выполнить данному больному?

**Ответ:** 1. Жизненно важное.  
2. Неотложная или экстренная операция.  
3. Частичная санитарная обработка: бритье волос в области предполагаемого операционного поля.  
4. Опорожнение желудка при помощи назогастрального зонда; коррекция КЩР организма; коррекция водно-электролитных нарушений, общесоматического статуса.

**Задача 10**

У пациента, находящегося на лечении в хирургическом отделении по поводу обширной скальпированной раны левой голени, после проведенной хирургической обработки и местного лечения на передненаружной поверхности имеется дефект кожи размерами 16х20 см. Дно раны представлено яркой мелкозернистой грануляционной тканью, отделяемое скудное серозное, перифокального воспаления нет. О какой фазе раневого процесса идет речь? Какова оптимальная лечебная тактика на данном этапе?

**Ответ:** II фаза – фаза регенерации (по М.И. Кузину). Учитывая фазу раневого процесса, значительный размер и характер раны, глубину поражения, пациенту показана свободная кожная пластика расщепленным лоскутом (аутодермопластика).

**Задача 11**

Во время уличной драки мужчина получил удар ножом в живот. В больницу он обратился самостоятельно, спустя 3 часа от момента происшествия. В приемном отделении был осмотрен дежурным хирургом. Объективно: общее состояние расценено как удовлетворительное, АД-120/80 мм рт. ст., пульс 78 в мин., удовлетворительных свойств, живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в области раны, которая располагается в мезогастррии слева, размерами до 1,0х3,0 см, наружного кровотечения нет, перистальтика выслушивается, симптомов раздражения брюшины нет. Какова тактика дежурного хирурга?

**Ответ:** В условиях операционной выполнить ПХО под местной анестезией: если при ревизии раневого канала установлено, что рана не проникает в брюшную полость, необходимо иссечь края, дно и стенки раны, выполнить гемостаз, наложить первичные швы, дренировать рану. Если ранение проникающее – срединная лапаротомия, окончательный объем операции определить после ревизии, выявления поврежденных органов брюшной полости под эндотрахеальным наркозом.

**Задача 12**

У больного С. 52 лет диагностирован вывих правого бедра. Правильность диагноза подтверждена рентгенографией конечности. Вправление решено провести по способу Джанелидзе. В течение 5 минут больной находился лежа на столе со свешенной ногой. Затем была предпринята попытка вправления. Какова ошибка в действии врача?

**Ответ:** Вправление следовало предпринять через 20-25 минут.

**Задача 13**

Для репозиции костных отломков при переломе бедра врачом применен функциональный способ лечения - скелетное вытяжение за пяточную кость. Конечность уложена на шину Беллера. Какой недостаток лечения?

**Ответ:** Вытяжение необходимо проводить за бугристость б/берцовой кости, либо за надмыщелки бедра.

#### Задача 14

В травмпункт доставлен больной С. 25 лет с переломом правого плеча. В результате травмы правая конечность резко отечна. После репозиции костных отломков врачом наложена циркулярная гипсовая повязка. При осмотре через 2 дня состояние больного хорошее, жалоб нет, отек конечности полностью спал. После осмотра больному больничный лист продлен на 10 дней. Усматриваете ли вы ошибку в действиях врача?

**Ответ:** Отек спал, иммобилизация нарушена, необходимо сменить гипсовую повязку.

#### Задача 15

У больной 62 лет, страдающей сахарным диабетом, после расчеса правой голени появились гиперемия с четкими границами, местная гипертермия, боль, отек голени с переходом на тыл стопы. Температура 38 градусов. Лечилась самостоятельно, по совету соседки прикладывала толченый мел и заворачивала конечность в красную материю. Через три дня на коже голени появились пузыри с геморрагическим и серозным содержимым, которые самостоятельно лопались. Температура 38 градусов, слабость, сухость во рту, тошнота, Боли и отек на голени усилились. В тяжелом состоянии через 6 суток от начала заболевания доставлена в больницу. При осмотре на передней поверхности голени на фоне гиперемии - в центре участки ткани грязно-серого цвета. В анализах: лейкоцитоз  $15 \times 10^9$ , палочкоядерный сдвиг до 16%. СОЭ - 37 мм/ч, В вв. мочи: белок, измененные эритроциты до 10 в п/зр. Глюкоза крови 16 ммоль/л.

Вопросы,

1. Ваш диагноз?
2. Каким микробным возбудителем вызывается данная патология?
5. Лечение данной больной?

**Ответ:** 1. Буллезно-некротическая форма рожистого воспаления правой голени, сахарный диабет.  
2. Гемолитическим стрептококком, в дальнейшем присоединяется гнилостная микрофлора.  
3. *Местное лечение:* вскрытие и иссечение пузырей, иссечение некротических тканей, промывание ран антисептиками, дренирование ран с местным применением мазей на водорасстворимой основе, ежедневные перевязки, физиотерапия местно, повторные некрэктомии при необходимости.  
*Общее лечение:* антибактериальная терапия, инфузионная дезинтоксикационная терапия (в ряде случаев и экстракорпоральная детоксикация), инфузионная коррегирующая терапия, коррекция глюкозы крови в крови, симптоматическая терапия.

#### Задача 16

Больному с постинъекционным абсцессом левой ягодицы во время операции произведено широкое вскрытие гнойника, эвакуация гнойного содержимого электроотсосом, полость промыта растворами антисептиков, после чего наложена ватно-марлевая стерильная повязка. Достаточен ли объем оперативного вмешательства? Если нет, то что необходимо сделать? Какой способ антисептики необходимо применить?

**Ответ:** объем выполненного хирургического вмешательства недостаточен. Необходима пальцевая ревизия полости гнойника с удалением перемычек, «карманов» и обязательное дренирование гнойника.

#### Задача 17

Больной К., 48 лет, обратился к стоматологу с жалобами на наличие инфильтрата в области лица и шеи слева и периодически открывающиеся свищи здесь же. Болен несколько лет, лечился мазями, без заметного улучшения. Объективно: В подчелюстной области слева, на участке 16x9 см имеется хроническое продуктивное воспаление, с наличием гранулем, представляющий инфильтрат. Последний весьма плотный, спаян с кожей, подкожной клетчаткой. Поверхность инфильтрата имеет сине-багровый цвет, местами выявляются извитые свищи с гнойным отделяемым. Шейные л/у увеличены, болезненны.

**Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Какая форма актиномикоза у пациента?
4. Пути распространения инфекции при данной патологии?
5. Принципы лечебных мероприятий?

**Ответ:** 1. Актиномикозный лимфаденит лица и шеи

2. Микроскопическое исследование гноя или биопсия инфильтрата
3. Актиномикоз лимфатических узлов шеи
4. Одонтогенный, тонзиллогенный и отогенный
5. Хирургическое лечение (вскрытие актиномикозного очага), санация полости рта, антибиотики, бактериофаги и иммунные препараты

#### **Задача 18**

Больной провел несколько часов на холоде в мокрой обуви. При поступлении жалуется на отсутствие чувствительности обеих стоп. Объективно: Стопы бледные, холодные на ощупь. Тыльные артерии стоп не пульсируют, болевая и тактильная чувствительность отсутствует. Диагноз? План оказания неотложной помощи?

**Ответ:** Отморожение стоп 3 ст. Согревание медленное, улучшающая кровоснабжение тканей терапия, наложение асептической повязки.

#### **Задача 19**

Больной 69 лет оперирован в плановом порядке по поводу опухоли сигмовидной кишки, вызывающей частичную кишечную непроходимость. При ревизии выявлено, что опухоль размером 10x15 см., плотная неподвижная, прорастает париетальную брюшину. Отмечается много метастазов в лимфатические узлы брыжейки и сальника. Следует ли хирургу делать радикальную операцию?

**Ответ:** нет. Наложение противоестественного заднего прохода.

#### **Задача 20**

У больного Ю. 55 лет данными комплексного обследования (включая и гистологическое исследование) выявлена остеосаркома области правого коленного сустава, без признаков поражения паховых лимфоузлов. Какое лечение предстоит больному?

**Ответ:** радикальная операция – ампутация правой нижней конечности на уровне средней трети бедра.