

### Задача 1.

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:* НБ - 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?
- 2) Какой метод исследования необходимо сделать?
- 3) Какая кислотность желудочного сока скорее всего у больного?

### Ответ:

1. Осложнения язвенной *болезни*: рубцовый стеноз привратника, малигнизация язвы, пенетрация.
2. ЭГДС с биопсией из края дефекта или дна язвы для диагностики возможное ее 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-перстной кишки («луковицы») в виде трилистника. Деформация дистальной половины верхней горизонтальной части или вертикального отдела 12-перстной 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 осложненной пенетрацией, которая без гистологического контроля может быть принята за неоперабельную злокачественную опухоль и послужить основанием для ошибочного отказа от радикальной операции.
3. Низкая.

## Задача 2.

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 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?
- 2) С чем связано исчезновение болей?
- 3) Как объяснить нормальные показатели анализа крови?
- 4) Какой кал будет через 1-2 суток?
- 5) Как подтвердить диагноз?

### **Ответ:**

1. 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. Исчезновение болей связано с тем, что соляная кислота связывается кровью. Это симптом Бергмана (исчезновение или уменьшение болей при начавшемся кровотечении)
3. Еще не наступила фаза гемодилюции. Это связано с тем, что в течение первых часов происходит выброс эритроцитов из депо.
4. 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. Срочная ЭГДС. При отсутствии ЭГДС постановка назогастрального зонда и промывание желудка. Лабораторная диагностика (проба Грегерсена на скрытую кровь).

### Задача 3.

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?
- 2) Что будет определяться у данного больного при перкуссии живота?
- 3) Какой метод исследования надо сделать? Что при этом будет определяться?

### Ответ:

1. Диагноз: язвенная болезнь 12-ти перстной кишки. Осложнение: перфорация язвы. Осложнение подтверждается данными анамнеза (ЯБ в течение 6 лет), клиникой (интенсивные голодные и ночные боли, резкая болезненность в эпигастрии), пальпация (резкая болезненность, напряжение мышц брюшной стенки), низким АД, уреженным пульсом
2. Перкуссия живота резко болезненна. Наибольшая болезненность в эпигастрии. Для выявления свободного газа в правом поддиафрагмальном пространстве производят перкуссиию по правой средней подмышечной линии в положении больного лежа на левом боку. Вместо обычного притупления перкуторного звука над областью печени выявляют тимпанит (положительный симптом Спигарного).
3. 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 явы можно ввести в желудок через зонд небольшое количество воздуха или водорастворимого контрастного вещества. Появление в свободной брюшной полости воздуха или выхождение контрастного вещества в брюшную полость свидетельствует о наличии перфорации.

#### Задача 4.

Больной 30 лет жалуется на боли в эпигастральной 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?
- 2) О каком заболевании можно думать, учитывая выраженный синдром ацидоза?
- 3) Какие исследования показаны больному для установления диагноза и определения природы постгастрорезекционной патологии?

#### Ответ:

1. Постгастрорезекционная пептическая язва тощей кишки. После удаления 2/3 желудка, как правило, накладывают гастроеюнальный 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 кишки).
2. 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). Гастрэктомия является на сегодняшний день операцией выбора при синдроме Золлингера-Эллисона, т.к. оставление даже небольшого участка желудка приводит к рецидиву пептической язвы.
3. Рентгеновское исследование верхнего отдела ЖКТ, ЭГДС. Пептическую язву гастроэнтероанастомоза рентгенологически диагностировать трудно, так как спаечный процесс, рубцовые карманы маскируют язвенную нишу. Для диагностики пептической язвы успешно применяют фиброгастроскопию, позволяющую обеспечить хороший обзор внутренней поверхности желудка. Благодаря своей гибкости и мобильности дистального конца фиброгастроскоп легко вводится в отводящую и приводящую петли, конструкция его позволяет производить фотоснимки, прицельную биопсию. Большое значение в диагностике имеет нахождение свободной соляной кислоты в желудочном соке после резекции желудка. В настоящее время для исследования желудочной секреции у больных с рецидивными пептическими язвами широкое распространение получили зондовые методы: внутрижелудочной рН-метрии и аспирационно-титрационный.

## Задача 5.

Больной 55 лет. Поступил в хирургическое отделение с диагнозом язвенная болезнь желудка, желудочное кровотечение. В течение последних 3 месяцев 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:* НЬ - 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 три недели отмечено увеличение "ниши" в размерах и увеличение ширины вала вокруг нее.

- 1) Ваш предполагаемый диагноз?
- 2) Дайте обоснование Вашего диагноза.
- 3) Нужны ли дополнительные исследования для подтверждения диагноза?

### Ответ:

1. Рак желудка.
2. Прогрессирование заболевания (увеличение изъязвления с увеличением ширины вала вокруг него), несмотря на проведение 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. 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 большом 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(изменение 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 операбельной опухоли. Иногда для этих целей прибегают к пробной лапаротомии.

## Задача 6.

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 понижено.

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) План обследования?
- 3) Варианты хирургического лечения?

### Ответ:

1. Рак пищевода.
2. Рентгенологическое исследование с контрастированием пищевода взвесью. Характерные симптомы рака - дефект наполнения, «изъеденные» контуры его, сужение просвета, ригидность стенок пищевода, обрыв складок слизистой вблизи опухоли, пристеночное расширение пищевода. Эндоскопическое исследование с прицельной биопсией и последующим морфологическим исследованием полученного материала. Цитологическое исследование в сочетании с биопсией в большинстве случаев позволяет подтвердить или отвергнуть диагноз рака. Компьютерная томография позволяет оценить размеры опухоли и прорастание рака в близлежащие органы. А также наличие метастазов в лимфатических узлах и отдаленных органах. Определение онкомаркеров, уровень которых повышается при развитии раковых клеток. Опухолевые маркеры подразделяются по группам, каждая из которых указывает на определенный вид рака. Для раковой опухоли пищевода характерно наличие в крови таких онкомаркеров, как СА 19-9, Tumor marker 2, антиген плоскоклеточной карциномы.
3. Эндоскопические операции. Этот вид хирургического лечения менее травматичен. Он используется на более ранних стадиях развития опухолей. Хирургическое удаление пораженного пищевода является наиболее радикальным из имеющихся методов лечения рака. Основные методы - хирургический и лучевой. 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 внутриплевральным анастомозом между пищеводом и желудком под дугой аорты. 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.

## Задача 7.

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?
- 2) Какие исследования надо произвести для уточнения диагноза?
- 3) Операция выбора при данном диагнозе?

### Ответ:

1. 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. 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) лапароскопия производят преимущественно для выявления диссеминации рака по брюшине, метастазов в печень, а также для определения операбельности опухоли.
3. Дистальная субтотальная резекция желудка.

## Задача 8.

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастриальной 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, выросла 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:* НБ - 105 г/л, лейкоц. -  $18 \times 10^9$ /л, эоз. - 3, ю. - 1, п/я - 29, с/я - 52, лимф. - 8, СОЭ - 48 мм/час.

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
- 3) Ваша тактика лечения?

### **Ответ:**

1. Острый деструктивный панкреатит. Абсцесс сальниковой сумки.  
Обоснование диагноза: усиление болевого синдрома к третьей неделе заболевания, повышение температуры тела, тахикардия, интоксикационный синдром, наличие лейкоцитоз в крови, токсической анемии и сдвига лейкоцитарной формулы влево.
2. УЗИ органов брюшной полости позволит нам верифицировать локальные жидкостные скопления в брюшной полости и в сальниковой сумке. Компьютерная томография с контрастированием позволяет также определить локальные жидкостные скопления, размеры, распространенность.
3. Срочная операция. Показано оперативно лечение: в объеме лапаротомии, ревизии брюшной полости, вскрытие и санация абсцесса сальниковой сумки, при наличии сформированных (зрелых) секвестров – некр-секвестрэктомия. Обязательным этапом операции является дренирование сальниковой сумки и брюшной полости.

## Задача 9.

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 -  $20 \times 10^9/\text{л}$ .

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
- 3) Ваша тактика лечения?

### **Ответ:**

1. Флегмона забрюшинной клетчатки
2. 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. 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.

## Задача 10.

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. Симптом Щеткина слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз –  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ .

- 1) Ваш предположительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Показана ли экстренная операция?
- 4) Ваша лечебная тактика и обследования?

### Ответ:

1. 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. Дифференциальный диагноз проводят между аппендикулярным инфильтратом и раком слепой кишки.
3. Не показана
4. 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 месяца после рассасывания инфильтрата необходимо выполнить плановую

аппендэктомии по поводу хронического аппендицита, чтобы предотвратить повторный приступ острого аппендицита.

Задача 11.

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 -  $14.5 \times 10^9/\text{л}$ .

- 1) Ваш предварительный диагноз?
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Какие обследования необходимо провести для его исключения?
- 4) Какое решение должно быть принято?

**Ответ:**

1. 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. Диф. диагноз с прободной язвой желудка и 12- перстной кишки. Определение печёночной тупости, обзорная Rg брюшной полости – свободный газ в брюшной полости, пневмоперитонеум.
3. Экстренная операция. В зависимости от установленного диагноза выбирается доступ.

## Задача 12.

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?
- 2) Какие инструментальные методы исследования показаны данному больному?
- 3) Больному показано консервативное или хирургическое лечение?
- 4) Какая диета необходима данному больному?

### Ответ:

1. Геморрой 4 стадия, осложненный острым тромбозом геморроидальных узлов. (Наличие в анамнезе 2-х летнего течение 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. Никаких, все виды внутренних осмотров выполняют после ликвидации острого процесса.
3. Чаще применяют консервативное лечение – диетотерапия, 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, проктогливенол, 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 иссечение трех групп кавернозных телец с внутренними узлами и перевязкой их сосудистых ножек. Операцию целесообразно производить под общим обезболиванием. Во время операции иссекают геморроидальные узлы. После операции ежедневно производят перевязки, назначают бесшлаковую диету.
4. 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.

### Задача 13.

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?

2) Если Вы решили оперировать больного, то какие исследования должны быть выполнены до операции?

3) Ход операции?

### Ответ:

1. Диагноз: Внутренний геморрой, осложненный кровотечением. 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 ректророманоскопии: 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. Нужно выполнить ЭКГ, консультация терапевта, кардиолога, общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, коагулограмма, группа крови и резус-фактор.
3. 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.

#### Задача 14.

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?
- 2) Как изменится Ваша тактика в зависимости от результата дополнительных исследований?
- 3) Как изменится Ваша тактика при возникновении осложнений основного заболевания?

#### Ответ:

1. Необходимо обследование по онкопрограмме. Стадию по системе TNM установить невозможно, так как нет данных об увеличении лимфатических узлов, об отдаленных метастазах, об опухоли. Диагноз основывается на жалобах больного; 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 опухолью окружающих анатомических структур.
2. 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. 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 двустольной колостомы, либо сигмостомы на передней брюшной стенке в левой подвздошной области.

#### Задача 15.

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?
- 2) План дополнительного исследования больного?
- 3) Лечебная тактика?

#### Ответ:

1. 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. 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). Перистальтические 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) Лабораторное. 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 Керкринга), 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 продвинуться 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. Экстренная лапаротомия, расправление кишечного узла, определение жизнеспособности кишки, резекция кишечника при сомнении в жизнеспособности.

## Задача 16.

У больной 65 лет, находившейся на лечении в терапевтическом отделении по поводу хронического холецистита, внезапно 4 ч назад появились резкие боли в правом мезогастрii. Неоднократно возникала рвота слизью, неприносящая облегчения. Температура - 37,8°C. Лейкоцитоз – 13,0x10<sup>9</sup>/л. Состояние больной было расценено как обострение холецистита. Однако, через 1,5 часа боли в животе усилились, появились симптомы раздражения брюшины. Лейкоциты – 16,0x10<sup>9</sup>/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 сжавшемся состоянии. Небольшое количество мутноватого выпота. В желчном пузыре конкременты не определяются. Желчный пузырь и элементы связки в плотном инфильтрате.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) Круг дифференциальной диагностики?
- 3) План дополнительного исследования?
- 4) Тактика лечения?

### **Ответ:**

1. Учитывая клиническую картину и интраоперационную находку выставлен диагноз: Хронический калькулезный холецистит. Острая высокая тонкокишечная непроходимость. Местный перитонит. Пузырно - двенадцатиперстный свищ.
2. Дифференциальную диагностику необходимо проводить: инородные тела желудочно-кишечного тракта, безоары другого происхождения, опухоли тонкой кишки с полной обтурацией просвета.
3. Интраоперационная ревизия брюшной полости для исключения другой патологии.
4. Тактика: вскрытие просвета кишки, удаление камня (инородного тела), ушивание 12-ти перстной кишки, санация и дренирование брюшной полости. Учитывая инфильтративный процесс в подпеченочном пространстве, тяжесть состояния больного, высокий риск ятрогенного повреждения желчных протоков от выполнения холецистэктомии воздержаться.

### Задача 17.

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?
- 2) Вероятная причина болей в животе?
- 3) Как объяснить отсутствие шумов перистальтики?
- 4) Тактика на догоспитальном этапе?

### Ответ:

1. 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. 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. Исчезновение перистальтических шумов происходит в результате некроза кишечника (вследствие, паралич кишечника) - симптом «гробовой тишины».
4. Экстренная госпитализация в хирургическое отделение.

## Задача 18.

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?
- 2) Какое лечение Вы назначите больному?

### Ответ:

1. Левосторонняя паховая грыжа.
2. Основным методом является хирургическое лечение. Грыжесечение слева с пластикой задней стенки пахового канала. Главная цель операции - пластика пахового канала. При выборе метода пластики пахового канала следует учитывать, что основной причиной образования паховых грыж является слабость его задней стенки. Существует несколько видов операций: **за счет собственных тканей организма** – натяжная герниопластика; плюс операции – имеется значительный минус применяемого метода – большой процент рецидивов вследствие старения и «растяжения» тканей, а также выраженный болевой синдром; **с помощью сетчатого эндопротеза** – ненатяжная герниопластика; используются сетки, имеющие определенные варианты плетения и изготовленные из синтетических материалов, абсолютно безопасные для организма человека. Достоинством этого метода можно считать: полное отсутствие рецидивов, возможность использования местного обезболивания, непродолжительный восстановительный период; недостатком — наибольшую продолжительность операции (если сравнивать с другими методами); **лапароскопическая герниопластика** – метод ненатяжной, когда протез вводится в организм с помощью троакаров. Несомненным плюсом можно считать отсутствие рубцов и возможность сочетания с другим видом, практически отсутствующий болевой синдром и самый короткий послеоперационный период. Минус – возможность использования только общего наркоза.

## Задача 19.

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 6х4х3 см тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок не проводится.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
- 3) Лечебная тактика?

### Ответ:

1. Правосторонняя ущемленная паховая грыжа
2. С копростазом и ложным ущемлением.
3. 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 иссечение 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 илеотранзверзоанастомоза. 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 межкишечный 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.

## Задача 20.

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 малоболезненное 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?
- 2) Как оценить образование в правом подреберье при наличии желтухи?
- 3) Какова причина этого синдрома?
- 4) Какие исследования показаны в данной ситуации?

### **Ответ:**

1. Нет
2. Симптом Курвуазье – пальпация увеличенного желчного пузыря при прекращении оттока желчи по общему желчному протоку (обычно при раке головки поджелудочной железы и фатерова соска, а также водянке желчного пузыря). При раке сочетается с желтухой.
3. В большинстве случаев к его развитию приводит сдавливание общего желчного протока увеличенной головкой поджелудочной железы. Результат — полное или частичное прекращение оттока желчи и растягивание желчного пузыря. В некоторых случаях он может проявить себя после сдавливания печеночных протоков. Речь идет об увеличенных лимфоузлах или метастазах, место локализации которых — ворота печени. Иногда причиной становится рак большого дуоденального сосочка. Сопутствующим заболеванием становится желтуха, ее наблюдают у большинства пациентов.
4. Кровь на онкомаркеры (КЭА, СА19-9, АФП), УЗИ, прицельная биопсия из ткани опухоли под УЗ- контролем, Эндо-УЗИ, дуоденоскопия с осмотром БДС, ретроградная панкреатография, дуоденография с искусственной гипотонией, МРХГ, КТ, лапароскопия, биохимические исследования крови (на трансаминазы, билирубин, щелочную фосфатазу), ЧЧХГ.