

### Задача №1

В экстренном порядке оперирован больной 56 лет. Пациент поступил через 6 часов с момента ущемления правосторонней паховой грыжи. При поступлении общее состояние средней степени тяжести. Пульс 84 в мин. Язык влажный. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий слегка болезненный в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Отмечается слабовыраженный шум плеска. Перистальтика кишечника усилена. В правой паховой области визуально определяется опухолевидное выпячивание размерами 18\*15 см. При пальпации выпячивание болезненное, плотное, в брюшную полость не вправляется. Во время операции при вскрытии грыжевого мешка в последнем оказалось две малоизмененные петли тонкой кишки, находившиеся в грыжевом мешке, признаны жизнеспособными и без дополнительной ревизии кишечника вправлены в брюшную полость. Через 6 часов после операции у больного развились явления перитонита.

Вопросы:

1. Установите, какую ошибку допустил хирург во время операции.
2. Определите, какой вид ущемления имел место у данного больного.
3. Определите, с чем связаны патологические изменения в ущемленных петлях кишечника.
4. Сформулируйте клинический диагноз на момент послеоперационного периода
5. Определите тактику лечения больного.

Эталон ответа:

1. Хирург не осмотрел промежуточную петлю кишки, находившуюся в брюшной полости.
2. У больного имело место ретроградное ущемление.
3. При ущемлении происходит сдавление не только ущемленной петли кишки, но и ее брыжейки, где располагаются интестинальные ветви верхней брыжеечной артерии. В результате этого наступает тромбоз артерий, который может распространяться на артериальные аркады второго и/или первого порядка. Вследствие этого наибольшие изменения кровообращения могут развиваться в промежуточной петле, что приведет к ее некрозу. Вследствие некроза ущемленной промежуточной петли кишки у больного развился перитонит.
4. Основное заболевание: Ущемленная правосторонняя паховая грыжа. Операция

паховое грыжесечение, пластика пахового канала. Осложнение основного: Ретроградное ущемление тонкой кишки, острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость. Некроз промежуточной петли тонкой кишки. Распространенный перитонит.

5. Показано экстренное оперативное вмешательство - срединная лапаротомия, резекция нежизнеспособной кишки с наложением межкишечного анастомоза.

### Задача № 2

Больной Т., 34 лет, оперирован по поводу острого флегмонозного аппендицита, осложненного распространенным серозно-фибринозным перитонитом. После операции отмечался стойкий парез желудочно-кишечного тракта, наблюдалась задержка стула и газов. На 7-й день после операции состояние ухудшилось, появились боли внизу живота, тенезмы, высокая температура. При обследовании общее состояние больного тяжелое. Отмечается умеренная бледность кожного покрова. Число дыханий 20 в минуту, аускультативно над всей поверхностью легких везикулярное дыхание, хрипов не выслушивается, тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 104 в минуту. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, умеренно обложен у корня сероватым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, незначительно болезненный в нижних отделах. Шум плеска не определяется, перистальтика ослаблена. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется болезненность, нависание и уплотнение передней стенки прямой кишки. Количество лейкоцитов повысилось до  $21,7 \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом формулы крови влево (палочкоядерных -18 %).

#### Вопросы

1. Определите причину такого течения послеоперационного периода
2. Сформулируйте развернутый клинический диагноз
3. Определите и обоснуйте дополнительные исследования, которые необходимо выполнить больному
4. Составьте план дальнейшего лечения
5. Объясните механизм появления тенезмов в клинической картине больного.

#### Эталон ответа:

1. У больного развился отграниченный перитонит - абсцесс дугласова пространства.
2. Острый флегмонозный аппендицит. Операция аппендэктомия. Распространенный серозно-фибринозный перитонит. Абсцесс дугласова пространства.

Перитонеальный сепсис.

3. Больному показано УЗИ органов малого таза, МСКТ. Биохимические анализы для оценки функции печени, почек и характеризующие состояние гомеостаза, водно-электролитного и кислотно-основного баланса и гемостаза.
4. Необходимо произвести пункцию абсцесса через стенку прямой кишки и после получения гноя вскрыть его по игле и трансректально дренировать гнойную полость. Лечение перитонеального сепсиса должно включать антибактериальную терапию, частичное парентеральное и энтеральное питание питательными смесями, инфузионную и дезинтоксикационную терапию.
5. У мужчин в полости малого таза формируется углубление брюшины между мочевым пузырем и прямой кишкой, где наиболее легко скапливается выпот и может произойти отграничение воспалительного процесса. При этом в воспалительный процесс вовлекается стенка прямой кишки, что и вызывает тенезмы.

### Задача № 3

Больной С., 52 лет, поступил в клинику с жалобами на рвоту алой кровью, повторившуюся 4 раза в течение 5 часов, общую слабость, головокружение. Подобных кровотечений в анамнезе не было. 6 лет тому назад болел болезнью Боткина.

Объективно: больной малоактивен, пониженного питания. Кожные покровы и склеры бледно-желтые. АД 95/70 мм рт.ст. Пульс 102 в мин, слабого наполнения. Сердце - тоны глухие. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Подкожные вены передней стенки живота расширены. В брюшной полости свободная жидкость - асцит.

Анализ крови: Эр.-  $2,9 \cdot 10^{12}/л$ , Нв-60 г/л, СОЭ- 32 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите, с какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз.
3. Определите методы дополнительного исследования.
4. Определите тактику лечения больного С.
5. Объясните механизм варикозного расширения вен пищевода у больного С.

Эталон ответа:

1. У больного кровотечение, по-видимому, из варикозно расширенных вен пищевода возникшее на фоне поражения печени. Сформулировать предварительный диагноз следует следующим образом: Диагноз: цирроз печени, синдром портальной гипертензии, асцит. Острое кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода тяжелой степени.
2. Ведущим проявлением заболевания в настоящий момент является синдром острого желудочно-кишечного кровотечения. Следует провести дифференциальный диагноз с язвенной болезнью желудка, раком желудка, синдромом Меллори-Вейса, полипом (полипозом) желудка, эрозивным гастритом.
3. Необходимо выполнить фиброгастроскопию на высоте кровотечения. После стабилизации состояния больного следует выполнить УЗИ печени, селезенки, брюшной полости, пробы на вирусоносительство гепатитов В, С, Д.
4. В первую очередь необходимо добиться остановки кровотечения для чего возможно применение зонда Блэкмора, параллельно проводить гемостатическую терапию. На следующем этапе лечения производится эндоскопическое лигирование вариксов латексными кольцами. При установлении вирусной природы цирроза - назначаются базисные противовирусные препараты курсами, гепатопротекторы, диета, оксигенотерапия, симптоматические препараты.
5. При портальной гипертензии вследствие резкого повышения гидростатического давления в системе воротной вены отток крови происходит через естественные портокопальные анастомозы, в том числе в области кардиального отдела желудка и абдоминального отдела пищевода. Кровь из воротной вены попадает через венозные сплетения указанных органов по непарной вене в нижнюю полую вену.

#### **Задача № 4**

Больная Т., 22 лет, поступила с жалобами на схваткообразные боли в животе, без четкой локализации которые появились через два часа после еды. Был скудный стул, который не принес облегчения. Боли в животе продолжали постепенно усиливаться и локализовались больше в мезогастррии и нижних отделах. Доставлена в приемный покой через 8 часов от начала заболевания. Два года назад оперирована по поводу травматического разрыва подвздошной кишки.

При обследовании в приемном отделении: Пульс 60 в мин., удовлетворительного наполнения. АД - 130/80 мм рт.ст. Тоны сердца чистые. Язык влажный, обложен белым налетом. От мечевидного отростка до пупка окрепший послеоперационный рубец. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации живот болезненный в

правой мезогастральной и подвздошной областях. Мышцы живота не напряжены. Симптом Блюмберга-Щеткина отрицательный. При перкуссии высокий тимпанит. Аускультативно - звонкие кишечные шумы, шум плеска не определяется. Температура тела 36,2 С. Анализ крови и мочи без особенностей.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз
2. Обоснуйте необходимые дополнительные методы исследования.
3. Определите тактику лечения больной.
4. Определите основные направления лечения.
5. Определить критерии эффективности консервативного лечения.

Эталон ответа:

1. У больной, по-видимому, острая спаечная кишечная непроходимость.
2. Для уточнения диагноза, кроме общеклинического исследования, необходимо сделать обзорную рентгеноскопию и рентгенографию живота, УЗИ органов брюшной полости.
3. В данном случае можно попытаться ликвидировать явления спаечной кишечной непроходимости консервативными мероприятиями. При неэффективности консервативного лечения показана срочная операция.
4. Консервативное лечение включает эвакуацию желудочного содержимого зондом, очистительные клизмы, продленную перидуральную блокаду, инфузионную терапию, спазмолитики, анальгетики.
5. Наиболее объективным методом оценки эффективности консервативного лечения является контроль пассажа бария по кишечнику.

### Задача № 5

Больная Л., 38 лет, перенесла операцию по поводу многоузлового рецидивного зутиреоидного зоба. Операция технически проходила в трудных условиях из-за резко выраженного спаечного процесса и частичного (1/3) загрудинного расположения щитовидной железы. Через 2 дня после операции начала ощущать похолодание конечностей, онемение, покалывание и ползание мурашек, а также судорожное сокращение мышц верхних конечностей, которые продолжались несколько минут. Через 2 дня судороги повторились.

Вопросы:

1. Установите, какое возникло осложнение.
2. Определите, какие дополнительные исследования необходимо провести.
3. Составьте план лечения: неотложная помощь и плановая терапия.
4. Определите патогенез развившегося осложнения.

Эталон ответа:

1. Возникла недостаточность паращитовидных желез легкой степени тяжести в результате их травмы.
2. Для подтверждения диагноза возникшего осложнения необходимо: исследовать кровь на содержание кальция. Снижение общего кальция ниже нормы свидетельствует о гипокальциемическом кризе.
3. Для купирования острого приступа тетании вводится 10 % раствор кальция хлорида или кальция глюконат. В дальнейшем динамическое наблюдение у эндокринолога с подбором дозы препаратов кальция.
4. По всей видимости, при операции тиреоидэктомии произошло удаление паращитовидных желез, которые располагаются в области верхнего полюса щитовидной железы. Недостаток паратгормона приводит к снижению концентрации кальция в крови и развитию тетании.

### **Задача № 6**

Во время пожара пострадавший М. 27 лет выпрыгнул из окна 2 этажа. После этого почувствовал боли в животе. Скорой помощью больной доставлен в приемное отделение. На момент поступления больной жалуется на разлитые боли в животе, слабость, головокружение. При осмотре: кожные покровы бледные, пульс 110 уд.в мин. АД 90-/60 мм рт.ст. При попытке осмотреть больного в горизонтальном положении принимает сидячее положение в связи с усилением болей в животе. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в верхних отделах, больше слева. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. В отлогих местах живота нечетко определяется притупление перкуторного звука. Перистальтика выслушивается. Общий анализ крови эритроциты  $2,75 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 96г/л, лейкоциты  $9,6 \cdot 10^9/л$ . В анализе мочи патологических изменений не отмечено.

Вопросы:

1. Определите предварительный диагноз.
2. Определить методы дополнительные исследования для уточнения диагноза.
3. Обосновать лечебную тактику.
4. Чем объясняется особенность болевого синдрома у больного

Эталон ответа:

1. Закрытая травма живота. Разрыв селезенки, гемоперитонеум.
2. УЗИ. Лапароцентез. Лапароскопия.
3. Показана экстренная операция – лапаротомия, ревизия брюшной полости. При подтверждении изолированного повреждения селезенки показана реинфузия крови, спленэктомия.
4. Иррадиация болей в надплечье слева и усиление болей в горизонтальном положении больного объясняется тем, что в горизонтальном положении больного результате происходит затекания крови под диафрагму и раздражение рецепторов париетальной брюшины, которое передается по ветвям диафрагмального нерва.

#### Задача №7

Больной М.32 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие интенсивные опоясывающие боли в животе, больше справа и ниже пупка, рвоту, частые позывы к опорожнению кишечника, жажду. Поступил через 3 часа с момента заболевания. В анамнезе митральный порок сердца с преобладанием стеноза. Кожные покровы бледные. Кричит от боли, принимает вынужденное положение. Пульс 120 уд. в мин., аритмичный, различного наполнения на лучевых артериях. Границы абсолютной сердечной тупости справа на 0,5 см вправо от правого края грудины, левая - на 1 см от середины срединной ключичной линии, верхняя во 2-м межреберье, тоны сердца: II тон усилен, II тон раздвоен, систолический и короткий диастолический шум на верхушке сердца, акцент II тона на легочной артерии. АД 140/100 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, учащено, 26 в мин. Язык сухой. Живот не вздут. Отмечается умеренное напряжение мышц в правой половине живота. Положительные симптомы раздражения брюшины, перкуторно печень ниже подреберья на 1 см. Аускультативно перистальтика резко ослаблена. При ректальном исследовании на перчатке видны следы крови. ОАК: Эр.-  $4,7 \cdot 10^{12}/л$ , Нб – 148 г/, Л. –  $18 \cdot 10^9/л$ . ОАМ без патологических изменений.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите, с какими заболеваниями требуется дифференциальная диагностика клинической картины больного М.
3. Определите необходимые неотложные методы обследования больного.
4. Определите тактику лечения больного: неотложная помощь и радикальное лечение, как дообследовать больного.
5. Установите патогенез патологического состояния больного.

Эталон ответа:

1. Острое нарушение мезентериального кровообращения. Тромбоэмболия брыжеечных сосудов. Фоновое заболевание - ревматизм, митральный порок сердца с преобладанием стеноза, НК II а.
2. Острый панкреатит, острая странгуляционная кишечная непроходимость.
3. Анализ крови. Биохимический анализ крови. УЗИ брюшной полости. МСКТ брюшной полости. Лапароскопия.
4. Экстренная операция. Тромбэмболэктомия из верхней брыжеечной артерии. При некрозе кишки - резекция. Если больной выживает, то перевод в терапевтическое отделение для решения вопроса о степени митрального стеноза и в виде хирургической коррекции, ЭКГ, рентгенография сердца в 3-х проекциях, Эхокардиография, доплеромониторирование с предварительной подготовкой в терапевтическом отделении для компенсации сердечной недостаточности.
5. У больного в области митрального клапана сформировался тромб, который мигрировал и блокировал кровоток в области устья верхней брыжеечной артерии. При этом нарушается кровообращение всей тонкой и правой половины толстой кишки.

### Задача № 8

Доставлен больной Б., 62 лет с жалобами на сильные боли в обеих нижних конечностях, нижней половине живота, пояснице и крестце. Страдает гипертонической болезнью в течение 15 лет. 4 года назад перенес нарушение мозгового кровообращения, лечился в неврологической клинике. В настоящее время с момента появления болей прошло 5 часов. Состояние при поступлении тяжелое. Кожный покров бледноват, отмечается страдальческое выражение лица, ЧСС 112 в мин. АД – 90/60 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, при поверхностной пальпации мягкий, умеренно болезненный в нижних

отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Кожные покровы нижних конечностей мраморной окраски с пятнами цианоза, активные движения отсутствуют во всех суставах конечностей. Отмечается недержание мочи. Пульс на всех артериях нижних конечностей не определяется, в том числе на бедренных и подвздошных артериях.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите необходимые методы обследования.
3. Определите тактику лечения.
4. Составьте прогноз.
5. Определите, какой этиологический фактор наиболее часто приводит к такому осложнению

Эталон ответа:

1. Тромбоз терминального отдела аорты.
2. Дуплексное сканирование брюшной аорты. Аортография.
3. Оперативное - экстренная тромбэктомия с возможной реконструкцией.
4. При отказе от операции прогноз неблагоприятный, больной погибнет в ближайшие сутки. При своевременной операции угроза летального исхода высока, составляет более 50%.
5. Наиболее часто причиной тромбоза терминального отдела аорты является атеросклероз.

### **Задача № 9**

Больную Б., 63 лет, в течение 4 месяцев беспокоят боли в животе различной интенсивности с иррадиацией в поясницу. Отмечает чувство усиленной пульсации в животе, а иногда тяжесть или ощущение распираания. Общее состояние удовлетворительное. Положение активное, телосложение гиперстеническое. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧСС -102 в мин. Тоны сердца ясные, акцент II тона на аорте. АД – 160/90 мм рт.ст. При пальпации живота слева на уровне и ниже пупка определяется пульсирующее образование, над которым отчетливо выслушивается систолический шум. Перистальтика выслушивается, обычная. Пульсация на артериях нижних конечностей сохранена. Периодически возникает чувство кишечного дискомфорта.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите, какие методы исследования следует использовать для диагностики.
3. Определите лечебную тактику.
4. Составьте прогноз.
5. Определите, чем обусловлено развитие заболевания.

Эталон ответа:

1. Аневризма брюшного отдела аорты.
2. Дуплексное сканирование. МСКТ. Аортография.
3. Показано оперативное лечение – резекция и бифуркационное протезирование брюшной аорты.
4. При отказе от операции у 50% пациентов в течение ближайшего года развивается смертельное осложнение – разрыв аневризмы аорты. При операции по жизненным показаниям в связи с разрывом летальность составляет около 70%. При плановой операции летальность около 15%.
5. Наиболее частой причиной аневризмы брюшной аорты является атеросклероз аорты.

### Задача № 10

Больной О., 66 лет, доставлен в больницу через час после ножевого ранения в левую половину груди. Жалуется на боли в левой половине груди и живота. Бледен, лицо покрыто холодным потом, дыхание учащенное, 32 в мин. В левой половине грудной клетки отмечается притупление перкуторного звука и ослабленное дыхание. Пульс 120 в мин. слабого наполнения. АД 80/40 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Слева по боковому каналу определяется притупление перкуторного звука. Слева в девятом межреберье по передне-подмышечной линии рана размером 4\* 1,5 см, с ровными краями, умеренно кровоточит.

Вопросы:

1. Определите предварительный диагноз.
2. Обоснуйте диагноз особенностями анатомии области ранения.
3. Обосновать необходимые методы дополнительного обследования.
4. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

1. Предварительный диагноз: торакоабдоминальное ранение слева. Левосторонний гемопневмоторакс, геморрагический шок.
2. На уровне 9 межреберья по передне-подмышечной линии груди имеется передний косто-диафрагмальный синус и к грудной стенке интимно прилежит купол диафрагмы. Поэтому, как правило, при такой локализации колото-резаные раны груди через диафрагму проникают в брюшную полость.
3. Необходимо назначить общий анализы крови, выполнить рентгенографию грудной клетки и лапароскопию. В лабораторных анализах крови ожидается снижение гемоглобина, уменьшение количества эритроцитов. При рентгенографии определяется состояние грудной клетки слева, где могут быть выявлены воздух, указывающий на повреждение легкого (пневмоторакс) и жидкость (гемоторакс), что позволит определить степень их величины. Лапароскопия даст возможность выявить или исключить повреждение диафрагмы как на основании прямых признаков (наличие отверстия), так и косвенных (ранение органов брюшной полости, кровь в брюшной полости).
4. Больной сразу из приемного отделения доставляется в операционную, где на фоне проведения противошоковых мероприятий выполняется рентгенография груди, дренирование плевральной полости слева и лапароскопия. Дальнейшая тактика будет зависеть от преобладания тяжести повреждений в той или иной полости. Предполагается лапаротомия и торакотомия.

### Задача № 11

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

Вопросы:

1. Какой Ваш диагноз ?
2. Этиология и патогенез данной патологии?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?

4. Какова должна быть лечебная тактика при острой ишемии?
5. Объем медицинской помощи?
6. Меры профилактики повторения этой патологии?

Эталон ответа:

1. Диагноз – митральный порок сердца с мерцательной аритмией. Осложнение - эмболия правой бедренной артерии.
2. Этиопатогенез эмболии в данном случае – отрыв части пристеночного внутрисердечного тромба и занос этого фрагмента током крови в правую общую бедренную артерию на уровне отхождения глубокой артерии бедра. Патогенез заболевания – острое кислородное голодание тканей, что приводит к нарушению всех видов обмена веществ.
3. Острый глубокий тромбофлебит; острый неврит, острый миозит.
4. Тактика – экстренная операция - эмболэктомия.
5. Объем операции зависит от степени тяжести ОИ: при компенсированной ОИ - эмболэктомия с удалением продолженного тромба; при декомпенсированной ОИ тоже самое + полужакртая фасциотомия голени, детоксикационные мероприятия.
6. Меры профилактики: лечение кардиопатии, включая хирургические методы, плюс медикаментозная терапия антиагрегантами. Меры профилактики: лечение основного заболевания, контроль времени свертывания крови, ПТИ, назначение антиагрегантов и антикоагулянтов.

### Задача № 12

Больной В., 67 лет, поступил с жалобами на опухолевидное образование в правой паховой области, озноб, общее недомогание, тошноту, рвоту, неотхождение газов и задержку стула. Три дня назад появились резкие боли в области грыжевого выпячивания живота, тошнота, рвота. За медицинской помощью не обращался.

Черты лица заострены, кожные покровы бледные с землистым оттенком. Выражен акроцианоз. Температура тела 39,8 С. Пульс 140 в мин., слабого наполнения. Тоны сердца ослаблены, живот вздут, болезненный на всем протяжении, перистальтика кишечника не прослушивается, в правой паховой области имеется опухолевидное образование 15x10 см, опускающееся в мошонку. Кожа над ним гиперемирована, уплотнена, при пальпации выражена болезненность. Гиперемия и инфильтрация кожи распространяется и за пределы грыжевого выпячивания. Анализ крови: Эр-3,5\*10<sup>12</sup>/л, Нв-120 г/л, Л- 12,1\*10<sup>9</sup>/л, Э- 0%, С-60%, П-20 %, Л-16%. М-2%.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите, чем обусловлена тяжесть состояния больного.
3. Обоснуйте необходимые дополнительные исследования.
4. Определите тактику лечения больного В.
5. Установите механизм развития перитонита.

Эталон ответа:

1. У больного правосторонняя ущемленная паховая грыжа, некроз ущемленной петли кишки, перитонит. Флегмона грыжевого мешка. Перитонеальный сепсис.
2. Тяжесть состояния больного обусловлена эндотоксикозом, развившимся в результате перитонита и перитонеального сепсиса.
3. УЗИ брюшной полости. Лапароскопия.
4. Показана экстренная операция, первым этапом следует выполнить лапоротомию, резекцию ущемленной петли кишки, вторым этапом выполнить грыжесечение без пластики пахового канала.
5. При ущемлении петли кишки в грыжевых воротах нарушается кровообращение в ущемленной петле, развивается некроз как ущемленной петли, так и приводящего отдела тонкой кишки, которая становится источником перитонита.

### Задача №13

Больная И., 60 лет, страдающая варикозным расширением вен нижних конечностей, оперирована по поводу острого флегмонозного аппендицита в экстренном порядке. На 6-й день после операции у больной появился надсадный кашель с небольшим количеством ржавой мокроты, боли в грудной клетке справа, температура повысилась до 38,0 С. Пульс 120 в мин., частые экстрасистолы. Дыхание поверхностное, число дыханий 32 в мин., над правым легким сзади ослаблено. В крови лейкоцитоз  $10,7 \times 10^9/\text{л}$ , сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Анализ мочи без особенностей.

Вопросы:

1. Установите, о каком осложнении послеоперационного периода следует думать.
2. Определите патогенез развившегося осложнения.
3. Определите, что необходимо предпринять для уточнения диагноза.
4. Составьте план профилактики и лечения возникшего осложнения

Эталоны ответа:

1. У пожилой женщины после операции, по-видимому, инфаркт-пневмония правого легкого.
2. По всей видимости, можно предположить, что произошла тромбоэмболия легочной артерии, с формированием инфаркта части легкого, на фоне которого развивается пневмония. Источником тромбов были вены нижних конечностей
3. ЭКГ, Рентгенография груди, ангиопульмонография. Дуплексное сканирование глубоких вен нижних конечностей.
4. Перед операцией больной следовало наложить на нижние конечности эластические бинты. Компрессионную терапию следует продолжать в раннем послеоперационном периоде. Рекомендовать раннюю активизацию больной, с первых суток вставать на ноги, передвигаться по палате и со 2-3 дня назначить антикоагулянты. Лечение под контролем динамики коагулограммы. Продолжается ранее назначенная терапия основного заболевания. При эмболии основного ствола может быть применено хирургическое вмешательство в условиях ангиохирургического отделения.

#### Задача №14

Больной М., 39 лет, поступил в приемное отделение с жалобами на общую слабость, легкое головокружение. Заболел час назад, когда внезапно появились вышеперечисленные явления. Болеет гастритом в течение 6 лет, который был подтвержден лабораторно и рентгенологически. Последние 2 года боли в эпигастрии стали более упорными, употребляет соду для утоления изжоги. Кожные покровы бледные. Пульс 100 в мин., удовлетворительных свойств. АД- 100/60 мм рт.ст. Язык влажный, чистый, живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный умеренно справа от средней линии живота. При пальцевом исследовании прямой кишки – оформленный кал черного цвета. В анализе крови: Эр.- $2,5 \cdot 10^9$ /л, Нв-78 г/л, Нт – 40%

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите и обоснуйте необходимые дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Обоснуйте, какими критериями необходимо воспользоваться для определения

тактики лечения больного.

4. Определите тактику ведения больного.

Эталоны ответа:

1. Язвенная болезнь. Острое гастродуоденальное кровотечение. Острая постгеморрагическая анемия.
2. Общий анализ крови, гематокрит, общий белок плазмы. Фиброгастродуоденоскопия для уточнения источника кровотечения, его локализации и состояния гемостаза.
3. При выборе лечебных мероприятий следует учитывать локализацию язвы, ее размеры, степень тяжести кровотечения и состояние гемостаза в соответствии с классификацией Форреста.
4. Госпитализация. Во время экстренной ФГДС следует применить методы эндоскопического гемостаза, после достижения гемостаза продолжить гемостатическую терапию с контролем ФГДС. Затем курс лечения язвенной болезни до рубцевания язвы и курс препаратов железа под контролем анализа крови. При неэффективности эндоскопического гемостаза показано оперативное лечение.

### Задача №15

Больной М., 44 лет, в течение 5 лет отмечает периодическую изжогу, отрыжку, иногда появлялись ноющие боли в эпигастрии. Не лечился и не обследовался. 2 месяца назад боли в подложечной области усилились, стали более постоянными и упорными, Также пациент начал отмечать иррадиацию болей в поясницу. Боли усиливаются на голодный желудок, в ночное время. Принимал спазмолитики и анальгетики, которые приносили кратковременное облегчение. При обследовании общее состояние больного удовлетворительное, положение активное. Пациент астенического телосложения, пониженного питания, кожный покров обычной окраски. Пульс 72 уд. в мин. При обследовании состояния сердца и легких - патологии не выявлено. Язык влажный, обложен беловатым налетом у корня. Живот равномерно участвует в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный умеренно в эпигастральной области. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Инфильтратов в животе не определяется. Перистальтика обычная. При осмотре per rectum - тонус сфинктера сохранен, нависания стенок, болезненности не выявлено, на перчатке кал коричневого цвета. Общий анализ крови: Эр.- $3,9 \cdot 10^{12}/л$ , Нв-131 г/л, Л- $9,7 \cdot 10^9/л$ , п-11%, СОЭ -14

мм/час. Диастаза мочи -512 ед.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования надо провести.
3. Какое лечение будете рекомендовать.
4. Определите патогенез ухудшения состояния больного.

Эталон ответа:

1. У больного язвенная болезнь, пенетрация язвы в поджелудочную железу.
2. Контрастная рентгеноскопия желудка с барием. ФГДС.
3. Показано оперативное лечение – резекция желудка.
4. В результате длительного течения язвенной болезни между желудком и поджелудочной железой появляются сращения. При прогрессировании деструкции стенки желудка в области язвы наступает полное нарушение целостности стенки желудка и дном язвы становится поджелудочная железа. В клинической картине появляются признаки вовлечения в воспалительный процесс поджелудочной железы.