

Задачи по факультетской хирургии к ГИА

Задача №1

Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота – болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга 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.

Ответы: Задача №1

- 1) Острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.
- 2) Рак слепой кишки.
- 3) Нет.
- 4) Проведение консервативной противовоспалительной терапии. При рассасывании инфильтрата необходимо обследование – ирригоскопия или колоноскопия. Затем операция в плановом порядке по поводу хронического аппендицита (аппендэктомия) через 3 месяца. При появлении клиники абсцедирования показана экстренная операция – вскрытие и дренирование абсцесса.

Задача №2

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°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты - $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

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

Ответы: Задача №2

- 1) Острый аппендицит.
- 2) Дифференциальный диагноз с прободной язвой желудка и двенадцатиперстной кишки.
- 3) Обзорная рентгенография брюшной полости на свободный газ.

После исключения перфорации язвы желудка или двенадцатиперстной кишки экстренная операция – аппендэктомия.

Задача №3

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 размерами 6x4x3 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.

Ответы Задача №3

- 1) Ущемленная правосторонняя паховая грыжа.
- 2) С копростазом и ложным ущемлением.
- 3) Экстренное оперативное вмешательство.

Задача №4

Больной 30 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. При вскрытии грыжевого мешка было обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые по внешнему виду жизнеспособны.

- 1) Характер ущемления тонкой кишки.
- 2) Что необходимо проверить в ходе операции?
- 3) Ведение послеоперационного периода.

Ответы Задача №4

- 1) Ретроградное ущемление петель тонкой кишки.
- 2) Обнаружить третью петлю тонкой кишки, которая, как правило, подвержена ущемлению. Оценить ее жизнеспособность и определить объем оперативного вмешательства.
- 3) В первый день постельный режим и назначение анальгетиков. Во второй-третий день можно сидеть и ходить.

Задача №5

Во время операции по поводу правосторонней косой пахово-мошоночной грыжи при вскрытии грыжевого мешка в последнем оказалась петля тонкой кишки, которая вправлена в брюшную полость. При ревизии грыжевого мешка оказалось, что одна из его стенок

утолщена и представлена стенкой слепой кишки с червеобразным отростком, который находится в грыжевом мешке.

- 1) Уточните диагноз с учетом анатомических особенностей, выявленных в ходе операции.
- 2) Какова дальнейшая последовательность операции?
- 3) Произведете ли Вы аппендэктомию?

Ответы: Задача №5

- 1) Правосторонняя косая скользящая пахово-мошоночная грыжа
- 2) Наложение кисетного шва на шейку грыжевого мешка на 1,5-2 см выше места перехода брюшины на слепую кишку. Пластика задней стенки пахового канала по Лихтенштейну или Постемпскому по показаниям.
- 3) Нет.

Задача №6

Больной 51 года. Поступил с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, быстрое насыщение, отрыжку тухлым, резкое похудание. Недели три до поступления появилась периодическая обильная рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью желудка и ежегодными обострениями.

Объективно: истощен, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, «шум плеска». АД – 90/75 мм рт. ст. Положительный симптом Хвостека.

- 1) О каком осложнении можно думать?
- 2) Что ожидается при рентгеноскопии желудка?
- 3) Оцените состояние водно – электролитного обмена.
- 4) Какие ожидаются изменения гематокрита, показатели азотистого обмена, относительной плотности мочи?
- 5) Тактика лечения.

Ответы: Задача №6

- 1) О декомпенсированном рубцовом стенозе привратника.
- 2) Расширение желудка, снижение тонуса, задержка эвакуации бария до 48 часов.
- 3) Дегидратация: сухость кожи, снижение тургора, обильные рвоты, снижение АД.
- 4) Увеличение всех показателей: гематокрита – за счет сгущения крови, относительной плотности мочи – за счет олигурии и повышенной реабсорбции, повышение показателей азотистого обмена .
- 5) Подготовка к операции. Внутривенное введение солевых и белкисодержащих растворов в соответствии с данными исследования электролитов крови, промывание желудка по вечерам.

Задача №7

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 6 лет. Последнюю неделю интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развились резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм рт. ст.

Анализ крови: эритроциты $4.0 \times 10^{12}/л$, Hb – 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?

Ответы Задача №7

- 1) Кровотечение из язвы 12- перстной кишки.
- 2) С тем, что соляная кислота связывается с кровью.
- 3) Еще не наступила фаза гемодилуции.
- 4) Мелена.

Срочная ФГДС

Задача № 8

Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френikus-симптом. УЗИ при поступлении – желчный пузырь 146x72 мм, стенка желчного пузыря - 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41x32 мм, холедох 6мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.

- 1) Какой диагноз у больной, что подтверждает диагноз?
- 2) Принципы консервативной терапии?
- 3) Лечебная тактика, возможность применения малоинвазивных методов хирургического лечения (указать, каких)?

Ответы: Задача №8

- 1) Острый обтурационный калькулезный холецистит, что подтверждается клинической картиной и данными УЗИ.
- 2) В течение 24-48 часов после поступления проводится консервативная терапия (антибиотикотерапия, спазмолитики, инфузионная терапия).
- 3) Неэффективность консервативной терапии в течение 24-48 часов является показанием к срочной операции, учитывая сопутствующую патологию, необходимо выполнить малоинвазивные операции (холецистостомия под контролем УЗИ, открытая холецистостомия под местной анестезией).

Задача № 9

Больную 42 лет третий раз за последний год доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Последний раз боли в правом подреберье появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. За 3 часа до поступления боли в животе стали носить разлитой характер, больше по правому флангу, отмечает гипертермию до 39⁰С. Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают, выраженным лейкоцитозом со сдвигом нейтрофильной формулы влево.

- 1) Какое осложнение острого холецистита у больной?
- 2) Какие дополнительные методы инструментальной диагностики необходимо применить для верификации диагноза?
- 3) Какова лечебная тактика?

Ответы: Задача №9

- 1) Имеет место осложнение острого калькулезного холецистита – желчный перитонит.
- 2) Для верификации диагноза можно применить УЗИ, лапароскопию.
- 3) Показана экстренная операция.

Задача №10

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастральной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась гектическая температура, 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; перитониальные симптомы отрицательные, перистальтика прослушивается. Анализ крови: Нв – 105 г/л,

лейкоцитов - $18 \times 10^9/\text{л}$, эоз.- 3, п/я – 29, с/я - 52, мон – 8, лимф – 8, СОЭ 48 мм/час.

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

Ответы: Задача №10

- 1) Абсцесс сальниковой сумки.
- 2) УЗИ поджелудочной железы, в зависимости от найденной патологии - пункция. При возможности - компьютерная томография.
- 3) При подтверждении диагноза показаны пункция и дренирование под УЗИ- контролем.

Задача №11

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до $39,5^\circ\text{C}$. 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, перитониальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови $20 \times 10^9/\text{л}$.

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

Ответы: Задача №11

- 1) Флегмона забрюшинной клетчатки.
- 2) УЗИ, диагностическая пункция.
Пункция с последующим дренированием или по показаниям - вскрытие флегмоны

Задача №12

Больная 25 лет поступила в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Больная беспокойна, стремится изменить положение тела, пониженного питания. Язык влажный. Пульс - 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотноэластическое образование 6×8 см. Хирургом приемного отделения поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Больная экстренно оперирована. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование диаметром 5 см с неровной фрагментированной плотно - эластической поверхностью, не связанное со

стенкой кишки. Приводящий отдел резко расширен. Ободочная кишка спавшаяся.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Круг дифференциального диагноза.
- 3) Дополнительные методы исследования.
- 4) Тактика лечения.

Ответы: Задача №12

- 1) Гельминтоз. Острая обтурационная кишечная непроходимость.
- 2) Инородное тело (фито -, трихо -, литобезоары).
- 3) Необходимости нет.
- 4) Механическое деление конгломерата без вскрытия кишки. Если это невозможно – смещение конгломерата в дистальном направлении, энтеротомия, удаление инородного тела, ушивание энтеротомной раны.

Задача №13

Больной 65 лет поступил в хирургическое отделение на 2 день от момента заболевания. Жалобы на умеренные боли в нижних отделах живота схваткообразного характера, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Страдает запорами, отмечает, что подобные состояния наблюдались несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы. Общее состояние средней степени тяжести. Р – 78 в 1 мин. Живот ассиметричен – резко вздута правая половина. При пальпации мягкий, равномерно болезненный. Правую половину живота занимает большое образование мягко – эластической консистенции. Перистальтика над ним не выслушивается, определяется «шум плеска». Перкуторно над образованием высокий тимпанит. Ректально: ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке выполнить клизму жидкость изливается обратно после введения 300,0 мл.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
- 3) Какова должна быть лечебная тактика?

Ответы: Задача №13

- 1) Заворот сигмовидной кишки.
- 2) Рак сигмовидной кишки.
- 3) Оперативное лечение.

Задача №14

Больная Л. 54 лет обратилась в приёмное отделение хирургического стационара через 14 суток от момента заболевания. Заболевание развилось на

фоне полного благополучия с возникновения болей в подложечной области, затем боли переместились в правую подвздошную область, сопровождались тошнотой, сухостью во рту, однократной рвотой. За медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. Через 10 суток от момента заболевания присоединился понос до 3 - 4 раз в сутки, гипертермии – 38,2⁰С. Госпитализирована в инфекционную больницу, где заподозрен диагноз острой кишечной инфекции, начата терапия. Улучшения состояния не наступило. Направлена на консультацию хирурга. Состояние средней степени тяжести. Рс – 88 в 1 мин., АД – 130/80 мм рт. ст. В правой подвздошной области определяется болезненное опухолевидное образование размерами 8,0х8,0х6.0 см плотноэластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Лейкоциты крови – 12,0х10⁹/л, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Больная госпитализирована в хирургическое отделение, назначены анальгетики, антибактериальная терапия. Ночью остро возникли интенсивные боли по всему животу. При осмотре – живот резко болезненный и напряжённый во всех отделах, положителен симптом Щёткина – Блюмберга.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Какие ошибки допущены врачом-инфекционистом?
- 3) Какие диагностические ошибки совершены хирургом?
- 4) Какие тактические ошибки допущены хирургом?
- 5) Какую тактику лечения необходимо избрать?

Ответы: Задача №14

- 1) Острый деструктивный аппендицит, аппендикулярный абсцесс с прорывом в свободную брюшную полость.
- 2) Плохо собран анамнез заболевания, не осуществлена консультация хирурга.
- 3) При поступлении не выполнено УЗИ брюшной полости, не проведена компьютерная томография.
- 4) В случае постановки диагноза аппендикулярного абсцесса пациентке показано оперативное лечение в экстренном порядке – вскрытие и дренирование абсцесса внебрюшинно.
- 5) Оперативное лечение.

Задача №15

Больной А., 43 г., страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, почувствовал интенсивные боли в верхних отделах живота. Обратился за медицинской помощью. Осмотрен хирургом, проведено обследование. Выполнены: рентгенография брюшной полости на свободный газ, УЗИ брюшной полости, анализ крови и мочи. Патологии не выявлено. Диагноз – обострение язвенной болезни ДПК. Направлен на лечение к гастроэнтерологу. Назначена противоязвенная терапия. Кратковременное улучшение состояния. Сохраняющийся болевой синдром, повышение температуры до 38,2⁰С, тошнота и рвота заставили пациента вновь, на 3 сутки от начала заболевания,

обратиться к хирургу. Состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Р – 124 в 1 мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут. В акте дыхания участия не принимает. При пальпации болезненный и напряжённый во всех отделах. Положителен симптом Щёткина–Блюмберга по всему животу. Перкуторно печёночная тупость отсутствует, определяется тимпанит, притупление в отлогих местах. При аускультации выслушиваются патологические кишечные шумы – «шум падающей капли».

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Какое обследование необходимо было провести пациенту при первичном обращении к хирургу?
- 3) Какие еще методы исследования возможно было применить для установления правильного диагноза при первичном обращении?
- 4) Какова лечебная тактика?

Ответы Задача №15

- 1) Прикрытая перфоративная язва 12-перстной кишки. Перитонит.
- 2) Выполнить ЭГДС с последующим повторным рентгеновским снимком брюшной полости на свободный газ.
- 3) Диагностическая лапароскопия.
- 4) Учитывая наличие трёхсуточного перитонита и нарушение гемодинамических показателей, необходимо провести предоперационную подготовку и экстренно оперировать больного.