

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: Куижева Саида Казбековна  
Должность: Ректор  
Дата подписания: 20.06.2025  
Уникальный программный ключ:  
71183e1134ef9cfa69b206d480271b3c1a975e6f

## МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования**

**«Майкопский государственный технологический университет»**

**Медицинский институт**

**Факультет**

Послевузовского профессионального образования

**Кафедра**

Госпитальной хирургии и последипломного образования



**УТВЕРЖДАЮ:**

Проректор по научной работе  
и инновационному развитию

Т.А. Овсянникова

06 20 25 года

**ФОНДЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ  
ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.67 ХИРУРГИЯ  
(ОРДИНАТУРА)**

**Майкоп**

## **Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения производственной (клинической) практики №1**

В процессе прохождения практики «Производственная (клиническая) практика № 1», ординаторы должны овладеть следующими компетенциями:

*Универсальные компетенции (УК) характеризуются:*

**УК-1** - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

**УК-2** - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

**УК-3** - готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.

*Профессиональные компетенции (ПК) характеризуются:*

в профилактической деятельности:

**ПК-1** - готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;

**ПК-2** - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

**ПК-3** - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

**ПК-4** - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медикостатистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков.

в диагностической деятельности:

**ПК-5** - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

в лечебной деятельности:

**ПК-6** - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании хирургической медицинской помощи;

**ПК-7** - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

в реабилитационной деятельности:

**ПК-8** - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

в психолого-педагогической деятельности:

**ПК-9** - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

в организационно-управленческой деятельности:

**ПК-10** - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

**ПК-11** - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

**ПК-12** - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

**Фонды оценочных средств измерения уровня освоения ординаторами  
«Производственная (клиническая) практика № 1»**

**Фонды оценочных средств дисциплины включает:**

- вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации;
- ситуационные клинические задачи для текущего контроля знаний и для контроля остаточных знаний.

**Критерии оценки знаний ординатора на зачете:**

**«Зачтено»** - выставляется при условии, если ординатор показывает хорошие знания изученного учебного материала; самостоятельно, логично и последовательно излагает, и интерпретирует материалы учебного курса; полностью раскрывает смысл предлагаемого вопроса; владеет основными терминами и понятиями изученного курса; показывает умение переложить теоретические знания на предполагаемый практический опыт.

**«Не зачтено»** - выставляется при наличии серьезных упущений в процессе изложения учебного материала; в случае отсутствия знаний основных понятий и определений курса или присутствии большого количества ошибок при интерпретации основных определений; если ординатор показывает значительные затруднения при ответе на предложенные основные и дополнительные вопросы; при условии отсутствия ответа на основной и дополнительный вопрос.

## Вопросы к зачету для проведения промежуточной аттестации по практике « Производственная (клиническая) практика № 1»

1. Принципы организации помощи колопроктологическим больным, распространенность заболеваний прямой и ободочной кишки
2. Рак прямой кишки: классификация, клиническое проявление, методы диагностики. Выбор метода лечения.
3. Особенности работы хирурга-колопроктолога в стационаре.
4. Рак ободочной кишки. Клиническое проявление. Методы обследования. Выбор метода операции
5. Осложнения колоректального рака. Виды осложнений, дифференциальная диагностика.
6. Основные принципы диагностики в колопроктологии. Работа врачаспециализированного приема.
7. Язвенный колит. Принципы диагностики. Тактика лечения.
8. Острый парапроктит. Выбор метода оперативного лечения.
9. Полипы, полипоз ободочной кишки. Диагностика, тактика лечения.
10. Болезнь Крона: клиника, осложнения, диагностика, тактика лечения.
11. Свищи прямой кишки. Возможные осложнения оперативного лечения.
12. Ишемический колит. Клиника, дифференциальная диагностика.
13. Неспецифический язвенный колит. Классификация, методы диагностики,
14. определение степени тяжести течения. Консервативные методы лечения.
15. Дермоидные кисты. Классификация заболевания. Дифференциальная диагностика.
16. Острая кишечная непроходимость. Клиническая классификация высокой и низкой кишечной непроходимости. Диагностика, лечение.
17. Анальный зуд. Этиология, патогенез заболевания.
18. Вопросы реабилитации в колопроктологии.
19. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки: основные причины, диагностика в ургентных ситуациях
20. Рак прямой кишки: диагностика, выбор метода оперативного лечения.
21. Свищи прямой кишки: диагностика, лечение.
22. Низкая кишечная непроходимость: причины. Основные принципы диагностики. Лечебная тактика.
23. Неспецифические воспалительные заболевания толстой кишки: основные причины, диагностика в ургентных ситуациях.
24. Ректо-вагинальные свищи: причины, диагностика, профилактика, лечение.
25. Методы реабилитации в онкопроктологии
26. Острая сосудистая недостаточность. Диагностика. Лечение.
27. Острая дыхательная недостаточность. Причины, клиника, лечение.
28. Гомеостаз. Понятие. Основные принципы лечения.
29. Водно - электролитный баланс. Элементы контроля водно-электролитного баланса. Признаки нарушения.
30. Патология обмена электролитов.

31. Кислотно-основное состояние. Значение в хирургической клинике, методы коррекции.
32. Острая почечная недостаточность. Причины, классификация. Методы лечения.
33. Острая печеночная недостаточность. Классификация. Клиника. Современные методы лечения.
34. ДВС - синдром. Причины. Классификация. Клиника. Современные методы лечения. Осложнения.
35. Основные принципы предоперационной подготовки.
36. Критерии оперативного риска, классификация.
37. Основы предоперационной подготовки в ургентной и плановой хирургии.
38. Основные принципы послеоперационного ведения больных
39. Профилактика и лечение некоторых послеоперационных осложнений (пневмония, аспирационная пневмония, инфаркт, тромбоэмболические осложнения и т.д.)
40. Шок, определение, современная концепция об этиологии и патогенезе.
41. Классификация шока, клиника, лечение.
42. Анафилактический шок, причины, классификация. Клиника, лечение, осложнения.
43. Эндотоксический шок. Классификация. Клиника.
44. Принципы лечения эндотоксического шока.
45. Современная классификация и лечение методов детоксикации организма.
46. Геморрагический шок. Патопизиология. Диагностика. Лечение.
47. Классификация хирургической инфекции.
48. Возбудители и условия развития гнойной инфекции в организме.
49. Клинические аспекты течения гнойных ран.
50. Иммуитет. Методы его коррекции.
51. Общие принципы лечения и профилактики хирургической инфекции.
52. Нозкомиальная инфекция. Особенности клиники, лечение, профилактика.
53. Специфическая иммунная профилактика раневой инфекции.
54. Основные принципы антибактериальной терапии в хирургии.
55. Основные принципы выбора антибактериальных препаратов.
56. Современная классификация антисептиков.
57. Основные принципы асептики.
58. Основные лечения гнойной инфекции у больных сахарным диабетом.
59. Фурункул, фурункулез. Этиология, патогенез. Клиника. Современные методы лечения.
60. Карбункул. Причины. Клиника. Лечение.
61. Гидраденит. Этиология, патогенез. Клиника. Лечение. Профилактика.
62. Рожистое воспаление. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
63. Лимфангоит, классификация. Клиника. Лечение.
64. Лимфаденит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.

65. Острый гематогенный остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Современные принципы лечения.
66. Хронический остеомиелит. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
67. Гнойный артрит. Этиология, патогенез. Клиника. Лечение.
68. Панариций. Классификация. Клиника. Лечение.
69. Флегмона кисти. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Лечение.
70. Сепсис. Современная концепция. Классификация. Клиника. Современные методы лечения. Осложнения.
71. Столбняк. Классификация. Клиника. Диагностика. Современные методы лечения. Профилактика.
72. Анаэробная гангрена. Этиология, патогенез. Диагностика. Классификация. Клиника. Лечение. Профилактика.
73. Гнойные заболевания молочной железы. Классификация. Диагностика. Клиника. Лечение.
74. Дисгормональные гиперплазии молочной железы. Классификация. Клиника. Особенности диагностики. Выбор метода лечения.
75. Гинекомастия. Диагностика и лечение.
76. Рак молочной железы. Частота. Классификация, система TNM. Клиника. Диагностика. Современные методы комплексного лечения в зависимости от стадии заболевания.
77. Закрытые повреждения грудной клетки. Диагностика. Классификация. Клиника. Выбор тактики.
78. Открытые повреждения грудной клетки. Классификация. Клиника. Выбор тактики.
79. Закрытая травма средостения. Классификация. Особенности диагностики. Клиника. Выбор метода лечения.
80. Открытые повреждения средостения. Классификация. Диагностика. Клиника. Выбор тактики. Методы дренирования.
81. Доброкачественные опухоли средостения. Классификация. Клиника. Диагностика. Лечение. Осложнения.
82. Кисты средостения. Классификация, Диагностика. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
83. Злокачественные опухоли средостения. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
84. Медиастинит. Причины. Классификация. Клиника. Выбор метода лечения. Осложнения.
85. Закрытые повреждения диафрагмы. Классификация. Особенности диагностики. Клиника. Методы лечения. Осложнения.
86. Торакоабдоминальные ранения. Классификация. Особенности клиники. Выбор тактики.
87. Травматические диафрагмальные грыжи. Диагностика. Выбор метода операции.

88. Диафрагмальные грыжи. Классификация. Выбор метода оперативного вмешательства.
89. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Классификация, клиника, выбор методов лечения. Показания к операции. Выбор метода оперативного вмешательства.
90. Ожоги пищевода. Классификация. Клиника. Поэтапное лечение, осложнение.
91. Методы пластики пищевода.
92. Дивертикулы пищевода. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Методы оперативного вмешательства.
93. Травматические повреждения пищевода. Классификация. Клиника. Особенности диагностики. Выбор метода лечения. Показания к операции, характер и объем оперативного пособия.
94. Инородные тела пищевода. Диагностика. Выбор метода лечения.
95. Рак пищевода. Классификация. Диагностика. Клиника. Выбор метода оперативного пособия.
96. Закрытые повреждения легких. Классификация. Клиника. Выбор тактики. Показания и объем оперативного вмешательства. Осложнения.
97. Открытые повреждения легких. Классификация. Клиника. Выбор тактики. Объем и характер оперативного вмешательства. Осложнения. Ведение больных в послеоперационном периоде.
98. Острый абсцесс и гангрена легких. Этиология. Патогенез. Классификация. Особенности клиники. Выбор метода лечения. Показания к операции. Характер и объем оперативного вмешательства.
99. Хронический абсцесс легкого. Этиология, патогенез. Классификация. Клиника. Диагностика. Выбор метода лечения. Показания к операции. Особенности предоперационной подготовки. Объем и характер оперативного вмешательства. Осложнения. Послеоперационное ведение больных. Ближайшие и отдаленные результаты лечения.
100. Бронхоэктатическая болезнь. Этиология, патогенез. Клиника. Классификация. Диагностика. Выбор метода лечения. Показания и объем оперативного пособия. Осложнения. Реабилитация больных.

## **Ситуационные задачи для текущего контроля и контроля остаточных знаний ординаторов по «Производственной (клинической) практике №1»**

### **Задача №1**

Молодой человек 24 лет, доставлен через сутки после начала заболевания с жалобами на общую слабость, рвоту цвета кофейной гущи.

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

#### **Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз.
2. Какое осложнение возможно у больного?
3. Какие необходимые инструментальные и лабораторные методы обследования следует выполнить?
4. Алгоритмы Ваших действий.
5. Принципы консервативной терапии.
6. Показания к оперативному лечению и возможные его варианты.
7. Ваши рекомендации при выписке.

#### **Эталон ответа:**

1. Предварительный диагноз: Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением.
2. Гастроуденальное кровотечение.
3. Из дополнительных методов необходимо определение группы крови и резус-фактора. После промывания желудка показана экстренная ФГДС.
4. Необходимо установить источник кровотечения и его локализацию, оценить степень кровопотери, попытаться остановить кровотечение неоперативными методами гемостаза, оценить риск рецидива кровотечения.
5. При остановившемся кровотечении или после эндоскопической остановки его проводится консервативное лечение, включающее инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение.
6. Показанием к экстренной операции является профузное гастроуденальное кровотечение при неэффективности или невозможности эндоскопического гемостаза. Срочные операции выполняются при неустойчивом гемостазе или рецидиве кровотечения после восстановления кровопотери и стабилизации витальных функций. При дуоденальном кровотечении язвенного генеза применяют прошивание кровоточащей язвы с ваготомией и пилоропластикой или резекцию желудка.
7. После выписки – наблюдение гастроэнтеролога, реабилитационный курс лечения в санаторных условиях.

### **Задача №2**

Больная 40 лет, вторые сутки в стационаре. На момент осмотра жалоб не предъявляет. При поступлении предъявляла жалобы на схваткообразные боли в животе, многократную рвоту, неотхождение стула и газов. При поступлении поставлен диагноз «Спаечная кишечная непроходимость» и проведено консервативное лечение: Инфузионная терапия в объеме 2 литров, со спазмолитиками, декомпрессия желудка, очистительная клизма. После этого состояние улучшилось, боль уменьшилась, дважды

был самостоятельный стул. ; года назад больной выполнены 2 операции по поводу острого аппендицита и спаечной кишечной непроходимости. Подобные болевые приступы возникают в среднем 1 раз в 3-4 месяца.

Объективно: пониженного питания, кожа и склеры обычного цвета, пульс 78 в минуту, удовлетворительных качеств, мягкий. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий безболезненный. Перитонеальных симптомов нет, шум плеска не определяется, перистальтика выслушивается, самостоятельно отходят газы.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Какой диагноз можно поставить больной?
2. Какие дополнительные исследования Вы считаете необходимым выполнить?
3. Ваша тактика в отношении выбора метода лечения.
4. Возможные варианты оперативных вмешательств.
5. Пути профилактики данного осложнения.

#### **Эталон ответа:**

1. Спаечная болезнь брюшной полости: рецидивирующая спаечная непроходимость  
2. Целью обследования является оценка степени дисфункции кишечного пассажа, определение локализации «причинной спайки». Для этого может использоваться УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография органов брюшной полости, контроль пассажа бария (проба Шварца), контроль пассажа бариевых меток (проба Шалькова), диагностическая лапароскопия.

3. Лечебная тактика зависит от клиники, степени нарушения кишечного пассажа, результатов обследования. Консервативные мероприятия включают диету, физиопроцедуры, ГБО, курсы гидрокортизона, лидазы и антигистаминных препаратов. К хирургическому методу лечения спаечной болезни относятся открытый или лапароскопический адгезиолизис, интестинопликация.

4. Профилактика спаечной болезни во время первой операции заключается в тщательном соблюдении принципов оперативной техники, бережном отношении к тканям, раннем восстановлении перистальтики, назначении в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

#### **Задача №3**

Больной К., 60 лет, доставлен в приемный покой стационара в экстренном порядке. Заболел внезапно 10-12 часов назад, когда появились боли в левой половине живота, которые усиливались и приняли схваткообразный характер, трижды рвота застойным содержимым, не отходят газы. Ранее подобных болей не было, но в течение последнего года имеется склонность к запорам. Применял слабительные средства. Амбулаторно не обследовался.

Объективно: Кожные покровы обычной окраски, язык обложен белым налетом, влажный. Пульс 98 в минуту, ритмичный. В легких дыхание свободное, хрипов нет. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, разлитая болезненность с преимущественной локализацией в нижних отделах. Перкуторно тимпанит по ходу толстого кишечника, перистальтика выслушивается, ослабленная, определяется «шум плеска». Слабо положительные перитонеальные симптомы в левой подвздошной области и над лоном. При пальцевом ректальном исследовании ампула пуста, следы кала обычного цвета. В анализе крови: Лейкоциты –  $16,2 \times 10^9/\text{л}$ , Эр –  $3,4 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 24 мм/ч.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Предположительный диагноз.
2. Какие дополнительные методы обследования можно использовать?
3. С чем следует провести дифференциальную диагностику?
4. Алгоритм Ваших действий

5. Принципы консервативной терапии
7. Показания к операции и возможные варианты оперативных вмешательств.
8. Экспертиза трудоспособности.

**Эталон ответа:**

1. Острая толстокишечная непроходимость. Обтурация левого фланга или ректосигмоидного отдела толстой кишки.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости, УЗИ, проба фон Монтейфеля, экстренная ирригография, колоноскопия.
3. Дифференциальную диагностику следует проводить с хроническим атоническим колитом, копростазом, псевдообструкцией толстой кишки, различными формами мегалоколон, заворотом сигмы, неспецифическим язвенным колитом.
4. Инфузионно-спазмолитическая терапия, очистительные клизмы, лечебная колоноскопия, дренирование желудка, толстой кишки (попытка консервативной или колоноскопической декомпрессии толстой кишки). В случае неэффективности – не позднее чем через 6 – 12 часов после поступления – экстренная лапаротомия.
5. В зависимости от интраоперационной находки используют одно- двух- и трехмоментные методы операций. Во всех случаях главным моментом оперативного пособия является ликвидация кишечной непроходимости и сохранение жизни больного. На современном этапе при опухолях правого фланга толстой кишки используется правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом и, в случае необходимости, – проксимальной разгрузочной илеостомией. При обтурационном раке левого фланга толстой кишки рекомендуется выполнять первичную радикальную резекцию с терминальной колостомией (типа Гартмана). В случае неоперабельности – наложение перманентной колостомы проксимальнее обструкции.
6. Экспертиза трудоспособности проводится в зависимости от стадии онкопроцесса, характера проведенного лечения, индивидуальных возможностей реабилитации.

**Задача №4**

Больной К., 47 лет доставлен в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Больной длительное время злоупотреблял алкоголем. Ухудшение после очередного запоя. Ранее неоднократно лечился в хирургических отделениях по поводу панкреатита.

Объективно: пониженного питания, правильного телосложения. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии и правом подреберье, где определяется опухолевидное образование 10 x 15 см, плотно-эластической консистенции, болезненное при пальпации, не смещается. Перитонеальных симптомов нет.

В анализе крови: Лейкоциты  $14,1 \times 10^9/\text{л}$ , диастаза мочи – 512 ЕД.

**Вопросы к задаче:**

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
3. Какая лечебно-диагностическая программа?
4. Показания к оперативному лечению. Виды операций.

**Эталон ответа:**

1. Обострение хронического рецидивирующего панкреатита. Киста поджелудочной железы.
2. ФГДС, УЗИ, компьютерная томография.
3. Общий анализ крови, диастаза мочи.
4. Консервативное лечение по основным направлениям ОП:

- борьба с болью, восполнение ОЦК.
- воздействие на местный патологический очаг,
- уменьшение эндоинтоксикации,
- коррекция тромбгеморрагических осложнений,
- иммунокоррекция,
- нутритивная и энергетическая поддержка.

5. При осложнениях кист – оперативное:

- дренирующие операции,
- резекция ПЖ.

### **Задача №5**

У больного 38 лет после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Состояние тяжелое. Кожа лица гиперемирована, сухая. В легких жесткое дыхание, ослабленное слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность и положительный симптом раздражения брюшины. Перистальтика отсутствует. Стула не было. При ультрасонографии установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке скудное количество жидкости. Желчный пузырь не изменен. Холедох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Ваша тактика:
  - основные направления консервативной терапии.
  - показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
5. Прогноз.

#### **Эталон ответа:**

1. Острый деструктивный панкреатит (панкреонекроз). Ферментативный перитонит.
2. Классификация В.С.Савельева с соавт. 1983 г. Атланта 1990 г.
3. Клинический анализ крови, биохимия крови, амилаза, диастаза мочи. УЗИ, КТ, ФГДС.
4. По основным направлениям консервативной терапии острого панкреатита.
5. Оперативное лечение (малоинвазивное, традиционное):
  - неэффективность полноценной консервативной терапии, не позволяющей купировать гемодинамические нарушения и ПОН,
  - инфицированный ПН и /или панкреатогенный абсцесс, гнойный перитонит,
  - превалирование на 50% масштаба некроза поджелудочной железы по данным КТ
  - ангиографии или распространение некроза по забрюшинному пространству (стадия E).
6. Переход в ХП.

### **Задача №6**

У больной 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно возникли боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до 37,6, озноб. После приема но-шпы, боли

купировались. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Объективно: Состояние средней тяжести. Кожа и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты  $10,2 \times 10^9/\text{л}$ , билирубин крови  $60 \text{ мкмоль/л}$ . Диастаза мочи 1024 ЕД.

**Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз.
2. Классификация заболевания.
3. Необходимые методы обследования для подтверждения диагноза.
4. Ваша тактика:
  - основные направления консервативной терапии.
  - Показания к оперативному лечению, методы оперативных вмешательств.
5. Прогноз.

**Эталон ответа:**

1. Острый холецистит. Механическая желтуха (холедохолитиаз).
2. Классификация по В.С.Савельеву, 1990 г.
3. Клинический анализ крови, билирубин, печеночные пробы, фибриноген, ПТИ, амилаза, общий анализ мочи, диастаза мочи.  
ФГДС, УЗИ.
4. Купирование болевого синдрома (блокада, спазмолитики, в/в капельницы, анальгетики) при неэффективности операция по срочным показаниям (холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха – малоинвазивными или обычными технологиями).
5. Выздоровление, ПХЭС.

**Задача №7**

Больной 16 лет доставлен в отделение спустя 3 часа с момента аварии с жалобами на резкую слабость, головокружение, боли в правой половине живота, правой поясничной области.

При осмотре состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс учащен до 110 уд. в мин., АД 90/60 мм рт. ст. На коже поясничной области, больше справа, имеются множественные ссадины. Визуально и пальпаторно определяется нарастающая припухлость, спускающаяся из подреберья по правому боковому каналу, выраженное напряжение мышц справа. Левые отделы живота спокойные, без выраженной болезненности. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. При мочеиспускании моча обильно окрашена свежей кровью с червеобразными сгустками.

**Вопросы к задаче:**

- В общем анализе крови - анемия, эритроц. до  $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ .
1. Проведите топическую диагностику источника макрогематурии.
  2. О повреждении какого органа можно предполагать?
  3. Какие диагностические методики необходимо применить для уточнения диагноза?
  4. Классификация данного вида травмы.
  5. Какой метод лечения принципиально показан при данном виде травмы?
  6. Каков характер оперативного вмешательства?
  7. Каков характер оперативного вмешательства в зависимости от степени и характера травмы?

**Эталон ответа:**

1. Источником кровотечения (макрогематурии) является травмированная правая почка
2. Отрыв, надрыв или разрыв правой почки
3. Общеклинические лабораторные методы, исследование мочи, УЗИ МПС, диагностическая лапароскопия, КТ правой почки
4. См. ответ №2
5. Метод лечения – только оперативный, оценка повреждения почки, ушивание, либо резекции ее в зависимости от вида травмы и степени повреждения.
6. См. ответ №5
7. См. ответ №5

**Задача №8**

У женщины 45 лет длительное время наблюдались боли в поясничной области, больше справа, усиливающиеся при ходьбе, физической нагрузке. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза. Вчера, после лыжной прогулки, боли в поясничной области усилились, иррадиировали вниз живота. Больная приняла 2 таблетки анальгина, после чего боли утихли, но появилась примесь крови в моче. Сегодня утром моча была чистая, и женщина обратилась к врачу. При лабораторном исследовании в анализе мочи протеинурия (белок 0,15 г/л), лейкоцитурия 8-12 лейкоцитов в п/зр., микрогематурия до 60 эритроцитов в п/зр. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости в проекции правой почки контрастная тень размером 2,5х2 см.

**Вопросы к задаче:**

1. Какова последовательность болей в пояснице и гематурии при раке почки и мочекаменной болезни?
2. Каков диапазон дифференциальной диагностики почечной колики?
3. Что явилось причиной почечной колики у данной больной?
4. Чем можно объяснить наличие эритроцитов и лейкоцитов в моче?
5. Какие дополнительные методы исследования следует применить?
6. Варианты лечения данной пациентки.

**Эталон ответа:**

1. При МКБ сначала боли, затем гематурия, при раке почки вначале безболевого гематурия, затем боли на фоне обтурации мочеточника сгустка крови.
2. Печеночная колика, кишечная колика, воспаление придатков, нижнедолевая пневмония, герпес.
3. Травмирование камнем почки при физической нагрузке, ведущее к нарушению уродинамики.
4. Травма почки камнем.  
- камень почки является постоянным источником воспаления и лейкоцитурии.
5. УЗИ почек, экскреторная урография.
6. – Дистанционная литотрипсия.  
- нефролапексия,  
- пиелокистотомия

**Задача №9**

У больной, 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей периодическими болями в правом подреберье, 8 часов назад появились вновь резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо, рвота, t до 38 С. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность и

умеренное мышечное напряжение в правом подреберье. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Пульс - 96 в 1 минуту. Лейкоцитоз - 12 тыс.

**Вопросы к задаче:**

- 1 Ваш диагноз?
- 2 Этиология и патогенез данного заболевания?
- 3 Классификация заболевания?
- 4 С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
- 5 Возможные осложнения данного заболевания?
- 6 Объем обследования пациентки?
- 7 Варианты тактики лечения при данной патологии?
- 8 Направления консервативной терапии?
- 9 Характер и объем оперативного вмешательства при данной патологии?
- 10 Осложнения послеоперационного периода?

**Эталон ответа:**

1. ЖКБ, Обострение хронического калькулезного холецистита
2. Изменение химического состава желчи, камнеобразование, вклинение камня в область шейки желчного пузыря, спазм шейки (болевого синдром), обтурация его просвета в этом месте, инфицирование пузырной желчи с переходом инфекции на стенку желчного пузыря (интоксикационный синдром), дальнейшее распространение воспаления, развитие осложнений
3. Классификация по стадиям развития: физико-химическая, латентное бессимптомное камненосительство, клиническая. Острый и хронический холецистит. Неосложненный (катаральный, флегмонозный, гангренозный) и осложненный (эмпиема, водянка, инфильтрат, абсцесс, холедохолитиаз, холангит, механическая желтуха, панкреатит, свищи и др.)
4. Дифференциальный диагноз: язвенная болезнь желудка и 12п. кишки, гепатит, дуоденит, аппендицит с подпеченочным расположением червеобразного отростка и аппендицит у беременных на поздних сроках, заболевание печеночного угла ободочной кишки, самостоятельный панкреатит, пилефлебит
5. Перивезикулярный инфильтрат, паравезикулярный абсцесс, перфорация желчного пузыря, водянка и эмпиема желчного пузыря, холедохолитиаз, механическая желтуха, холангит, стриктуры холедоха, панкреатит, билиодигестивные свищи, желчный перитонит
6. Лабораторные общеклинические методы, УЗИ, биохимический анализ крови на билирубин и соотношение прямого и непрямого, ЭФГДС с осмотром зоны БДС.
7. Госпитализация, консервативная терапия с последующей холецистэктомией вне острого периода заболевания, либо операция по срочным показаниям в виду неэффективности консервативного лечения и развития осложнений
8. Консервативная терапия: Диета, инфузионная спазмолитическая терапия, обезболивающая, противовоспалительная и антибактериальная терапия
9. При данной патологии показана холецистэктомия. Экстренное и срочное оперативное лечение показано при деструктивной стадии воспаления желчного пузыря, при развитии осложнений ЖКБ и неэффективности консервативной терапии. Благоприятные сроки выполнения плановой холецистэктомии – после стихания воспаления (через 1 месяц после выписки из стационара)
10. Кровотечение, холерея, перитонит, спаечная болезнь, ПХЭС

**Задача №10**

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит.

Объективно: Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 – 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, дышит. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Несколько увеличена печень. Перистальтика выслушивается, но вялая. Перитонеальных симптомов нет. Дизурических расстройств нет. Лейкоцитоз – 13 тыс. Диастаза мочи – 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ – желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров и жидкостью в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Какой основной диагноз заболевания?
2. О каком осложнении основного заболевания можно думать?
3. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?
4. Какие основные направления лечения основного заболевания?
5. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
6. Какое оперативное лечение показано больному?
7. Сроки его выполнения?
8. Исход данного осложнения?
9. Прогноз?
10. Ваши рекомендации при выписке?

#### **Эталон ответа:**

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген.  
Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.
3. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций;  
воздействие на местный патологический очаг;  
Уменьшение эндоинтоксикации;  
коррекция тромбгеморрагического синдрома;  
иммунокоррекция;  
нутритивная поддержка;  
энерготропная терапия;  
оперативное лечение по показаниям.
4. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
5. Малоинвазивное вмешательство.
6. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

### **Задача №11**

Мужчина 46 лет, поступил с жалобами на сильные боли постоянного характера за грудиной с иррадиацией в межлопаточное пространство, усиливающиеся при глотании и форсированном дыхании, обильное слюноотделение, температуру тела до 40 °С, озноб, сопровождающийся проливным потом.

Считает себя больным около 3-х суток, когда отметил появление умеренных болей в области шеи слева, усиливающихся при наклонах головы, повышение температуры тела до 37,6 °С. За медицинской помощью не обращался (злоупотреблял алкоголем). Накануне заболевания ел рыбу. Около суток тому назад появились боли за грудиной, лихорадка, резкая слабость. Доставлен бригадой «скорой медицинской помощи».

Объективно: Состояние тяжелое. Больной вялый, адинамичный, сниженного питания. Обращают на себя внимание заостренные черты лица, небольшая припухлость шеи слева и наклон головы вправо. Пальпаторно в области шеи слева, а также в яремной ямке и левой надключичной области определяется подкожная крепитация. Пульс около 120 в минуту, ритмичный, артериальное давление 90/60 мм. рт. ст. Язык влажный. В легких в нижних отделах в обеих сторон дыхание несколько снижено, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 26 в минуту. Живот симметричный, мягкий, не вздут, безболезненный. Перистальтика вялая, перитонеальные симптомы не определяются. Поясничная область безболезненна, мочеиспускание свободное, однако мочи при катетеризации мочевого пузыря в течении 2-х часов получено не более 40 мл.

#### **Дополнительные методы обследования к ситуационной задаче по хирургии:**

**Анализ крови:** Количество лейкоцитов  $18 \times 10^9/\text{л}$ , выраженный сдвиг формулы влево.

**ФГДС:** На уровне С6 – С7 на задней стенке пищевода имеется участок гиперемии слизистой диаметром до 3 – 4 см с выбуханием в просвет, в центре которого находится инородное тело. При надавливании концом эндоскопа на инфильтрат около инородного тела наблюдается вытекание гноя.

**Обзорная рентгенография легких:** Зона затемнения в проекции заднего средостения. Признаки эмфиземы средостения, расширение его тени, увеличение расстояния между позвоночником и пищеводом, небольшое количество жидкости в левом плевральном синусе и перикарде.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, компьютерной томографии, ультразвуковых методов при диагностике данной патологии?
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данном заболевании?
5. Тактика лечения данного больного?
6. Методы оперативных вмешательств при данной патологии?
7. Принципы консервативной терапии?
8. Ваш прогноз в отношении исхода заболевания у данного больного?

#### **Эталон ответа:**

1. У больного имеется перфорация пищевода инородным телом, осложненная медиастенитом.

2. Начинать обследование необходимо с обзорной рентгенографии, как переднезадней, так и боковой. Фиброэзофагоскопию следует выполнять с особой осторожностью. План обследования может быть дополнен УЗ-исследованием, компьютерной томографией, ЯМР.

3. Важная роль в диагностике данной патологии принадлежит рентгенологическому и эндоскопическому обследованию, УЗИ, компьютерной томографии.

4. Причиной данного заболевания явилось инородное тело пищевода, с перфорацией пищеводной стенки и развитием гнойного медиастенита и интоксикацией.

5. При лечении медиастенита используется активная хирургическая тактика.

6. Хирургическое лечение заключается в осуществлении оптимального доступа, обнажении травмированного участка, удалении инородного тела, ушивании дефекта стенки пищевода, дренировании средостения и плевральной полости (при необходимости), наложении гастростомы или проведения трансназально зонда в желудок. В послеоперационном периоде дренажи используют для аспирации экссудата и введения лекарственных препаратов.

7. После операции проводится интенсивная детоксикационная, антибактериальная и иммуностимулирующая терапия.

8. Летальность при гнойном медиастините достигает 20–50% и более.

### **Задача №12**

Больной К., 45 лет строитель, обратился в поликлинику с жалобами на сильные боли в области правой кисти, усиливающиеся при движениях, отек кисти, слабость, повышение температуры тела до 39 С. Из анамнеза установлено, что несколько дней назад уколоч проволокой проксимальную фалангу первого пальца правой кисти.

Через сутки появился отек, гиперемия, пульсирующие боли в области пальца, затруднения при его разгибании. Самостоятельно не лечился. Спустя 3 дня боли в кисти резко усилились, отек распространился на всю кисть, появилась слабость, головные боли, температура тела поднялась до 39 С.

При осмотре: Состояние больного средней тяжести, температура тела 38.8 С, пульс 100 в минуту. Правая кисть резко отечна, багрово- синюшного цвета. При пальпации, на ладонной поверхности резкая болезненность, особенно в проекции сухожилий сгибателей 1 и 5 пальцев. Активные движения в кисти отсутствуют, пальцы несколько приведены к ладони, при попытке их пассивного разгибания больной кричит от боли. Также имеется гиперемия, болезненность в дистальной части правого предплечья. Подмышечные лимфоузлы справа увеличены и болезненны при пальпации.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Какое осложнение имеется у больного?
3. Механизм возникновения данного осложнения.
4. Тактика лечения.
5. Особенности хирургического пособия при этом заболевании.
6. Варианты обезболивания.
7. Оценка трудоспособности.
8. Прогноз.

#### **Эталон ответа:**

1. Поверхностная флегмона правой кисти.
2. Микротравма.
3. Иммобилизация. В/в введение антибиотиков по Фишману. Общая антибактериальная и детоксикационная терапия. Иммунизация. При прогрессировании оперативное вмешательство.
4. Избежать повреждения зоны Конавелла и отводящего нерва.
5. Местное, в/венное и наркоз.
6. Больничный лист на время пребывания в стационаре с последующей амбулаторной реабилитацией до 12 дней. Перевод на легкий труд до 1 месяца.
7. При правильно проведенном лечении – благоприятный исход.

### **Задача №13**

Больному 42 лет 8 дней назад выполнена резекция 2/3 желудка по поводу язвы тела желудка в модификации Бильрот I. Начиная с третьих суток послеоперационного периода появились жалобы на тяжесть в эпигастрии, тошноту, периодически возникающую рвоту, приносящую облегчение. С шестых суток рвоты участились, больной сам опорожняет желудок, искусственно вызывая рвоту. За последние сутки по постоянному желудочному зонду выделилось более 1 литра застойного содержимого. Больной худеет. Объективно: пульс 88 в минуту, артериальное давление 120/80 мм рт.ст., температура 36,6 - 37,1 °С, язык влажный, живот не вздут, мягкий, болезненный в области раны, участвует в акте дыхания, перистальтика отчетливая, газы отходят. Стул был дважды.

#### **Вопросы к задаче:**

1. О каком послеоперационном осложнении следует думать?
2. Как уточнить причину осложнения?
3. Какое лечение необходимо назначить больному?
4. Когда возникают показания к хирургическому лечению?
5. Каков объем операции при данной патологии?
6. В чем заключается профилактика данного послеоперационного осложнения?

#### **Эталон ответа:**

1. Анастомозит
2. ЭФГДС с прицельной биопсией из области гастроэнтероанастомоза, Рентгеногастроскопия, Проба Шварца (пассаж бария по ЖКТ)
3. Диета, полный спектр противоязвенной/эрадикационной терапии, препараты, улучшающие моторику желудка
4. Показаниями к оперативному лечению являются: выраженный анастомозит с декомпенсированным сужением просвета гастроэнтероанастомоза, стеноз анастомоза рубцового характера, несостоятельность анастомоза, образование свищей, перфорации стенки желудка в этой области, осложненное течение язв анастомоза
5. Наложение дополнительного гастроэнтероанастомоза
6. Профилактика заключается в предупреждении технических ошибок во время операции, продолжение противовоспалительной и противоязвенной терапии в послеоперационном периоде, динамическое наблюдение посредством ЭФГДС, строгий режим питания в послеоперационном периоде (поэтапное расширение диеты, дробность принятия пищи и т.д.)

### **Задача №14**

В приемное отделение машиной скорой помощи доставлен мужчина 52 лет с жалобами на боль за грудиной, усиливающуюся при глотании и запрокидывании головы назад, дисфагию, жажду, сухость во рту. Из анамнеза известно, что он проглотил мясную кость, которая была с техническими трудностями удалена при эзофагоскопии в амбулаторных условиях. Больной был отпущен домой, где состояние его ухудшилось и он вызвал скорую помощь.

При осмотре состояние больного тяжелое, отмечается бледность кожного покрова с цианотическим оттенком, одышка до 30 в минуту, холодный пот, тахикардия до 120 ударов в минуту, повышение температуры тела до 38 градусов, определяется крепитация в области шеи и верхней половине груди.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение возникло у больного?
3. Какие методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?
4. Какова тактика лечения больного в стационаре?
5. Оцените тактику, предпринятую при лечении больного в амбулаторных условиях.

## 6. Виды оперативных доступов.

### Эталон ответа:

1. Перфорация шейного отдела пищевода инородным телом (рыбья кость). Глубокая флегмона шеи. Гнойный медиастинит.

2. Ультразвуковое исследование тканей шеи, средостения; рентгенография грудной клетки, эзофагоскопия, компьютерная томография, спиральная КТ, пункция плевры и средостения.

3. Шейная боковая и трандиафрагмальная медиастинотомия, дренирование средостения, гастростомия, мощная детоксикация, массивная антибактериальная терапия, лечение полиорганных нарушений, иммунотерапия, исключение питания через рот.

4. При технических трудностях во время эзофагоскопии, подозрении на флегмону пищевода, перфорацию его инородным телом необходима госпитализация больного, динамическое наблюдение, при необходимости – дополнительное обследование.

5. Оперативные доступы к средостению: надгрудный предплевральный по Разумовскому, шейная боковая медиастинотомия, внеплевральная задняя медиастинотомия по Насилову, парастеральный доступ по Маделунгу, нижняя трансабдоминальная медиастинотомия по Савиных, торакотомный чрезплевральный доступ. Наиболее эффективный метод дренирования средостения – проточно-промывная система по Н.Н. Каншину и М.М. Абакумову.

### Задача №15

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем  $t$  тела до  $38^{\circ}\text{C}$ .

Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД - 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины слабopоложительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят.

В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная  $t$  о. При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

### Вопросы к задаче:

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Этиопатогенез данной патологии?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования больной в данном случае?
5. Тактика лечения данного заболевания?
6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае? Послеоперационное ведение больной?

### Эталон ответа:

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка

2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.

3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное  
Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера)

4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости

5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.

6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.

7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

#### **Задача №16**

Больная М., 64 лет поступила в приемный покой хирургического отделения с жалобами на боли в правом подреберье, желтушность кожи и склер, потемнение мочи, обесцвеченный стул, повышение Т тела до 39 градусов, сопровождающееся ознобами.

Больна в течение трех недель. Заболевание началось с приступа боли в правом подреберье. На следующий день отметила потемнение цвета мочи, «как пиво». Вскоре появились желтушность склер и кожи. За медицинской помощью не обращалась. За последние 4 суток состояние ухудшилось, появилась Т тела до 39, сопровождающаяся ознобами.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Пульс 98 в минуту, удовлетворительных качеств. Язык сухой, обложен. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации отмечается болезненность в правом подреберье, симптом Щеткина – Блюмберга слабopоложительный.

#### **Вопросы к задаче:**

1. О какой патологии у больной можно думать?
2. Лечебно-диагностическая тактика.
3. Какие методы исследования необходимо выполнить дополнительно?
4. Имеются ли показания к оперативному лечению? Если «да», то какие? Сроки операции?
5. Особенности ведения послеоперационного лечения.
6. Ваши рекомендации больной после окончания лечения.

#### **Эталон ответа:**

1. ЖКБ: Острый калькулезный холецистит, осложненный холедохолитиазом, гнойным холангитом и механической желтухой

2. После подтверждения диагноза на УЗИ выполняется эндоскопическая папиллосфинктеротомия, промывание холедоха и литэкстракция под в/в наркозом

3. УЗИ, ЭФГДС с осмотром БДС, Холедохоскопия, Холангиография

4. При неэффективности консервативной инфузионной спазмолитической терапии и эндоскопических малоинвазивных методов удаления камней из желчных протоков

показано оперативное лечение по срочным показаниям в виду прогрессирования желтухи и интоксикации. Показана: лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха и брюшной полости

5. Начиная с 5-х суток периодически все с большим интервалом перекрывается дренаж холедоха с целью формирования нормального тока желчи в 12п.кишку. Дренаж удаляется на 8 – 10 сутки.

6. Соблюдение диеты №5 и ограничение физической нагрузки в течение 2-х месяцев после выписки из стационара. Прием спазмолитиков при болях в правом подреберье. Контроль УЗИ желчевыводящих протоков через 2 недели и через 2 месяца после выписки.

### **Задача №17**

Больная У. 63 лет поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3-х суток.

Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования, методы верификации диагноза?
3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?
4. Назовите возможные радикальные операции?
5. Метода паллиативного лечения?
6. Задачи диспансерного наблюдения?

#### **Эталон ответа:**

1. Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость
2. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца.
  - а. Колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.
3. Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной
4. В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана
5. Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия
6. Выявление рецидива

### **Задача №18**

Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту и многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела.

Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы.

Объективно: больная повышенного питания, частота дыхания 20 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд. в минуту, ритмичный; температура тела 37,80С. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны

сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 5х7 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки 0,4 см, в просвете множественные конкременты 0,3-0,5 см в диаметре. Холедох – 1 см. Печень и поджелудочная железа не изменены.

Анализ крови: лейкоцитов  $10,5 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансаминаз в сыворотке крови в пределах нормы.

**Вопросы к задаче:**

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую лечебную тактику следует избрать хирургу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция показана).

**Эталон ответа:**

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привел обструктивный калькулезный холецистит. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке – холецистэктомия.

**Задача № 19**

Женщина 45 лет перенесла обычную холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Из холедоха было удалено 2 конкремента, в общий желчный проток был установлен Т-образный дренаж. На 7-й день после операции содержание билирубина в сыворотке крови повышено, был приступ спастических болей в области правого подреберья, иррадиирующих в спину. По дренажу оттекает до 800 мл обычного цвета желчи в сутки.

**Вопросы к задаче:**

Какова причина болей, возникших на 7-й день после операции?

Каков следующий шаг в ведении больной?

**Эталон ответа:**

Причина появления болей, возникших на 7 день после операции препятствие в холедохе (конкремент), ниже места нахождения дренажа. Необходимо произвести фистулохолангиографию, которая выявит препятствие в холедохе. Можно произвести попытку удаления конкремента через дренаж, если она неудачна, то показано оперативное лечение – релапаротомия, холедохолитотомия, дренирование холедоха.

**Задача № 20**

Женщина 30 лет перенесла лапароскопическую холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита. Через 72 часа после операции у нее появились боли по всему животу, тошнота, многократная рвота с желчью, слабость.

При осмотре общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 110 в мин., температура тела 38,20С. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах, симптомы раздражения брюшины положительные. Перистальтика не выслушивается, газы не отходят. Повязка в области дренажа промокла светлой желчью.

**Вопросы к задаче:**

О каких послеоперационных осложнениях можно подумать?

Нужны ли дополнительные методы обследования?

Ваш диагноз?

Тактика и лечение?

**Эталон ответа:**

Можно думать о послеоперационном желчном перитоните. Больному после кратковременной предоперационной подготовки в экстренном порядке показана релапаротомия, ревизия брюшной полости, поиск источника желчеистечения (ранение протоков, прорезывание лигатуры с культы пузырного протока).

**Задача № 21**

Больная 68 лет поступила в клинику с жалобами на сильные боли в правой половине живота, больше в правом подреберье, рвоту, общую слабость.

Заболела 20 часов назад, когда после приема жирной пищи возникли боли в области правого подреберья, тошнота, рвота съеденной пищей. Через 4 часа боли несколько стихли, но полностью не прошли. Через 18 часов от начала заболевания наступило ухудшение: появились резкие боли в правой половине живота, озноб, повторная рвота.

Объективно: больная заторможена, отмечается цианоз кожных покровов и губ. Температура тела 38,40С. В легких дыхание везикулярное. Границы сердца расширены влево. Пульс 102 в мин., ритмичный, слабого наполнения, АД 100/50 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серовато-белым налетом. Живот умеренно вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации мягкий, отмечается ригидность брюшной стенки справа на всем протяжении, выраженная болезненность в правых отделах живота, более выраженная в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Симптомы Мерфи, Ортнера выражены. Кишечная перистальтика ослаблена. При ректальном исследовании: выраженная болезненность тазовой брюшины.

Анализ крови: лейкоцитов  $18 \times 10^9/\text{л}$ , выраженный сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

**Вопросы к задаче:**

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую тактику следует избрать хирургу?

План лечения?

**Эталон ответа:**

Предоперационный диагноз: острый холецистит, осложненный разлитым перитонитом. После предоперационной подготовки показана экстренная операция лапаротомия, холецистэктомия, санация брюшной полости и ее дренирование.

**Задача № 22**

Больная 59 лет поступила в клинику с умеренно выраженными болями в области правого подреберья. Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, когда внезапно появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, тошнота, рвота. Приступ болей продолжался около 3 часов, его удалось купировать введением спазмолитиков. После приступа сохранялись ноющие боли в области правого подреберья. Ранее у больной отмечались подобные приступы болей, но они были менее продолжительными.

Объективно: кожа и склеры глаз обычной окраски, температура тела 36,70С, пульс 76 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. АД 150/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, напряжения брюшной стенки не отмечается, в области правого подреберья определяется умеренно болезненное опухолевидное образование размерами 11х5 см с четкими

контурами, эластичной консистенции, смещаемость его ограничена. Симптомы Ортнера, Мерфи выражены слабо, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Анализ крови и мочи без отклонений от нормы.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, контуры его четкие, толщина стенки 4 мм, полость гомогенная, в области шейки определяется акустическая тень (конкремент) 0,8х0,9 см.

**Вопросы к задаче:**

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

План лечения?

**Эталон ответа:**

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привели обструктивный холецистит, далее возникла водянка желчного пузыря. Больной показано оперативное лечение – холецистэктомия.

**Задача № 23**

Больная 55 лет поступила в клинику с жалобами на желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд, чувство тяжести в правом подреберье и подложечной области, общую слабость, потемнение мочи.

Заболела 3 дня назад, когда впервые внезапно появились сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, иррадиирующие в правое надплечье. Приступ продолжался около 2 часов, купировался после внутривенного введения спазмолитиков. Подобный приступ повторился сутки назад. Отмечались тошнота, рвота, повышение температуры тела до 38,0°C. Приступ продолжался около 8 часов. На следующий день появилось желтушное окрашивание кожи и склер, кожный зуд; был обесцвеченный кал.

Объективно: кожа и склеры глаз желтушной окраски. Пульс 78 в минуту удовлетворительных качеств. АД 140/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий безболезненный. Печень и желчный пузырь не пальпируются. Симптомы Мерфи, Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Лабораторные показатели: общий билирубин 149 мкмоль/л, прямой билирубин 97 мкмоль/л, непрямого билирубина 52 мкмоль/л; АЛАТ 415,3 ед. акт./л, АсАТ 162,2 ед. акт./л; щелочная фосфатаза 109,6 ед. акт./л.

УЗИ: малоинформативно.

**Вопросы к задаче:**

Предполагаемая причина желтухи?

Дифференциальная диагностика?

Как уточнить диагноз?

**Эталон ответа:**

Предварительный диагноз: механическая желтуха. причина – желчно-каменная болезнь. Дифференциальная диагностика: гепатит, рак панкреато-дуоденальной зоны. Уточнить диагноз можно методом ЭРХПГ.

**Задача № 24**

Больной 78 лет поступил в клинику на 6 сутки от начала заболевания с жалобами на боли в области правого подреберья, рвоту, общую слабость.

Заболевание началось с приступа сильных болей в области правого подреберья, затем появились тошнота, рвота. Через несколько часов интенсивность болей уменьшилась, появилась общая слабость, повышение температуры тела до 38,0°C. Из

анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и сахарным диабетом.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Температура тела 38,00С. Пульс 90 в мин. удовлетворительных качеств. АД 180/100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен сероватым налетом. Живот обычной формы, при пальпации выраженная болезненность в области правого подреберья, здесь же напряжение брюшной стенки. В области правого подреберья пальпаторно определяется болезненное опухолевидное образование 6х5 см, плотной консистенции, с четкими контурами. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга положительные.

Анализ крови: лейкоцитов  $14,5 \times 10^9/\text{л}$ , сдвиг лейкоцитарной формулы влево, СОЭ 30 мм/ч.

УЗИ: печень не увеличена, желчный пузырь размерами 12х5 см, толщина его стенки 8 мм, в просвете его множественные конкременты размерами от 0,5х0,7 см до 0,2х0,2 см.

**Вопросы к задаче:**

Ваш диагноз?

Какую тактику следует избрать врачу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция более целесообразна).

**Эталон ответа:**

Острый калькулезный холецистит, эмпиема желчного пузыря. Больному, после предоперационной подготовки показана холецистэктомия, дренирование брюшной полости.

**Задача № 25**

Домохозяйка 50 лет доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту и многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела.

Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы.

Объективно: больная повышенного питания, частота дыхания 20 в мин., АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 уд. в минуту, ритмичный; температура тела 37,80С. Кожа и слизистые оболочки обычного цвета. Легкие – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, здесь же определяется опухолевидное образование 5х7 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

УЗИ: желчный пузырь увеличен в размерах, толщина стенки 0,4 см, в просвете множественные конкременты 0,3-0,5 см в диаметре. Холедох – 1 см. Печень и поджелудочная железа не изменены.

Анализ крови: лейкоцитов  $10,5 \times 10^9/\text{л}$ , лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 25 мм/час, гемоглобин и эритроциты в пределах нормы. Анализ мочи без отклонений от нормы. Содержание трансаминаз в сыворотке крови в пределах нормы.

**Вопросы к задаче:**

Какие причины могут привести к появлению опухолевидного образования в правом подреберье?

Ваш предполагаемый диагноз?

Какую лечебную тактику следует избрать хирургу?

Назначьте лечение (если консервативное, то какими препаратами; если оперативное, то какая операция показана).

**Эталон ответа:**

К появлению опухолевидного образования в правом подреберье привел обструктивный калькулезный холецистит. Больному показано оперативное лечение в экстренном порядке – холецистэктомия.

**Задача № 26.**

Больная М., 52 лет, доставлена в клинику бригадой скорой медицинской помощи через 12 часов с момента заболевания.

Жалобы при поступлении на резкую слабость, головокружение, жидкий стул калом черного цвета. Считает себя больной около 12 часов, когда появилась слабость, была рвота кофейной гущей с последующим 2-х кратным, обильным стулом жидким калом черного цвета. Язвенного анамнеза нет.

Объективно: больная заторможена, сонлива. Кожные покровы и видимые слизистые бледного цвета. АД 90/40 мм.рт.ст., пульс 120 /мин. слабого наполнения.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный, аускультативно — усиленные перистальтические шумы. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

**Вопросы к задаче:**

1. Диагноз и дополнительные методы исследования.
2. Определение степени острой кровопотери.
3. Методы определения групповой принадлежности крови.
4. Тактика, лечения.
5. Объем инфузионно-трансфузионной терапии.
6. Методы определения совместимости при переливании донорской крови.
7. Возможные осложнения при гемотрансфузии.
8. Понятие об универсальном доноре и исключение из него.

**Эталон ответа:**

1. Острое ЖК кровотечение. ФГС, общий анализ крови
2. По Алговеру (индекс шока  $PS/cAD$ ) если  $< 1$  – лёгкая кровопотеря, 1 – средней тяжести,  $> 1$  – тяжёлая ( в норме 0,5). По ЦВД в норме 5-10 мм в столба, снижается при кровопотере 15-20% ОЦК. Клинически по пульсу, АД, клинике, по лабораторным показателям Ht, Hb удельный вес крови. У данного больного тяжёлая кровопотеря около 1,5 л
3. Стандартными изогемагглютинирующими сыворотками, цоликлоны.
4. Консервативная – гемостатическая терапия, ФГС в приёмном покое
5. На догоспитальном этапе 0,5 л полигюкина, 0,5 л лактосола, 0,5 физ раствор, (10 мл эр массы на кг и 10 мл плазмы на кг, коллоидов 20 мл на кг, кристаллоидов 10 мл на кг). На госпитальном 4 л: 1 л полигюкина, 2 л кристаллоидов, 1 л крови.
6. Совместимость по АВ0, совместимость по Rh, биологическая проба.
7. Тромбоэмболия, воздушная эмболия, посттрансфузионные реакции (пирогенные, антигенные, аллергические), собственно осложнения гемотрансфузии (гемотрансфузионный шок, синдром массивных гемотрансфузий, цитратная и калиевая интоксикация), инфекционные осложнения (СПИД, гепатиты)

**Задача № 27.**

Больной П., 62 лет, находится в хирургическом отделении по поводу острого гангренозного аппендицита. Операция 5 суток назад. Сегодня появились боли в области послеоперационной раны, озноб, температура тела поднялась до  $38,5^{\circ}C$ .

Объективно: послеоперационная рана отечна, кожа вокруг раны гиперемирована, при пальпации определяется инфильтрация и болезненность.

Лабораторные данные: Лейкоцитоз -  $32 \cdot 10^9/\text{л}$ , п/я - 18 %, с/я - 43 %, СОЭ - 32 мм/час, определяется анизо - и - пойкилоцитоз.

**Вопросы к задаче:**

1. Клинический диагноз.
2. Причина ухудшения состояния больного.
3. Какие клинические и лабораторные данные позволяют заподозрить осложнение?
4. Тактика ведения больного.
5. Какие химиотерапевтические и антисептические средства применимы в данной ситуации?
6. Нуждается ли больной в переводе в другое отделение? Если да, то в какое?
7. Виды дренирования раны.
8. Методы асептики.

**Эталон ответа:**

1. Гангренозный аппендицит, аппендэктомия, нагноение п/о раны.
2. Нагноение п/о раны
3. Лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ, лихорадка
4. Снять швы, вести как гнойную рану
5. Антибиотики в/м, промывание растворами АС, водорастворимые мази (левомиколь, диоксиколь), повязки с АС
6. В гнойную хирургию
7. Активная, пассивная, проточно-промывная дренирование
8. Асептика: организационные мероприятия (планирование хирургического отделения, разделение потоков больных), обязательное ношение масок, кварцевание, проветривание, влажная уборка, стерилизация хирургического инструментария, шовного материала, имплантатов, обработка хирургического поля, рук хирурга.

**Задача № 28**

Больной Н. 27 лет, поступил в госпиталь в крайне тяжелом состоянии 25 мая 1942 года, на 3 день после ранения груди после осколком гранаты. В области третьего межреберья слева рана величиной 1х1 под струпом. Отмечается одышка, цианоз, одутловатость лица. Температура 39, пульс 120 ударов в 1 мин., аритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление 90 на 60 мм.рт. ст. На рентгенограмме определяются симптомы гидроперикарда. Лейкоцитоз 14000, резкий сдвиг влево.

**Вопросы к задаче:**

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите на возникшее осложнение.
3. Проведите внутрипунктовую сортировку в военно-полевом госпитале
4. Составьте план лечения.

**Эталон ответа:**

- 1) Огнестрельное слепое осколочное ранение средостения.
- 2) Гнойный перикардит.
- 3) Во время сортировки в приемо-сортировочном отделении госпиталя выделяется в группу «нуждающихся в оказании хирургической помощи в первую очередь».
- 4) План лечения
  - Рентгенологическое обследование грудной клетки
  - Пункция перикарда по Ларрею
  - Торакотомия
  - Перикардотомия
  - Дренирование полости перикарда и средостения

- Посев на флору
- Антибиотикотерапия
- Дезинтоксикационная терапия

### **Задача № 29**

Солдат С., во время взрыва авиабомбы был придавлен в траншее землей. Имело место сдавление грудной клетки в переднезаднем направлении. Больной был доставлен в ОМедБ через 8 часов после травмы. Состояние тяжелое, одышка, цианоз, двигательное возбуждение, охриплость голоса. При осмотре отмечается отечность лица, синюшность губ, кровоизлияния под склеры, симптом «воротничка», петехиальные кровоизлияния верхней половины грудной клетки и лица. Пульс ритмичный, 110 ударов в одну минуту, дыхание поверхностное 24 в одну минуту, аускультативно дыхание ослабленное.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Поставьте диагноз
2. Проведите внутрипунктовую сортировку в ОМедБ
3. Наметьте план лечения

#### **Эталон ответа:**

- 1) Травматическая асфиксия.
- 2) Отделение интенсивной терапии
- 3) Эффективное поддержание проходимости дыхательных путей, устранение боли, антимикробная терапия, оксигенотерапия.

### **Задача № 30**

Пострадавший Б. 21 года поступил в Чишминскую больницу 26 марта 1999 г. с травматическим отрывом нижней трети левого бедра и правой голени, размождением пальцев кистей. За час до поступления попал под поезд. Доставлен машиной скорой помощи без иммобилизации. При поступлении состояние тяжелое, бледен, пульс 124 в мин., дыхание 28, артериальное давление 70\40.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Поставьте диагноз
2. Проведите внутрипунктовую сортировку.
3. Составьте план лечения.
4. Укажите время начала операции.

#### **Эталон ответа:**

- 1) Отрыв нижней трети левого бедра, правой голени, размождение пальцев кистей, травматический шок III степени.
- 2) Из приемного покоя пострадавший направляется в реанимационное отделение.
- 3) Обезболивание – футлярные блокады бедра и голени нейроплегическая смесь. Иммобилизация – транспортная шина Дитерихса. Гормонотерапия, трансфузия одногруппной крови – 750,0; полиглюки 500,0. После стабилизации давления перевод на наркоз и управляемое дыхание
- 4) Первичная хирургическая обработка ран голени и бедра спустя 2 часа на фоне стабильной гемодинамики.

### **Задача № 31**

Больной М., 39 лет получил производственную травму правой нижней конечности – на левое бедро упал швеллер. Доставлен с места происшествия в клинику через 40 мин. При поступлении состояние тяжелое, в сознании, бледен. На левом бедре повязка, обильно промокшая кровью. Движения пальцами и стопой левой конечности отсутствуют, полная анестезия стопы и нижней трети голени. Стопа поврежденной конечности

холоднее здоровой. Соответственно отсутствует пульсация артерий задней и передней большеберцовой артерий. На бедре определяется обширный кровоподтек, бедро толще правого на 7 см. На коже левого бедра множество ссадин и две раны, одна по передне-внутренней поверхности, другая с задней, размером 4х3 см. Из ран выделяется темная кровь. Под кожей с передне-внутренней поверхности определяется дефект мышц. В средней трети бедра патологическая подвижность, где на рентгенограммах определяется оскольчатый перелом бедренной кости. Пульсация бедренной артерии определяется только выше перелома.

**Вопросы к задаче:**

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите возможные причины ишемии дистального отдела конечности
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.

**Эталон ответа:**

- 1) Открытый многооскольчатый перелом средней трети левого бедра с повреждением бедренной артерии, разрыв приводящих мышц.
- 2) Тромбоз бедренной артерии.
- 3) Реовазография, контрастная артериография.
- 4) Первичная хирургическая обработка раны, ревизия нервно-сосудистого пучка, тромбэктомия. Внеочаговый остеосинтез аппаратом Илизарова. Профилактика повторного тромбоза бедренной артерии.

**Задача №32**

Мл. лейтенант В., был отброшен взрывной волной снаряда и ударился о скат блиндажа. Доставлен в ОМедБ через 6 часов. Состояние тяжелое, на вопросы отвечает с трудом, о случившемся не помнит. Пульс 64 в мин, ритмичный напряженный. Артериальное давление 125/70 мм.рт. ст. Дыхание учащено 28 в мин. Правый зрачок расширен. Реакция на свет сохранена. Сухожильные рефлексы равномерно снижены, патологические рефлексы не выявляются. При обследовании грудной клетки, живота патологии не выявлено. В правой теменной области имеется рана 3х1 см. Рентгенологически выявлен перелом правой теменной кости.

При осмотре также обращает внимание, что больной активно не может поднять выпрямленную ногу, а сдавление и разведение крыльев подвздошных костей вызывает боль.

**Вопросы к задаче:**

1. Поставьте диагноз
2. Перечислите симптомы которые указаны в задаче
3. Составьте план обследования
4. Составьте план лечения.

**Эталон ответа:**

- 1) Сочетанная черепно-мозговая травма, открытый перелом теменной кости, ушиб и сдавление головного мозга, перелом Мальгени.
- 2) «Прилипшей пятки», Вуалемье, Ларрея
- 3) Рентгенография черепа, пункция спинномозгового канала
- 4) Блокада по Школьникову, Селиванову, Цодыксу, трепанация черепа, остеосинтез стержневым аппаратом.

**Задача № 33**

Больной Н., 31 года, упал с балкона четвертого этажа. Состояние крайне тяжелое, адинамичен, выраженная бледность кожных покровов, пульс 120 в 1 минуту, кровавое

давление 65/40 мм.рт. ст., живот умеренно напряжен, при пальпации болезнен в нижних отделах. Пальпация и сдавление таза с боков болезненные. На рентгенограмме костей таза определяется перелом лонных и седалищных костей по типу «бабочки» (с нарушением непрерывности тазового кольца).

**Вопросы к задаче:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза
3. Составьте план обследования и лечения.

**Эталон ответа:**

- 1) Перелом лонных и седалищных костей таза по типу «бабочки», разрыв мочевого пузыря (внебрюшинный), травматический шок 3ст.
- 2) Рентгенография мочевого пузыря в наполненном и опорожненном состоянии, или в двух проекциях, ОЦК, общий анализ крови и мочи.
- 3) Пострадавший должен быть доставлен в реанимационное отделение, начать противошоковые мероприятия (переливание жидкостей, препаратов крови, одновременно выполнить необходимые дополнительные исследования). При подтверждении диагноза «разрыв мочевого пузыря» - оперировать под прикрытием противошоковых мероприятий. В дальнейшем - иммобилизация на щите в позе Волковича (лягушки) в течение, недель). Функциональное лечение.

**Задача № 34**

Рабочему К., 37 лет, пострадавшему в железнодорожной катастрофе, была выполнена ампутация левого бедра в нижней трети с субпериостальной обработкой костного опиала. Рана зажила первичным натяжением.

**Вопросы к задаче:**

1. Какие технические ошибки имели место?
2. Какие мероприятия необходимо провести для подготовки культи к протезированию?
3. Через какое время его можно протезировать и какой вид протеза будете рекомендовать?

**Эталон ответа:**

- 1) Ампутацию следовало делать, используя транспериостальный способ обработки кости.
- 2) Вероятнее всего, придется выполнить отделочнуюреампутацию бедра.
- 3) Больной должен быть из стационара без выписки домой переведен в протезно-ортопедическое предприятие.

**Задача № 35**

Больная 37 лет, сбита грузовиком, жалуется на боли и нарушение функции левой ноги. Бедро деформировано в верхней трети по типу «галифе», отечно, имеется обширный кровоподтек по наружной поверхности. Определяется подвижность, крепитация костных отломков в верхней трети бедра. Анатомическое укорочение левой нижней конечности на 8 см. На рентгенограммах выявлен подвертельный перелом левого бедра с типичным смещением отломков.

**Вопросы к задаче:**

1. Обоснуйте механизм травмы и характер смещения отломков.
2. Выработайте тактику лечения.

**Эталон ответа:**

- 1) Механизм травмы - прямой. Смещение отломков обусловлено биомеханикой мышц, прежде всего m.ileopsoas и средней ягодичной.
- 2) Скелетное вытяжение 5 недель, затем кокситная гипсовая повязка до 3-х месяцев с момента перелома. Могут быть применены аппарат Г.А. Илизарова или стержневой.

**Задача № 36**

Мужчина Н, 77 лет, упал на левый бок. Почувствовал резкую боль в области левого тазобедренного сустава. Встать самостоятельно не смог из-за усиления боли и нарушения опорности конечности. Выраженная припухлость по наружной поверхности тазобедренного сустава, значительная наружная ротация конечности (стопа лежит на горизонтальной плоскости). Положительные симптомы болезненности при осевой нагрузке и «прилипшей пятки». Анатомического укорочения нет, относительное укорочение 4 см.

**Вопросы к задаче:**

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Обоснуйте лечебную тактику у данного больного.

**Эталон ответа:**

- 1) Латеральный перелом шейки левого бедра.
- 2) Рентгенография левого тазобедренного сустава в двух проекциях — прямой и аксиальной.
- 3) Наиболее рационально осуществить остеосинтез, иначе возможны тяжелые соматические осложнения.

**Задача № 37**

Больной 40 лет, при падении с высоты почувствовал сильную боль в правом голеностопном суставе. Встать и передвигаться из-за боли не смог. При осмотре обращает внимание выраженная припухлость области правого голеностопного сустава, деформация, стопа смещена кнаружи и кзади. Незначительные пассивные движения и пальпация области голеностопного сустава сопровождаются резкой болью.

**Вопросы к задаче:**

1. Для каких повреждений характерен указанный механизм травмы.
2. В каких проекциях необходимо провести рентгенографию?
3. Предположительный диагноз и тактика.

**Эталон ответа:**

- 1) Перелом лодыжек с переломом заднего края большеберцовой кости.
- 2) Прямой, боковой и сравнительный снимок на межберцовый синдесмоз.
- 3) Одномоментная репозиция с гипсовой иммобилизацией до верхней трети бедра

**Задача № 38**

Больному Д, 25 лет, колесо автомобиля переехало передний отдел левой стопы. Клинически и рентгенологически установлен диагноз: «многооскольчатый перелом 1-2-3 плюсневых костей левой стопы со смещением отломков».

**Вопросы к задаче:**

1. Какой наиболее эффективный метод лечения многооскольчатых переломов плюсневых костей Вы используете?
2. Какие осложнения могут иметь место при данных переломах?

**Эталон ответа:**

- 1) Скелетное вытяжение.

- 2) Некроз мягких тканей стопы, инфекционные осложнения.

### **Задача № 39**

Мужчина 30 лет придавлен бортом опрокинувшейся грузовой машины. Основной удар пришелся на область лобка и правую половину таза. Через 4 часа попутной машиной доставлен в ЦРБ. Состояние тяжелое, бледен, адинамичен, число дыханий 24 в мин, АД 85 и 60 мм рт ст. Пульс 108 в минуту. Лежит на спине. Левая нога согнута в колене. Гематома на промежности и мошонке. Помочиться не может. На головке полового члена кровь, она вытекает из уретры. Живот при пальпации напряжен. Положительные симптомы раздражения брюшины, перистальтика не выслушивается.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Клинический диагноз.
4. Принципы лечения. Хирургическая тактика на этапе
5. квалифицированной хирургической помощи.
6. Прогноз.

#### **Эталон ответа:**

1.Закрытый перелом костей таза с повреждением промежностной части уретры. Закрытая травма живота с повреждением полого органа. Кровопотеря. Шок 2 степени тяжести.

2. Рентгенограмма таза и живота. Уретрография. Пальцевое исследование прямой кишки. УЗИ живота. Лапароцентез.

3. Закрытый перелом переднего полукольца таза и правой подвздошной кости, разрыв промежностной части уретры, кровопотеря, шок средней степени тяжести. Данных за повреждение полых органов живота нет.

4. Противошоковая терапия объемом 3,5 литра, из них 1,5 литра крови. После подъема артериального давления операция эпицистостомия, катетеризация уретры, дренирование околопузырной клетчатки по Буяльскому-Мак-Уортену, наложение стержневого аппарата внешней фиксации на таз.

5. Прогноз благоприятный.

### **Задача № 40**

Мужчина 25 лет доставлен в участковую больницу через 3 часа после сквозного ранения правой половины груди из пистолета. Состояние тяжелое, число дыханий 28 в минуту. Цианоз. Шейные вены набухшие. Пульс 115, слабого наполнения. ритмичен, АД 105 и 55 мм рт ст. Умеренно выраженная подкожная эмфизема справа. Входная рана расположена в 3 межреберье по среднеключичной линии, выходная рана под нижним углом правой лопатки. Дыхание справа не выслушивается, слева обычное везикулярное, перкуторно над правой половиной груди коробочный звук. Границы сердца сохранены.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Помощь на этапе первой врачебной помощи.

#### **Эталон ответа:**

1. Сквозное огнестрельное ранение правой половины груди, повреждение легкого, пневмоторакс.

2. Если в участковой больнице имеется рентгеновский аппарат, то необходимо выполнить рентгеновский снимок груди в прямой проекции.

3. Сделать плевральную пункцию во втором межреберье по среднеключичной линии, удалить воздух. Ввести наркотические анальгетики. Ввести противостолбнячную сыворотку. Созвониться с хирургом районной больницы и на санитарной машине отправить больного в районную больницу в сопровождении медицинской сестры.

#### **Задача № 41**

Больной К., 46 лет поступил в приемное отделение больницы с жалобами на слабость, головокружение, однократную потерю сознания, рвоту по типу «кофейной гущи» дважды, темный жидкий стул на протяжении последних двух дней.

Из анамнеза известно, что последние 5 дней находился на амбулаторном лечении по поводу бронхита. Принимал антибиотики, аспирин, отхаркивающую микстуру. В течение последних 2 дней появилась нарастающая слабость, мелькание «мушек» перед глазами, темный жидкий стул, дважды рвота «кофейной гущей», холодный липкий пот. Родственники отметили бледность кожных покровов. На протяжении последних пяти лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

*При осмотре:* Кожные покровы бледные, пульс слабого наполнения 120 в мин., артериальное давление 80/20 мм.рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. В легких влажные проводные хрипы. Живот умеренно болезненный в эпигастральной области. Perrectum – мелена

#### **Вопросы к задаче:**

1. Установите предварительный диагноз.
2. Лечебно – диагностическая тактика?
3. В каких дополнительных методах обследования нуждается больной?
4. Определите тяжесть волеических нарушений.
5. Алгоритм дальнейших действий по лечению больного?

#### **Эталон ответа:**

1. Предварительный диагноз: Гастродуоденальное кровотечение. Наиболее вероятной его причиной может быть острая медикаментозная язва двенадцатиперстной кишки или эрозивный гастрит.

2. Используется активно-дифференцированная хирургическая тактика.

3. Необходимо определение уровня эритроцитов, гемоглобина, гематокрита, группы крови и резус-фактора. Следует провести промывание желудка и экстренную ФГДС с эндоскопической остановкой кровотечения.

4. По клинической картине у больного имеется кровопотеря тяжелой степени.

5. При эффективности эндогемостаза проводят инфузионную и гемостатическую терапию, противоязвенное лечение с решением вопроса о дальнейшей тактике. При неэффективности эндоскопической остановки кровотечения пациенту показана экстренная операция (прошивание кровоточащей язвы).

#### **Задача № 42**

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение в экстренном порядке спустя 3 суток от начала заболевания с жалобами: на постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, задержку стула и неотхождение газов; на наличие в правой паховой области болезненного, опухолевидного выпячивания; на подъем  $t$  тела до  $38^{\circ}\text{C}$ .

Заболевание началось с появления в правой паховой области опухолевидного, болезненного выпячивания. В последующем развился описанный симптомокомплекс, клиника заболевания прогрессировала.

Объективно: состояние больной тяжелое. Кожный покров бледно-розовый. В легких везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70. Тоны сердца приглушены. Язык сухой, обложен у корня коричневым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех

отделах. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные. Аускультативно выслушиваются единичные кишечные шумы с «металлическим» оттенком. Определяется «шум плеска». Стула не было 2 дня, газы не отходят.

В правой паховой области определяется опухолевидное образование до 5 см в диаметре. Кожа над ним гиперемирована, отечна, повышена кожная  $t^{\circ}$ . При пальпации образование резко болезненное, плотно-эластической консистенции, с размягчением в центре.

**Вопросы к задаче:**

1. Какой диагноз следует поставить в данном случае?
2. Этиопатогенез данной патологии?
3. Классификация заболевания?
4. Объем обследования больной в данном случае?
5. Тактика лечения данного заболевания?
6. Объем медицинской помощи и особенности оперативного пособия в конкретном случае?
7. Послеоперационное ведение больной?

**Эталон ответа:**

1. Ущемленная паховая грыжа. Флегмона грыжевого мешка
2. При небольших грыжевых воротах как правило развивается эластическое ущемление в связи с внезапным повышением внутрибрюшного давления, которое сопровождается перерастяжением грыжевых ворот и проникновением в грыжевой мешок большего, чем обычно, количества органов.
3. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное  
Формы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майделя) и пристеночное (грыжа Рихтера)
4. Классическая картина ущемленной грыжи как правило не требует дополнительного обследования. Для диагностики явлений кишечной непроходимости (как в данном случае) выполняется обзорная рентгенография органов брюшной полости
5. Экстренная операция: выделение грыжевого мешка, вскрытие грыжевого мешка и фиксация его содержимого, рассечение ущемляющего кольца, определение жизнеспособности ущемленных органов, резекция нежизнеспособных органов, пластика грыжевых ворот.
6. Экстренная операция. Сначала выполняется срединная лапаротомия, резекция кишки в пределах жизнеспособных тканей. Концы ущемленной кишки лигируют и перитонизируют. Вторым этапом вскрывают грыжевой мешок, удаляют гнойный экссудат, ущемленную петлю кишки и грыжевой мешок. Пластику грыжевых ворот не выполняют, рану дренируют.
7. Основное внимание в послеоперационном периоде уделяют лечению запущенной (в данном случае) кишечной непроходимости. Рану в паху ведут как гнойную.

**Задача №43**

Больная, 50 лет, оперирована в экстренном порядке через 10 часов после ущемления пупочной грыжи. На операции: при вскрытии грыжевого мешка обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника признаны жизнеспособными (появилась отчетливая пульсация брыжеечных сосудов, перистальтика, розовый цвет кишки), погружены в брюшную полость. Выполнена пластика грыжевых ворот.

Через сутки состояние больного ухудшилось. Усилились боли в животе. Одышка до 24 в 1 минуту. Пульс 112, ритмичный. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный во всех отделах. Положительные перитонеальные симптомы. Кишечные шумы единичные. Газы не отходят.

### Вопросы к задаче:

1. Какое осложнение возникло у больного и почему?
2. Лечебная тактика в данной ситуации?
3. Как определить жизнеспособность кишки?
4. Определение понятий «ложное ущемление» и «мнимое вправление».
5. Какие основные симптомы ущемленной грыжи?
6. Виды и типы ущемления?

### Эталон ответа:

1. У больной не распознано во время операции ретроградное ущемление (грыжа Майдля). Послеоперационный период осложнился перитонитом, причиной которого стала некротизированная петля кишки

2. При нахождении в ущемленном грыжевом мешке 2-х и более петель кишки хирург должен осмотреть и оценить жизнеспособность промежуточных петель кишки находящихся в брюшной полости.

3. Нормальный цвет кишки, пульсация краевых сосудов брыжейки, перистальтика, тургор и эластичность тканей. При отсутствии уверенности в жизнеспособности в брыжейку вводят 100 — 150 мл 0,25% раствора новокаина и обкладывают кишку салфетками, смоченными в теплом физрастворе. Если в течение 15 — 20 минут признаки жизнеспособности не появляются, а также в случае наличия глубокой странгуляционной борозды и обширных субсерозных гематом показана резекция кишки.

4. Ложное ущемление (грыжа Брока) — это симптомокомплекс, напоминающий общую картину ущемления, но вызванный каким-либо другим острым заболеванием органов брюшной полости (аппендицит, холецистит, прободная язва и т.п.). При этом может возникать воспаление содержимого грыжевого мешка в результате проникновения в него инфекции (экссудата из брюшной полости, с соседних органов, с тканей передней брюшной стенки, асцитическая жидкость). Указанный симптомокомплекс служит основанием для ошибочного диагноза ущемления грыжи, в то время как истинная причина заболевания остается невыясненной.

Насильственное вправление ущемленных грыж может сопровождаться развитием клиники *мнимого вправления* в случае: — перемещения ущемленного органа из одной камеры грыжевого мешка в другую; — отрыва ущемляющего кольца или всего грыжевого мешка вместе с ущемляющим кольцом с последующим перемещением ущемленного органа в брюшную полость или предбрюшинное пространство; — разрыва грыжевого мешка с повреждением содержащихся в нем органов

5. Внезапное появление боли в области ранее существовавшей или остро возникшей грыжи, резкая болезненность при пальпации грыжевого выпячивания, напряжение грыжевого выпячивания, невозможность вправления ранее вправимой грыжи, отсутствие передачи кашлевого толчка (отрицательный симптом кашлевого толчка)

6. Виды ущемления: эластичное, каловое и смешанное  
Типы ущемления: типичное, ретроградное (грыжа Майдля) и пристеночное (грыжа Рихтера)

### Задача №44

Больной Н., 67 лет поступил с жалобами на нарастающие боли в животе в течении суток, преимущественно в левой его половине, вздутие живота, неотхождение стула и газов, тошноту. Из анамнеза — более года отмечает запоры, ухудшение аппетита, нарастающую слабость, похудел за это время более, чем на 10 кг. Последнее время беспокоят постоянные боли в левой половине живота. Объективно: состояние средней степени тяжести, пониженного питания, эластичность кожи и тургор тканей снижены, кожные покровы бледные, пульс 90 в минуту, А/Д 110/70 мм рт. ст., язык влажный, живот равномерно вздут, перкуторно «тимпанит», при пальпации болезненный по ходу левого

бокового канала, симптомы раздражения брюшины отсутствуют, перистальтические шумы выслушиваются, при обследовании rectum — ампула прямой кишки пустая, анализ крови: эр.- $3,1 \cdot 10^{12}/л$ ; Hb — 102 г/л; L -6,5

**Вопросы к задаче:**

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного? Классификация заболевания.
2. Какова вероятная причина развития этого синдрома в данном случае?
3. План дополнительного обследования больного.
4. Значение рентгенологических и эндоскопических методов в диагностике основного заболевания и его осложнений.
5. Объем консервативных мероприятий и цель их проведения у данного больного?
6. Тактика хирурга в зависимости от эффективности консервативного лечения?
7. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств в зависимости от эффективности консервативных мероприятий, состояния больного, данных операционной находки.
8. Особенности ведения послеоперационного периода?

**Эталон ответа:**

1. Обтурационная кишечная непроходимость. Механическая кишечная непроходимость может быть обтурационной, странгуляционной и смешанной. Выделяют высокую и низкую кишечную непроходимость в зависимости от уровня обтурации.
2. Опухоль нисходящей или сигмовидной кишки
3. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца
4. Колоноскопия является методом выбора в диагностике опухолей толстой кишки. Ирригоскопия также является весьма информативной. У данного больного уже развилась кишечная непроходимость, что заставляет сократить объем обследования: обзорная рентгенография и проба Шварца
5. Желудочная декомпрессия, очистительная клизма, инфузионная терапия в объеме до 2 литров. Основная цель этой терапии – коррекция водно-электролитных нарушений и дезинтоксикация.
6. Операция может быть отложена только при разрешении явлений непроходимости. Больной будет нуждаться в дообследовании.
7. Наличие кишечной непроходимости является показанием к экстренной операции. Если причиной непроходимости явилась опухоль сигмовидной кишки – выполняют резекцию сигмовидной кишки по Гартману, если опухоль нисходящей кишки – левостороннюю гемиколэктомию с выведением трансверзостомы. При неоперабельности опухоли как правило прибегают к наложению двустольного ануса или же наложению обходных анастомозов (редко)
8. Ведение послеоперационного периода по общим принципам, уход за колостомой.

**Задача №45**

Больной 38 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на сильные боли в эпигастрии опоясывающего характера, тошноту, рвоту. Заболевание связывает с употреблением алкоголя. В анамнезе гиперацидный гастрит.

*Объективно:* Состояние средней тяжести, тревожен, отмечены микроциркуляторные нарушения. Желтухи нет. Число дыханий 18 – 20. В легких хрипов нет. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, артериальное давление 120/80 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот равномерно вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации болезненность в эпигастрии, где определяется резистентность брюшной стенки, распространяющаяся на правое подреберье. Перкуторно: раздутая поперечно-ободочная кишка. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Желчный пузырь не пальпируется. Печень выступает из под края реберной дуги. Перистальтика выслушивается, но вялая.

Перитонеальных симптомов нет. Лейкоцитоз – 13 тыс. Диастаза мочи – 1024 ед. На обзорной рентгенограмме брюшной полости свободного газа нет. УЗИ – желчной гипертензии нет. Желчный пузырь 8 x 2 см, стенка 0,3 см, конкрементов не содержит. Имеется увеличение поджелудочной железы, особенно в области головки и тела с размытостью контуров. Жидкость в сальниковой сумке в виде щели 2,5 x 8 см. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется.

Больному проводилась консервативная терапия с положительной клинической и лабораторной динамикой, однако при контрольном УЗИ через 7 дней отмечено сохранение жидкостного образования в области тела поджелудочной железы 3 x 6 см.

**Вопросы к задаче:**

1. Какой основной диагноз заболевания? О каком осложнении основного заболевания можно думать?
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы исследования необходимо выполнить больному?
3. Какие основные направления лечения основного заболевания?
4. Ваша тактика относительно образования сальниковой сумки?
5. Какое оперативное лечение показано больному? Сроки его выполнения?
6. Исход данного осложнения? Прогноз? Ваши рекомендации при выписке?

**Эталон ответа:**

1. Острый панкреатит. Асептический панкреонекроз. Оментобурсит.
2. Общий анализ крови, билирубин, печеночные пробы, амилаза, липаза, сахар крови, ПТИ, фибриноген.  
Обзорная рентгенография легких, ФГДС, УЗИ, пункция оментобурсита на инфицированность.
3. Борьба с шоком (болью), нормализация объема циркулирующей крови, и нейровегетативных функций;  
воздействие на местный патологический очаг;  
Уменьшение эндоинтоксикации;  
коррекция тромбгеморрагического синдрома;  
иммунокоррекция;  
нутритивная поддержка;  
энерготропная терапия;  
оперативное лечение по показаниям.
4. Пункция при асептическом воспалении, наружное дренирование при инфицировании.
5. Малоинвазивное вмешательство.
6. Рассасывание образований кисты, инфицирование.

**Задача №46**

Больной 62 лет поступил в стационар с жалобами на постоянные умеренные боли в нижних отделах живота с иррадиацией в крестец. Заболел около суток назад, когда после длительного недоедания принял большое количество пищи. Боли сопровождались двукратной рвотой, не принесшей облегчения. Стула не было, газы не отходят. В течении года больной страдает запорами. В домашних условиях употреблял слабительные препараты.

*Объективно:* Пациент контактен, адекватен. Пульс 86 в минуту. АД 140/90 мм.рт.ст. Язык обложен, влажный. Живот "перекошен" – резко вздута правая половина его, при пальпации брюшная стенка мягкая, справа определяется эластическое образование, перистальтика над ним не выслушивается, здесь же определяется "шум плеска". При перкуссии – высокий тимпанит. При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет. При попытке поставить сифонную клизму удалось ввести только

300 мл жидкости, после чего появились боли слева внизу живота, жидкость стала вытекать.

**Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз? Клиническая классификация этой патологии? Этиопатогенез данного заболевания?
2. Какое обследование необходимо проводить больным при этом заболевании?
3. Тактика лечения при подобном заболевании? Объем пособия при данной патологии?
4. Профилактика рецидива заболевания?

**Эталон ответа:**

1. Опухоль сигмовидной кишки, обтурационная кишечная непроходимость
2. Выделяют следующие формы рака толстой кишки: токсикоанемическая, энтероколитическая, диспептическая, обтурационная, псевдовоспалительная и опухолевая. Используют также международную классификацию TNM.
3. Этиопатогенез до конца не выяснен.
4. Обзорная рентгенография брюшной полости, пробв Шварца. При отсутствии явлений непроходимости методом выбора является колоноскопия с биопсией.
5. При явлениях кишечной непроходимости показана экстренная операция. При операбельности опухоли – резекция сигмовидной кишки по Гартману. При неоперабельности опухоли – наложение 2-х ствольной сигмостомы (операция Майдля). В послеоперационном периоде решается вопрос о химиотерапии с учетом гистологии опухоли.
6. В условиях кишечной непроходимости – операция Гартмана. При неоперабельности опухоли – выведение двухствольной сигмостомы.
7. УЗ- контроль, диспансерное наблюдение у онколога.

**Задача №47**

Больной 50 лет поступил в отделение с жалобами на боли в правой половине живота с иррадиацией в поясничную область, учащенное мочеиспускание, резкую слабость. Заболел 3 дня назад, когда внезапно возникли сильные боли в правой поясничной области. Сутки назад появилось учащенное болезненное мочеиспускание малыми порциями мочи, повышение температуры тела до 39-40°, сегодня дважды был озноб.

При осмотре больной адинамичен, бледен, температура 39,5°, пульс до 100 уд, в мин., ритмичный, АД 90/50 мм рт.ст. Живот напряжен в правой половине, болезненный в глубине подвздошной области и вверх по боковому каналу. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пальпируется болезненный полюс правой почки. Симптом Пастернацкого положительный справа.

В общем анализе мочи — протеинурия 0,065 г/л, лейкоцитов до 10 в п/зр., эритроцитов до 20-30 в п/зр.

В общем анализе крови — лейкоцитов до 15000 со сдвигом влево, СОЭ 45 мм/час.

По данным УЗИ определяется уретеропиелозктазия справа, утолщение паренхимы почки, неровность ее контура, гипеохогенное образование в нижнем полюсе почки. На фоне полного мочевого пузыря нельзя исключить конкремент 10 мм в нижней трети мочеточника,

**Вопросы к задаче:**

1. Клинико-эхографическая картина каких урологических заболеваний описана в задаче?
2. Какое осложнение возникло у данного больного?
3. О какой форме процесса в почке идёт речь?
4. Какие методы исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
5. Какой метод лечения должен быть применен в данном случае?

6. Каков объем и характер лечебных мероприятий в конкретном случае?

**Эталон ответа:**

1. Ds: МКБ. Камень н/з правого мочеточника.
2. Обструктивный пиелонефрит (вторичный) правой почки.
3. Деструктивный (гнойный пиелонефрит), корбункул н/полюса правой почки.
4. Обзорная и экскреторная урография.
5. Оперативное лечение.
6. а) Нефростомия. Деконсуляция почки, дренирование забрюшинного пространства.  
б) По стиханию пиелонефрита ДЛТ конкремента, при неэффективности – литоэкстракция.

**Задача №48**

У девушки 17 лет появился болезненный ярко-красный угорь 0,5 см в диаметре на верхней губе слева, в центре его черная точка. С целью ускорения излечения пыталась его выдавить. На второй день увеличилась инфильтрация, поднялась температура до 38 С. За медицинской помощью не обращалась еще в течение 6 суток. Принимала аспирин, ампициллин, но состояние прогрессивно ухудшалось. Доставлена в стационар в тяжелом состоянии с жалобами на сильную головную боль преимущественно в затылочной области, оцепенелость затылка, слабость, тошноту, рвоту, высокую температуру, диплопию. Объективно: состояние больной тяжелое. Кожа бледная, температура 39 С. Пульс ритмичный 102 в 1 минуту, артериальное давление 105/70 мм рт ст. Одышка в покое до 20-22 в 1 минуту. При пальпации печень выступает из-под края реберной дуги.

Местный статус: лицо отечно слева глаз заплыл выбухает вперед, глазная щель – 4 мм. В области левой носогубной складки болезненный инфильтрат 1х4 см, распространяющийся к углу глаза, гиперемия, участок некроза 0,2 см расположен левее крыла носа в направлении к левому глазу. При наклоне головы кпереди появляется боль в затылочной области, ригидность затылочных мышц.

Осмотр окулиста: слева признаки венозного глазного застоя, ограничение движений глазного яблока, отек соска с застоем и венозными кровоизлияниями.

**Вопросы к задаче:**

Ваш окончательный диагноз? Что явилось причиной отека лица и головной боли? Необходима ли госпитализация в хирургическое отделение? Какой режим необходимо создать пациентке? Тактика лечения больной? Нужно ли проводить профилактику столбняка?

**Эталон ответа:**

1. Абсцедирующий фурункул лица.  
Осл: тромбоз пещеристого синуса. Сепсис
2. Распространение воспалительного процесса на твердую мозговую оболочку и мозговые вены.
3. Госпитализация в отделение Интенсивной терапии постельный режим.
4. Лечение:
  - Вскрытие и дренирование первичного гнойного очага;
  - катетеризация а. Temporalissuperficialis для локального подведения антибиотиков, стрептокиназы, тромболитиков;
  - Лечение как при сепсисе;
  - ГБО.
5. Нет

#### **Задача № 49**

В клинику поступил больной, 34 лет, с жалобами на острые боли в правой поясничной области, иррадиирующие вниз живота, тошноту, рвоту, ложные позывы на мочеиспускание. Боли возникли внезапно. В анализе мочи - единичные эритроциты.

##### **Вопросы к задаче:**

*Ваш диагноз? Какие необходимы дополнительные исследования?*

##### **Эталон ответа.**

Клиническая картина характерна для синдрома почечной колики. Однако наличие болей в правой половине живота, тошноты, рвоты требует проведения дифференциального диагноза с острым аппендицитом, холециститом. Для уточнения диагноза необходимы УЗИ мочевого пузыря и хромосцистоскопия. Если при УЗИ будет выявлена уретеропиелозктазия справа, то причина болей — нарушение пассажа мочи. Если выделение индигокармина при хромосцистоскопии из устья правого мочеточника отсутствует, подтверждается урологический генез заболевания.

#### **Задача № 50**

В урологическое отделение поступила женщина 35 лет с жалобами на приступообразные боли в правой поясничной области, сопровождающиеся тошнотой, рвотой и частыми позывами к мочеиспусканию. На обзорном снимке мочевых путей, на уровне поперечного отростка 4-го поясничного позвонка справа определяется тень подозрительная на конкремент, овальной формы, размерами 0,5 x 0,5 см.

##### **Вопросы к задаче:**

Какие дополнительные рентгенологические исследования необходимо произвести, чтобы установить характер обнаруженной тени?

##### **Эталон ответа.**

Больной необходимо произвести экскреторную урографию, с помощью которой можно выяснить расширение чашечно-лоханочной системы справа и положительный симптом «указательного пальца» (Симптом Лихтенберга). При неудовлетворительных данных урографии больной показана катетеризация правого мочеточника с последующей обзорной рентгенограммой мочевых путей в двух проекциях. Совпадение указанной тени с тенью мочеточникового катетера на обоих снимках будет достоверным подтверждением наличия камня в правом мочеточнике.

#### **Задача № 51**

У больного 60 лет безболевая макрогематурия с червеобразными сгустками крови. При цистоскопии слизистая мочевого пузыря нормальная, из устья левого мочеточника обнаружено выделение крови. На обзорной рентгенограмме мочевых путей контуры почек не определяются, теней подозрительных на конкременты в проекции мочевых путей нет. На экскреторных урограммах патологических изменений в проекции чашечно-лоханочной системы не выявлено. Пассаж контрастного вещества по мочеточникам не нарушен.

##### **Вопросы к задаче:**

О каком заболевании в первую очередь следует думать, и какие рентгенологические исследования следует произвести для установления диагноза?

##### **Эталон ответа.**

В первую очередь следует думать об опухоли левой почки. Для установления диагноза следует произвести ультразвуковое исследование, как «скрининг-тест», а затем компьютерную, магнитно-резонансную, или мультиспиральную томографию для определения распространенности процесса.

### **Задача № 52**

У больной 32 лет типичная картина правосторонней почечной колики. На обзорной рентгенограмме мочевой системы в проекции нижней трети правого мочеточника определяется тень камня размерами 0,8 x 0,4 см. После инъекции баралгина 5 мл в/в и теплой ванны боли стихли, но через 30 минут возобновились вновь. Произведена блокада круглой связки матки по Лорину-Эпштейну. Боли утихли на короткий срок, а затем возобновились вновь. Больная беспокойна, принимает различные положения, стонет, просит о помощи.

#### **Вопросы к задаче:**

Что следует предпринять для купирования почечной колики?

#### **Эталон ответа.**

Почечная колика у больной обусловлена нарушением оттока мочи из правой почки и повышением внутривисцерального давления. Причиной тому является камень в нижней трети мочеточника. Учитывая малую эффективность ранее проведенных мероприятий, показана катетеризация правого мочеточника с проведением клюва катетера проксимальнее конкремента. Восстановленный отток мочи из почки и снижение внутривисцерального давления позволит купировать приступ почечной колики.

### **Задача № 53**

У больного, 50 лет, диагностирован внебрюшинный разрыв мочевого пузыря.

#### **Вопросы к задаче:**

Ваша лечебная тактика?

#### **Эталон ответа.**

Внебрюшинный разрыв мочевого пузыря является показанием к операции цистостомии, ревизии мочевого пузыря, ушиванию разрыва, дренированию клетчатки таза по Буальскому-МакУортеру, либо по Куприянову.

### **Задача № 54**

Больной 40 лет поступил в клинику по поводу уретрорагии. Из анамнеза известно, что час назад упал на стройке, ударился промежностью о доску.

#### **Вопросы к задаче:**

Какой ваш предварительный диагноз и диагностическая тактика?

#### **Эталон ответа.**

Падение на промежность с последующей уретроррагией позволяет заподозрить разрыв луковичного отдела уретры. Необходимо произвести уретрографию.

### **Задача №55**

В клинику поступила женщина, 25-ти лет, в тяжелом состоянии. Трое суток назад ей произведен аборт во внебольничных условиях. После аборта поднялась температура тела до 38, был озноб, выделения из влагалища с неприятным запахом. У больной нет мочи в течение 1,5 суток. Состояние тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Язык сухой. АД- 95 мм. РТ. ст. Пульс – 101 в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Мочевой пузырь не пальпируется. Введен катетер в мочевой пузырь – мочи не получено. Мочевина сыворотки крови – 26 ммоль, креатинин – 0,65 ммоль/л.

#### **Вопросы к задаче:**

Диагноз? Лечение?

**Эталон ответа.**

Криминальный септический аборт, острая почечная недостаточность. Лечение в реанимационном отделении: гемодиализ, инфузионная и дезинтоксикационная терапия, лазикс, плазмаферез, антибактериальная терапия и др.

**Задача №56**

После удара носком ботинка в область промежности у 18-летнего больного выделились несколько капель крови из уретры. Мочеиспускание затрудненное и болезненное. Обратился в урологический стационар через 1 час после травмы. Состояние удовлетворительное. Живот мягкий. Мочевой пузырь не пальпируется. Кожа промежности сине-черного цвета. АД – 120/80 мм.рт.ст. Анемии нет.

**Вопросы к задаче:**

Предполагаемый диагноз. Назовите основной метод диагностики. Лечение. Каковы возможные отдаленные результаты осложнения?

**Эталон ответа.**

Разрыв мочеиспускательного канала. Ретроградная уретрография. Экстренная операция – первичный шов уретры (уретро-уретроанастомоз). В отдаленном периоде возможно развитие стриктуры уретры.

**Задача №57**

Мужчина, 23 года, получил удар ногой в область мошонки во время драки. Почувствовал резкую боль в животе, тошноту, наблюдалась рвота. Появились боли в правой половине мошонки. Поступил в больницу через 2 часа после травмы. Состояние удовлетворительное. АД – 110/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. В правой половине мошонки определяется опухолевидное образование 7х6х6 см, тугоэластичной консистенции, болезненное, определяется флюктуация. Кожа мошонки обычной окраски.

**Вопросы к задаче:**

Диагноз. Какую тактику лечения вы выберете? Ее обоснование.

**Эталон ответа.**

Разрыв правого яичка, гематоцеле. Экстренная операция: ушивание разрыва яичка, эвакуация и дренирование гематомы. При невыполнении операции – консервативной тактике – произойдет рубцовая деформация и склероз яичка с потерей его функции.

**Задача №58**

Мужчина 40 лет, получил удар ногой в живот. Поступил в клинику через 2 часа после травмы. Предъявляет жалобы на боли в низу живота, затрудненное мочеиспускание по каплям. Моча с примесью крови. Состояние удовлетворительное. В надлобковой области определяется болезненность, напряжение мышц, перкуторно определяется тупой звук. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

**Вопросы к задаче:**

Предположительный диагноз. Какие методы исследования необходимы? Лечение.

**Эталон ответа.**

Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря. Ретроградная цистография с тугим наполнением мочевого пузыря (9 250-300 мл урографина) в 2-ух проекциях (основной метод), УЗИ, лапароскопия, экстренная операция – нижнее-срединная лапаротомия, ушивание разрыва мочевого пузыря, цистостомия, ревизия, санация и дренирование брюшной полости.

### **Задача №59**

У больной 23 лет, имеются боли в левой подвздошной области. Анализ мочи без патологии. На обзорной урограмме, в проекции малого таза слева, имеется тень 4х6 см. Экскреторная урография не произведена из-за непереносимости контрастного вещества.

#### **Вопросы к задаче:**

Каким образом можно подтвердить наличие камней мочеочника?

#### **Эталон ответа.**

Рентгенограмма малого таза в прямой и боковой проекции с введенным в мочеочник (при цистоскопии) мочеочниковым катетером. На обоих снимках тень камня должна наложиться на тень катетера.

### **Задача №60**

Больной 42 лет жалуется на тупые боли в надлобковой области, терминальную гематурию. При цистоскопии на боковой стенке мочевого пузыря видна опухоль размером 3х3 см, на широком основании, грубо ворсинчатая. Вокруг опухоли отек слизистой.

#### **Вопросы к задаче:**

Диагноз. Какие исследования необходимо провести для уточнения характера опухоли?

#### **Эталон ответа.**

Рак мочевого пузыря, предположительно T2-T3. показаны исследования: ретроградная цистография, УЗИ, трансвезикальная биопсия опухоли, исследование атипичных клеток в моче, экскреторная урография для исключения прорастания опухоли и блокады мочеочников.

### **Задача №61**

Женщина 45 лет поступила в отделение через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в правой поясничной области, озноб. Температура тела 38. Лейкоцитоз – 13000. На обзорной урограмме видна тень в проекции поясничного отдела правого мочеочника 9х10 см.

#### **Вопросы к задаче:**

Ваша дальнейшая диагностическая и лечебная тактика?

#### **Эталон ответа.**

У больной камень правого мочеочника, острый обструктивный пиелонефрит. Показана срочная уретеролитотомия с ревизией почки, с последующей интенсивной антибактериальной, инфузионной и дезинтоксикационной терапией.

### **Задача №62**

Больная 33 лет доставлена в больницу после автомобильной аварии. Состояние тяжелое. Макрогематурия. АД – 100/70 мм.рт.ст. пальпируется припухлость в правой поясничной области. В анализе крови – эритроциты –  $4,9 \times 10^{12}$  в 1 л., гемоглобин – 126 г/л., гематокрит - 32. Через 15 минут после поступления начата экстренная операция. Обнаружен линейный разрыв на передней поверхности почки длиной 2,5 см и околопочечная гематома. Произведена нефрэктомия. Через 24 часа после операции обнаружено, что состояние больной резко ухудшилось: установлена анурия.

#### **Вопросы к задаче:**

Какие диагностические и лечебные ошибки были допущены? Почему возникла анурия?

**Эталон ответа.**

Анурия возникла вследствие ошибочного удаления единственной почки. До операции не выполнена инфузионная (или экскреторная) урография, которая позволила бы определить отсутствие единственной почки. Нефрэктомия не была показана при данном виде повреждения – показана органосохраняющая операция: ушивание разрыва почки, нефростомия.

**Задача №63**

Молодой мужчина 6 месяцев назад прощупал у себя в правом яичке небольшой плотный узел. К врачу своевременно не обратился, так как болей не было. Яичко увеличилось в размере, появилась тяжесть в правой половине мошонки, увеличились молочные железы. Травму и воспалительные заболевания яичка, венерические заболевания отрицает. При осмотре выявлена гинекомастия, правое яичко увеличено (7,0х6,5х5 см), плотное, бугристое, безболезненное. Инфильтрат распространяется на придаток яичка. Рентгеноскопия грудной клетки, экскреторная урография, лимфоаденография патологии не выявили. В моче обнаружено повышенное количество хорионического гонадотропина и  $\alpha$ -фетопротеина.

**Вопросы к задаче:**

Диагноз и его стадия. Предположительная гистологическая форма. Комплексное лечение.

**Эталон ответа.**

Злокачественная опухоль яичка в стадии T3N0M0. В связи с повышенным уровнем хорионического гонадотропина следует предполагать, что это хорионэпителиома яичка. Показано комплексное лечение: орхифуникулэктомия справа, операция Шевассю (забрюшинная лимфаденэктомия), лучевая и полихимиотерапия.

**Задача №64**

Больной 25 лет поступил в урологический стационар 2 дня назад. При поступлении были боли в левой поясничной области с иррадиацией в яичко, учащенное мочеиспускание. После инъекции наркотиков и спазмолитиков боли прошли. Сегодня во время мочеиспускания возникла резкая боль в уретре, струя мочи прервалась.

**Вопросы к задаче:**

Предполагаемый диагноз. Лечение.

**Эталон ответа.**

У больного был приступ левосторонней почечной колики, обусловленной камнем левого мочеточника. Камень за 2 дня переместился в мочевой пузырь, а в настоящий момент, во время мочеиспускания застрял в уретре. Необходимо введение булба или металлического катетера большого диаметра, в результате чего камень сместится в мочевой пузырь. Далее произвести контактную литотрипсию.

**Задача №65**

У мужчины после переохлаждения появились боли в промежности, заднем проходе, повысилась температура до 38С. Мочеиспускание было вначале болезненным, а затем прекратилось. Над лоном пальпируется увеличенный мочевой пузырь. При ректальном пальцевом исследовании определяется увеличенная и резко болезненная предстательная железа. Очагов размягчения нет.

**Вопросы к задаче:**

Диагноз. Лечение.

**Эталон ответа.**

Острый простатит. Лечение консервативное в урологическом стационаре – антибиотики, противовоспалительные средства, физиотерапия. Если однократная катетеризация мочевого пузыря не ликвидирует острую задержку мочеиспускания, выполняется троакарная цистостомия. Цистостома удаляется перед выпиской больного.

**Задача №66**

У женщины 47 лет произведена операция – экстирпация прямой кишки по поводу рака. Через сутки больная жалуется на боли в пояснице с обеих сторон, мочеиспускание отсутствует, позывов к нему нет.

**Вопросы к задаче:**

О чем следует думать? Необходимые диагностические и лечебные мероприятия.

**Эталон ответа.**

Перевязка обоих мочеточников как техническая ошибка операции, анурия. Диагностика: катетеризация мочевого пузыря, двусторонняя катетеризация мочеточников с двухсторонней уретеропиелографией. Экстренная операция: перкутанная или открытая двусторонняя нефростомия, через 4-6 месяцев – двусторонняя пластическая операция – уретероцистоанастомоз.

**Задача №67**

Мужчина 23 года, направлен в урологическую клинику терапевтом. Жалуется на периодически возникающие головные боли, снижение остроты зрения. Четыре года назад, во время службы в армии, на медицинской комиссии впервые выявлено повышенное артериальное давление. Лечился в военном госпитале. Артериальное давление поднималось временами до 220/230 мм.рт.ст. Гипотензивные препараты эффекта не оказывали. Состояние удовлетворительное. АД – 200/100 мм.рт.ст. Выслушивается диастолический шум в эпигастральной области. Почки не пальпируются. Анализ мочи без патологии. При почечной ангиографии выявлено сужение в средней и дистальной третях правой почечной артерии в виде «нити бус».

**Вопросы к задаче:**

Диагноз. Патогенез. Лечение.

**Эталон ответа.**

Нефрогенная гипертензия, обусловленная фибромускулярным стенозом правой почечной артерии. Этиопатогенез гипертонии: в ответ на ишемию участка почечной паренхимы, клетки ЮГА (юстагломерулярного аппарата) вырабатывают ренин, запускающий каскад реакций, приводящий к повышению АД. Лечение оперативное – пластическая операция на почечных сосудах, в данном случае – резекция стенозированного участка артерии с анастомозом «конец в конец».

**Задача №68**

Больная 56 лет поступила в урологическое отделение с жалобами на примесь крови в моче, сгустки червеобразной формы, общую слабость, повышение температуры тела, сильные боли в пояснице слева. Боли прошли после отхождения с мочой некротизированного кусочка почечной ткани, который при осмотре напоминает почечный сосочек. Лихорадка и гематурия сохраняются.

**Вопросы к задаче:**

Диагноз. Необходимые исследования.

### **Эталон ответа.**

Некротический папиллит (редкая форма острого пиелонефрита). Для подтверждения диагноза показана ретроградная пиелография. Необходимо консервативное лечение острого пиелонефрита в стационарных условиях.

### **Задача №69**

Больной 75 лет поступил с жалобами на болезненность внизу живота, чувство переполнения в мочевом пузыре, жажду, сухость во рту, бессонницу. Последние 5 лет вынужден 1-2 раза вставать ночью из-за императивного позыва на мочеиспускание. Мочеиспускание с задержкой вначале, затем моча идет вялой тонкой струйкой. Последние 3-4 дня отметил ухудшение состояния, боли внизу живота, мочеиспускание прекратилось. Моча постоянно подтекает из уретры наружу каплями. Мочевина крови 16 ммоль/л.

### **Вопросы к задаче:**

Диагноз. Лечение.

### **Эталон ответа.**

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы, III стадия. Парадоксальная ишурия. Хроническая почечная недостаточность. Выполнение операции эпицистостомии, лечение ХПН. Радикальная операция вторым этапом через 1 месяц при достижении компенсированной стадии ХПН со снижением уровня мочевины крови.

### **Задача №70**

Больная 75 лет, поступила в урологическое отделение с жалобами на озноб, сухость во рту, жажду, боли в правой поясничной области. Состояние тяжелое. Температура тела 38,7 С, язык сухой. Пальпируется увеличенная и болезненная правая почка. Положительный симптом Пастернацкого справа. Сахар крови 12,7 ммоль/л. Лейкоцитоз-10000, нейтрофилов – 12%. В анализе мочи лейкоциты до 10 в поле зрения. По данным экскреторной урографии данных за уролитиаз нет, функция правой почки снижена, левой-удовлетворительная. На ретроградной пиелограмме – ампутация нижней чашечки правой почки, мочеточник проходим на всем протяжении. По УЗИ – гнойно-некротический узел по наружному контуру нижнего полюса почки.

### **Вопросы к задаче:**

Диагноз. Лечение.

### **Эталон ответа.**

Острый гнойный пиелонефрит справа на фоне сахарного диабета, карбункул почки. Срочная операция: люмботомия справа, декапсуляция правой почки, крестообразное рассечение или конусовидное иссечение карбункула, нефростомия, дренирование забрюшинное пространства.

### **Задача №71**

Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости а запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

### **Вопросы к задаче:**

1. Почему это произошло?
2. Как закончить операцию?
3. Как избежать подобных осложнений?

### **Эталон ответа.**

Хирургом совершена грубая техническая при скользящей грыжи мочевого пузыря, не диагностированной до операции. Необходимо выполнить надлобковый срединный

разрез мочевого пузыря со стороны срединной операционной раны, дренировать мочевой пузырь цистостомой, малый таз – через запирательное отверстие по Буяльскому, произвести пластику пахового канала. Профилактика повреждений мочевого пузыря при герниопластике – опорожнение мочевого пузыря непосредственно перед операцией, своевременная диагностика скользящей грыжи мочевого пузыря (УЗИ, цистография у больного с дизурией при наличии паховой грыжи).

#### **Задача №72**

У больного, 16 лет, во время операции левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

##### **Вопросы к задаче:**

1. К какому типу относится такая грыжа?
2. В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного?

##### **Эталон ответа.**

Врожденная паховая грыжа. Нужно мобилизовать яичко и семенной канатик, не повредив их, сместить яичко в мошонку, выполнить пластику пахового канала.

#### **Задача №73**

Мужчина 32 лет, страдающий врожденным фимозом, обратился в урологическое отделение с жалобами на гнойные выделения из препуциального мешка. После рассечения крайней плоти обнаружено опухолевидное образование на головке полового члена размером 3х3х2,5 см с экзофитным ростом, с участками распада, прорастающее кавернозные тела полового члена. Пальпируются увеличенные и уплотненные паховые лимфоузлы с обеих сторон. Реакция Вассермана отрицательная. Осмотрен венерологом - сифилис исключен. В легких и печени патологии нет.

##### **Вопросы к задаче:**

Диагноз, стадия. Лечение.

##### **Эталон ответа.**

Рак полового члена в стадии T3N0M0. Лечение комплексное: ампутация полового члена, операция Дюкена (удаление паховых и подвздошных регионарных лимфатических узлов), лучевая и химиотерапия.

#### **Задача №74**

Больной 10 лет поступил через трое суток от начала заболевания с жалобами на боли внизу живота и правой поясничной области. Тошноты и рвоты не было. Общее состояние удовлетворительное. Температура 37,8С, пульс 92'. Обращает внимание вынужденное положение больного на спине с согнутыми в тазобедренном суставе и приведенными к животу правым бедром. Движения в суставах в полном объеме, хромоты нет. При попытке разогнуть бедро возникают сильные боли в поясничной области. Живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области при глубокой пальпации, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Резко положительный симптом Пастернацкого справа. Симптомы Ровсинга и Ситковского отрицательные. Дизурических явлений нет, моча не изменена. Лейкоцитов крови  $14,3 \times 10^3$ . При экскреторной экскурсионной урографии функция почек удовлетворительная, но обнаружена полная неподвижность правой почки на вдохе и выдохе.

##### **Вопросы к задаче:**

Диагноз. Лечение.

**Эталон ответа.**

Острый гнойный паранефрит. Срочная операция: люмботомия, вскрытие и дренирование абсцесса.

**Задача № 75**

Больной Д., 32 лет, хирургом ЦРБ выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу «фиброаденомы молочной железы». Через 10 дней после операции получен результат гистологического исследования: инвазивный протоковый рак молочной железы, диаметр опухоли 1,2 см. Пациентка направлена на консультацию в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. В легких без патологии. ЧСС - 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Местно: молочные железы мягкие, в верхненаружном квадранте правой молочной железы послеоперационный рубец - без особенностей. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

**Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз, стадия заболевания?
2. В чем состоит тактическая ошибка в ведении больной?
3. План лечения больной?

**Эталон ответа.**

1. Рак молочной железы справа. Узловая форма. T1N0M0
2. Сначала нужно было взять биопсию и оперировать с учётом полученных данных, предоперационное лучевая терапия, маммография

Полное обследование, преоперационная лучевая терапия всех молочной железы, а также подмышечных, над- и подключичных л/у. Мастэктомия. В п/о периоде облучение парастернальной области.

**Задача № 76**

Больная Р., 37 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, плохой аппетит, похудание на 10 кг. Больна в течение 6 месяцев, когда впервые появились боли в животе, которые постепенно нарастали. При обследовании по месту жительства на УЗИ в правой доле печени выявлены образования, подозрительные на метастазы. Больная направлена в онкодиспансер.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Температура 37,4<sup>0</sup>С. Пониженного питания. В надключичной области справа пальпируется плотный малоподвижный лимфатический узел 2 см. в диаметре. В легких без патологии. ЧСС 80 ударов в минуту, АД 100/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где пальпируется плотный край печени, выступающий из-под реберных дуг на 5 см. В пунктате из лимфоузла - элементы эпителиальной злокачественной опухоли. При обследовании: рентгенография органов грудной клетки - без патологии, УЗИ брюшной полости – в правой доле печени множественные гетерогенные образования до 30 мм в диаметре. Выставлен диагноз: Метастазы в надключичный лимфоузел справа, печень без выявленного первичного очага.

**Вопросы к задаче:**

1. Опухоли каких локализаций могут метастазировать в правый надключичный лимфоузел?
2. Какие методы дополнительной инструментальной диагностики следует использовать для уточнения природы опухоли и локализации первичного очага?

**Эталон ответа.**

1. Рак желудка, молочной железы, пищевода, щитовидной железы, яичников
2. ФГДС, Rg с барием, УЗИ органов брюшной полости, малого таза, щитовидной железы.

**Задача № 77**

Больной А., 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 месяца назад и интенсивно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склеры и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко понижен; на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена. В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен.

**Вопросы к задаче:**

1. Какой предварительный диагноз можно поставить?
2. Какие методы лабораторной и инструментальной диагностики помогут установить окончательный диагноз?
3. Каким образом можно помочь больному?

**Эталон ответа.**

1. Опухоль периапулярной области (гепатодуоденальной зоны), механическая желтуха.
2. УЗИ, КТ, ФГДС, РХПГ, лапароскопия с биопсией
3. Первый этап – дренирующая операция для устранения желтухи (холецистостомия, билиодегистивные анастомозы). Второй этап – ПДР, папиллоэктомия, возможно п/о химиотерапия

**Задача № 78**

Больной Е., 47 лет, поступил в клинику с жалобами на интенсивную боль в верхней половине живота, внезапно появившуюся 2 часа назад. Из анамнеза известно, что больной длительно страдает язвенной болезнью желудка, в последние месяцы сильно похудел. При осмотре: состояние относительно удовлетворительное. Частота пульса 84 удара в минуту. АД - 110/70 мм.рт.ст. Живот не вздут, при пальпации резко напряжён, болезненен во всех отделах. Симптом Щёткина положительный. При обзорной рентгенографии выявлено наличие свободного газа в брюшной полости. При экстренной лапаротомии выявлена язва препилорического отдела желудка, по малой кривизне, с белесоватыми краями хрящевидной плотности, в центре - перфорационное отверстие диаметром 2 мм. В малом сальнике увеличенные до 1,5 см плотные лимфатические узлы.

**Вопросы к задаче:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительного обследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какая операция должна быть выполнена?

**Эталон ответа.**

1. Перфоративный рак желудка
2. Биопсия
3. Субтотальная резекция с региональными л/у

### **Задача № 79**

Больной Н., 64 лет, предъявляет жалобы на боли в эпигастрии постоянного характера вне связи с приемом пищи, впервые появившиеся 5 месяцев назад.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. Пониженного питания. Периферические лимфоузлы не увеличены. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 150/90 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастриальной области пальпируется плотная подвижная опухоль диаметром 7 см. При обследовании: на ФГДС - по малой кривизне и задней стенке желудка от субкардиального до препилорического отдела язвенно-инфильтративная опухоль. Гистология – перстневидно-клеточный рак желудка. Рентгеноскопия желудка - начиная от субкардиального до антрального отдела по малой кривизне дефект наполнения с депо бария в центре, подвижность желудка сохранена, эвакуация не нарушена. При дообследовании данных за отдаленные метастазы не получено.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз?
2. Какое вмешательство следует выполнить в операбельном случае?

#### **Эталон ответа.**

1. Перстневидноклеточный рак желудка T4NxM0
2. Гастрэктомия с удалением регионарных л/у

### **Задача № 80**

Больная К., 45 лет, поступила с жалобами на наличие опухоли на коже спины, возникшую на месте пигментного невуса после травмы. 3 месяца назад образование стало бурно расти, кровоточить. При осмотре: на коже спины, медиальнее левой лопатки имеется экзофитная опухоль синюшно-красного цвета с кровоточащим изъязвлением в центре, размеры 1,5x1,5x0,5 см. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

#### **Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы уточняющей и инструментальной диагностики следует применить для подтверждения диагноза и уточнения распространенности процесса?
3. Тактика лечения больной?

#### **Эталон ответа.**

1. Меланома
2. Биопсия (только перед операцией, т. к. опухоль очень агрессивна), радиоизотопное исследование с Р, термография (температура опухоли на 3-4° выше). Меланоцитарные антитела, меланогены в моче (реакция Якша)
3. Удаление опухоли + химиоиммунотерапия.

### **Задача № 81**

Больная К., 47 лет, поступила с жалобами на боли в эпигастрии, желтушность кожных покровов, слабость, похудание на 7 кг. Больна в течение 4 месяцев, желтуха появилась 1 месяц назад, постепенно нарастала. При осмотре: состояние средней тяжести. Склеры и кожа оливкового цвета. Пониженного питания. В легких без патологии. ЧСС 100 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий. Печень увеличена на 2 см, край эластичный. Стул ахоличен. При обследовании: общий анализ крови - эритроциты  $4,6 \cdot 10^{12}/л$ , НЬ - 124 г/л, СОЭ - 35 мм/ч. Лейкоциты  $8,4 \cdot 10^9/л$ , формула не изменена. Биохимическое исследование крови - билирубин общий - 289 мкмоль/л, прямой 201 мкмоль/л, непрямой - 88 мкмоль/л; ФЛГ без патологии; ФГДС - поверхностный гастрит,

двенадцатиперстная кишка без патологии, желчи не содержит; УЗИ брюшной полости — расширение внутрипечёчных желчных протоков до 0,8 см., холедох 6 мм, желчный пузырь 90x30x24 мм. При лапаротомии выявлена инфильтрация гепатикохоледоха, уходящая в ворота печени, около 10 метастатических узлов в правой доле печени.

**Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз?
2. Каким образом можно его подтвердить?
3. Как можно помочь больной?

**Эталон ответа.**

1. Рак общего печёчного протока. Метастазы в печень. 4 стадия
2. РХПГ, ЧЧХ, УЗИ, КТ, биопсия во время операции
3. Радикальная операция невозможна. Паллиативно – устранить желтуху (наружное дренирование печёчно-желчных протоков (при ЧЧХ лапароскопически), реканализация протоков, если возможно обходные билиодигестивные анастомозы.

**Задача № 82**

Больной В., 58 лет, предъявляет жалобы на повторную рвоту 2 раза в сутки, слабость, похудание на 12 кг за последние 4 мес. При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы с землистым оттенком. Пониженного питания. Тургор кожных покровов снижен. ЧСС - 88 ударов в минуту, АД - 110/60 мм. рт. ст. Живот втянут, при пальпации мягкий, безболезненный, в эпигастральной области пальпируется плотная малоподвижная опухоль диаметром 10 см. При пальпации области желудка - шум плеска. Общий анализ крови: Эр. -  $4,8 \cdot 10^{12}/л$ ; НЬ - 156 г/л; Лейкоциты -  $8,4 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ - 2 мм/час.

**Вопросы к задаче:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие методы дополнительной диагностики следует использовать для подтверждения диагноза?
3. При операционной ревизии обнаружено, что опухоль размером 12x10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен. Радикальную операцию осуществить невозможно.
4. Как вы закончите операцию?

**Эталон ответа.**

1. Рак желудка со стенозом
2. ФГС с биопсией, Rg с барием, УЗИ
3. Наложить гастроэнтероанастомоз

**Задача № 83**

Больная П., 78 лет, предъявляет жалобы на слабость, похудание на 20 кг, повторную рвоту после приёма пищи застойным содержимым. Считает себя больной в течение года. Из перенесённых заболеваний - ИБС, инфаркт миокарда 4 года назад.

При осмотре: состояние ближе к тяжелому. Масса тела 42 кг, рост - 162 см. Кожные покровы бледные, тургор резко понижен. В легких без патологии. ЧСС 90 ударов в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, при перкуссии определяется наличие свободной жидкости. Печень выступает из-под реберной дуги на 4 см., край плотен, бугрист. Стула не было в течение 10 дней. При обследовании по месту жительства Общий анализ крови: Эритроциты  $2,1 \cdot 10^{12}/л$ , НЬ- 50 г/л, СОЭ- 52 мм/час, ФГДС - в желудке много

содержимого, в антральном отделе инфильтративная опухоль, в двенадцатиперстную кишку пройти не удалось. Гистология: недифференцированный рак желудка.

**Вопросы к задаче:**

1. Ваш предварительный диагноз, стадия процесса?
2. Необходимый минимум методов дообследования?
3. Ваша тактика лечения больной?

**Эталон ответа.**

1. Рак желудка IV стадии
2. УЗИ, РГ грудной клетки, лапароскопия
3. Больная неоперабельна (метастазы в печень). Обходной гастроэнтероанастомоз или паллиативная резекция

**Задача № 84**

Больная А., 31 года, 2 месяца назад обнаружила у себя узел в щитовидной железе, обратилась к онкологу. При осмотре: область щитовидной железы визуально не изменена, при пальпации в правой доле обнаруживается узловое образование округлой формы, эластической консистенции, подвижное, 2,5 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. В пунктате - группы клеток фолликулярного эпителия.

**Вопросы к задаче:**

1. Ваш диагноз?
2. Какие средства дополнительной диагностики следует применить в данном случае?
3. Тактика лечения больной

**Эталон ответа.**

1. Опухоль щитовидной железы (возможно фолликулярный рак). Дифференциальная диагностика с аденомой, узловым зобом
2. УЗИ, КТ, радиоизотопное исследование с йодом, ангиография щитовидной железы
3. При любых узловых образованиях щитовидной железы (одиночных) тактика одна – удаление с интраоперационным гистологическим исследованием