

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ

### Задача 1.

Больной 58 лет, в течение 10 лет страдавший язвенной болезнью желудка, во время очередного обострения поступил в стационар. За последнее время похудел, что связывает с боязнью принимать пищу из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. Анализ крови и мочи без особенностей. При анализе желудочного сока установлено умеренное повышение общей кислотности и связанной соляной кислоты. При рентгенологическом исследовании обнаружено ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром около 2 см; стенка желудка вокруг ниши ригидна, складки слизистой оболочки не выражены.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие рентгенологические признаки не характерны для язвы?
4. Определите необходимые дополнительные методы обследования.
5. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?

### Задача 2.

У больного 40 лет, более 10 лет страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в течение 2 недель отмечались боли в эпигастральной области, возникающие через 1 – 1,5 часа после приема пищи. Лечился самостоятельно – принимал альмагель перед едой. Последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появились слабость и головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Тошноты, рвоты не было. Стул был накануне, кал – обычной окраски.

При осмотре. Кожные покровы бледные. Пульс 96 ударов в 1 минуту. АД 90 – 60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. При пальпации в эпигастральной области определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит - 38%, эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}/л$ , цветной показатель – 0,8.

Вопросы:

1. Какое осложнение язвенной болезни Вы заподозрили?
2. Каковы действия врача поликлиники в данной ситуации?
3. Какие исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?
4. Определите показания к гемотрансфузии.
5. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?

### Задача 3.

У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды.

При осмотре. Кожные покровы бледные, сухие. Больная резко истощена. При обследовании диагностирована опухоль кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода, имеющая строение аденокарциномы. Над левой ключицей пальпируется плотное округлое опухолевидное образование до 3 см.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. О чем свидетельствует пальпируемое опухолевидное образование над левой ключицей?
3. Какие дополнительные методы следует применить для оценки распространенности процесса?
4. Чем в данном случае определяется лечебная тактика?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

### Задача 4.

Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся 5 дня назад. Изначально боли локализовались в эпигастральной области, была однократная рвота, температура  $37,9^{\circ}C$ . Затем боли мигрировали в правую подвздошную

область и постепенно стихли, но совсем не прошли. Нарушения стула и мочеиспускания не было.

При осмотре: язык влажный, температура 37,0°C. При пальпации отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, где определяется плотное малоподвижное опухолевидное образование около 10 см в диаметре. Напряжения мышц нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, гематокрит - 38%, эритроциты –  $4,2 \times 10^{12}/л$ , лейкоциты –  $9,2 \times 10^9/л$ .

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какой симптом, характерный для данного заболевания, выявляется при сборе анамнеза?
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какова в данном случае должна быть лечебная тактика?

### Задача 5.

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром появились сильные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость. Доставлена через 4 часа от начала заболевания. Температура 36,8°C. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы отходят. Раньше подобного не отмечалось.

При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, акроцианоз. Пульс 120 ударов в 1 мин. АД=100-60 мм рт ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтические шумы вялые. Печеночная тупость сохранена. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Керте положительные.

Анализ крови: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты –  $4,9 \times 10^{12}/л$ , цветной показатель – 0,9, лейкоциты –  $12,8 \times 10^9/л$ , панкреатическая амилаза – 750 ЕД/л.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Опишите симптомы, приведенные в задаче, и раскройте механизм их действия.
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Определите объем лечебных манипуляций в условиях приемного отделения.

### Задача 6.

Больная 56 лет поступила в стационар с клинической картиной острого холецистита на 2 сутки от начала заболевания. Общее состояние больной средней тяжести. Температура 38,1°C. Пульс 92 удара в 1 минуту. Живот болезненный только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Остальные отделы живота безболезненные. При ультразвуковом исследовании: желчный пузырь 12 x 6 см, стенка его утолщена до 0,5 см с двойным контуром, перивезикально выявляется ограниченное жидкостное скопление до 30,0 мл. Анализ крови: гемоглобин – 146 г/л, эритроциты –  $4,9 \times 10^{12}/л$ , цветной показатель – 0,9, лейкоциты –  $9,8 \times 10^9/л$ , панкреатическая амилаза – 30 ЕД/л.

Больной назначена консервативная терапия (инфузионно-детоксикационная, антибактериальная, симптоматическая).

Через 10 часов внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота. Пульс 120 ударов в 1 минуту. Лейкоцитоз до  $15,0 \times 10^9/л$ . При осмотре живот вздут, при пальпации определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине живота.

Вопросы:

1. Ваше мнение о правомерности начатого при поступлении консервативного лечения?

2. Соответствуют ли выявленные ультразвуковые данные воспалению желчного пузыря?
3. Развитие какого осложнения можно предположить?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какие варианты лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

#### **Задача 7.**

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания при пальпации в эпигастральной области стал определяться умеренно болезненный плотный инфильтрат без четких границ. На фоне проводимой консервативной терапии (инфузионной и антисекреторной) он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания боли усилились, ухудшилось самочувствие, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре состояние больного тяжелое; кожные покровы бледные; над легкими выслушивается везикулярное дыхание без хрипов; пульс 96 ударов в 1 минуту, АД = 120 - 80 мм. рт. ст. Язык сухой, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, где определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные. Нб – 105 г/л, лейкоциты крови –  $18 \times 10^9$ /л, э – 3, ю – 1, п – 29, с – 52, л – 8, СОЭ – 48 мм/час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назовите этапы развития заболевания.
3. Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?
4. Назначение каких препаратов на этапе консервативного лечения могло бы избежать развития подобной ситуации?
5. Ваша тактика лечения?

#### **Задача 8.**

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 12 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, ухудшилось общее состояние, появилась гектическая температура с вечерними цифрами до  $39,5^{\circ}\text{C}$ . Состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 108 ударов в 1 минуту. Язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастральной области и в левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Пальпация в левом реберно-позвоночном углу резко болезненная. Лейкоциты крови –  $20 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Возможные варианты оперативного пособия?
5. Определите объем консервативной терапии при данном осложнении.

#### **Задача 9.**

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная. Состояние больного удовлетворительное; кожные покровы обычной окраски; над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 72 удара в 1 минуту, АД = 120-80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый; живот не вздут, мягкий, при пальпации в эпигастральной области пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размером  $10 \times 10$  см. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и мочи существенных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Возможные варианты оперативного вмешательства.

### Задача 10.

При поступлении в хирургическое отделение больной предъявлял жалобы на сильные опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. Пациент в сознании, ориентирован в пространстве и времени. При осмотре: акроцианоз, частота дыхательных движений – 28 в 1 минуту, пульс 100 ударов в 1 минуту, АД = 110/70 мм. рт. ст. Отмечена высокая, до 1200 ЕД/л, амилаземия. Заподозрен панкреонекроз, который и был подтвержден при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через двое суток выявлено снижение активности амилазы до нижних границ нормы, однако при этом состояние больного оставалось тяжелым, поведение неадекватное, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, выросла тахикардия. Язык сухой, живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослабленные.

Вопросы:

1. Каково Ваше мнение о течение заболевания?
2. О чем может свидетельствовать снижение активности амилазы мочи?
3. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
4. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
5. Возможные варианты лечебных действий.

### Задача 11.

При поступлении в отделение больной 42 лет предъявлял жалобы на периодические боли в животе (больше в верхних его отделах) схваткообразного характера, многократную рвоту. Боли появились остро за 4 часа до госпитализации после приема жирной и острой пищи. Через 1 час после появления болей началась рвота, рвотные массы носили «дуоденальный» характер. Из анамнеза известно, что 2 года назад больному произведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Год назад находился на обследовании с подозрением на холедохолитиаз, хронический панкреатит – результаты обследования неизвестны. При осмотре в отделении состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,8°C. Частота дыхательных движений 20 в 1 минуту. Пульс 92 удара в 1 минуту. АД = 120 – 80 мм. рт. ст. Язык влажный. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и подреберьях. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Шума плеска нет. Печеночная тупость сохранена. Анализ: гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты –  $8,8 \times 10^9$ /л, амилаза мочи – 156 мг/чмл.

Вопросы:

1. Какие заболевания следует дифференцировать между собой при такой клинической картине?
2. Укажите на патологические изменения в анализах.
3. Различна ли тактика лечения при этих заболеваниях?
4. Какие неинвазивные методы исследования следует применить при проведении дифференциальной диагностики?
5. Что позволит окончательно установить диагноз?

### Задача 12.

Вы, врач выездной бригады “скорой помощи”, осматриваете больную 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, практически не приносящую облегчения. Подобное состояние впервые. Из анамнеза известно, что больная страдает желчнокаменной болезнью. При осмотре состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура – 36,7°C. Пульс 110 ударов в 1 минуту. АД = 100/60 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастриальной области и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Пульсация аорты в эпигастриальной области не определяется, на артериях нижних конечностей – отчетливая. Нарушений стула и мочеиспускания не отмечалось.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
3. Каков объем Ваших лечебных манипуляций на месте?
4. Возможно ли введение наркотических анальгетиков с целью обезболивания?
5. Какова Ваша дальнейшая тактика?

### Задача 13.

Пациент 58 лет был оперирован по поводу эмболии левой бедренной артерии с хорошим результатом. Через 1 месяц вновь госпитализирован по поводу эмболии правой бедренной артерии, был оперирован. Через 1,5 месяца при ультразвуковом исследовании выявлено мешотчатое расширение брюшного отдела аорты с пристеночными тромботическими массами.

Вопросы:

1. Какова причина имевших место эмболических окклюзий артерий?
2. Какие заболевания являются наиболее частой причиной эмболических осложнений по большому кругу кровообращения?
3. Насколько вероятно развитие эмболии артерий верхних конечностей у данного больного?
4. Что не было сделано в первую госпитализацию?
5. Что нужно сделать для предотвращения повторных эмболий?

### Задача 14

Больной при поступлении предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту. Болен около суток. Заболевание началось внезапно. При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 96 ударов в 1 мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах. Где определяется поперечная резистентность мышц. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Пульсация аорты в эпигастральной области не определяется. При пальпации в левом реберно – позвоночном углу отмечается болезненность. Перистальтические шумы выслушиваются, ослабленные.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие симптомы, описанные у больного, помогли Вам поставить правильный диагноз?
3. Какие лабораторные и инструментальные методы исследования следует применить на первом этапе для подтверждения диагноза?
4. Какие методы исследования следует применить для выявления причины заболевания?
5. Какие методы исследования следует применить для определения клинико – анатомической формы заболевания?

### Задача 15.

Больной поступил на третьи сутки от начала заболевания. Заболел остро, когда после погрешности в диете появились сильные боли в эпигастрии и левом подреберье, неукротимая рвота. При осмотре состояние больного тяжелое. Температура 37<sup>0</sup>С. Кожные покровы бледные, акроцианоз, фиолетовые пятна на лице и на боковых стенках живота. Пульс 130 ударов в мин. АД 90/50 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и левом подреберье, где определяется слабopоложительный симптом Щеткина – Блюмберга. Перистальтические шумы ослабленные. Больному была выполнена срочная лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружено до 1000 мл геморрагического выпота, кровоизлияния на париетальной брюшине, геморрагическая имбиция забрюшинного пространства, на большом сальнике – бляшки жирового стеатонекроза, увеличенный напряженный желчный пузырь без признаков воспаления.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Какие клинические проявления заболевания помогли бы установить данную форму заболевания до выполнения лапароскопии?

3. Какие лапароскопические манипуляции целесообразно выполнить в данном случае?
4. С помощью какого метода можно установить распространенность некроза в поджелудочной железе?
5. Какова должна быть тактика лечения?

#### **Задача 16.**

У больного 46 лет около суток назад появились сильные боли в верхних отделах живота, многократная рвота. Температура тела не повышалась. При осмотре отмечена желтушность склер. В крови выявлено повышение активности амилазы до 63 мг/(ч мл) и билирубина до 52 мкмоль/л за счет его прямой фракции. При ультразвуковом исследовании установлен диагноз – хронический калькулезный холецистит, отечный панкреатит.

Вопросы:

1. Какой вид желтухи следует предположить?
2. Каковы наиболее вероятные причины желтухи?
3. Какой метод позволит точно установить причину желтухи?
4. Что возможно предпринять для ликвидации желтухи?
5. Укажите возможные нехирургические методы коррекции гипербилирубинемии.

#### **Задача 17.**

У больного 48 лет на третьи сутки после резекции желудка по поводу язвы двенадцатиперстной кишки, пенетрировавшей в поджелудочную железу, отмечено ухудшение состояния. Появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину, рвота. Пульс 116 ударов в мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, болезненный в верхних отделах. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы ослабленные. Газы отходят, был стул. Гемоглобин 112 г/л. Лейкоциты:  $8,4 \times 10^9$ /л; б – 3%, п – 4%; с – 76%; м – 8%; л – 9%. Амилаза крови 86 мг/(ч мл).

Вопросы:

1. О каком осложнении послеоперационного периода можно думать?
2. Какие неинвазивные дополнительные методы исследования можно использовать для уточнения диагноза?
3. Назначьте консервативное лечение.
4. Ваши действия при неэффективности консервативной терапии и ухудшении состояния больного.
5. Что возможно было предпринять с целью профилактики подобного осложнения?

#### **Задача 18.**

Больной 52 лет оперирован по поводу перитонита неясной этиологии. На операции обнаружено, что в брюшной полости около 1,2 л серозного выпота, на малом и большом сальнике пятна стеатонекроза. После вскрытия желудочно–ободочной связки установлено, что поджелудочная железа резко отечна, дольчатый рисунок железы отсутствует. Желчный пузырь резко напряжен, при надавливании плохо опорожняется, конкрементов не содержит, серозный покров его не изменен.

Вопросы:

1. С каким заболеванием встретился хирург?
2. О какой форме заболевания свидетельствуют выявленные бляшки стеатонекроза и характер выпота?
3. Каковы причины изменений, выявленных при осмотре желчного пузыря?
4. Что должен предпринять хирург?
5. Назначьте комплекс консервативной послеоперационной терапии.

#### **Задача 19.**

Больной 54 лет, поступившей с клинической картиной перитонита неясной этиологии, с диагностической целью выполнена лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружен геморрагический выпот, на сальнике - пятна стеатонекроза, имбиция кровью брыжейки поперечно-ободочной кишки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз

2. Что можно предпринять во время лапароскопии для уточнения диагноза?
3. Чем надо завершить лапароскопию?
4. Какие дополнительные методы исследования позволят уточнить локализацию и распространенность процесса в пораженном органе?
5. Назначьте консервативное лечение.

#### **Задача 20.**

У больной 66 лет через 1,5 часа после приема жирной пищи появились сильные боли в верхних отделах живота с иррадиацией в спину. Несколько раз была рвота дуоденальным содержимым. При осмотре в отделении через 6 час от начала заболевания состояние больной средней тяжести. Температура 36,9<sup>0</sup>С. Больная стонет от болей в животе. Пульс 96 ударов в 1 мин. АД 115 – 70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации определяется выраженная болезненность в эпигастральной области и левом подреберье. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Перистальтические шумы выслушиваются. Положительный симптом Мейо – Робсона. Лейкоциты крови  $8,8 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Опишите симптом Мейо – Робсона и укажите причину его появления.
3. Какими лабораторными исследованиями крови и мочи можно подтвердить диагноз?
4. Какие неинвазивные методы исследования помогут уточнить диагноз?
5. Что можно предпринять с целью обезболивания у этой больной?

#### **Задача 21.**

Больной 54 лет оперирован в экстренном порядке по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита. На операции помимо острого флегмонозного калькулезного холецистита отмечено наличие бляшек стеатонекроза по большому и малому сальнику, поджелудочная железа отечная, увеличена, дольчатость ее не выражена. Была выполнена холецистэктомия, операция закончена дренированием подпеченочного пространства. На пятые сутки после операции состояние больного ухудшилось, развилась механическая желтуха.

Вопросы:

1. С каким заболеванием встретился хирург на операции?
2. Насколько полон, с Вашей точки зрения, объем хирургического вмешательства?
3. Каковы вероятные причины развития механической желтухи?
4. С помощью какого исследования можно уточнить причину желтухи?
5. Что возможно выполнить для разрешения желтухи?

#### **Задача № 22.**

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 4 лет, находящейся в настоящее время в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8<sup>0</sup>С.

Вопросы:

1. Какие симптомы из данной клинической ситуации характерны для аппендицита?
2. Как называется симптом перемещения болей из эпигастрия в правую подвздошную область живота?
3. Рвота, не приносящая облегчения при остром аппендиците характерна при?
4. Какие данные анамнеза могут быть использованы для подтверждения диагноза - острый аппендицит?
5. Какие методы исследования необходимо использовать в обследовании больного?

#### **Задача № 23**

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота, первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов

назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8° С. При объективном исследовании больного выявлены симптомы Кохера-Волковича, Ситковского, Бартомье- Михельсона, Образцова, Блумберга. При исследовании *per rectum* выявлена болезненность и нависание передней стенки *rectum* с симптомом флюктуации.

Вопросы:

1. Какие симптомы характерны в данной ситуации для острого аппендицита?
2. Как называется симптом болезненности и флюктуации в области передней стенки прямой кишки?
3. Объясните патогенетическую сущность болезненности и нависания передней стенки *rectum* с симптомом флюктуации.
4. Сформулируйте диагноз и обоснуйте его.
5. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику в данной ситуации.

#### **Задача № 24.**

Больной 28 лет, страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии, предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области живота, первоначально возникшие эпигастральной области живота после погрешности в диете 9 часов назад, сопровождавшиеся тошнотой и однократной рвотой, не принесшей облегчения состояния, учащенное мочеиспускание. Т - 37,8° С. При объективном исследовании больного выявлены симптомы Кохера-Волковича, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова, Блумберга. При мануальном исследовании *per rectum* выявлена болезненность и нависание передней стенки *rectum* с симптомом флюктуации.

Вопросы:

1. Какие дополнительные исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
2. Какие изменения могут быть выявлены при анализе крови?
3. Какие изменения могут быть выявлены при анализе мочи?
4. Какие симптомы могут быть выявлены при лапароскопии?
5. Какие изменения могут быть выявлены при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости?

#### **Задача 25**

У женщины 42 лет при профилактическом осмотре в правой молочной железе обнаружено плотное образование, безболезненное, с нечеткими контурами, диаметром около 4-х см. Определяется втяжение кожи над образованием.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует прежде всего думать?
2. Как называется «кожный» симптом, выявленный у больной?
3. Какое исследование позволит цитологически подтвердить диагноз?
4. Что необходимо сделать для более точного определения стадии заболевания?
5. В каких органах наиболее часто выявляются отдаленные метастазы при раке молочной железы?

#### **Задача 26.**

Женщина 35 лет. Около 2-х месяцев назад в левой молочной железе обнаружила уплотнение размерами 2,5 см. Подвижное, с кожей не связанное. В середине менструального цикла и перед менструацией появляется боль в молочных железах. Лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
2. Проведение маммограммы у больной позволит ли полностью исключить злокачественную опухоль?
3. Какое лечение следует назначить больной – консервативное или оперативное?
4. Какой объем оперативного вмешательства показан больной?
5. В каких случаях допустимо проведением резекции квадранта молочной железы при раке?



### **Задача 27.**

У женщины 60 лет выявлена опухоль левой молочной железы размерами до 4 см в диаметре, увеличенные лимфатические узлы в подмышечной области (плотные, малоподвижные). При цитологическом исследовании (при пункции опухоли) – обнаружены злокачественные клетки.

Вопросы:

1. Укажите стадию заболевания по отечественной классификации?
2. Укажите стадию заболевания по международной классификации?
3. Какие исследования следует назначить для выявления отдаленных метастазов?
4. Какой основной метод лечения показан больной – оперативный, гормональный, химиотерапия, лучевая терапия?
5. Допустимо ли проведение органосохраняющей операции у этой больной?

### **Задача 29.**

Больная 36 лет, страдающая упорными запорами, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в области заднего прохода, которые появляются после акта дефекации и длятся около 1,5 ч после акта дефекации. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах. В возрасте 28 лет перенесла дизентерию.

Вопросы:

1. Какому заболеванию в большей степени соответствует указанная клиническая картина?
2. С каким заболеванием, прежде всего, следует дифференцировать данное заболевание?
3. Какой метод исследования с целью уточнения диагноза следует провести в первую очередь?
4. Показана ли данной больной фиброколоноскопия?
5. Какой фактор лежит в основе данного заболевания?

### **Задача 30.**

Больной 61 года обратился к врачу с жалобами на боли в области заднего прохода, зуд в области промежности, выпадение из заднего прохода узлов во время акта дефекации, которые затем постепенно вправляются в прямую кишку.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Стадия заболевания.
3. С каким фактором могут быть связаны боли.
4. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза.
5. Какое лечение показано больному.

### **Задача 31.**

Четыре месяца назад больному произведена операция по поводу острого парапроктита. Операция проводилась без предварительного введения в гнойную полость красящего препарата. В настоящее время имеется параректальный свищ с постоянным гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. В чем состоит причина образования свища?
3. Необходимые методы исследования?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Какое лечение показано.

### **Задача 32.**

Женщина 40 лет поступила в клинику с жалобами на наличие болезненного воспалительного инфильтрата слева от заднего прохода. Отмечаются признаки общей интоксикации, температура при поступлении 39,3<sup>0</sup>С. При осмотре в области заднего прохода имеется воспалительный инфильтрат 6X5 см с участком размягчения в центре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. Наиболее вероятная причина.
3. Необходимые методы исследования.
4. Какое лечение показано больному?
5. Что является основным этапом операции?

### **Задача 33.**

У больного 48 лет имеется выпадение всех слоев прямой кишки, которая самостоятельно вправляется после дефекации. Длина выпадающего участка около 15 см. Имеются анамнестические указания на перенесенный неспецифический язвенный колит.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. С каким заболеванием следует дифференцировать данное заболевание?
3. Какие методы дополнительного исследования необходимы?
4. Какое значение имеет анамнез заболевания?
5. Какое лечение показано больному?

### **Задача 34.**

У мужчины 32 лет, который 2 года страдает геморроем, после погрешности в диете возникли острые боли в области заднего прохода. Выпавшие геморроидальные узлы перестали вправляться в прямую кишку, отмечаются явления воспаления и отека в области выпавших узлов. Температура тела повысилась до 38,1<sup>0</sup>С.

Вопросы:

1. Ваш диагноз.
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Почему заболевание обострилось после погрешности в диете?
4. Какие методы инструментального обследования показаны больному?
5. В каком лечении нуждается данный больной?

### **Задача 35.**

Женщина 72 лет, страдающая циррозом печени с наличием асцита, жалуется на постоянные кровотечения из прямой кишки в момент акта дефекации. Гемоглобин крови 92 г/л. При осмотре прямой кишки с помощью ректальных зеркал обнаружено три внутренних геморроидальных узла.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какое лечение показано больному?
4. Что лежит в основе данной патологии?
5. Как оценить данные осмотра прямой кишки ректальным зеркалом?

### **Задача 36.**

Мужчина 72 лет жалуется на слабость, потерю аппетита, похудание на 12 кг за последние два года, частые ложные позывы на стул.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?
3. От каких факторов зависит выбор радикального метода лечения?
4. Какой метод является основным в постановке диагноза?
5. Какие методы дополнительного исследования необходимы?

### **Задача 37.**

У мужчины 50 лет при пальцевом исследовании прямой кишки обнаружено плотное бугристое подвижное образование, расположенное на высоте 5 см от заднего прохода, с выделением незначительного количества крови. При гистологическом исследовании - аденокарцинома. Отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
2. В каком объеме должно быть выполнено радикальное лечение?
3. Следует ли проводить больному предоперационную лучевую терапию?
4. Больному показана временная или постоянная колостома?
5. Проводят ли в послеоперационном периоде лучевую терапию?

#### **Задача 38.**

У больного 52 лет, поступившего в стационар с картиной острой кишечной непроходимости на 4 сутки от начала заболевания, во время операции обнаружена опухоль ректосигмоидного отдела, полностью обтурирующая просвет кишки. При ревизии органов брюшной полости установлено, что опухоль подвижна, отдаленных метастазов не обнаружено.

Вопросы:

1. Какую операцию необходимо выполнить больному?
2. Какой метод исследования позволяет определить наличие кишечной непроходимости?
3. Поражение какого отдела толстой кишки чаще осложняется кишечной непроходимостью?
4. Как проводить декомпрессию кишки у данного больного?
5. Операцию следует провести одномоментно или поэтапно?

#### **Задача 39.**

При осмотре врачом выездной бригады «скорой помощи» у пациентки 96 лет в области пупка определяется округлое выпячивание диаметром до 8 см, резко болезненное при пальпации, плотно-эластическое, не вправляемое в брюшную полость, кожа над ним слегка гиперемирована. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Давность заболевания - 1 час.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Каковы должны быть действия врача?
4. Применение каких обезболивающих препаратов допустимо при этой патологии?
5. Возможно ли, учитывая старческий возраст пациентки и небольшую давность заболевания, попытаться «вправить» это образование в брюшную полость?

#### **Задача 40.**

У пациента 65 лет в течение 5 лет имела место правосторонняя паховая грыжа, свободно вправляющаяся в брюшную полость. Последние 2 месяца грыжа перестала вправляться в брюшную полость. Болевого синдрома не было. При осмотре в правой паховой области определяется грыжевидное выпячивание 7 x 8 см, мягко-эластическое, не вправляемое в брюшную полость, симптом кашлевого толчка положительный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. О чем свидетельствует положительный симптом кашлевого толчка?
3. Необходимо ли вправить грыжу в брюшную полость?
4. Ваши рекомендации по лечению.
5. Ваше отношение к использованию грыжевого бандажа в данной ситуации.

#### **Задача 41.**

У пациента 63 лет, находящегося в кардиологическом отделении по поводу острого инфаркта миокарда, развилось ущемление левосторонней бедренной грыжи. Состояние пациента тяжелое, кожные покровы бледные, пульс - 100 ударов в 1 минуту, АД = 90 - 55 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Какие специальные методы исследования следует применить для подтверждения диагноза ущемленной бедренной грыжи?

2. Возможно ли, учитывая наличие острого инфаркта миокарда и тяжесть состояния больного, попытаться вправить ущемленную грыжу в брюшную полость?
3. Назовите методы консервативного лечения ущемленной бедренной грыжи.
4. Какова должна быть лечебная тактика?
5. Какой вид обезболивания целесообразно применить в случае оперативного лечения?

#### **Задача 42.**

Больная 63 лет, предъявляет жалобы на схваткообразные боли в животе, возникшие 6 часов назад, многократную рвоту, не приносящую облегчения (сначала съеденной пищей, а затем слизью). Стула не было, газы отходят скудно. Из анамнеза известно, что больная длительное время страдает хроническим рецидивирующим калькулезным холециститом. В желчном пузыре диагностировано наличие конкремента диаметром до 4 см (по данным УЗИ). Последнее обострение холецистита, которое отмечено больной 6 дней назад, характеризовалось выраженным болевым синдромом, повышением температуры и интоксикацией.

Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 104 удара в минуту, слабого наполнения, ритмичен. АД - 160/100 мм. рт. ст. Живот вздут неравномерно, асимметричен. Временами видна видимая перистальтика, во время которой больная стонет от боли. В области правого подреберья отмечается дефанс и нечеткие симптомы раздражения брюшины. Кроме этого, в брюшной полости определяется инфильтрат размером 20 x 15 см малоподвижный и болезненный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования больного.
3. Назовите заболевания, с которыми необходимо дифференцировать патологическое состояние больной.
4. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
5. Составьте план лечения.

#### **Задача 43.**

Мужчина 41 года голодал в течение суток, а затем очень плотно пообедал. Через 30 минут появились сильные боли в животе, постоянного характера, сопровождающиеся многократной рвотой. Госпитализирован через 6 часов от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичные. Пульс – 112 ударов в 1 минуту слабого наполнения и напряжения, АД – 85 - 60 мм. рт. ст., температура тела - 37°C, лейкоциты крови -  $21 \times 10^9/\text{л}$ . Стула нет, газы не отходят, язык сухой. Живот асимметрично вздут в правой половине. В отлогих местах живота определяется притупление перкуторного. Симптомы раздражения брюшины положительные. Определяется шум плеска. При мануальном ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет.

Влпросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Составьте план дополнительного исследования.
3. Назовите эпонимные транскрипции описанных в ситуации симптомов.
4. Составьте план лечения больного.
5. Опишите действия во время операции.

#### **Задача 44.**

Больная поступила в хирургическое отделение с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Больна более суток. Из анамнеза известно, что ранее оперирована по поводу спаечной кишечной непроходимости. Состояние средней тяжести, язык суховат. Пульс - 100 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/70 мм рт. ст. Живот вздут, перистальтика вялая, газы не отходят. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Определите тактику лечения больной.

5. Какой вид оперативного вмешательства, при необходимости такового, предпочтителен в данном случае, и почему?

#### **Задача 45.**

У больного 58 лет, перенесшего 4 дня назад субтотальную резекцию желудка в модификации Бильрот – 2 по поводу рака желудка, внезапно появились резкие боли в животе схваткообразного характера, сопровождающиеся рвотой «застойным» содержимым.

Состояние средней тяжести, живот вздут неравномерно, перистальтические шумы ослабленные, газы не отходят, хотя до этого наблюдалось отхождение газов и был скудный стул. Ампула прямой кишки расширена, пуста, тонус анального сфинктера снижен. Температура - 37,8°C, лейкоциты крови –  $14 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Назовите эпонимные транскрипции симптомов, приведенных в ситуации.
3. Укажите необходимые лабораторные исследования.
4. Перечислите дополнительные неинвазивные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.

5. Что позволит не только уточнить диагноз, но в ряде случаев выполнить необходимые вмешательства в полном объеме без повторного чревосечения.

#### **Задача 46.**

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают.

При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

Вопросы:

1. Каким по происхождению является варикозное расширение вен у этой больной?
2. Каким является данное расширение вен по направлению?
3. Ваш предварительный диагноз?
4. Укажите степень (стадию) хронической венозной недостаточности и назовите проявления характерные для этой степени.

5. Достаточно ли имеющейся информации для постановки окончательного диагноза и определения лечебной тактики? Если нет, то какую дополнительную информацию Вы хотели бы иметь?

#### **Задача 47.**

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают.

При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности. I стадия хронической венозной недостаточности.

Вопросы:

1. Какие вопросы необходимо решить, прежде всего, для определения лечебной тактики?
2. Назовите основные методы исследования венозной системы нижних конечностей при варикозной болезни?
3. Назовите функциональные пробы, используемые при исследовании поверхностных вен.
4. Назовите пробы, используемые для определения проходимости глубоких вен.

5. Какие пробы используются для оценки функционального состояния перфорантных вен?

#### **Задача 48.**

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают.

При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, I стадия хронической венозной недостаточности.

По данным проведенного исследования имеет место несостоятельность остиального и нижележащих клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные состоятельны. Больной предложено операция – типичная флебэктомия, на которую она дала согласие.

Вопросы:

1. Назовите основные виды операций, применяемых в повседневной практике при (магистральном типе) варикозной болезни в ситуациях, подобных нашей.
2. Назовите основные проксимальные притоки большой подкожной вены.
3. Чем отличается операция Троянова-Тренделенбурга-Дитерихса от операции Троянова-Тренделенбурга?
4. Есть ли альтернатива операции Бебкокка?
5. Есть ли альтернативы операции Нарата?

#### **Задача 49**

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают.

При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, I стадия хронической венозной недостаточности.

По данным проведенного исследования имеет место несостоятельность остиального и нижележащих клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные состоятельны. Больной предложено операция – типичная флебэктомия, на которую она дала согласие.

Вопросы:

1. С какой операции обычно начинается типичная флебэктомия при варикозной болезни и какое основное назначение этой операции?
2. Что необходимо сделать при проведении этой операции, чтобы она выполнила свое назначение?
3. Назовите наиболее опасные осложнения, наблюдаемые при проведении этой операции.
4. Назовите возможные осложнения раннего и отдаленного послеоперационного периода этой операции.
5. Какое осложнение очень часто наблюдается в раннем послеоперационном периоде после операции Бебкокка и какова причина его развития?

#### **Задача 50**

Больная 32 лет предъявляет жалобы на появляющиеся к концу дня ощущение тяжести и полноты в левой ноге, пастозность в области голеностопного сустава и стопы, а также боли по

ходу расширенных вен. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают.

При осмотре в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, I стадия хронической венозной недостаточности.

По данным проведенного исследования имеет место несостоятельность остиального и нижележащих клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные состоятельны. Больной предложено операция – типичная флебэктомия, от которой больная отказалась.

Вопросы:

1. Назовите возможные альтернативы типичной флебэктомии и хирургическому лечению варикозной болезни вообще.
2. В чем смысл склерохирургического метода лечения варикозной болезни?
3. Что включается в понятие «комплексная консервативная терапия» варикозной болезни и чем определяется ее объем?
4. Что является основным компонентом консервативного лечения варикозной болезни?
5. Назовите наиболее эффективные и безопасные флебосклерозирующие препараты, используемые в настоящее время.

#### **Задача 51.**

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей.

В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел.

Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – сглаженность печеночной тупости.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В чем основное сходство и основное отличие между клиническими проявлениями в представленной ситуации и наблюдаемыми при почечной и печеночной коликах, остром панкреатите, инфаркте миокарда, тромбозе и эмболии сосудов брыжейки, базальной пневмонии и спонтанном пневмотораксе?
3. В чем сходство и различие между перфорацией опухоли и перфорацией язвы?
4. Имеются ли различия в клинических проявлениях при перфорации дуоденальной язвы и язвы желудка?
5. Чем объясняются нередко возникающие ошибки в диагностике перфорации гастродуоденальной язвы и острого аппендицита?

#### **Задача 52.**

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей.

В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел.

Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и

болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости.

Вопросы:

1. Сформулируйте Ваш предварительный и по возможности более полный (развернутый) диагноз.

2. Назовите метод диагностики, который обычно используется первым в подобных ситуациях. Из какого принципа Вы исходите, определяя последовательность применения специальных методов диагностики?

3. Какие методы исследования должны быть следующими, исходя из Вашего принципа определения последовательности их применения, если первый не подтвердит Вашего диагноза?

4. Какой метод диагностики может быть использован, если ни одним из применяемых в современной клинике Вы не располагаете?

5. Назовите последний метод диагностики, который используют хирурги при клинике острого живота.

### **Задача 53.**

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные, постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей.

В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел.

Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100\60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости.

При обзорной рентгенографии живота выявлен пневмоперитонеум (свободный газ под правым куполом диафрагмы), что позволяет предположить наличие перфорации полого органа.

Вопросы:

1. Перфорацию какого органа Вы предполагаете? Обоснуйте свое предположение.

2. Назовите главные симптомы перфорации язвы в свободную брюшную полость.

3. О какой перфорации по классификации клинических форм данного осложнения может идти речь?

4. Какой период клинического течения осложнения наблюдается в данном случае?

5. Какой метод исследования позволит на данном этапе сформулировать окончательный предоперационный диагноз?

### **Задание 54.**

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей.

В прошлом ничем, кроме детских инфекций, не болел.

Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100\60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости.

При обзорной рентгенографии живота выявлен пневмоперитонеум. Заподозрена перфорация гастродуоденальной язвы. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена свежая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Вопросы:

1. Определите лечебную тактику у этого больного.

2. К какой группе показаний к хирургическому лечению относится данная ситуация?



3. Основная цель операции при перфорации гастродуоденальной язвы?
4. Чем определяется успех хирургического лечения гастродуоденальной язвенной перфорации?
5. Назовите факторы, определяющие объем операции при перфорации.

#### Задача 55.

Больной 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные, постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области. Была однократная рвота съеденной накануне пищей.

В прошлом ничем кроме детских инфекций не болел.

Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД 100/60. Со стороны сердца и легких отклонений от нормы не выявлено. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации резко напряжен и болезненный больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Перкуторно – нечеткая сглаженность печеночной тупости.

При обзорной рентгенографии живота выявлен пневмоперитонеум. Заподозрена перфорация гастродуоденальной язвы. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена свежая язва передней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки.

Вопросы:

1. Назовите основные методы хирургического лечения перфоративных гастродуоденальных язв.
2. Назовите показания к ушиванию перфорировавшей язвы.
3. Назовите показания к резекции желудка при перфорации и условия для ее выполнения.
4. Какая частота рецидива гастродуоденальных язв после ушивания?
5. Наиболее вероятный объем операции у нашего больного?

#### Задача 56.

Пациент 51 года поступил в стационар с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, чувство быстрого насыщения, отрыжку тухлым, резкое похудание.

Из анамнеза известно, что в течение 7 лет страдает язвенной болезнью желудка с ежегодными обострениями. За три недели до госпитализации появились вышеописанные жалобы, лечился амбулаторно теми же лекарственными средствами, которые ранее принимал при обострении заболевания. Однако эффекта не было, периодически стала возникать обильная рвота остатками пищи, съеденной накануне.

Объективно: Сознание ясное. Кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Отмечается бледность кожных покровов и слизистых. Истошен. В левой надключичной области пальпируется безболезненное неоднородное плотное образование 1,0x1,6 см.

Пульс 100 в мин., ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 90/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, определяется “шум плеска” натошак ниже уровня пупка. Диурез 500 мл.

Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит - 35%, эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты –  $9,2 \times 10^9$ /л.  $K^+$  - 2,3 ммоль/л,  $Na^+$  - 139,0 ммоль/л, мочевины 12,3 ммоль/л, креатинин 145 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз. Причина значительной потери массы тела.
2. Дайте интерпретацию клинико-лабораторным и инструментальным методам обследования
3. План обследования, ожидаемые изменения при инструментальных исследованиях
4. План лечебных мероприятий. Коррекция водно-электролитных нарушений.
5. Оцените прогноз

#### Задача 57.

В приемное отделение доставлена беременная 28 лет с жалобами на боли в правых отделах живота, тошноту, однократную рвоту. Больна в течение 12 часов. Боли появились в

эпигастральной области, затем сместились в правую половину живота, была однократно рвота, температура 37,5 С.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, пульс 94 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в правой мезогастральной области. Симптомы раздражения брюшины слабоположительные в правой мезогастральной области.

Матка в нормальном тоне увеличена до 30 недель беременности. Положение плода продольное, предлежание тазовое, сердцебиение плода 150 уд/мин, ясное, ритмичное, шевеление плода активное. Выделения из половых путей светлые слизистые.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз
2. Необходимые дополнительные методы исследования
3. Лечебная тактика
4. Оцените состояние плода
5. Возможные осложнения беременности при данной патологии

#### **Задача 58.**

Родильница 20 лет, 11-е сутки после родов. Роды первые, срочные, в головном предлежании. Выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии. С 9-х суток отметила повышение температуры до 38,50С, озноб, слабость, боль в молочных железах.

Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,80С, пульс 100 ударов в 1мин. Матка соответствует срокам послеродового периода, плотная, лохи серозно-геморрагические. При осмотре молочных желез – в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы имеется инфильтрат размером 6х5 см, резко болезненный при пальпации с участком флюктуации в центре. Кожа отечна гиперемирована. Пальпируются увеличенные, умеренно болезненные регионарные лимфоузлы.

Вопросы:

1. Обоснуйте предварительный диагноз.
2. Необходимые дополнительные методы исследования
3. Входные ворота инфекции
4. Лечебная тактика
5. Ваши действия по отношению к лактации.

#### **Задача 59.**

У пациентки в гинекологическом отделении на 3-е сутки после операции ампутации матки появилась локальная гиперемия и болезненность при пальпации в средней трети левого бедра по медиальной поверхности. Болезненность отмечается и по медиальной поверхности голени. Температура тела 38,00С. Отека конечности нет. Пульсация на периферических сосудах сохранена.

Вопросы:

1. Какой диагноз у больной?
2. Какие симптомы позволяют установить данный диагноз?
3. Какое исследование подтверждает диагноз?
4. Какова профилактика данного заболевания?
5. Какова тактика лечения данного заболевания?

#### **Задача 60.**

На приеме в поликлинике к Вам обратился больной 68 лет с жалобами на резкие боли в левой голени, онемение стопы. 5 лет пациент страдает ишемической болезнью сердца, около года отмечает нарушение сердечного ритма. При осмотре левая голень и стопа бледные, отека нет, холодные на ощупь. Пульсация на передней и задней больше берцовых артериях не определяется. Трофических нарушений на коже нет.

Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы заболевания подтверждают Ваш диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Какой метод исследования подтверждает Ваш диагноз?

5. Какое лечение показано больному?

### **Задача 61.**

В клинику доставлена женщина 47 лет через 2 часа после возникновения острых болей в левой ноге. Страдает митральным пороком сердца, мерцательной аритмией. При осмотре: больная стонет, беспокойна. Левая стопа и голень мраморной окраски, наступать на ногу не может, стопа холодная. Пульс на артерии голени не определяется, на бедренной артерии усилен. Тактильная и болевая чувствительность снижены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?
3. С помощью применения, какого метода можно подтвердить диагноз?
4. Каковы особенности комплексной терапии?
5. Какую операцию по экстренным показаниям показано выполнить больному?

### **Задача 62**

Больная 56 лет, поступила с подозрением на аппендицит с жалобами на боли в правой подвздошной области с иррадиацией в поясницу, гипертермию до 38,2, учащенное мочеиспускание через 10 часов от начала заболевания. Заболевание началось остро, перемещения болей не отмечала. Живот не вздут, симметричен, мягкий, незначительно болезненный в правой подвздошной области. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Щеткина-Блюмберга отрицательные. Симптом поколачивания слабopоложительный справа.

Вопросы:

1. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
2. Какие дополнительные анамнестические данные необходимо выявить?
3. Какие лабораторные методы обследования надо назначить?
4. Какие инструментальные методы обследования надо провести?
5. Консультация каких специалистов необходима?

### **Задача 63**

Больная Н., 20 лет, поступила с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, субфебрильную гипертермию через 2 часа от начала заболевания. У больной беременность сроком 20-21 неделя. Живот увеличен в объеме за счет матки, в акте дыхания равномерно участвует всеми отделами, при пальпации мягкий, слегка болезненный в правой подвздошной области. . Симптомы Ровзинга, Ситковского, Раздольского, Щеткина-Блюмберга отрицательные.

Вопросы:

1. Ваш дифференциальный диагноз?
2. Ваша тактика лечения на ближайшие 6 часов?
3. Какие дополнительные лабораторные методы обследования надо назначить?
4. Какие дополнительные инструментальные методы обследования надо провести?
5. .Консультация каких специалистов необходима?

### **Задача 64**

Больной 41 года, поступил через неделю от начала заболевания с жалобами на незначительные боли в правой подвздошной области, субфебрильную гипертермию. Заболевание началось с болей в эпигастральной области, которые спустя несколько часов переместились в правую подвздошную область, была 1-кратная рвота. За мед. помощью не обращался, лечился самостоятельно анальгетиками. Спустя 3 дня интенсивность болей уменьшилась, появилась субфебрильная гипертермия. В связи с сохраняющимися болями в животе, обратился в приемный покой. Живот не вздут, мягкий, слегка болезненный в правой

подвздошной области, где пальпируется опухолевидное образование без четких размеров и границ. Симптом Щеткина отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исходы данного заболевания вам известны?
3. Какие дополнительные методы исследования надо провести?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Ваша тактика лечения?

#### **Задача 65**

Больной 34 лет, поступил с клинической картиной аппендикулярного инфильтрата через неделю от начала заболевания. Диагноз подтвержден при УЗИ. При пальпации в правой подвздошной области определялось плотное, умеренно болезненное, малоподвижное образование без четких границ, отмечалась субфебрильная гипертермия. Начата консервативная антибактериальная, противовоспалительная терапия. Однако, спустя трое суток, состояние больного ухудшилось, боли в правой подвздошной области усилились, гипертермия приобрела гектический характер, отмечено нарастание лейкоцитоза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Ваша тактика лечения?
4. Характер операции?
5. Дальнейшая тактика лечения больного?

#### **Задача 66**

Больной Б., 57 лет, поступил с подозрением на о. аппендицит с жалобами на периодически возникающие незначительные боли в правой подвздошной области, тошноту, слабость, потерю аппетита, похудание. Отмечает указанные жалобы в течение полугода. За мед. помощью не обращался. При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется плотное, неподвижное, безболезненное опухолевидное образование около 5 см в диаметре. В клиническом анализе крови гемоглобин- 86 г/л, лейкоциты – 8000.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
4. Какие осложнения данного заболевания возможны?
5. Ваша тактика лечения?

#### **Задача 67**

Больной 68 лет обратился к врачу с жалобами на чувство неудобства и болевые ощущения внизу живота, запоры. При осмотре в паховой области справа выше паупертовой связки выявляется припухлость округлой формы размером 4 x 6 см, мягкой консистенции, вправимое в брюшную полость.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какой целью проводят перкуссию и аускультацию грыжевого образования?
3. Что такое симптом кашлевого толчка?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Показано ли оперативное лечение?

#### **Задача 68**

Больной 46 лет обратился с жалобами на болевые ощущения в левом паху. При осмотре выше паховой связки выявлена припухлость овальной формы размером 5 x 3 x 3 см, увеличивающаяся в положении стоя и при натуживании. При осмотре и пальпации

установлено косое направление пахового канала. Симптом «кашлевого толчка» положительный, элементы семенного канатика располагаются медиальнее грыжевого выпячивания.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы консервативного лечения?
4. Какие методы хирургического лечения?
5. Опишите пластику по Лихтенштейну.

#### **Задача 69**

У больного 30 лет внезапно появились сильные боли в правой паховой области, многократная рвота. В анамнезе у больного в течение 20 лет имеется паховая грыжа. Самостоятельно вправить содержимое грыжи в брюшную полость, что ранее с легкостью выполнялось больным, на этот раз не удалось. Грыжевое выпячивание увеличилось в размерах, стало напряженным и болезненным при пальпации.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какой целью проводят перкуссию и аускультацию грыжевого образования?
3. Какие осложнения встречаются при наружных грыжах живота?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Какие виды натяжной пластики при паховых косых грыжах проводятся?

#### **Задача 70**

У больной 30 лет во время операции по поводу ущемленной пупочной грыжи обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые имели жизнеспособный вид.

Вопросы:

1. Как называется этот вид ущемления?
2. Что должен сделать хирург во время операции?
3. Что называется ложным ущемлением?
4. Что такое скользящая грыжа?
5. Опишите этапы лечения ущемленных грыж.

#### **Задача 71**

Больной 22 лет обратился к врачу по поводу болезненного овоидного образования, расположенного в правой половине мошонки. Верхний полюс этого образования хорошо прощупывается. Оно не вправляется в брюшную полость и при натуживании и кашле не меняется в размерах. Перкуссия его выявляет тупой звук, а пальпация – тугую эластичность.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие органы брюшной полости могут быть содержимым мешка при ущемленной паховой грыже?
3. От чего зависит невправимость грыжи?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для определения дальнейшей тактики лечения?
5. Ваш план лечения?

#### **Задача 72**

Больная, 56 лет, доставлена в клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела. Болеет сутки, приступ начался постепенно, через 2 часа после приёма жирной пищи. Ранее у больной дважды были аналогичные приступы болей. При осмотре: больная повышенного питания, кожа и слизистые оболочки розового цвета. Частота дыхания 20/мин, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 92/ мин, температура тела 37,8<sup>0</sup>С. Язык суховат, обложен желтым налетом. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное образование

5x8 см, резко болезненное. Печень у края реберной дуги, при пальпации безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

1. Какие заболевания приводят к возникновению острых болей в правом подреберье?
2. Что следует исключить в первую очередь?
3. Какие данные объективного осмотра кажутся Вам наиболее значимыми?
4. Какие методы обследования следует провести?
5. Дальнейшая тактика хирурга?

#### **Задача 73**

Женщина 58 лет. В течение 15 лет периодически после приема жирной пищи отмечает сильные боли в правом подреберье с последующем повышением температуры, тошнотой, рвотой. В последние 3 года стала отмечать желтуху, кожный зуд, длительный субфебрилитет, осталгии, артралгии. Печень на 4 см выступает из подреберья, болезненная, уплотнена, край закруглен. Селезенка не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Анализ крови: лейкоциты –  $9,5 \times 10^9$  /л, СОЭ – 36 мм/час. Связанный билирубин – 88 мкмоль/л, свободный - 30 мкмоль/л. АСТ – 160 мкмоль/л, АЛТ – 178 мкмоль/л, ЩФ – 204 мкмоль/л, протромбин – 52%, холестерин – 8,7 ммоль/л. При УЗИ – камень в расширенном гепатикохоledоде.

Вопросы:

1. Какой ведущий синдром имеется у больной?
2. Форма желтухи?
3. Как объяснить гиперферментэмию?
4. Что является причиной заболевания?
5. Ваш диагноз? Лечение?

#### **Задача 74**

У больного 62 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Проводимые консервативные мероприятия не дают в течение суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от  $15,0 \times 10^9$  /л до  $18,0 \times 10^9$  /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы обследования следует провести?
3. Тактика лечения?
4. Дайте обоснование избранной тактики лечения?
5. Какие варианты хирургического лечения возможны?

#### **Задача 75**

У больной 48 лет, после жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до  $38,3^{\circ}\text{C}$ , была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Ортнера. Лейкоцитов в крови  $12,0 \times 10^9$  /л. После назначения спазмолитиков, инфузионной терапии состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность осталась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов в крови стало  $6,0 \times 10^9$  /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
3. Дальнейшая тактика?
4. Какие варианты хирургического лечения возможны?
5. В чем состоят назначения в послеоперационном периоде?

#### **Задача 76**

Больная 47 лет поступила в клинику с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до  $38,3^{\circ}\text{C}$ . Заболела 3 дня назад после приема жирной пищи. Пульс 112 в мин. Язык сухой, Кожа и склеры субиктеричны. В правом подреберье в точке Кера определяется резко болезненное напряженное округлое образование  $12 \times 8 \times 6$  см. Положительные симптомы Ортнера. Мерфи, Мюсси и симптом Щеткина-Блюмберга по всему животу.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что представляет собой определяемое образование в правом подреберье?
3. Расскажите об имеющихся симптомах?
4. Какие методы дополнительного обследования необходимо провести?
5. Тактика хирурга?

#### Задача 77

У больного 43 лет 5 часов назад появились выраженные схваткообразные боли, преимущественно в верхних отделах живота, многократная рвота «дуоденального характера». Два года назад больному произведена холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни. Год назад находился на обследовании с подозрением на холедохолитиаз, хронический панкреатит. При осмотре: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела –  $36,8^{\circ}\text{C}$ . ЧД – 20 в минуту, пульс – 92 в минуту. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык влажный. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота, живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в подреберьях. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Симптомы Склярова и Валя – отрицательные, симптом Кёртэ – положительный. Печеночная тупость сохранена. Анализ крови: Нб – 138 г/л, лейкоциты –  $8,8 \times 10^9/\text{л}$ .

Вопросы:

1. Какие заболевания следует предполагать при такой клинической картине?
2. Какова тактика лечения предполагаемых заболеваний?
3. Расскажите об определяемых симптомах
4. Какие методы исследования следует применить для проведения дифференциальной диагностики?
5. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз острого панкреатита?

#### Задача 78

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела – нормальная. При осмотре: состояние больного удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски. Пульс – 72 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, над пупком пальпируется слегка болезненное с четкими контурами несмещаемое опухолевидное образование размерами  $10 \times 10$  см. Перитонеальных симптомов нет. Выслушиваются шумы обычной перистальтики. В анализах крови и мочи изменений нет.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Какие варианты возможны в лечении кист поджелудочной железы?

#### Задача 79

У больного с панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до  $39,5^{\circ}\text{C}$ . При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье,

перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Симптом Мейо-Робсона резко положительный. Лейкоциты крови  $20 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Ваша тактика лечения?
4. Методы лечения?
5. Что такое симптом Мейо-Робсона?

### Задача 80

У больного 37 лет после употребления алкоголя и жареного мяса появились сильные опоясывающие боли в верхней части живота, многократная рвота с примесью желчи, не приносящая облегчения. Поступил через сутки от начала заболевания. При осмотре часто меняет положение, стонет. Имеются синюшно-багровые пятна на коже брюшной стенки, ригидность брюшных мышц в эпигастрии, симптом Щеткина сомнительный, печеночная тупость сохранена. При обзорной рентгенографии в брюшной полости свободного газа нет, поперечно-ободочная кишка умеренно вздута газами, лейкоцитоз  $12 \times 10^9$  /л, активность уреамилазы 1024 ЕД. В анамнезе 3 подобных приступа, указания на гастродуоденит, язвенную болезнь.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
4. Ваша тактика лечения?
5. Основные направления лечения?

### Задача 81

Больная 45 лет, страдающая калькулезным холециститом, поступила в клинику с болями в правом подреберье и эпигастрии опоясывающего характера. Отмечает повторную рвоту. Состояние средней тяжести, иктеричность склер и кожного покрова. Тахикардия, напряжение мышц передней брюшной стенки, парез кишечника. Из лабораторных данных обращает на себя внимание лейкоцитоз и высокий уровень амилазы крови.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие методы инструментального исследования следует применить в первую очередь?
3. Ваша тактика лечения?
4. Рациональный способ лечения?
5. Дальнейшее ведение больной?

### Задача 82

Больную 30 лет беспокоят выраженные боли, тяжесть в левой ноге, ее быстрая утомляемость, особенно при вертикальном положении без движения. Около года назад появилось расширение поверхностных вен на левой голени, которое вскоре стало сопровождаться названными симптомам.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Назначения в послеоперационном периоде?

### Задача 83

Больную 35 лет беспокоит чувство тяжести в левой ноге, особенно к концу рабочего дня, а также наличие варикозно расширенных вен на этой ноге. Варикоз появился около 10 лет



назад и начался с бедра и верхней 1/3 голени, чувство тяжести появилось около года назад. При объективном обследовании обнаружили магистральный тип варикозного расширения большой п/к вены на бедре и голени.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Расскажите о выбранном методе лечения?

#### **Задача 84**

Больной 43 лет, перенес 3 года назад тромбоз глубоких вен подвздошно-бедренного сегмента справа. В настоящее время беспокоят тяжесть, отек правой ноги. При обследовании выявлен умеренный отек голени, бурая индурация кожи в нижней 1/3 голени, варикозно расширенные поверхностные вены на голени.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия и форма заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Суть операции ?

#### **Задача 85**

Больной, 72 лет, страдающий в течение многих лет варикозной болезнью вен нижних конечностей, предъявляет жалобы на повышение температуры и боли в правом бедре. Три года назад перенес трансмуральный инфаркт миокарда и с тех пор у больного отмечается мерцательная аритмия. Общее состояние тяжелое, имеются признаки выраженной сердечной недостаточности. На правой нижней конечности определяется варикозное расширение поверхностных вен. На медиальной поверхности правого бедра от уровня коленного сустава до верхней трети его видна полоса гиперемии, пальпируется плотный, болезненный шнуровидный тяж. Отека конечности нет. Симптомы Хоманса и Мозеса отрицательные.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина заболевания?
3. Методы обследования?
4. Тактика лечения?
5. Расскажите о выбранном методе лечения?

#### **Задача 86**

У больной 40 лет на 4 день после аборта появились резкие боли в левой ноге, ее массивный отек и цианоз кожных покровов при вертикальном положении. При обследовании обнаружен резкий отек на бедре и голени слева, цианоз кожи, болезненность по ходу магистрального сосудистого пучка на голени, бедре, подвздошной области слева. Симптом Хоманса - положительный

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Что такое симптом Хоманса?
3. Дифференциальная диагностика?
4. Тактика лечения?
5. Суть лечения?

#### **Задача 87**

В кардиохирургическом отделении проводится подготовка больного 28 лет к митральной комиссуротомии по поводу ревматического митрального порока сердца с преобладанием стеноза с наличием мерцательной аритмии. На фоне относительно удовлетворительного общего состояния больного внезапно появились резчайшие боли в левой поясничной области

локализованного характера. Поведение больного беспокойное, мечется в постели, неоднократно наблюдалась рвота, отмечено вздутие живота. После инъекции 2 мл 2% промедола и 2 мл димедрола болевой синдром удалось купировать, несколько повысилось артериальное давление до 150/90 мм рт. ст. (исходное: 125/85 мм рт. ст.), через 3 часа наблюдения за больным отмечена макрогематурия. При обзорной рентгенографии брюшной полости теней конкрементов в проекции левой почки и мочевыводящих путей не обнаружено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Лечебная тактика?
4. Что необходимо предпринять для предупреждения вазоренальной гипертонии?

#### **Задача 88**

В приемное отделение больницы обратился больной 68 лет с жалобами на резкие боли в левой голени и онемение стопы. При осмотре левая голень и стопа бледные, отека нет, холодные на ощупь. Пульсация на передней и задней большеберцовых артериях стопы отсутствует.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Методы обследования?
3. Нужна ли госпитализация.
4. Тактика лечения?
5. Принципы лечения?

#### **Задача 89**

Больной 36 лет поступил с жалобами на перемежающуюся хромоту через 150 метров, похолодание конечностей, парестезии стоп, облысение голеней. Болен в течение 6 месяцев, много курит, отмечает переохлаждение. При обследовании пульс на бедренной и подколенной артериях ослаблен, шум не выслушивается. Проба Оппеля 30 секунд. На термограммах отмечается тепловая ампутация пальцев стоп.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. Круг дифференциальной диагностики?
4. Методы дополнительного обследования?
5. Тактика лечения?

#### **Задача 90**

Больной 60 лет поступил в хирургическое отделение с жалобами на постоянные боли в стопах и голени, усиливающиеся при ходьбе. Из анамнеза известно, что больной страдает гипертонической болезнью и ИБС. При осмотре пульс на бедренной артерии справа не определяется, слева резкий систолический шум. Проба Оппеля справа 30 секунд, слева 1 минута и 30 секунд. Реографический индекс справа 0.22, слева 0.3. На правой нижней конечности имеется участок в области 1 пальца некротизированных тканей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. С какими заболеваниями будете дифференцировать?
4. Методы дополнительных исследований?
5. Тактика лечения?

#### **Задача 91**

Больной К., 42 лет, поступил с жалобами на боли по всему животу, тошноту. Заболел накануне, когда после употребления алкоголя появились опоясывающие боли в эпигастрии, многократная рвота. Сегодня боли распространились по всему животу. При осмотре выявляется напряжение мышц и болезненность по всему животу, положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Мейо-Робсона. При обзорной рентгеноскопии отмечается пневматоз поперечно-ободочной кишки, свободного газа, кишечных уровней не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Какие лабораторные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
3. Какие дополнительные инструментальные исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Ваша тактика лечения?

#### **Задача 92**

Больная Н., 80 лет, поступила с жалобами на интенсивные боли по всему животу. При осмотре живот вздут, в акте дыхания не участвует, напряженный и болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Из анамнеза известно, что накануне больная поступала в стационар с клинической картиной правосторонней ущемленной бедренной грыжи через 10 часов от начала заболевания. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлены тонкокишечные уровни. В процессе транспортировки из приемного отделения грыжевое выпячивание самостоятельно вправилось. Больная была осмотрена повторно и отпущена домой.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие тактические ошибки были допущены?
3. Какого осложнения следует опасаться в первую очередь при состоянии после ущемления?
4. Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?
5. Ваше лечение?

#### **Задача 93**

Больной Р., 88 лет, поступил с клиникой перитонита через неделю от начала заболевания и экстренно оперирован. На операции во всех отделах брюшной полости гнойный выпот с примесью толстокишечного содержимого. На париетальной и висцеральной брюшине во всех отделах грубые массивные наложения фибрина. Тонкая кишка раздута до 3-4 диаметров. В средней трети сигмовидной кишки плотная бугристая опухоль, прорастающая все слои стенки кишки с перфорацией в центре до 1 см в диаметре. В обеих долях печени множественные метастазы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение показано больному, учитывая стадию заболевания и осложнение (радикальное или паллиативное)?
3. Оптимальный объем оперативного вмешательства
4. Какие меры профилактики пареза кишечника следует предпринять на операции?
5. Какую тактику дальнейшего ведения больного следует предпринять, учитывая сроки, характер и распространенность перитонита?

#### **Задача 94**

У больного В., 56 лет, на 6-е сутки после резекции желудка по Ру по поводу язвенной болезни, осложненной кровотечением, состояние внезапно ухудшилось. Появились боли по всему животу. Пульс 120 в минуту. АД-120/60 мм рт. ст. Язык сухой. Живот в акте дыхания не участвует, отмечается резкое напряжение мышц, болезненность во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный по всему животу. Кишечные шумы не выслушиваются. Лейкоцитоз -14000, сдвиг формулы влево.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение послеоперационного периода произошло у данного больного?
3. Ваша тактика?
4. Характер операции?
5. Принципы послеоперационной терапии?

### Задача 95

Больной Н., 46 лет, поступил через 12 часов от начала заболевания с жалобами на интенсивные боли по всему животу. Заболевание началось остро с резких болей в эпигастрии. Страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки в течение 20 лет, неоднократно проходил курсы стационарного и санаторно-курортного лечения, в анамнезе трижды эпизоды желудочно-кишечного кровотечения. При осмотре отмечается вынужденное положение с приведенными к животу коленями, живот в акте дыхания участие не принимает, резко напряжен и болезнен во всех отделах. При перкуссии печеночная тупость не определяется.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования надо провести?
3. Ваша тактика лечения?
4. Характер операции?
5. Принципы послеоперационной терапии?

### Задача 96

У больного 48 лет с диагнозом "рак желудка" во время лапаротомии обнаружена опухоль, прорастающая все слои передней стенки тела желудка и распространяющаяся до кардии. В большой кривизне определяются плотные увеличенные лимфатические узлы. На соседние органы опухоль не распространяется, отдаленные метастазы не обнаружены.

Вопросы:

1. Стадия заболевания по международной классификации?
2. Что такое метастаз Вирхова?
3. Какого объема операцию надлежит выполнить у больного?
4. Какие полиативные операции выполняются при раке желудка?
5. Кто должен наблюдать больного после выписки из стационара?

### Задача 97

У больного 58 лет обнаружен рак антрального отдела желудка с явлениями резкого сужения выхода из него. Во время операции при ревизии обнаружено, что опухоль размером 12 x 10 см прорастает в поджелудочную железу. Имеется большое количество метастатических лимфатических узлов по ходу аорты, в малом и большом сальнике. Желудок растянут, неподвижен.

Вопросы:

1. Стадия заболевания по международной классификации?
2. Какую операцию необходимо выполнить?
3. Что такое метастаз Крукенберга?
4. Какие радикальные операции выполняются при раке желудка?
5. Какое лечение порекомендуете в послеоперационном периоде по основному заболеванию?

### Задача 98

Больному 50 лет. Почувствовал себя больным 1,5 мес. назад. Появилась дисфагия, которая быстро нарастала, вскоре присоединилась одышка, усиливающаяся при наклоне больного вперед. При обследовании больного диагностирован рак кардиального отдела желудка. Протяженность опухоли небольшая, в других органах и системах никакой патологии выявить не удалось, в том числе и увеличенных подключичных лимфатических узлов. Единственно, что обращало на себя внимание, это некоторая одутловатость лица. При наклоне туловища вперед лицо приобретало синюшно-багровую окраску, отмечалось значительное набухание шейных вен, которое длительно сохранялось и в вертикальном положении.

Вопросы:

1. Стадия заболевания по международной классификации?
2. Как называют совокупность выявленных у больного симптомов?
3. Что в данном случае служит их причиной?

4. Какое можно произвести дополнительное исследование, чтобы подтвердить Ваше предположение?
5. Ваша тактика лечения?

#### **Задача 99**

Больной 63 лет, страдающий длительное время анацидным гастритом, за последние 4 месяца сильно похудел и ослабел. Утром у него появились головокружение и резкая слабость, была однократная рвота небольшим количеством жидкости цвета кофейной гущи. Днем был стул - кал дегтеобразный. После этого был доставлен в хирургическое отделение.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Чем вызвано подобное состояние больного?
3. С помощью каких исследований можно уточнить диагноз?
4. Что следует предпринять?
5. При неэффективности консервативных мероприятий Ваши действия?

#### **Задача 100**

Больной 56 лет страдающего язвенной болезнью желудка в течение 20 лет, доставлен по «ОЗ» по поводу желудочно-кишечного кровотечения. Данное кровотечение возникло впервые. За последнее 0.5 года резко похудел (на 10 кг.), появилось отвращение к «мясному», ослаб, отмечает увеличение в объеме живота. При осмотре: кахектичен, бледен, склеры желтушны, печень увеличена из под реберной дуги на 3 см., определяется асцит. Гемоглобин 70 г/л, на перчатке кал «мелена».

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия заболевания по международной классификации?
3. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Что такое синдром Савицкого?
5. Ваша тактика лечения?

#### **Задача 101**

У больного 50 лет после перенесенного гриппа, в течение 4-х недель держится субфебрильная температура. Больной отмечает сухой кашель, слабость, одышку. Справа в нижнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. СОЭ - 55 мм/ч. В мокроте много эритроцитов. Рентгенологически в нижней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз VI сегмента. При бронхоскопии было выявлено значительное сужение нижнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха VI сегмента.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы дополнительные методы обследования?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
4. Тактика лечения больного?
5. Какие бронхи можно осмотреть при бронхоскопии?

#### **Задача 102**

Больной 60 лет обратился с жалобами на боли в левой половине груди, сухой кашель, одышку. Мокрота отделяется с трудом, скудная. Иногда отмечает прожилки крови в мокроте. Болен 3 месяца. За это время нарастает слабость, похудание. Температура не была повышенной. В легких везикулярное дыхание, несколько жестче слева в нижних отделах. При рентгенологическом исследовании определяется интенсивная тень треугольной формы, соответствующая нижней доле левого легкого.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Какой план обследования?
3. Что могут доказать дополнительные исследования?
4. Что такое опухоль Панкоста?
5. При какой форме рака легкого встречаются аталектазы легкого?

### Задача 103

Больной 48 лет, курильщик, обратился к врачу с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, сухой кашель, одышку при физической нагрузке. Считает себя больным 4 месяца. Перкуторно определяется притупление, а аускультативно - ослабленное дыхание в задне-нижних отделах грудной клетки слева. На прямой и боковой рентгенограммах грудной клетки выявлено: слева с периферических отделах 6, 10 сегментов нижней доли имеется участок затемнения округлой формы с неровными, тяжистыми контурами, связанный "дорожкой" с корнем легкого. В левой плевральной полости определяется жидкость до VI ребра. При плевральной пункции получено 300,0 геморрагического прозрачного экссудата.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Что необходимо для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано больному?
4. Какой рак чаще встречается при гистологическом исследовании?
5. Что такое периферический рак легкого?

### Задача 104

У больного 73 лет, предъявляющий жалобы на нарастающее похудание, одышку, мучительный кашель с прожилками крови, при бронхоскопии обнаружено концентрическое сужение левого главного бронха до 0,4 см, слизистая гиперемирована, бугристая, легко кровоточит, взята биопсия. Левая стенка трахеи в дистальном отделе ригидна, смещаемость бифуркации трахеи плохая. На рентгенограмме грудной клетки определяется аталектаз верхней доли левого легкого.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Какое лечение показано больному?
4. Перечислите формы периферического рака?
5. Перечислите этиологические факторы, обуславливающие развитие рака легкого?

### Задача 105

Больной, 58 лет, предъявляет жалобы на появившуюся слабость в правой руке, боли в правом плечевом суставе. При осмотре выявлен правосторонний птоз, а также атрофия мышц дистальных отделов правой руки. При рентгенографии определяется затемнение в области верхушки правого легкого, узурация I и II ребер.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?
3. Ваш план лечения?
4. Какие морфологические виды рака легкого различают по данным ВОЗ?
5. Что отнесено к IY стадии рака легкого?

### Задача 106

У больной 47 лет при пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 7 см. от ануса, на задней стенке обнаружено плотное образование размером около 6 см. в диаметре с плотными краями и изъязвлением в центре. На пальце следы крови и кровянисто-гнояных выделений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какими специальными методами исследования Вы подтвердите диагноз?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

4. Ваш план лечения?
5. Методика пальцевого исследования прямой кишки?

#### **Задача 107**

У больного 56 лет при ирригографии выявлен дефект складок прямой кишки в верхне-ампулярном отделе, с ригидностью стенок кишки на протяжении 8 см. и сужение просвета кишки.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какими специальными методами можно подтвердить диагноз?
3. С какими заболеваниями проведете дифференциальный диагноз?
4. Ваш план лечения?
5. К какому врачу направите больного после выписки из стационара?

#### **Задача 108**

У больной 50 лет левая молочная железа резко увеличена в объеме. Над опухолевым инфильтратом размерами 12 x 10 x 10 см, который определяется на границе верхних квадрантов, имеют место покраснение кожи и болезненность. Сосок деформирован и втянут. В подмышечной области пальпируется одиночный плотный округлой формы узел размером около 2,0 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Перечислите особые клинические формы рака молочных желез?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Принципы ранней диагностики заболеваний молочных желез?
5. Какое лечение показано больной?

#### **Задача 109**

У больной 40 лет правая молочная железа инфильтрирована, отечна, резко уплотнена и увеличена в объеме. Кожа её покрыта красными пятнами с неровными языкообразными краями и местным повышением температуры. Сосок втянут, деформирован. В правой подмышечной впадине определяется одиночный плотный округлой формы узел размером 1,5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите особые клинические формы рака молочных желез?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
5. План лечения?

#### **Задача 110**

У больной 38 лет три месяца назад появилось мокнутие соска и ореолы правой молочной железы. Затем отдельные участки ореолы и соска стали изъязвляться и покрываться корочками. При осмотре установлено, что эти участки напоминают экзему. В правой подмышечной впадине пальпируются два плотных округлой формы подвижных лимфатических узла размером 0,7 см в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Что такое симптом Краузе?
5. План лечения?

#### **Задача 111**

При обследовании больной 45 лет врач поликлиники выявил у неё в правой молочной железе плотное размером около 3,0 см в диаметре округлое образование, которое не было связано с

подлежащими тканями кожей. Исследование пунктата этого образования не прояснило диагноза.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите доброкачественные образования молочной железы?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Перечислите предрасполагающие факторы развития опухолей молочных желез?
5. Рекомендуемое лечение?

#### **Задача 112**

У больной 30 лет в толще молочной железы пальпаторно определяется округлое шаровидной формы упруго эластической консистенции образование размером до 5,0 см в диаметре. Симптом Кенига положительный. Симптом умбиликации и Прибрама отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Перечислите пороки развития молочных желез?
5. План лечения?

#### **Задача 113**

Больной Н. 48 лет заболел два часа назад. Со слов больного боли возникли внезапно, носят невыносимый характер, по всему животу, беспокоит многократная рвота, носящая каловый характер. Газы не отходят. При осмотре больной беспокоен, мечется. Живот вздут. При пальпации живота обращает на себя внимание его ассиметрия, симптом Валя, Склярова положительные, локальная болезненность в пупочной области, кишечные шумы не выслушиваются. Ps – 110 уд в мин., ритимичный. АД 130/80 мм рт.ст.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Факторы, предрасполагающие к развитию заболевания?
3. Клиника заболевания?
4. Диагностика?
5. Лечение?

#### **Задача 114**

Больной 60 лет поступил с жалобами на сильные схваткообразные боли в животе, рвоту. Данные жалобы в течение 2 дней. Последние 5 месяцев отмечает запоры и затруднение в акте дефекации, кал с примесью слизи и гноя. При осмотре живот вздут, асимметричен. Видна перистальтика во время схваткообразных болей. При пальпации определяется болезненность в левой мезо-гипогастральной области, где определяется плотное, бугристое образование размерами 8 x 6 см. Рентгенологически определяются чаши Клойбера. Ампула прямой кишки пуста, анальное отверстие зияет.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Клиника заболевания?
4. Предоперационная подготовка?
5. Тактика лечения?

#### **Задача 115**

Больной Н 40 лет поступил с жалобами на постоянные боли в животе. Многократную рвоту калового характера, задержку стула и газов. Заболел более 24 часов назад, когда появились схваткообразные боли по всему животу, через 12 часов боли приобрели постоянный характер. Живот при осмотре вздут, асимметричен, кишечные шумы ослаблены. Симптом Валя – положительный.

Вопросы:



1. Ваш диагноз?
2. Ваше обоснование диагноза?
3. О какой стадии заболевания можно думать?
4. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
5. Ваше лечение?

#### **Задача 116**

Больной 20 лет доставлен в клинику с жалобами на резчайшие схваткообразные боли по всему животу, многократную рвоту. Из анамнеза: боли возникли 2 часа назад, интенсивность их постепенно нарастала, боли вне схваткообразного приступа полностью не исчезали. Больной при осмотре бледен. Покрыт холодным липким потом, ЧСС 90 в минуту, АД 100/60 мм рт ст. Живот не вздут, во время болевого приступа видна перистальтика, кишечные шумы выслушиваются на расстоянии. Симптомов раздражения брюшины нет. Рентгенологически выявляется газовый пузырь в желудке. Уровней нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваше обоснование диагноза?
3. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Ваша хирургическая тактика?
5. Какое хирургическое лечение возможно выполнить?

#### **Задача 117**

Больной 24 лет поступил с жалобами на интенсивные боли в правой подвздошной области, тошноту, задержку стула и газов. Заболел остро 12 часов назад. Внезапно появились схваткообразные боли в правой половине живота. В дальнейшем боли стали нарастать. Появилась тшнота. Живот асимметричен, отмечается вздутие левой верхней половины живота. Определяется симптом Валя. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой латеральной области. Отмечается положительный симптом Шиманса – Данса, Спасокукоцкого.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Ваша тактика лечения?
5. Последовательность хирургических действий?

#### **Задача 118**

Больная 65 лет, страдающая гипертонической болезнью и мерцательной аритмией. Осматривается врачом СМП через 4 часа от начала заболевания. Жалобы на внезапно возникшую резкую боль в животе, постепенного характера, без четкой локализации. Больная громко стонет, мечется, принимает колено – локтевое положение. В момент осмотра наблюдается многократная рвота с каловым запахом. Полчаса назад был водянистый стул с небольшой примесью крови. Состояние тяжелое, лицо бледное, покрыто холодным потом. Пульс 112 уд в мин. . аритмичный. АД 160/90 мм рт ст. Температура тела – 36,7. Язык сухой. Живот участвует в акте дыхания, не вздут, мягкий, резко болезненный во всех отделах. Боль при пальпации не усиливается. Перкуторно участки тимпанита чередуются с участками притупления. Аускультативно – перистальтические шумы не выслушиваются. При ректальном исследовании – патологии нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
3. Как оценить рвоту с каловым характером?
4. Вероятная причина болей в животе?
5. Ваша тактика?

#### **Задача 119**

Больной 42 лет поступил в клинику с жалобами на острую схваткообразную боль в животе, возникшую 2 часа назад. Позывы на рвоту. Стула нет. Газы не отходят. Больной беспокоен, громко кричит. Живот вздут, больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительны. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы образование эластическо – плотной консистенции.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие клинические данные указывают на это?
3. План дополнительных исследований?
4. Ваша тактика?
5. Последовательность хирургических мероприятий?

#### **Задача 120**

У женщины 40 лет при колоноскопии выявлен полип прямой кишки на ножке, диаметром 1 см. произведена электроэксцизия полипа. Послеоперационный период без особенностей. При гистологическом исследовании обнаружены клетки аденокарциномы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия по TNM?
3. Дальнейшая тактика?
4. Какой объем до обследования необходим для уточнения диагноза?
5. Какой специалист будет в последующем наблюдать пациентку по месту Жительства?

#### **Задача 121**

У мужчины 60 лет при колоноскопии выявлена опухоль верхней трети прямой кишки на расстоянии 12см от кожно –анальной линии, блюдцеобразной формы, диаметром 3 см. При гистологическом исследовании – умеренно дифференцированная аденокарцинома. При дальнейшем обследовании отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия по TNM?
3. Какое оперативное лечение будет оптимальным в данной случае?
4. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?
5. Какой специалист будет в последующем наблюдать пациента по месту жительства?

#### **Задача 122**

Мужчина 65 лет госпитализирован в отделение неотложной хирургии с жалобами на слабость, тошноту, однократную рвоту, задержку стула и газов в течение 2-х дней. За последнее время отмечает повышенную утомляемость, чередование поносов и запоров, снижение массы тела на 10 кг в течение 6 месяцев. При осмотре - живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левом мезогастррии, где нечетко пальпируется опухолевидное образование диаметром 8 см. Консервативная терапия в течение 2-х часов – без эффекта, пациент взят в операционную. При ревизии - в нисходящей ободочной кишке определяется опухоль 8 см, не прорастающая серозу, циркулярно суживающая просвет кишки. проксимальнее опухоли кишечник раздут до 7 см, дистальнее петли спавшиеся.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Стадия по TNM?
3. Какое оперативное лечение будет оптимальным в данной случае?
4. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?
5. Какой специалист будет в последующем наблюдать пациента по месту жительства?

#### **Задача 123**

При осмотре в поликлинике установлено, что больного беспокоят выделения крови и слизи при дефекации, боли в промежности до и после акта дефекации. При внешнем осмотре, а также при пальцевом исследовании прямой кишки никаких изменений не обнаружено.

Вопросы:

1. Какое исследование необходимо данному больному в первую очередь?
2. При установлении диагноза рака прямой кишки куда следует направить пациента?
3. Какой объем дообследования необходим для уточнения диагноза?
4. Назовите наиболее эффективный метод лечения при рецидиве рака прямой кишки?
5. Назовите пути лимфооттока для прямой кишки?

#### **Задача 124**

У пациента при подготовке к плановому оперативному лечению по поводу рака восходящей ободочной кишки отмечено повышение температуры тела до 38-39 С, ознобы, ухудшение самочувствия. На фоне антибактериальной терапии состояние улучшилось, гипертермия не повторялась. На операции выявлена опухоль восходящей ободочной кишки с перифокальным абсцессом.

Вопросы:

1. Какой объем оперативного вмешательства показан пациенту в данном случае?
2. Какие сосуды необходимо лигировать?
3. Перечислите наиболее частые осложнения рака толстой кишки?
4. Назовите важные принципы хирургического лечения рака толстой кишки?
5. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации опухоли?

#### **Задача 125**

Женщина 70 лет госпитализирована в стационар в тяжелом состоянии, с жалобами на слабость, тошноту, многократную рвоту кишечным содержимым. Пациентка отмечает похудание на 10 кг за 6 мес. При осмотре: живот равномерно вздут, мягкий, болезненный при пальпации во всех отделах. В правом мезогастри определяется опухолевидное образование размерами до 10 см., не смещаемое, без четких границ, симптом Склярова положительный. В анализах: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз до  $14,0 \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, билирубин 18 ммоль/л, амилаза 70 ед/л. При рентгенографии органов брюшной полости – множественные тонкокишечные арки.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика?
3. При выявлении на операции опухолевого процесса в слепой или восходящей ободочной кишке – какой объем оперативного вмешательства необходим?
4. Назовите важные принципы хирургического лечения рака толстой кишки?
5. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?

#### **Задача 126**

Мужчина 80 лет госпитализирован в отделение неотложной хирургии с жалобами на слабость, тошноту, однократную рвоту, задержку стула и газов в течение 3-х дней, повышение температуры до 38-39 С. За последнее время отмечает повышенную утомляемость, чередование поносов и запоров, снижение массы тела на 10 кг в течение 6 месяцев. При осмотре - живот вздут, мягкий, умеренно болезненный при пальпации в левой подвздошной области, где нечетко пальпируется опухолевидное образование диаметром 8 см, симптом Склярова положительный, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В анализах: гемоглобин 98 г/л, лейкоцитоз до  $14,0 \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, билирубин 18 ммоль/л, амилаза 70 ед/л. При рентгенографии органов брюшной полости – множественные чаши Клойбера.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика?
3. При выявлении на операции опухолевого процесса в дистальном отделе сигмовидной кишки, с перифокальным воспалением - какой объем оперативного

- вмешательства необходим?
4. Назовите важные принципы хирургического лечения рака толстой кишки?
  5. Назовите пути отдаленного метастазирования для данной локализации онкологического процесса?

#### **Задача 127**

Мужчина 78 лет обратился в поликлинику с жалобами на слабость, снижение веса, повышенную утомляемость, увеличение живота, периодическую тошноту, запоры до 3-х дней. При обследовании выявлена опухоль поперечно-ободочной кишки, прорастающая в поджелудочную железу, метастатическое поражение печени, асцит.

Вопросы:

1. Ваш диагноз по TNM?
2. Дальнейшая тактика ведения пациента?
3. При развитии клиники толстокишечной непроходимости – действия врача Поликлиники?
4. При развитии клиники толстокишечной непроходимости – действия врача стационара?
5. Перечислите варианты хирургического лечения данного пациента?

#### **Задача 128**

Женщина 70 лет, обратилась к колопроктологу с жалобами на наличие «шишки» в области заднего прохода. При осмотре анального канала выявлено плотное бугристое образование диаметром 2 см, контактно кровоточащее. Окружающие ткани не изменены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика обследования?
3. Предполагаемый результат биопсии?
4. Тактика лечения данной пациентки?
5. Назовите важные принципы хирургического лечения рака прямой кишки?

#### **Задача 129**

У пациентки при обследовании выявлена опухоль восходящей части ободочной кишки и опухоль верхней трети прямой кишки. При биопсии – высококодифференцированная аденокарцинома. Данных за отдаленное метастазирование не получено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Тактика лечения в данном случае?
3. объем оперативного вмешательства?
4. Варианты завершения операции?
5. Назовите важные принципы хирургического лечения рака прямой кишки?

#### **Задача 130**

Больной 49 лет два года назад перенес острую очаговую пневмонию верхней доли левого легкого. После выписки из стационара больного беспокоил постоянный кашель, который часто обострялся, особенно после переохлаждения. В периоды обострения резко ухудшалось самочувствие, температура тела повышалась до 38 — 39°, выделялась гнойная мокрота с неприятным запахом, появилась одышка. За указанный срок у больного дважды наблюдалось легочное кровотечение. При аускультации в области верхней доли левого легкого на фоне жесткого дыхания прослушиваются рассеянные сухие и влажные хрипы. Рентгенологически в области язычковых сегментов определяется затемнение с линейными тяжистыми тенями. При бронхографии бронхи этих сегментов значительно деформированы.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Ваш план диагностических мероприятий?
3. Ваш план лечебных консервативных мероприятий?
4. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
5. Возможные пути хирургического лечения?

### Задача 131

У больной 45 лет температура тела внезапно поднялась до 39°, резко ухудшилось общее самочувствие, появились потрясающие ознобы, обильная потливость, одышка, резкие колющие боли в груди справа при глубоком , отрывистый сухой кашель. При осмотре положение больной в постели вынужденное, полу-сидячее, на правом боку. Частота дыхания — 28 экскурсий в 1 минуту, поверхностное. Пульс - 120 ударов в 1 минуту, удовлетворительного наполнения. При осмотре отмечено отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа, определяется также асимметрия грудной клетки за счет некоторого увеличения объема нижнебокового отдела правой стороны. Нижние межреберья (8-9-10) справа расширены и сглажены. Голосовое дрожание в этой области не проводится, при перкуссии — резкое притупление звука с верхней границей по линии Элис-Дамуазо. Дыхательные шумы в этом месте резко ослаблены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
3. Ваш план лечения и его обоснование?
4. Показания к консервативному лечению?
5. Ваш прогноз заболевания?

### Задача 132

У больного 40 лет после кратковременного недомогания внезапно появились боли в груди справа, озноб, обильный пот. Одновременно появился кашель со скудным отделением мокроты слизистого характера с примесью крови. В стационаре, куда был госпитализирован больной, рентгенологически выявили воспалительный инфильтрат в нижней доле правого легкого. В области 7-го межреберья по лопаточной линии определяется положительный симптом Крюкова. На седьмые сутки от начала заболевания при кашле стала обильно отделяться гнойная, зловонная мокрота с примесью крови. Повторное рентгенологическое обследование выявило в области нижней доли правого легкого большую полость.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить больному?
3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
4. Что означает симптом Крюкова?
5. Ваш план лечения?

### Задача 133

У больного 56 лет, госпитализированного в стационар по поводу острого абсцесса средней доли правого легкого, несмотря на проводимое лечение, течение болезни приняло затяжной характер. Полость размером до 6 см в диаметре, через 3 месяца после ее появления, не уменьшилась в размерах. Общее состояние больного стало ухудшаться. Появился землистый цвет кожи, одутловатость лица, отеки нижних конечностей. Температура тела остается высокой и носит гектический характер.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваш план диагностических мероприятий?
3. Показано ли хирургическое лечение и от чего зависит его выбор?
4. Ваш план лечения?
5. Какие мероприятия профилактики заболевания?

### Задача 134

У больного 57 лет температура тела внезапно повысилась до 39°, появились потрясающие ознобы, одышка, акро- цианоз, резкие колющие боли в левой половине грудной клетки, сухой отрывистый кашель. На третьи сутки кашель резко усилился, через некоторое время в левом боку внезапно возникла острая боль, усилилась одышка. В стационар больной был доставлен скорой помощью в крайне тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, покрыты липким холодным потом. Пульс —120 ударов в 1 минуту, нитевидный. Артериальное давление —

70/50 мм рт. ст. Дыхание поверхностное; ЧДД 40 дыханий в 1 минуту. Рентгенологически определяется коллапс левого легкого, а в левой плевральной полости — жидкость и газ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Клинические проявления какого заболевания предшествовали настоящему состоянию больного?
3. Какие срочные лечебные мероприятия надо провести, чтобы вывести больного из тяжелейшего состояния?
4. Показания и методика проведения плевральной пункции?
5. Опишите лечение бронхиальных свищей?

### Задача 135

Больной Н., 19 лет, поступил с жалобами на интенсивные боли в правой половине грудной клетки, возникшие остро после сильного приступа кашля, затруднение дыхания. При осмотре отмечается одышка до 28 в минуту, межреберные промежутки справа расширены, пальпаторно определяется подкожная эмфизема, перкуторно справа коробочный звук, аускультативно дыхание справа резко ослаблено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какой метод исследования может уточнить его?
3. Наиболее частая причина данного заболевания?
4. Какова тактика лечения?
5. Перечислите возможные осложнения данного заболевания?

### Задача 136

Больной К., 22 лет, доставлен бригадой скорой помощи в тяжелом состоянии, через 40 минут от момента получения ранения острым предметом в левую половину грудной клетки. АД-90/60, пульс 110 в минуту, кожа бледная, частота дыхания 22 в минуту, тоны сердца приглушены. На рентгенограмме грудной клетки данных за гидро- и пневмоторакс не выявлено, тень сердца несколько расширена, сердечная талия сглажена. Нв-105г/л. Местный статус: в 5-ом межреберье по средней ключичной линии слева имеется колотая рана 0,6х 0,2 см без активного кровотечения.

Вопросы:

1. Какова основная опасность ранения данной локализации?
2. Ваш диагноз и его обоснование?
3. Какие еще диагностические мероприятия необходимо выполнить для уточнения диагноза?
4. Ваша лечебная тактика?
5. Следует ли начать лечебно-диагностические мероприятия с первичной хирургической обработки раны и ревизии раневого канала и почему?

### Задача 137

Больной 40 лет, поступил с жалобами на боли в области раны правой половины грудной клетки через 1 час от момента получения ранения. Состояние средней тяжести, АД-100/70 мм рт. ст., пульс 100 в минуту. При обследовании грудной клетки перкуторно и аускультативно патологии не выявлено. Живот не вздут, напряженный и болезненный в правом подреберье. При рентгенографии грудной клетки определяется гемоторакс в пределах плеврального синуса. Нв-102г/л. Местный статус: в 8-ом межреберье по передней подмышечной линии справа имеется колото-резанная рана, 1,2х0,5 см, с незначительным кровотечением из краев раны.

Вопросы:

1. Определите вид гемоторакса
2. Какие действия в отношении гемоторакса необходимо предпринять в данном случае?
3. Какие еще инструментальные исследования необходимо выполнить при данной локализации ранения?
4. Повреждение каких органов можно предположить, учитывая данные обследования и локализацию ранения?

5. О каком виде ранения может идти речь?

#### Задача 138

Больной 38 лет, поступил с колото-резанным ранением левой половины грудной клетки через 2 часа от момента ранения. АД-100/60 мм рт.ст., пульс 105 в минуту. Перкуторно укорочение звука в нижних отделах грудной клетки слева, здесь же аускультативно ослабление дыхания. При рентгеноскопии гемоторакс до 5-го ребра. Местный статус: в 4-ом межреберье по средней подмышечной линии, колото-резанная рана размерами 1,0x0,5 см без активного кровотечения.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. С чего следует начать лечебно-диагностические мероприятия?
3. Ваши действия в случае получения при плевральной пункции более 600 мл крови?
4. Ваши действия в случае получения при плевральной пункции менее 600 мл крови и положительной пробе Рувиллуа-Грегуара?
5. Методика дренирования плевральной полости?

#### Задача 140

Больной А., 46 лет, поступил с колото-резанным ранением правой половины грудной клетки через 4 часа от момента ранения. АД-110/70 мм рт.ст., пульс 96 в минуту. Перкуторно укорочение звука в нижних отделах грудной клетки справа, выше коробочный звук, здесь же аускультативно ослабление дыхания. При рентгеноскопии гемо-пневмоторакс справа, легкое коллабировано на ½ объема без смещения средостения. Местный статус: в 5-ом межреберье по средней подмышечной линии справа колото-резанная рана размерами 1,0x0,4 см без активного кровотечения. Больному произведена пункция правой плевральной полости, при этом эвакуировано до 450 мл крови.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование?
2. Какую пробу необходимо произвести для исключения продолжающегося кровотечения?
3. Какие действия следует произвести при отсутствии продолжающегося кровотечения?
4. Какие действия следует произвести при наличии продолжающегося кровотечения?
5. Какие показания к срочной торакотомии могут быть выявлены у данного больного в случае выбора активно-выжидательной тактики?

#### Задача 141

Больная 46 лет, поступила с жалобами на чувство тяжести в подложечной области, отрыжку, резкое похудание. Недели три назад появилась обильная периодическая рвота с остатками пищи, съеденной накануне. На протяжении 7 лет страдает язвенной болезнью ДПК с частыми обострениями. Объективно: истощена, кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Живот мягкий, шум плеска натошак ниже уровня пупка.

Вопросы:

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

#### Задача 142

Больной 36 лет, поступил в хирургическую клинику с диагнозом: язвенная болезнь ДПК. В анамнезе язвенная болезнь ДПК в течение 10 лет. При обследовании обнаружена язва желудка и ДПК. При исследовании желудочной секреции имеет место непрерывное кислотообразование высокой интенсивности. Учитывая длительность заболевания и малую эффективность проводимой консервативной терапии принято решение оперировать больного.

Вопросы:

1. Какая операция показана этому больному?
2. Каким должен быть объем операции?

3. Какой способ операции предпочтительнее и почему?
4. Какие противопоказания существуют к резекции желудка по Бильрот 1 и Бильрот 2?

#### **Задача 143**

У больного 23 лет, около 6 часов назад появилась резкая слабость, холодный пот, дважды была рвота типа «кофейной гущи». До момента госпитализации трижды был жидкий стул черного цвета.

Вопросы:

1. Из какого отдела ЖКТ возникло кровотечение?
2. Что нужно сделать для установления источника кровотечения?
3. Какие критерии степени тяжести кровотечения?
4. Что Вы можете сделать для остановки кровотечения?
5. Какие показания для экстренной операции?

#### **Задача 144**

Больной 32 лет страдает язвенной болезнью ДПК в течение 6 лет. Последнюю неделю отмечает интенсивные голодные и ночные боли. Внезапно развилась резкая слабость, холодный пот, исчезновение болей. АД – 90/60 мм. рт.ст. Анализ крови Нв- 130 г\л. При пальцевом исследовании прямой кишки кал нормального цвета.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у больного?
2. С чем связано исчезновение болей?
3. Как объяснить нормальные показатели анализа крови?
4. Какой кал будет через сутки?
5. Как подтвердить диагноз?

#### **Задача 145**

В приемное отделение доставлен больной 35 лет с жалобами на сильные боли в эпигастральной области. В течение нескольких лет отмечает боли в животе, изжогу. Во время поездки в машине внезапно почувствовал резкие боли в верхних отделах живота. Доставлен через 10 часов от начала заболевания. Язвенного анамнеза нет. При осмотре: положение больного на кушетке – лежит на правом боку, приведя колени к животу, боится шевельнуться. Язык сухой. При пальпации живот напряжен. Печеночная тупость не определяется.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования надо провести?
3. Ваша тактика лечения?
4. Объем хирургической операции?
5. Лечение в послеоперационном периоде?

#### **Задача 146**

В стационар поступил больной с диагнозом «острый аппендицит». Больного беспокоили боли в правой подвздошной области, иррадиировавшие как в поясницу, так и в паховую область. Была тошнота, однократная рвота, отмечал учащение мочеиспускания. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 88 ударов в мин. Язык суховат. Живот в правой половине умеренно напряжен и болезнен лишь при глубокой пальпации. Симптом «псоас» положительный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пальпация правой поясничной области также несколько болезненна. Лейкоцитов в крови –  $13 \cdot 10^9/\text{л}$ .

Вопросы:

1. Имеются ли основания подозревать острый аппендицит?
2. Что означает «псоас» симптом?
3. Какими дополнительными исследованиями можно верифицировать диагноз?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Лечебная тактика?

#### **Задача 147**

У больной 73 лет, оперированной по поводу перфоративного аппендицита с местным



перитонитом, на 7-е сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, легкий кашель, ознобы. При осмотре отмечено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Пальпаторно нижняя граница легких несколько приподнята, определяется болезненность в правом подреберье и по ходу IX-X межреберья. При рентгеноскопии грудной клетки отмечено наличие жидкости в правом синусе, подъем правого купола диафрагмы и ограничение его подвижности, увеличение размеров тени печени. Лейкоцитов в крови  $21 \cdot 10^9/\text{л}$ , температура колеблется от  $37,8^\circ$  до  $38,5^\circ\text{C}$ .

Вопросы:

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Основная причина его возникновения?
3. Какими дополнительными исследованиями можно уточнить диагноз?
4. Какова лечебная тактика?
5. Опишите порядок оперативных действий?

#### **Задача 148**

У больной 23 лет за 12 час до поступления в клинику появились умеренные боли в верхних отделах живота, тошнота. В последующем боли локализовались над лоном и сопровождались тенезмами. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 96 ударов в мин. Язык суховат. Живот умеренно напряжен в правой пахово-подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. При ректальном исследовании обнаружена болезненность передней стенки прямой кишки. Температура  $37,6^\circ\text{C}$ .

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какими специальными исследованиями можно уточнить диагноз?
4. В чем состоит особенность операции при данном варианте течения заболевания?

#### **Задача 149**

У больного 58 лет 59 часов назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. На 2-е сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Эйфоричен. Пульс 128 ударов в мин, АД  $95/60$  мм рт. ст. Язык сухой. Живот напряжен во всех отделах и болезненный, но больше в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга определяется во всех отделах. Температура  $37,2^\circ\text{C}$ . Лейкоцитов в крови  $18 \cdot 10^9/\text{л}$ .

Вопросы:

1. Укажите наиболее вероятную причину перитонита?
2. Стадия развития перитонита?
3. Укажите факторы, определяющие быстроту развития перитонита и его клиническую картину?
4. Какие лечебные мероприятия должны предшествовать операции?
5. В чем состоит особенность оперативного вмешательства?

#### **Задача 150**

Больная 56 лет оперирована по поводу острого аппендицита через 72 час от начала заболевания. На операции обнаружено, что в правой подвздошной области имеется воспалительный конгломерат, состоящий из слепой кишки, петель тонкой кишки и большого сальника. Червеобразный отросток не найден.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика?
3. Возможные исходы заболевания?

#### **Задача 151**

У больного 26 лет, взятого на операцию с диагнозом «острый флегмонозный аппендицит», по вскрытии брюшной полости отмечено, что червеобразный отросток утолщен, гиперемирован.

Терминальный отдел тонкого кишечника на протяжении 50-60 см резко отечен, гиперемирован, местами покрыт фибрином, на брыжейке - участки точечных кровоизлияний, определяются увеличенные лимфатические узлы.

Вопросы:

1. С каким заболеванием встретился хирург?
2. Критерии достоверности диагноза?
3. Возможные осложнения этого заболевания?
4. Каковы дальнейшие действия хирурга?
5. Послеоперационное лечение?

#### **Задача 152**

У больной 59 лет 4 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура повысилась до 37,5°C. Больная принимала тетрациклин и анальгин и обратилась к врачу только на 4-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больной удовлетворительное. Температура 37,4°C, пульс 88 ударов в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12x8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. С какими заболеваниями следует его дифференцировать?
3. Какие исследования помогут верифицировать диагноз?
4. Возможные исходы заболевания?
5. В чем состоит лечебная тактика?

#### **Задача 153**

Больной 26 лет оперирован по поводу острого аппендицита через 17 час от начала заболевания. На операции обнаружен флегмонозно-гангренозный аппендицит с перфорацией червеобразного отростка. В правой подвздошной области около 50 мл гнояного экссудата.

Вопросы:

1. Укажите дальнейшие действия хирурга
2. Особенности ведения больного в послеоперационном периоде
3. Возможные послеоперационные осложнения

#### **Задача 154**

Больной 29 лет оперирован по поводу острого аппендицита на 2-й день от начала заболевания. На операции обнаружен флегмонозно измененный червеобразный отросток и мутный выпот в подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На 6-й день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании выявлено выбухание передней стенки прямой кишки, плотное и болезненное. Температура 37,8°C.

Вопросы:

1. О каком осложнении острого аппендицита можно думать?
2. Чем можно объяснить его развитие?
3. Какие исследования помогут верифицировать диагноз?
4. Какова тактика лечения больного?

#### **Задача 155**

У больного 34 лет на 7-й день после операции по поводу флегмонозно-гангренозного аппендицита появились ознобы, боли в прямой кишке, тенезмы, учащенное и болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании обнаружен инфильтрат в малом тазу. Через 3 дня после проведенного лечения, включавшего теплые ромашковые клизмы и антибиотики, состояние больного не улучшилось. При повторном ректальном исследовании отмечено размягчение инфильтрата. Температура приняла гектический характер.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Как можно его верифицировать?
3. Лечебная тактика?
4. В чем состоит местное и общее лечение?

#### **Задача 156**

У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При пальпации живота отмечено некоторое увеличение размеров инфильтрата и усиление его болезненности. Консистенция инфильтрата неравномерная. По вечерам наблюдалось повышение температуры до 38-39°C. Лейкоцитов в крови  $17 \cdot 10^9/\text{л}$ .

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Как можно его верифицировать?
3. В чем состоит лечебная тактика?
4. Факторы, определяющие выбор оперативных действий?

#### **Задача 157**

Поступила больная 48 лет с клинической картиной острого флегмонозного холецистита и явлениями местного перитонита. Больной назначено консервативное лечение. Через шесть часов от поступления появились сильные боли в животе, холодный пот, пульс 120 уд. в 1 мин., живот напряжен и резко болезнен во всех отделах, положителен симптом Щеткина-Блюмберга во всех отделах.

Вопросы:

1. Возможные осложнения деструктивного холецистита?
2. Какое осложнение развилось у больной?
3. Какую лечебно-диагностическую тактику следовало предпринять при поступлении?
4. Ваши действия?
5. Особенности ведения больной в послеоперационном периоде?

#### **Задача 158**

У больной 49 лет, срочно оперированной по поводу острого флегмонозного холецистита и механической желтухи, на операции обнаружено расширение холедоха до 13 мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с хлопьями фибрина и желчным песком. На интероперационной холангиографии отмечена хорошая проходимость терминального отдела холедоха.

Вопросы:

1. Возможные осложнения ЖКБ со стороны внепеченочных желчных протоков?
2. Какой патологический процесс во внепеченочных желчных протоках имеется у больной?
3. Что следует предпринять в связи с его наличием?
4. Особенности ведения больной в послеоперационном периоде?

#### **Задача 159**

У больной 57 лет при проведении лапароскопической операции по поводу острого флегмонозного холецистита выявлен плотный воспалительный инфильтрат в области шейки желчного пузыря и гепато-дуоденальной связки, в котором элементы связки не дифференцируются.

Вопросы:

1. Ваши действия?
2. Каким способом лучше произвести холецистэктомию?
3. Опишите выбранный способ операции?
4. В чем заключается холецистэктомию по Прибраму?

#### **Задача 160**

У больного 68 лет, 3 дня назад был приступ резких болей в правом подреберье, который быстро самостоятельно купировался. Через 10 часов вновь появились боли в правом подреберье, принявшие постоянный и нарастающий характер. Была повторная рвота желчью.

Температура повысилась до 38 градусов. Ранее при УЗИ были выявлены конкременты в желчном пузыре. Состояние больного средней тяжести, пульс 98 уд. в 1 мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот умеренно напряжен и болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Симптомы Ортнера и Мюсси положительны, симптом Щеткина-Блюмберга положителен только в правом подреберье.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Его обоснование?
3. Какие другие заболевания следует исключить?
4. Лечебная тактика?
5. Какие факторы определяют выбор тактики лечения?

#### **Задача 161**

Больная, 68 лет, поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры до 38<sup>0</sup> С. Страдает бронхиальной астмой с явлениями дыхательной недостаточности. Состояние больной тяжелое, число дыханий 30 в минуту, пульс 110 уд. в 1 мин., язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина-Блюмберга, положительны симптомы Ортнера, Мэрфи, Мюсси. Лейкоцитоз -  $18 \cdot 10^9$  /л. На фоне консервативной терапии в течение 12 часов состояние больной не улучшилось, повысилась температура, возрос лейкоцитоз.

Вопросы:

1. По поводу какого заболевания необходимо оперировать больную?
2. Обоснование диагноза?
3. Расскажите о выявленных симптомах и объясните механизм их возникновения?
4. Лечебная тактика?
5. Какие факторы определяют выбор тактики лечения?

#### **Задача 162**

Во время операции по поводу острого флегмонозного холецистита, хирург отметил, что ширина холедоха -15 мм, в нем пальпаторно определяются 2 конкремента. При интраоперационной холангиографии отмечен хороший сброс контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. После удаления желчного пузыря из культи пузырного протока выделилась мутная желчь с хлопьями фибрина.

Вопросы:

1. Как следует расценить имеющиеся изменения в холедохе?
2. Что в связи с этим должен предпринять хирург?
3. Какие факторы определяют выбор метода завершения операции?
4. Операция выбора в данной ситуации?
5. Ведение послеоперационного периода?

#### **Задача 163**

У больной, поступившей в клинику с острым флегмонозным холециститом, в последующие 3 дня появились ознобы, температура повысилась до 38<sup>0</sup> С, стала нарастать желтуха. Боли в животе не усилились, явления перитонита не нарастали. Билирубин крови - 80 мкм/л, лейкоциты крови -  $18 \cdot 10^9$  /л.

Вопросы:

1. О каком осложнении можно думать?
2. Причина нарастания желтухи?
3. Какие исследования следует предпринять для уточнения диагноза?
4. Какова лечебная тактика?

#### **Задача 164**

Больной 52 лет в течение трех последних месяцев отмечает умеренные боли в правой подвздошной области, вздутие живота сильное урчание кишечника, слабость, субфебрильную температуру. В последнее время появились запоры, сменяющиеся жидким стулом с примесью

крови. Три дня назад боли в животе значительно усилились и приняли схваткообразный характер, перестали отходить газы. Состояние средней тяжести, пульс 94 удара в минуту, язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где определяется опухолевидное образование, симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника резонирующая. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости выявлены множественные горизонтальные уровни жидкости со скоплением газа над ними.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз?
2. Причина заболевания?
3. В чем состоит лечебная тактика хирурга?
4. Какова последовательность лечебных мероприятий?

#### **Задача 165**

Во время оперативного вмешательства по поводу хронического калькулезного холецистита, был выявлен расширенный общий желчный проток до 15 мм в диаметре. Пальпаторно холедох конкрементов не содержит, головка поджелудочной железы несколько уплотнена. В анамнезах жизни и болезни отсутствуют указания на ранее перенесенную желтуху.

Вопросы:

1. Нормальная ширина общего желчного протока?
2. Что может явиться причиной расширения холедоха?
3. Какие изменения в биохимическом анализе крови можно ожидать?
4. Какие интраоперационные исследования Вы можете выполнить в данном случае?
5. Как Вы закончите операцию?

#### **Задача 166**

После плановой лапароскопической операции по поводу хронического калькулезного холецистита у больной 42 лет на 2-ые сутки появилось желтушное окрашивание кожных покровов и склер, потемнела моча. Уровень лейкоцитов в крови и диастазы в моче не повышен.

Вопросы:

1. Ваше мнение относительно состояния больной?
2. Развитие какого осложнения Вы можете предположить у данной больной?
3. Какие исследования Вы предполагаете выполнить для подтверждения своего предположения?
4. Какие изменения вы обнаружите в биохимическом анализе крови?
5. Что следует предпринять?

#### **Задача 167**

На приеме Вы обратили внимание на больного 56 лет, предъявляющего жалобы на тупые ноющие боли в правом плечевом суставе, усиливающиеся при нагрузке, движениях конечности. При осмотре выявлена атрофия мышц правой руки, правосторонний энофтальм и птоз.

Вопросы:

1. Ваше мнение о характере заболевания?
2. Какое исследование необходимо произвести для подтверждения диагноза?
3. Что Вы предполагаете увидеть в результатах этого исследования?
4. Чем обусловлен птоз и энофтальм?
5. Ваша лечебная тактика?

#### **Задача 168**

Больной 44 лет жалуется на периодические кровотечения из прямой кишки в конце акта дефекации, которые наблюдаются в течение 7 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы бледноваты. При исследовании брюшной полости патологии не выявлено. При осмотре анальной области и пальцевом исследовании каких-либо образований не

обнаружено. При аноскопии выше гребешковой линии на 3, 7 и 11 часах выявлены геморроидальные узлы, спадающиеся, с гиперемированной и отечной слизистой над ними. Гемоглобин 107 г/л.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Стадия заболевания?
3. Какие дополнительные исследования необходимы?
4. В чем состоит лечебная тактика?

#### **Задача 169**

Больной 42 лет поступил с жалобами на резкие боли в заднем проходе, которые усиливаются при ходьбе и акте дефекации. Боли возникли 3 суток назад. Ранее периодически отмечал небольшие кровотечения алой кровью из прямой кишки. Состояние больного удовлетворительное. Пульс 92 уд. в мин, температура нормальная. Кожные покровы анальной области гиперемированы, по всей окружности анального отверстия выступают крупные, размерами до 3х2 см геморроидальные узлы, багрово-синюшного цвета. Узлы напряжены, плотные на ощупь, резко болезненны.

Вопросы:

1. Каков диагноз заболевания?
2. Стадия заболевания?
3. Нуждается ли больной в дополнительных исследованиях для уточнения диагноза?
4. В чем состоит лечебная тактика?

#### **Задача 170**

Больной 45 лет обратился с жалобами на наличие геморроидальных узлов, зуд в области анального отверстия. В течение 8 лет страдает периодическими кровотечениями из заднего прохода после акта дефекации. В последние годы стал отмечать выпадение геморроидальных узлов при небольшом натуживании, кашле и чихании, практически постоянно испытывает зуд.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. В проведении каких исследований нуждается больной в целях постановки диагноза?
3. Стадия заболевания?
4. Дифференциальный диагноз?
5. В чем состоит лечебная тактика?

#### **Задача 171**

У больного 66 лет, перенесшего два месяца назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта дефекации. Несмотря на проводимую гемостатическую терапию кровотечение продолжается в течение 7 дней. При аноскопии и ректороманоскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых изъязвлен и кровоточит. Гемоглобин крови 76 г/л.

Вопросы:

1. Каков диагноз заболевания?
2. Где располагаются внутренние геморроидальные узлы?
3. В чем состоит лечебная тактика?
4. Аргументируйте избранную тактику лечения?

#### **Задача 172**

У больного 39 лет, страдающего запорами, в течение последнего месяца стали появляться сильные боли после дефекации, кожный зуд в анальной области. При осмотре внешних изменений перианальной области не выявлено. При аноскопии и ректоскопии, произвести которые удалось только после перианальной новокаиновой блокады, на задней стенке анального канала выявлена поверхностная рана 1,0х0,8 см, покрытая пленкой фибрина.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?

2. Какое лечение будете рекомендовать больному?
3. Первоочередные задачи избранного лечения?
4. Подробный план лечения?

### **Задача 173**

Больной 49 лет поступил в клинику с жалобами на боли в области заднего прохода, возникающие во время акта дефекации и продолжающиеся длительное время после его завершения, выделения слизисто-гнойного характера из прямой кишки, периодически появляющуюся примесь крови в кале, чувство неполного опорожнения кишечника после дефекации. Указанные жалобы беспокоят в течение последних 4 месяцев.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Какими исследованиями можно уточнить диагноз?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Какое лечение показано больному?
5. Какой тип операции возможно предстоит больному?

### **Задача 174**

У больной 50 лет, предъявляющей жалобы на задержки стула, сменяющиеся поносами, примесь крови в кале, при ректороманоскопии выявлена циркулярная опухоль прямой кишки на расстоянии 12 см от анального отверстия, суживающая ее просвет. При гистологическом исследовании биопсийного материала обнаружена аденокарцинома.

Вопросы:

1. Какими дополнительными исследованиями можно установить операбельность опухоли и стадию заболевания?
2. Какая операция возможно предстоит больной?
3. Обязательное условие радикальности планируемой операции?
4. Принципы предоперационной подготовки?
5. Показания к проведению послеоперационной химиолучевой терапии?

### **Задача 175**

У больной 45 лет, много лет страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, за неделю до поступления в клинику появились боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен в верхней трети левой голени, повышение температуры. Лечилась амбулаторно. Были назначены постельный режим, антибиотики, местно – повязка с мазью Вишневского. В связи с неэффективностью амбулаторного лечения госпитализирована. Общее состояние больной удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней ее поверхности по ходу варикозно-расширенных поверхностных вен определяется гиперемия, пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. Пальпация сосудистого пучка выше этой зоны болезненна. При исследовании с меченым фибриногеном обнаружено накопление радиоиндикатора на всем протяжении большой подкожной вены вплоть до паховой складки.

Вопросы:

1. Какое осложнение варикозной болезни вен нижних конечностей развилось у больной?
2. Как Вы оцениваете лечение, проведенное больной амбулаторно?
3. О чем свидетельствуют результаты радиоиндикации с меченым фибриногеном?
4. Как следует лечить больную?

### **Задача 176**

У больной 47 лет на 6-й день после резекции желудка по поводу опухоли появились боли в правой голени. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Пульс 88 ударов в минуту. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий и болезненный по ходу операционной раны. Левая нижняя конечность не изменена. Кожные покровы правой нижней конечности - обычной окраски, отмечается незначительный отек стопы и околосредостопной области. Движения в суставах конечности сохранены, чувствительность не нарушена.

Артериальная пульсация на всем протяжении конечности отчетлива. При тыльном сгибании стопы отмечается появление резких болей в икроножных мышцах.

Вопросы:

1. Какое послеоперационное осложнение можно заподозрить?
2. С помощью каких специальных методов исследования можно уточнить диагноз?
3. Какова должна быть лечебная тактика?
4. С помощью каких мер можно было попытаться предотвратить развитие данного послеоперационного осложнения?

#### **Задача 177**

У больного 50 лет на 7-й день после резекции сигмовидной кишки по поводу опухоли во время подъема с постели внезапно появились боли за грудиной, одышка, сердцебиение. С помощью перфузионного сканирования легких установлен диагноз эмболии мелких ветвей легочной артерии. Состояние больного средней тяжести. При осмотре признаков тромбоза вен нижних конечностей нет. При флебографии в правой бедренной вене на протяжении 5 см обнаружен пристеночный дефект контрастирования. Бедренная вена проходима.

Вопросы:

1. Каков источник легочной эмболии?
2. Почему у больного отсутствуют клинические признаки венозного тромбоза?
3. Характер и степень тяжести эмболии?
4. Какое лечение показано больному?
5. Меры профилактики эмболии легочной артерии?

#### **Задача 178**

У больную 68 лет, перенесшего месяц назад обширный трансмуральный инфаркт миокарда, за 3 дня до поступления к хирургическую клинику появились боли в левой нижней конечности. При осмотре состояние больного тяжелое. Одышка в покое, пульс 96 ударов в 1 минуту, мерцательная аритмия; печень выступает из-под реберного края на 5 см. Правая нижняя конечность пастозна. Отмечается значительный отек левой нижней конечности вплоть до паховой складки. Кожные покровы конечности цианотичны. На бедре усилен венозный рисунок. Пальпация левой паховой области и зоны проекции сосудистого пучка на бедре болезненна. Положительный симптом Хоманса. При ретроградной илиокавографии получено изображение нижней полой вены и правой подвздошной вены. Левая подвздошная вена не контрастирована. В инфраренальном отделе нижней полой вены имеется центрально расположенный дефект контрастирования, связанный с устьем левой общей подвздошной вены.

Вопросы:

1. Какое заболевание развилось у больного?
2. Что такое симптом Хоманса?
3. На что указывают данные флебографии?
4. Почему необходимо оперировать больного?
5. Какое оперативное вмешательство должно быть выполнено?

#### **Задача 179**

У больного 65 лет на 8-е сутки после простатэктомии появилась одышка, боли за грудиной, кровохарканье. При рентгенологическом исследовании грудной клетки патологических изменений найдено не было, на ЭКГ зарегистрирована острая блокада правой ножки пучка Гисса. Состояние больного средней тяжести. В легких дыхание проводится во всех отделах, хрипов нет. Пульс 100 ударов в минуту, АД 115/75 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены, определяется акцент II тона на легочной артерии. Живот при пальпации во всех отделах мягкий, болезненный. Печень не увеличена. Нижние конечности не изменены. При перфузионном сканировании легких обнаружено значительное снижение перфузии в верхней доле левого легкого и умеренное снижение перфузии в нижней доле правого легкого.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у больного в послеоперационном периоде?
2. Какова наиболее вероятная причина этого осложнения?
3. Следует ли в данном случае предпринять какие-либо дополнительные ди-



агностические

исследования

4. Как лечить больного?

5. С помощью каких мер можно было попытаться предотвратить развитие данного послеоперационного осложнения?

### **Задача 180**

У больной 32 лет на 9-е сутки после кесарева сечения появилось удушье, боли за грудиной, потеря сознания. Через 5 минут зарегистрирована остановка сердца. Реанимационные мероприятия были эффективны, сердечная деятельность и сознание восстановлены. Состояние больной крайне тяжелое. Определяется цианоз лица и верхней половины туловища. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Пульс 120 ударов в 1 минуту, АД 80/50 мм рт. ст. Определяется умеренный отек всей правой нижней конечности, усиление сосудистого рисунка в паховой области, болезненность при пальпации зоны проекции сосудистого пучка на бедре. При ангиопульмонографии контрастирования левой легочной артерии не получено. В устье правой легочной артерии обнаружен пристеночный дефект контрастирования.

Вопросы:

1. Развитие какого заболевания осложнило течение послеоперационного периода?

2. Что явилось его причиной?

3. Какое хирургическое вмешательство должно быть предпринято в данном случае?

4. С помощью каких мер можно было попытаться предотвратить развитие данного послеоперационного осложнения?

### **Задача 181**

Больной 26 лет поступил с жалобами на отек, боли и чувство тяжести в правой руке. Заболел 3 дня назад после значительной физической нагрузки. При осмотре обращает на себя внимание хорошее развитие мышц плечевого пояса. Определяется отек всей правой верхней конечности. Разность периметров на плече - 4 см, на предплечье - 2 см. Кисть и предплечье синюшной окраски. Цианоз значительно усиливается при опускании руки. На плече и в подключичной области выражен венозный рисунок. Поверхностные вены предплечья напряжены. Артериальная пульсация на всем протяжении конечности отчетливая. Венозное давление на левой руке 130 мм вод. столба, на правой - 400 мм вод. ст.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?

2. С помощью какого специального метода исследования можно уточнить диагноз?

3. Способствующие причины заболевания?

4. Какие оперативные или консервативные методы лечения следует применить у данного больного?

### **Задача 182**

На поликлинический прием к хирургу обратилась больная 27 лет, у которой около года назад появились умеренно расширенные поверхностные вены на левой голени в стороне от основных магистралей. Пробы Троянова-Тределенбурга и Пратта отрицательные.

Вопросы:

1. О чем свидетельствует отрицательный результат проведенных функциональных проб?

2. Какая стадия варикозной болезни имеется у больной?

3. Какое лечение ей можно предложить?

### **Задача 183**

Больной Н., 37 лет, поступил в клинику с жалобами на отек левой нижней конечности, наличие трофической язвы левой голени. Из анамнеза известно, что 3 года назад после аппендэктомии развился отек и цианоз левой нижней конечности, боли в паховой области. Проводилось лечение антикоагулянтами. Постепенно отек уменьшился, однако появились варикозно расширенные поверхностные вены в левой паховой области и нижней части

живота. Год назад на медиальной поверхности голени открылась трофическая язва. Несмотря на проводимое консервативное лечение язва постепенно рецидивирует. При УЗДГ глубокие вены правой нижней конечности реканализованы, определяется сброс крови из глубоких в поверхностные вены на уровне голени и стопы.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать?
2. Причина его развития?
3. Оцените результаты УЗДГ ?
4. Какая операция может предупредить рецидив трофической язвы?

#### **Задача 184**

У больной 34 лет, страдающей ревматическим митральным пороком сердца, мерцательной аритмией, за сутки до поступления в клинику внезапно появились резкие боли в правой руке, чувство онемения, похолодания в предплечье, кисти. Через 3 часа боли стихли, исчезло чувство онемения, похолодания в покое, но при нагрузке на конечность они вновь появлялись. При осмотре кожные покровы правой верхней конечности обычной окраски, но при сжимании и разжимании пальцев кисти в течение 1 минуты отмечается ее побледнение, похолодание, появляются боли в пальцах. Активные движения в суставах в полном объеме, расстройства чувствительности нет. Пульсация плечевой артерии обрывается в средней трети плеча, на лучевой и локтевой артериях не определяется.

Вопросы:

1. Какое заболевание развилось у больной?
2. Какова его причина?
3. Какое лечение показано больной, по поводу этого заболевания?
4. Какое лечение следует рекомендовать больной для профилактики повторных подобных заболеваний?

#### **Задача 185**

Больной 50 лет, год назад перенесший инфаркт миокарда, поступил с жалобами на резкие боли в левой ноге; появившиеся внезапно за сутки до поступления. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени до верхней трети бледные, с "мраморным рисунком", холодные на ощупь. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев, голеностопном отсутствуют, пассивные - сохранены. Пульсация определяется на бедренной артерии под паховой складкой, на подколенной и артериях стопы - отсутствует.

Вопросы:

1. Какой развернутый диагноз заболевания?
2. Какие исследования следует предпринять для уточнения диагноза?
3. Какая степень ишемии мягких тканей конечности имеется у больного?
4. Факторы, определяющие степень выраженности ишемии?
5. Как лечить больного?

#### **Задача 186**

У больной 71 года, страдающей ишемической болезнью сердца, мерцательной аритмией, за 8 час. до поступления внезапно появились резкие боли в обеих конечностях. Общее состояние тяжелое. Число дыханий 42 в минуту. В легких большое количество влажных хрипов. Число сердечных сокращений 144 в минуту, дефицит пульса 32 в минуту, АД - 240/120 мм рт. ст. Кожные покровы обеих нижних конечностей, передней брюшной стенки, ягодиц бледные, "мраморного рисунка", холодные на ощупь. Отеков конечностей нет. Активные движения в суставах отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей.

Вопросы:

1. Какой диагноз вы поставите?
2. Какие исследования следует предпринять для уточнения диагноза?
3. Какая степень ишемии мягких тканей конечностей имеется у больной?
4. Как будете лечить больную?

### **Задача 187**

В кардиореаниматологическом отделении больной 48 лет находится вторые сутки по поводу обширного трансмурального инфаркта миокарда, кардиогенного шока. К моменту осмотра боли стихли, но беспокоит чувство онемения, похолодания в стопе, голени. Общее состояние больного тяжелое. Число дыханий 44 в минуту. В легких большое количество влажных хрипов. Тоны сердца глухие, аритмичные. Число сердечных сокращений 102 в минуту, дефицит пульса 16 в мин. АД - 90/60 мм рт. ст. Кожные покровы левой стопы бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах в полном объеме. Пульсация бедренной, подколенной артерий четкая, на передней и задней берцовых отсутствует.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое лечение показано больному?

### **Задача 188**

У больной 69 лет за 2 суток до поступления в клинику внезапно появились резкие боли в правой нижней конечности. При обследовании диагностирована эмболия левой подвздошной артерии, ишемия III Б.

Вопросы:

1. Нужно ли проводить дополнительные исследования для уточнения диагноза?
2. Какие проявления имеет ишемия III Б степени?
3. Какие факторы определяют степень выраженности ишемии?
4. Как лечить больную?

### **Задача 189**

Больной 58 лет поступил в клинику "через 7 часов с момента появления резких болей в обеих нижних конечностях. Страдает ишемической болезнью сердца, мерцательной аритмией. Общее состояние больного средней тяжести. Обе нижние конечности бледные, "мраморного рисунка" холодные на ощупь. Активные движения в суставах пальцев, голеностопных и коленных отсутствуют, пассивные – сохранены. При ангиографии получено изображение брюшной аорты. Контуры ее ровные. Подвздошные и бедренные артерии не контрастируются. Коллатеральная сеть слабо выражена.

Вопросы:

1. Какой диагноз вы поставите?
2. Какие исследования следует предпринять для уточнения диагноза?
3. Какая степень ишемии мягких тканей конечностей имеется у больной?
4. Какова лечебная тактика?

### **Задача 190**

В клинику поступила больная 62 лет с жалобой на боль в левой нижней конечности, которая появилась внезапно 12 час. назад. Состояние больной удовлетворительное. Пульс 100 ударов в минуту, дефицит пульса 18 в минуту. Левая нижняя конечность бледная, прохладная на ощупь. Активные движения в суставах ноги в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении конечности. При ангиографии контрастированы брюшная аорта, правые подвздошные артерии. Изображения левой общей, наружной и внутренней подвздошных артерий не получено. Коллатеральная сеть выражена слабо.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Как можно расценить результаты ангиографии?
3. Какова лечебная тактика?

### **Задача 191**

Оперирован больной по поводу эмболии правой подвздошной артерии с ишемией III Б степени. Хирургу удалось полностью восстановить проходимость магистральных артерий с появлением пульса на артериях стопы. Вскоре после операции общее состояние больного резко ухудшилось, появилась резкая одышка, тахикардия, олигурия (за 6 часов выделил 30 мл мочи темно-вишневого цвета). Две недели назад у больного развился острый инфаркт миокарда. Общее состояние больного тяжелое. Число дыханий 46 в минуту, число сердечных

сокращений 128 в минуту, дефицит пульса 16 в минуту, АД - 150/90 мм рт. ст. Правая нижняя конечность резко отечна, активные движения в суставах пальцев и голеностопном ограничены, пальпация бедра и голени резко болезненна. Пульсация артерий отчетлива на всем протяжении.

Вопросы:

1. Чем обусловлено резкое ухудшение общего состояния больного?
2. Как объяснить развитие сердечно-сосудистой, дыхательной и почечной недостаточности?
3. Чем обусловлен резкий отек правой нижней конечности?
4. Что следует предпринять?

#### **Задача 192**

У больной 65 лет, 10 час. назад внезапно появились резкие боли в левой нижней конечности, боли в животе, позывы на дефекацию, тошнота. Общее состояние тяжелое, число дыханий - 26 в минуту, пульс 132 удара в минуту, дефицит пульса 20 в минуту, АД - 180/100 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Перистальтика кишечника не выслушивается. Симптомов раздражения брюшины нет. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в суставах ноги в полном объеме. Пульсация бедренной артерии определяется на уровне паховой складки, на подколенной и артериях стопы - отсутствует.

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз заболевания?
2. Какие исследования следует произвести для уточнения диагноза?
3. В каком объеме операции нуждается больная?

#### **Задача 193**

У больной 26 лет диагностирована эмболия правой плечевой артерии, ишемия I Б степени. Анамнестических и клинических признаков заболевания сердца не выявлено.

Вопросы:

1. Что могло послужить причиной артериальной эмболии?
2. Какие исследования нужно произвести для выявления эмбологенного заболевания?
3. Какие проявления имеет ишемия I Б степени?
4. Какова тактика лечения больной?

#### **Задача 194**

Больной, 55 лет, жалуется на снижение половой потенции и боли, появившиеся при ходьбе в мышцах бедра и ягодицах. Болен в течение 6 лет. Состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы ног бледные, прохладные наощупь. Активные движения в суставах в полном объеме. Незначительное снижение чувствительности на стопах. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей.

Вопросы:

1. Заболевание, которым обусловлена указанная клиническая картина?
2. Какие методы позволят уточнить диагноз и решить вопрос о возможности реконструктивной операции у данного больного?
3. Какое лечение предпочтительнее в данном случае?

#### **Задача 195**

Больной 24 лет последние 5 лет отмечает боли в левой стопе и голени при ходьбе, может пройти без остановки лишь 50-60 м. Кожные покровы левой стопы и голени до средней трети бледные, на ощупь холоднее симметричных участков правой нижней конечности. Активные движения в суставах в полном объеме, гипостезия на стопе. Пульсация бедренной артерии на уровне паховой складки отчетливая, на подколенной и артериях стопы - не определяется.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования следует произвести для уточнения диагноза?
3. Какое лечение показано больному?

### Задача 196

У больного 49 лет в течение 6 лет отмечается высокая перемежающаяся хромота, боли в мезогастррии, усиливающиеся после еды, высокие цифры артериального давления. По поводу болей в животе обследован в стационаре, но проведенные исследования (рентгенография желудка, УЗИ, гастродуоденоскопия и лапароскопия) патологии не выявили. Гипотензивная терапия эффекта не дала. Артериальное давление держалось на цифрах 260/160 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перистальтика отчетливая. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении нижних конечностей.

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз заболевания?
2. Чем, вероятнее всего, обусловлены боли в животе, гипертония?
3. Необходимы ли какие-либо дополнительные исследования?
4. Каков оптимальный метод лечения?

### Задача 197

Больного 54 лет в течение 5 лет беспокоят боли в левой стопе и голени при ходьбе, в последнее время может пройти без остановки 40-50 м. Общее состояние больного удовлетворительное. Пульс 72 удара в минуту, ритмичный, АД - 150/90 мм рт. ст. Кожные покровы левой стопы и голени бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме, пульсация артерий не определяется на всем протяжении конечности. Пульсация правой бедренной, подколенной артерий и артерий стопы ослаблена. При ангиографии получено изображение брюшной аорты и правых подвздошных и бедренных артерий. Левые подвздошные артерии не контрастируются. Левая бедренная артерия заполняется через выраженные коллатерали.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Как можно расценить результаты ангиографии?
3. Лечебная тактика?

### Задача 198

У больного 18 лет, 2 часа назад внезапно появились "кинжальные" боли в эпигастрии, а затем боли по всему животу. Ранее беспокоила изжога, боли натощак, ночью. Состояние больного средней тяжести. Живот втянут, в дыхании не участвует. При пальпации отмечается резкая болезненность по всему животу, разлитое напряжение мышц передней брюшной стенки, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость сглажена. Температура тела 36,6 градусов.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования надо провести?
3. Ваша тактика лечения?
4. Объем хирургической операции?
5. Лечение в послеоперационном периоде?

### Задача 199

У больного 26 лет 4 часа назад появилась резкая слабость, головокружение, рвота алой кровью. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыт холодным потом, пульс 110 ударов в минуту слабого наполнения. АД-90/60 мм.рт.ст. При гастроскопии выявлена кровь в просвете желудка, на задней стенке двенадцатиперстной кишки имеется язва с крупным кровоточащим сосудом. Гемоглобин 70 г/л.

Вопросы:

1. Оцените характер кровотечения по классификации Forrest?
2. Оцените степень тяжести кровопотери?
3. Что такое шоковый индекс Алговера?
4. Что Вы можете сделать для остановки кровотечения?

## 5. Ваша тактика лечения?

### Задача 200

У больного 43 лет, страдающего язвой 12 п.к., внезапно появились "кинжальные" боли в животе, которые затем стихли. Осмотрен через 8 часов с момента заболевания. Состояние больного удовлетворительное, пульс - 80 ударов в минуту. АД-120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается умеренная болезненность в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сглажена. Температура 37,3 градуса, лейкоцитоз –  $10 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С помощью каких исследований можно подтвердить диагноз?
3. Какова лечебная тактика?

### Задача 201

У больного 35 лет, через 5 часов после ущемления правосторонней паховой грыжи произошло самопроизвольное ее вправление. После 4-часового наблюдения в стационаре больной оперирован. Произведено грыжесечение, пластика пахового канала. При этом детального осмотра кишечника не производилось, что и невозможно сделать при обычной операции грыжесечения. На следующий день у больного развилась клиника перитонита.

Вопросы:

1. Какова причина перитонита?
2. Какая тактическая ошибка допущена хирургом?
3. Признаки нежизнеспособности кишки?
4. Объем резекции кишки при ущемлении?
5. Ваш план лечения?

### Задача 202

У больного 45 лет в течение последнего года стало появляться выпячивание ниже паховой складки справа и дизурия. За 5 часов до поступления в клинику выпячивание увеличилось в размерах, стало резко болезненным. При осмотре в правой паховой области имеется выпячивание размерами 6х6 см., резко болезненное, не вправляющееся в брюшную полость, симптом "кашлевого толчка" отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Тактика лечения?
4. С чем может быть связана дизурия?

### Задача 203

У больного 71 года при поступлении в отделение в правой паховой области отмечается образование выше паховой связки размером 6х5 см, мягко эластической консистенции, безболезненное при пальпации, не опускающееся в мошонку. Элементы семенного канатика не утолщены, пульсация нижней эпигастральной артерии снаружи от образования. Симптом "кашлевого толчка" положительный, образование легко вправляется в брюшную полость. При ректальном исследовании предстательная железа увеличена в размерах, количество остаточной мочи - 220 мл.

Вопросы:

1. Какого вида грыжа имеется у больного?
2. Обоснование диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Какова лечебная тактика?

### Задача 204

У больного 16 лет во время операции по поводу паховой грыжи обнаружено: грыжевой мешок разме-ром 8 см., по вскрытии его содержимым является прядь сальника и яичко.

Вопросы:

1. С каким видом грыжи встретился хирург?
2. Причина её возникновения?
3. Какой объем оперативного вмешательства должен быть выполнен у данного больного?

### Задача 205

Больная 43 лет была оперирована по поводу ущемленной правосторонней бедренной грыжи. Во время операции хирург с целью ликвидации ущемляющего кольца рассек рубцово-измененные ткани снаружи от грыжевого мешка, что привело к обильному кровотечению, которое удалось остановить, ушив дефект в стенке сосуда. Операция была закончена грыжесечением и пластикой бедренного канала по Бассини. В послеоперационном периоде у больной отмечался отек всей правой нижней конечности, который полностью исчез через 10 дней на фоне проводимого лечения.

Вопросы:

1. Какой сосуд был ранен и почему?
2. С чем связано появление отека правой нижней конечности в послеоперационном периоде?
3. Опишите способ грыжесечения по Бассини

### Задача 206

Больному 36 лет через 12 часов после ущемления кривой паховой грыжи сделана операция. В грыжевом мешке оказались две жизнеспособные петли тонкой кишки. Операция закончена грыжесечением и пластикой пахового канала. На следующий день у больного развилась клиника перитонита.

Вопросы:

1. С каким видом ущемления столкнулся хирург?
2. Какая ошибка допущена им во время операции?
4. Признаки нежизнеспособности кишки и объем её резекции при ущемлении?
5. Какова лечебная тактика?

### Задача 207

Больной 68 лет обратился к врачу с жалобами на чувство неудобства и болевые ощущения в правой паховой области, выпячивание в вышеуказанной области, возникающее в вертикальном положении тела и исчезающее в горизонтальном, учащенное мочеиспускание с ложными позывами. Никтурия до 6 раз. При осмотре в паховой области справа, выше пупартовой связки выявляется выпячивание округлой формы размером 3 x 2 x 2 см, мягко-эластической консистенции, вправимое в брюшную полость. Симптом « кашлевого толчка» положительный, направление его прямое.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какой целью следует выполнить УЗИ предстательной железы, мочевого пузыря, анализ крови на ПСА
3. О чем свидетельствует симптом « кашлевого толчка»?
4. Какова лечебная тактика?

### Задача 208

Больной 46 лет обратился с жалобами на тянущие болевые ощущения в левой паховой области, выпячивание в вышеуказанной области, возникающее в вертикальном положении тела и исчезающее в горизонтальном. При осмотре в левой паховой области, выше паховой связки выявлено выпячивание овальной формы размером 5 x 3 x 3 см, увеличивающаяся в положении стоя и при натуживании, вправимое в брюшную полость при принятии горизонтального положения. При пальпации левого пахового канала диаметр наружного его

отверстия 5 см, симптом «кашлевого толчка» положительный, направление его - в кончик пальца, симптом «блока» положительный, пульсация нижней надчревной артерии определяется медиальнее пальца хирурга.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какую операцию предложите пациенту?
3. Опишите пластику по Лихтенштейну.

#### **Задача 209**

Утром у больного 50-ти лет внезапно появились сильные боли в правой паховой области, В анамнезе у больного в течение 10-ти лет имеется паховая грыжа. От предлагаемой операции неоднократно отказывался, постепенно грыжевое выпячивание увеличивалось в размерах, перестало вправляться в брюшную полость. В настоящее время грыжевое выпячивание увеличилось в размерах, стало напряженным и болезненным при пальпации. При осмотре в приемном отделении больницы вечером того же дня: состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледные, тахипноэ до 24 в 1 минуту, тахикардия 120 уд с 1 минуту, АД 110 и 70 мм.рт.ст. В правой паховой области, выше пупартовой связки выявляется выпячивание округлой формы размером 3 х 2 х 2 см, овальной формы, плотной консистенции, не вправимое в брюшную полость, болезненное. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Кожные покровы не изменены. Во время оформления медицинской документации у больного исчезли боли, он отметил, что выпячивание внезапно вправилось в брюшную полость.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какое осложнение заболевания имело место у этого больного?
3. Тактика врача приемного отделения больницы?
4. В каком случае необходимо оперировать этого больного?
5. Особенности хирургического вмешательства при ущемленной грыже?

#### **Задача 210**

Больному 76 лет по поводу желчно-каменной болезни, хронического калькулезного холецистита, холедохолитиаза выполнена холецистэктомия, холедохотомия, дренирование холедоха по Керу.

Вопросы

1. Какую клиническую картину Вы можете предположить у больного перед операцией?
2. Какие методы исследования были проведены у больного для постановки диагноза?
3. В чем заключается дренирование общего желчного протока по Керу?
4. Как долго может оставаться дренаж в желчном протоке?
5. Какие исследования следует произвести перед удалением дренажа?

#### **Задача 211**

Больной 48 лет, поступил в стационар с жалобами на постоянные ноющие боли в эпигастральной области, похудание, слабость, периодическое возникновение рвоты, отсутствие аппетита. На протяжении 10 лет страдает язвенной болезнью желудка. Периодически лечился амбулаторно, госпитализировался в гастроэнтерологические отделения городских больниц. В последние полгода отмечает резкое ухудшение состояния. За медицинской помощью обратился только сейчас. Анализ крови: эритроциты  $-3,7 \times 10^{12}$ , Hb-96 г/л, лейкоциты - 6700 в мкл. Общий белок плазмы- 88 г/л.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно предположить у больного?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Составьте план обследования больного
4. План лечения?
5. Объем предполагаемого оперативного вмешательства в зависимости от локализации и распространенности процесса в желудке?



### Задача 212

В клинику доставлен больной 44 лет, в тяжелом состоянии с периодическими приступами клонических судорог, много лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. В последние 2 месяца ежедневно беспокоят рвоты кислым содержимым. За это время похудел на 12 кг. Больной истощен. В эпигастральной области определяется “шум плеска”, нижняя граница желудка на уровне гребешковой линии. Эритроциты-  $6,8 \times 10^{12}$ , Hb - 174 г/л, лейкоцитарная формула не изменена. СОЭ- 12 мм/час. Общий белок - 44 г/л, ионограмма: К- 2,1 ммоль/л, Са-1,6 ммоль/л, Na- 118 ммоль/л, Cl- 82 ммоль/л.

Вопросы:

1. Какое осложнение язвенной болезни наступило у больного? Стадия заболевания?
2. Что является причиной появления клонических судорог?
3. Какие лечебные мероприятия следует немедленно провести больному?
4. Как готовить больного к операции?
5. Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить больному?

### Задача 213

Во время операции по поводу правосторонней косой пахово-мошоночной грыжи при вскрытии грыжевого мешка в последнем оказалась петля тонкой кишки, которая вправлена в брюшную полость. При ревизии грыжевого мешка оказалось, что одна из его стенок утолщена и представлена стенкой слепой кишки с червеобразным отростком, который находится в грыжевом мешке.

Вопросы:

1. Уточните диагноз с учетом анатомических особенностей, выявленных в ходе операции?
2. Какая дальнейшая последовательность операции?
3. Произведете ли Вы аппендэктомию?
4. Как называется подобная грыжа?
5. Какой способ герниопластики Вы предпочтете у больного?

### Задача 214

Больной обратился в поликлинику с жалобами на постепенно увеличивающееся невправимое опухолевидное образование в правой паховой области. При объективном обследовании опухолевидное образование 12×7 см, занимает правую половину мошонки. Ввести палец в наружное кольцо пахового канала не удается из-за тесной связи образования с корнем мошонки. При перемене положения тела образование своей величины и формы не меняет. При пальпации оно безболезненное, плотноэластической консистенции, с дольчатой поверхностью. Кишечные шумы над образованием не выслушиваются.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования Вы проведете для его подтверждения?
3. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Лечебная тактика?
5. Какой объем оперативного вмешательства Вы предполагаете?

### Задача 215

Больной 43 лет, болен около 2 часов - внезапно появились сильные боли в эпигастральной области, терял сознание от боли. Раньше ничем не болел. Работает грузчиком. Боли появились после подъема тяжести. При осмотре положение вынужденное - лежит на правом боку с приведенными к животу коленями. Лечь на спину для осмотра отказывается из-за усиления болей в животе. При осмотре в таком положении обнаружено резкое напряжение мышц передней брюшной стенки и болезненность во всех отделах. Пульс – 62 уд. в 1 мин., АД - 150/90 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие методы исследования следует предпринять для диагностики?
4. Объем предполагаемого оперативного вмешательства?

5. Каковы принципы послеоперационного ведения больного?

**Задача 216**

У больной 23 лет через месяц после рождения ребенка появились нерезкие боли в правой молочной железе. Через несколько дней боли приобрели стреляющий и дергающий характер, температура тела поднялась до 39 градусов, появились ознобы. При осмотре правая молочная железа напряжена, отечна, гиперемирована. На границе верхних квадрантов определяется твердый инфильтрат размером 10x15 см с размягчением и флюктуацией в центре. Лейкоцитоз - 13 тыс в 1 мкл со сдвигом формулы влево. СОЭ -26 мм в час.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина развития данного состояния?
3. Какое лечение Вы назначите больной?
4. Что является показанием к операции и какой объем вмешательства планируется?
5. Возможно ли кормление ребенка грудью? Если да, то когда?

**Задача 217**

У больного 57 лет, температура тела внезапно повысилась до 39° С появились потрясающие ознобы, одышка, акроцианоз, резкие колющие боли в левой половине грудной клетки, сухой отрывистый кашель. На третьи сутки кашель резко усилился, через некоторое время в левом боку появилась острая боль, усилилась одышка. В стационар больной был доставлен скорой помощью в крайне тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, покрыты липким холодным потом. Пульс 120 ударов в минуту, нитевидный. Артериальное давление 70/50 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, одышка до 40 в минуту. Рентгенологически определяется коллапс левого легкого, а в плевральной полости – жидкость и газ.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какова предполагаемая аускультативная картина у пациента?
3. Какие срочные лечебные мероприятия надо проводить, чтобы вывести больного из тяжелейшего состояния?
4. В каких точках вы будете проводить дренирование плевральной полости?
5. Какие виды дренажей используются для лечения этого осложнения?

**Задача 218**

У больной, 57 лет страдающей варикозным расширением вен левой нижней конечности появились боли, покраснение и уплотнение по ходу вен на голени и бедре, которое поднимается вверх. При осмотре- отмечается гиперемия, резкие болезненность и уплотнение по ходу варикозно расширенной большой подкожной вены, начиная с с/з до в/з бедра. Другие участки мягкие безболезненные. Отеков нет. PS-88 уд.мин. АД-130/80 мм.рт.ст.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причины данного осложнения?
3. Чем опасна данная ситуация?
4. Какие профилактические мероприятия нужно проводить чтобы избежать это осложнение.
5. Лечебная тактика?

**Задача 219**

Больной 37 лет поступил в клинику с жалобами на боли при акте дефекации, зуд в области заднего прохода и ощущение постороннего образования в области ануса, которое усиливалось после обильного приема алкоголя. При осмотре в области заднего прохода выявлено синюшно-багрового цвета округлое образование размером 2x3 см, резко болезненное и плотное на ощупь

Вопрос:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Дополнительные методы исследования?

#### 4. . Лечебная тактика?

##### **Задача 220**

Больной 62 лет четыре месяца назад стал замечать нарастающие запоры, которые продолжались по несколько дней и затем разрешались поносами. Одновременно появилось чувство неполного испражнения. В кале стал отмечать капельки крови, появляющиеся в начале дефекации. Месяц назад к симптомам присоединились приходящие боли в области крестца. За время болезни потерял в весе около 6 кг. Исследование крови установило: НЬ — 65 г/л, СОЭ — 26 мм в час

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагно
3. Какими исследованиями Вы подтвердите диагноз?
4. Лечебная тактика?

##### **Задача 221**

У больной 47 лет при пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 7 см от ануса на задней стенке ампулы было выявлено плотное образование размером около 6 см в диаметре с плотными валикообразными краями и изъязвлением в центре. На пальце следы крови и кровянисто-гнойных выделений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какими специальными методами исследования Вы подтвердите диагноз?
4. Расскажите о правилах пальцевого исследования прямой кишки
5. Лечебная тактика?

##### **Задача 233**

У больной 25 лет вечером появились внезапные слабовыраженные ноющие боли постоянного характера в эпигастральной области. Через 2 часа почувствовала тошноту, была однократная рвота. Боли к утру стали режущими и переместились в правую подвздошную область. К этому времени температура тела повысилась до 37,6°, пульс достиг 90 ударов в 1 минуту. Больная была госпитализирована в хирургический стационар. При осмотре определяется локальная болезненность и напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие характерные симптомы следует определить у больной?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Клинические формы и осложнения данного заболевания?
5. Лечение?

##### **Задача 234**

Больной 40 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на отрыжку, тошноту, иногда рвоту съеденной пищей, снижение аппетита и небольшое похудание. В течение последних трех лет страдает гипоацидным гастритом, по поводу которого систематически лечился у терапевта. Три месяца назад отметил снижение аппетита, стал худеть. Появилась отрыжка воздухом, чувство полноты в подложечной области и один-два раза в неделю обильная рвота съеденной пищей, после которой чувствовал облегчение. При пальпации слева от пупка определяется плотное, малоподвижное, слегка болезненное образование размером 6x4 см.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Как можно интерпретировать наличие данного образования в области пупка?
3. Как можно подтвердить диагноз?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Лечение?

### Задача 235

Больная 47 лет обратилась к врачу с жалобами на ощущение тяжести, полноты в ногах, быструю их утомляемость при длительном стоянии или ходьбе. Эти явления довольно быстро проходят после того, как больная принимает горизонтальное положение. Болеет в течение 12 лет. При обследовании выявлено резкое расширение поверхностных вен левой голени и бедра с выраженной пигментацией и трофическими нарушениями кожных покровов в дистальных отделах конечности. Там же отмечается пастозность и небольшой отек.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие функциональные пробы следует выполнить больной?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Стадии и осложнения данного заболевания?
5. Лечение?

### Задача 236

Больной 40 лет среди полного здоровья внезапно почувствовал резчайшую боль в эпигастральной области, которая быстро распространилась по всему животу. Рвоты не было. Через 6 часов доставлен в хирургическое отделение. Больной бледен, акроцианоз, холодный пот. Положение его на правом боку с приведенными к животу ногами. Живот доскообразный, в акте дыхания не участвует, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Пульс медленный — 60 ударов в 1 минуту.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие физикальные и специальные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Стадии течения заболевания?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Хирургическая тактика?

### Задача 237

Больной 47 лет обратился к врачу с жалобами на надсадный мучительный кашель с выделением скудной слизисто-гнойной мокроты с прожилками крови, одышку и боли в груди справа. Заболел три месяца назад, когда у него после переохлаждения повысилась температура тела до 39°, появился кашель и боль в груди. Рентгенологически было выявлено небольшое затемнение в нижней доле правого легкого. Лечился амбулаторно антибиотиками по поводу пневмонии. Самочувствие больного не улучшалось, хотя температура тела больного почти нормализовалась. За это время потерял в весе 5 кг, появилась одышка, слабость и утомляемость. Рентгенологически определяется ателектаз нижней доли правого легкого.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какими специальными исследованиями Вы уточните диагноз?
3. Классификация заболевания?
4. Клинические проявления?
5. Лечебная тактика?

### Задача 238

У больной, 34 лет, страдающей ревматическим митральным пороком сердца, мерцательной аритмией, за сутки до поступления в клинику внезапно появились резкие боли в правой верхней конечности, чувство онемения, похолодания в предплечьи, кисти. Через 3 ч боли стихли, исчезло чувство онемения, похолодания в покое, но при нагрузке на конечность они вновь появлялись. При осмотре кожные покровы правой верхней конечности обычной окраски, но при сжимании и разжимании пальцев кисти в течение 1 мин отмечается её побледнение, похолодание, появляются боли в пальцах. Активные движения в суставах в полном объеме, расстройств чувствительности нет. Пульсация плечевой артерии обрывается в нижней трети плеча, на лучевой и локтевой артериях — не определяется.

Вопросы:

1. Какое заболевание развилось у больной и какова его причина?
2. Какими исследованиями Вы подтвердите диагноз?
3. Какое лечение показано больной по поводу заболевания правой руки?
4. Принципиальные особенности избранного метода лечения?
5. Какое лечение следует рекомендовать больной для профилактики повторных подобных заболеваний?

#### **Задача 239**

У больной 48 лет вскоре после обильного приема жирной пищи появились приступообразные, резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо и лопатку. Была многократная рвота. Через 5 часов от начала заболевания была доставлена в хирургическое отделение. Больная — тучная женщина, живот ее не вздут, мягкий, болезненный в правом подреберье. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы раздражения брюшины не выявляются. Из анамнеза установлено, что у больной и ранее в течение последних 3 лет нередко бывали аналогичные приступы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие физикальные и специальные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Клинические формы и осложнения данного заболевания?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Тактика лечения больной?

#### **Задача 240**

У больной 35 лет левая молочная железа резко уплотнена, деформирована и увеличена в объеме. Кожные покровы ее инфильтрированы и как бы превращены в толстый пласт. Этот пласт бугрист, имеет участки красноты, кровоизлияний и изъязвлений, частично покрыты корками; местами участки кожи имеют нормальный вид. В левой подмышечной впадине два плотных округлых ограниченно подвижных узла размером до 2 см каждый.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
3. Классификация и клинические формы заболевания
4. Способы лечения, показания
5. Факторы, определяющие план лечения данного заболевания?

#### **Задача 241**

Больной 37 лет поступил в клинику с жалобами на боли при акте дефекации, зуд в области заднего прохода и ощущение постороннего образования в области ануса, которое усиливалось после обильного приема алкоголя. При осмотре в области заднего прохода выявлено синюшно-багрового цвета округлое образование размером 2х3 см, резко болезненное и плотное на ощупь.

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальная диагностика?
3. Дополнительные методы исследования?
4. Лечение?
5. Профилактика данного заболевания?

#### **Задача 242**

Больной 32 лет заболел внезапно, 3 часа назад, когда появились невыносимые постоянные боли по всему животу и где-то в глубине его. Тут же появилась многократно повторяющаяся рвота, которая быстро приобрела каловый запах. Состояние больного крайне тяжелое. Беспокоен. Стонет. Мечется и кричит. Принимает вынужденное колено-локтевое положение. Черты лица заострены. Пульс — 120 ударов в 1 минуту, малый, нитевидный. АД — 80/50 мм рт. ст. Температура тела — 35,7°. Язык сухой, чистый. Живот правильной конфигурации, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий с незначительной локальной болезненностью в пупочной области. Перистальтика кишок не выслушивается.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие физикальные и специальные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Возможные причины заболевания?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Лечебная тактика?

#### Задача 243

Больной 20 лет перенес тяжелую форму левосторонней нижнедолевой пневмонии. Вскоре после выписки из стационара у него по утрам появился кашель, по вечерам стала повышаться температура, Постепенно нарастала слабость, появились боли в груди, одышка. После повторного обострения пневмонии кашель стал сопровождаться обильным (до 70 мл) выделением слизисто-гноной мокроты, в которой иногда была кровь. Через 6 месяцев у больного появилась одутловатость лица, отечность, повышенная потливость, пальцы кистей стали в виде “барабанах палочек”. На рентгенограммах определяется сетчатый и ячеистый характер легочного рисунка в области нижней доли левого легкого, там же сегментарные ателектазы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дайте трактовку рентгенологическим данным?
3. Какие другие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. План лечения?

#### Задача 244

Больной 62 лет четыре месяца назад стал замечать нарастающие запоры, которые продолжались по несколько дней и затем разрешались поносами. Одновременно появилось чувство неполного испражнения. В кале стал отмечать капельки крови, появляющиеся в начале дефекации. Месяц назад к симптомам присоединились приходящие боли в области крестца. За время болезни потерял в весе около 6 кг. Исследование крови установило: НЬ — 85 г/л, СОЭ — 32 мм в час.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какими исследованиями Вы подтвердите диагноз?
4. Стадии и осложнения заболевания?
5. Методы лечения, показания?

#### Задача 245

Больная 55 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на выраженные постоянные боли в надчревной области, отдающие в спину, многократную рвоту. Заболела остро 10 часов назад, когда появились боли и рвота. При поступлении: состояние больной тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледны, выраженный акроцианоз. Одышка — 28 дыханий в 1 минуту. Пульс—120 ударов в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70 мм рт. ст. Живот вздут в эпигастральной области. Пальпацией определяется ограниченное напряжение мышц живота в надчревной области; здесь же выявляется ограниченная пастозность подкожно-жировой клетчатки. Лейкоцитоз —  $14,2 \times 10^9$ /л со сдвигом формулы влево.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие физикальные и специальные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Критерии определения характера и тяжести заболевания
5. Лечебная тактика?

### Задача 246

Больной 47 лет доставлен в хирургическое отделение каретой скорой помощи с жалобами на тошноту, боли в правой подвздошной области, потерю аппетита, отрыжку, общую слабость, недомогание. Заболел 5 месяцев назад, когда впервые появились тупые, приступообразные боли в правой подвздошной области, которые возникали не чаще одного раза в месяц. Отмечал также периодические вздутия живота и тошноту. За это время снизилась работоспособность, появилась общая слабость и похудание. При глубокой пальпации в правой подвздошной области определяется плотное неподвижное болезненное образование размером до 6 см в диаметре. Количество лейкоцитов —  $8,6 \cdot 10^9/\text{л}$ , СОЭ — 26 мм в час.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Клинические формы и осложнения заболевания?
5. Лечение?

### Задача 247

Больной 36 лет в течении 3 дней отмечал умеренные боли и небольшой отек в области правой голени. Пять часов назад у него внезапно появились боли в верхней трети бедра, и вслед за этим наступил острый отек всей правой нижней конечности с выраженным цианозом. При пальпации определяется резкая болезненность в верхней трети бедра и инфильтрация вдоль сосудистого пучка.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Перечислите предрасполагающие факторы?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Исходы и осложнения этого заболевания?
5. Принципы лечения?

### Задача 248

Больной 32 лет среди полного здоровья вдруг почувствовала общую слабость, дважды была рвота “кофейной гущей”. Каретой скорой помощи доставлен в стационар. Объективно: восковидный цвет кожи, которая покрыта холодным потом; акроцианоз, зрачки расширены, пульс — 120 ударов в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 80/50 мм рт. ст. слабость, головокружение, была кратковременная потеря сознания.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Возможные причины?
3. Какие исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
4. Как объективно определить характер и тяжесть заболевания?
5. Лечебная тактика?

### Задача 249

Больной 62 лет четыре месяца назад стал замечать нарастающие запоры, которые продолжались по несколько дней и затем разрешались поносами. Одновременно появилось чувство неполного испражнения. В кале стал отмечать капельки крови, появляющиеся в начале дефекации. Месяц назад к симптомам присоединились приходящие боли в области крестца. За время болезни потерял в весе около 6 кг. Исследование крови установило: НЬ — 85 г/л, СОЭ — 32 мм в час

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Осложнения заболевания?
5. Лечение?

### Задача 250

У больного, 49 лет, в течение 6 лет отмечается высокая перемежающаяся хромота, боли в мезогастррии, высокие цифры артериального давления. По поводу болей в животе обследовался в стационаре, но проведенные исследования (рентгенография желудка, гастродуоденоскопия, УЗИ гепатопанкреатобилиарной зоны, лапароскопия) патологии не выявили. Гипотензивная терапия эффекта не дала. АД держалось на цифрах 260/160 мм рт. ст. Объективно: пульс 76 ударов в мин, ритмичный. АД 260/150 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перистальтика отчетливая. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз заболевания?
2. Чем, вероятней всего, обусловлены боли в животе?
3. Чем обусловлена гипертония?
4. Необходимы ли какие-либо дополнительные исследования?
5. Лечение?

### Задача 251

У больной 23 лет после родов была задержка стула на 3 суток. После этого появились острые боли в прямой кишке, связанные с актом дефекации, и длящиеся 3-4 часа после неё. Возникла стулобоязнь. При осмотре выявлен дефект слизистой на задней стенке прямой кишки с розовыми мягкими краями щелевидной формы размером 1 на 0,2 см. Проведение пальцевого исследования прямой кишки невозможно из-за сильных болей.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какова причина заболевания?
3. Какое лечение необходимо провести больной?
4. Подробный план лечебных мероприятий ?

### Задача 252

У больного 37 лет внезапно появились сильные боли в правой паховой области с иррадиацией в поясницу, была многократная рвота. Самостоятельная попытка вправить содержимое паховой грыжи в брюшную полость, обычно легко удававшаяся больному, на этот раз окончилась неудачей. Грыжа стала напряженной, увеличенной в размере, болезненной при ощупывании. Через 2 часа был доставлен в клинику.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Механизмы развития и виды заболевания? Осложнения?
3. Какие физикальные и специальные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
4. Хирургическая тактика?
5. Принципы ведения послеоперационного периода?

### Задача 253

Больная 56 лет обратилась к врачу с жалобами на общее недомогание, быструю утомляемость, снижение аппетита, отрывки тухлым и похудание. Заболела 3 месяца назад, когда появилась утомляемость и снизился аппетит. Стала терять в весе. Спустя 2 месяца появилось отвращение к мясной пище и отрывки тухлым. Похудела на 6 кг. Состояние больной удовлетворительное. Бледна. Тургор понижен. Язык чистый, влажный. Живот правильной конфигурации, мягкий, слегка болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Исследование желудочного сока установило ахилию.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие физикальные и специальные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?



4. Классификация и осложнения заболевания?
5. Лечение?

#### **Задача 254**

У больного, 39 лет, страдающего запорами, в течение последнего месяца стали появляться сильные боли после дефекации кожный зуд в анальной области. При осмотре анальной области патологии не обнаружено. При аноскопии и ректоскопии, произвести которые удалось только после перианальной новокаиновой блокады, на задней стенке анального жома выявлена поверхностная рана 1,0 см X 0,8 см, покрытая пленкой фибрина

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причины заболевания?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Нуждается ли больной в каком либо обследовании?
5. Лечение?

#### **Задача 255**

У больной 42 лет за 3 дня до госпитализации в хирургическую клинику появились схваткообразные режущие боли в эпигастральной области, была однократная рвота, запор. Боли вскоре переместились в правую подвздошную область и стали более интенсивными и постоянными. Приняла слабительное, после чего боли несколько стихли, но общее самочувствие намного ухудшилось. Появилась общая слабость, недомогание, сердцебиение. При поступлении состояние тяжелое. Язык сухой, обложен. Живот умеренно вздут, в дыхании не участвует, резко болезненный в правой подвздошной области, где выражено напряжение мышц передней брюшной стенки и определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Пульс — 110 ударов в 1 минуту. Температура тела — 38,2°. Лейкоцитоз —  $16,0 \cdot 10^9/\text{л}$  со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие характерные симптомы следует определить у больной?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Клинические формы и осложнения данного заболевания?
5. Лечение?

#### **Задача 256**

Больной 55 лет в течение 4 месяцев стал отмечать слабость, недомогание, потерю аппетита, чередование запоров и поносов со слизью, постоянные и тупые боли в области левого подреберья, вздутие и чувство тяжести в эпигастральной области. За время болезни потерял около 6 кг веса. В области левого подреберья при глубокой пальпации определяется локальная болезненность. Hb — 83 г/л, СОЭ — 25 мм в час.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Клинические формы и осложнения заболевания?
5. Лечение?

#### **Задача 257**

У больной 45 лет температура тела внезапно поднялась до 39°, резко ухудшилось общее самочувствие, появились потрясающие ознобы, обильная потливость, одышка, резкие колющие боли в груди справа при углублении дыхания, отрывистый сухой кашель. Положение больной в постели вынужденное, полу сидячее, на правом боку. Дыхание — 28 экскурсий в 1 минуту, поверхностное. Пульс -120 ударов в 1 минуту удовлетворительного наполнения. Осмотр выявил отставание при дыхании нижних отделов грудной клетки справа: определяется также асимметрия грудной клетки за счет некоторого увеличения объема нижнебокового отдела правой стороны. Нижние межреберья (8-9-10) справа расширены и сглажены. Пальпация обнаружила отсутствие голосового дрожания в этом же месте, перкуссия — резкое

притупление звука с верхней границей по линии Элис-Дамуазо. Дыхательные шумы в этом месте резко ослаблены.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дайте трактовку физикальным данным?
3. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Лечение?

#### **Задача 258**

Больная 68 лет поступила в стационар через сутки от начала заболевания с жалобами на приступообразные, резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правое плечо и лопатку и сопровождающиеся неоднократной рвотой. Аналогичными приступами страдает в течение 6 лет. Не лечилась. При поступлении пульс—110 ударов в 1 минуту. Температура тела 38,3°. Число лейкоцитов —  $18,0 \times 10^9/\text{л}$ . Язык сухой, обложен зеленоватым налетом. Живот не вздут, в дыхании участвует. При пальпации передняя брюшная стенка в правом подреберье напряжена, резки болезненна, там же определяется увеличенное и резко болезненное овоидное образование размером до 16 см в диаметре. Симптом Щеткина-Блюмберга в этом месте резко положительный.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие физикальные и специальные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Клинические формы и осложнения данного заболевания?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Тактика лечения больной?

#### **Задача 259**

Больной 62 лет обратился к врачу с жалобами на боли в правом плечевом суставе. При осмотре выявлен птоз, миоз и энофтальм справа, а также атрофия мышц дистальных отделов правой верхней конечности. Рентгенологически выявляется затемнение верхушки легкого справа с узурой 1-го и 2-го ребра.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Классификация заболевания?
3. Как можно интерпретировать наличие у больного птоза, миоза и энофтальма?
4. Какими специальными исследованиями Вы уточните диагноз?
5. Лечебная тактика?

#### **Задача 260**

Больной 35 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на боли в эпигастральной области, появившиеся через 2-3 часа после еды. Интенсивность болей была более выраженной при приеме острой и грубой пищи. Наивысшего предела боли достигали через 2—3 часа после начала; затем они либо прекращались вслед за рвотой, либо постепенно стихали самостоятельно. Достаточно часто отмечает «ночные, голодные» боли. Беспокоят изжога. Во время приступа болей больной занимал вынужденное положение на боку с приведенными к животу ногами. При пальпации живота во время болевого приступа определяется умеренная резистентность и болезненность в подложечной области. Там же выявляется отчетливая перкуторная болезненность. Подобные приступы у больного возникают 2—3 раза в год, преимущественно весной и осенью. Болеет в течение 6 лет. Лечение в терапевтических стационарах приносит лишь временное облегчение.

Вопросы

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
3. С каким заболеванием, имеющим сходные клинические признаки, Вы будете проводить дифференциальный диагноз?
4. Клиническое течение и осложнения заболевания?

## 5. Лечение?

### Задача 261

У больной 62 лет, страдавшей в течение 10 лет периодическими приступообразными болями в правом подреберье, после очередного сильного приступа болей появилась желтуха, которая стала быстро нарастать. При объективном обследовании установлена интенсивная желтушность видимых слизистых и кожных покровов. Язык влажный, чистый. Живот правильной конфигурации, мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где определяется увеличенная и болезненная печень. Там же пальпируется овоидной формы тугоэластическое образование размером 10x8 см. Температура тела — 36,8°. Число лейкоцитов —  $5,6 \times 10^9/\text{л}$ . Билирубин крови — 240 мкмоль/л. Реакция на стеркобилин в кале отрицательная.

Вопросы:

1. Ваш клинический диагноз?
2. Как можно интерпретировать определяемое образование в правом подреберье?
3. Какие специальные исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза?
4. Какие заболевания необходимо дифференцировать в данном случае?
5. Лечение?

### Задача 262

У больной 56 лет в нижнем наружном квадранте правой молочной железы пальпаторно определяется одиночный плотный округлый не спаянный с кожей узел размером 2,5 см в диаметре. При прижатии молочной железы ладонью плашмя опухоль не исчезает. В регионарных зонах увеличенные лимфатические узлы не выявлены.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
3. Классификация и клинические формы заболевания
4. Принципы ранней диагностики заболеваний молочных
5. Лечение?

### Задача 263

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, он сильно похудел. При осмотре больной истощен, обезвожен, в эпигастральной области имеется пигментация кожи и определяется шум плеска.

Вопросы:

1. Какой диагноз может быть поставлен?
2. С чем связано состояние, в котором больной поступил?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. С каким заболеванием в первую очередь будете проводить дифференциальную диагностику?
5. Как следует лечить больного, начиная с момента поступления?

### Задача 264

Больная 17 лет поступила в клинику с жалобами на дергающие боли в области копчика, припухлость, повышение температуры до 38°. Больная в течение 4 суток. При осмотре в области межъягодичной складки определяется инфильтрат 3 на 2 см, гиперемия кожи, болезненность, здесь же видны два воронкообразных втяжения кожи.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Этиология заболевания?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Какое лечение показано больной?

### Задача 265

Больная 60 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на выраженные постоянные боли в надчревной области, отдающие в спину, многократную рвоту. Заболела остро 10 часов назад, когда появились боли и рвота. При поступлении: состояние больной тяжелое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледны, выраженный акроцианоз. Одышка — 28 дыханий в 1 минуту. Пульс—120 ударов в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД — 110/70 мм рт. ст. Живот вздут в эпигастральной области. Пальпацией определяется ограниченное напряжение мышц живота в надчревной области; здесь же выявляется ограниченная пастозность подкожно-жировой клетчатки. Лейкоцитоз —  $14,2 \times 10^9/\text{л}$  со сдвигом формулы влево.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие физикальные и специальные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Классификация и осложнения данного заболевания?
5. Лечебная тактика?

### Задача 266

Больная 52 лет три месяца назад стал замечать нарастающие запоры, которые продолжались по несколько дней и затем разрешались поносами. Одновременно появилось чувство неполного испражнения. При пальцевом исследовании прямой кишки на расстоянии 7 см от ануса на задней стенке ампулы было выявлено плотное образование размером около 6 см в диаметре с плотными валикообразными краями и изъязвлением в центре. На пальце следы крови и кровянисто-гнойных выделений.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Осложнения заболевания?
5. Лечение?

### Задача 267

Больной, 50 лет, год назад перенесший инфаркт миокарда, поступил с жалобами на резкие боли в левой ноге, появившиеся внезапно за сутки до поступления. Общее состояние средней тяжести. Кожный покров левой стопы и голени до верхней трети бледные с «мраморным рисунком», холодные на ощупь. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев, голеностопном отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация определяется на бедренной артерии под паховой складкой, на подколенной и артериях стопы – отсутствует.

Вопросы:

1. Какое заболевание развилось у больного и какова его причина?
2. Какие факторы определяют степень выраженности имеющихся симптомов?
3. Какими исследованиями Вы подтвердите диагноз?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Лечение?

### Задача 268

Больной 60 лет, внезапно 12 часов назад почувствовал сильную острую боль в эпигастральной области; рвоты не было. Через 3 часа боли в эпигастрии уменьшились, но появились жгучие боли в правой подвздошной области, которые вскоре распространились по всему животу. При поступлении состояние больного - тяжелое. Пульс — 120 ударов в 1 минуту, ритмичный. Язык сухой. Живот вздут, болезненный, напряжен, особенно в правой подвздошной области. По всему животу определяется симптом Щеткина-Блюмберга. Печеночная тупость отсутствует.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?

4. Стадии течения заболевания?
5. Хирургическая тактика?

#### **Задача 269**

У больного 57 лет температура тела внезапно повысилась до 39°, появились потрясающие ознобы, одышка, акроцианоз, резкие колющие боли в левой половине грудной клетки, сухой отрывистый кашель. На третьей сутки кашель резко усилился, через некоторое время в левом боку внезапно возникла острая боль, усилилась одышка. В стационар больной был доставлен скорой помощью в крайне тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшны, покрыты липким холодным потом. Пульс — 120 ударов в 1 минуту, нитевидный. Артериальное давление — 70/50 мм рт. ст. Дыхание поверхностное; одышка - до 40 дыханий в 1 минуту. Рентгенологически определяется коллапс левого легкого, а в левой плевральной полости — жидкость и газ.

Вопросы

1. Ваш диагноз?
2. С чем связано состояние, в котором больной поступил?
3. Каковы будут ваши действия при поступлении такого больного?
4. План лечения?
5. Исходы заболевания?

#### **Задача 270**

Больной 63 лет жалуется на имеющуюся припухлость в паху справа, затруднение мочеиспускания. При осмотре выявлено, что выпячивание размером 8x8 см, расположенное над медиальной частью пупартовой связки, легко исчезает при горизонтальном положении больного и увеличивается в размерах при натуживании, часто спускаясь в мошонку. Наружное отверстие пахового канала пропускает 4 пальца.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Классификация и стадии развития заболевания?
3. Осложнения?
4. Какие дополнительные исследования необходимы для определения тактики лечения?
5. План лечения?

#### **Задача 271**

Больной 57 лет поступил в хирургический стационар с жалобами на рвоту с каловым запахом, отсутствие стула. Заболел двое суток назад, когда появились схваткообразные боли в животе и многократная рвота. Боли за указанный срок изменили свой характер: к концу первых суток они стали постоянными, а к концу вторых суток вовсе прекратились. Рвота стала реже, но за последние 10—12 часов приобрела каловый запах. Мочеиспускание редкое и малыми порциями. Состояние больного крайне тяжелое. Бледен, лицо Гиппократово. Пульс—130 ударов в 1 минуту, аритмичный, нитевидный. АД— 80/40 мм рт. ст. Язык сухой, потрескавшийся, обложен, грязным налетом. Живот вздут, небольшое напряжение передней брюшной стенки. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтика не прослушивается. Перкуторно в брюшной полости определяется свободный выпот.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
3. Возможные причины заболевания?
4. Классификация?
5. Лечебная тактика?

#### **Задача 272**

Больная 35 лет жалуется на покраснение и утолщение соска. При осмотре сосок и часть ареолы покрыты мокнущими корочками и струпиками, при слущивании которых обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотен на ощупь.

Вопросы:

1. Какое заболевание вы заподозрили у больной?

2. Как уточнить диагноз?
3. Как лечить больную?
4. Факторы, определяющие план лечения?
5. Принципы ранней диагностики заболеваний молочных?

#### **Задача 273**

У больного 47 лет, страдающего геморроем, в последние 3 дня появились выраженные постоянные боли в области заднего прохода, резко усиливающиеся при дефекации. Одновременно у него участился пульс, а температура тела поднялась до 39°. При осмотре справа от заднего прохода определяется плотный резко болезненный инфильтрат, над которым кожа отечна и гиперемирована.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Как уточнить диагноз?
3. Причины и классификация заболевания?
4. Лечение?
5. Возможные исходы заболевания?

#### **Задача 274**

У больного 52 лет внезапно возникла обильная рвота “кофейной гущей” с примесью сгустков темной крови. Из анамнеза выявлено, что больной в течение 15 лет злоупотреблял алкоголем. При поступлении больной бледен, пульс — 120 ударов в 1 минуту. АД — 90/70 мм рт. ст. Живот увеличен, видны широко развитые подкожные вены. Определяются плотные резко увеличенные печень и селезенка; в брюшной полости — свободная жидкость.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Как уточнить диагноз?
3. Как объективно определить характер и тяжесть возникшего осложнения?
4. Как следует лечить больного, начиная с момента поступления?
5. Прогноз заболевания?

#### **Задача 275**

У больного 63 лет за 4 месяца до поступления в хирургический стационар появилось чувство тяжести в подложечной области после еды и тупые боли. Затем к ним присоединились отрыжка тухлым и рвота съеденной накануне пищей. Стал терять в весе. При физикальном исследовании в эпигастральной области определяются вздутие, видимая перистальтика и “шум плеска”.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Возможные причины заболевания?
3. Как уточнить диагноз?
4. Как определить стадию развития заболевания?
5. Лечение?

#### **Задача 276**

Больной 45 лет с невримой паховой грыжей в течении 3 суток отмечает боли в области грыжевого выпячивания, увеличение грыжевого выпячивания в размерах, покраснение и уплотнение кожных покровов над выпячиванием, повышение температуры тела до 39° с ознобами. Объективно — состояние больного средней тяжести, живот умеренно вздут, безболезненный, грыжевое выпячивание резко болезненное, кожа над ним отечна и гиперемирована.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Классификация и осложнения заболевания?
3. Какие физикальные и специальные исследования следует выполнить?
4. Хирургическая тактика?
5. Послеоперационное ведение?

### Задача 277

У больной, 59 лет, 4 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура повышалась до 37,5° С. Больная принимала анальгин и обратилась к врачу только на 4-й день заболевания в связи с сохранением болей. Состояние больной удовлетворительное. Температура — 37,4° С, пульс — 88 ударов в мин. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется образование размерами 12X8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина — Блюмберга отрицательный. Лейкоцитов в крови —  $11,5 \cdot 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. С каким заболеванием следует, в первую очередь, проводить дифференциальную диагностику?
3. Как уточнить диагноз?
4. Лечебная тактика?
5. Хирургическая тактика?

### Задача 278

Больной 47 лет после переохлаждения почувствовал общее недомогание, внезапный подъем температуры до 39°, появилась одышка и боли в груди справа. При расспросе установлено, что еще четыре месяца назад отметил изменение характера кашля, которым он как курильщик страдает много лет. Кашель стал постоянным и все чаще сопровождался выделением слизисто-гноной мокроты, в которой изредка наблюдались прожилки крови. Продолжал работать. Однако у больного появилась быстрая утомляемость, снизилась работоспособность, он стал постепенно терять в весе. Рентгенологическое исследование выявило ателектаз верхней доли левого легкого. В левой надключичной области пальпаторно определяется плотный округлый узел около 2 см в диаметре.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Классификация заболевания?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать?
4. Какими специальными исследованиями Вы уточните диагноз?
5. Лечение?

### Задача 279

Больной 32 лет за 8 часов до поступления в клинику, среди полного здоровья, внезапно почувствовал резкую общую слабость, головокружение, тошноту. Была однократная рвота “кофейной гущей” и дегтеобразный стул. Объективно: больной бледен, одышка до 28 дыханий в 1 минуту, пульс— 130 ударов в 1 минуту, ритмичный. АД—80/60 мм рт. ст. НЬ — 45 г/л. Живот не вздут, мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Возможные причины?
3. Какие исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
4. Как объективно определить характер и тяжесть заболевания?
5. Лечебная тактика?

### Задача 280

Больной К., 72 лет, находился в кардиологическом отделении с диагнозом острый инфаркт миокарда, мерцательная аритмия. Через 10 суток от начала заболевания почувствовал внезапную резкую боль в левой голени, ее похолодание и бледность кожных покровов. При осмотре - голень холодная на ощупь, бледная, пульсация периферических сосудов на стопе и в подколенной ямке отсутствует, болевая и тактильная чувствительность сохранены, активные движения в суставах ограничены. Бедро теплое, кожа на нем не изменена.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие стадии проходит данный процесс?

3. Дополнительные методы исследования?
4. Осложнения данного заболевания?
5. Лечение?

#### **Задача 281**

Больная, страдающая около 5 лет варикозной болезнью нижних конечностей, отметила появление в нижней трети правой голени дефекта кожных покровов, возникшего после ушиба голени. При осмотре отмечается дефект кожных покровов 4х5 см, с подрывными краями, грязно - серого цвета с гнойным отделяемым.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дать определение данной патологии?
3. Причины, вызвавшие данное заболевание?
4. Консервативное лечение?
5. Оперативное лечение?

#### **Задача 282**

Больную в течение 2 недель беспокоил кашель, повышение температуры тела до 38°C. При обращении к врачу была выявлена правосторонняя пневмония, лечилась амбулаторно, без видимого эффекта. В дальнейшем появились колющие боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при дыхании и кашле, температура тела повысилась до 39°C, появилась тахикардия 96-98 ударов в минуту, одышка до 28 в минуту, цианоз. При перкуссии отмечено притупление перкуторного звука до IV ребра справа, ослабление дыхания над этой зоной.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие методы исследования необходимо выполнить?
4. Лечение?

#### **Задача 283**

Больная М., 47 лет, обратилась к врачу с жалобами на наличие образования в правой молочной железе. Считает себя больной в течение 5 месяцев, за медицинской помощью не обращалась. При осмотре в верхнее - наружном квадранте правой молочной железы отмечается симптом «лимонной корочки», и пальпируется узловое образование 4х5 см слабо подвижное, в правой аксиллярной области отмечается конгломерат плотных, малоподвижных, безболезненных лимфоузлов, в правой надключичной области - единичный плотный лимфатический узел.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Стадия процесса?
3. Методы обследования?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Схема лечения?

#### **Задача 284**

В стационар поступила больная 70 лет, с жалобами на запоры, слабость, похудание на 8 кг за последние 3 месяца. При осмотре: кожные покровы бледные, язык влажный умеренно вздут, мягкий, болезненный в левой подвздошной области, где пальпируется опухолевидное образование 7×6 см, плотное, болезненное, бугристое, плохо смещаемое. Перитонеальных симптомов нет. При пальцевом ректальном исследовании стенки прямой кишки безболезненные, на перчатке кал с примесью темной крови. Нв 90 г/л, Эритроциты –  $2,6 \times 10^{12}/л$ .

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие диагностические методы исследования необходимы?
3. Как верифицировать диагноз?
4. Возможные осложнения этого заболевания?



## 5. Лечение?

### Задача 285

Женщина, 68 лет, страдающая ишемической болезнью сердца, постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией, внезапно почувствовала сильную боль в левой нижней конечности - «как удар электрическим током». При осмотре - бледность нижней конечности, прохладная на ощупь. Движения в ней резко ограничены. Пульсации на сосудах нижней конечности, включая бедренную артерию слева, нет. Явления парестезии. Отека нет.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Причина развития данного заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
4. Какие методы обследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
5. Какое лечение показано больной?

### Задача 286

У больной, 57 лет, страдающей варикозным расширением подкожных вен левой нижней конечности, появились боли и покраснение по ходу вены на голени и бедре,  $t=37^{\circ}\text{C}$ . Обратилась к врачу. При осмотре отмечается гиперемия, резкая болезненность и уплотнение по ходу варикозно расширенной большой подкожной вены, начиная с средней 1/3 голени до верхней 1/3 бедра. Остальные расширенные вены мягкие, безболезненные. Отеков нет. PS - 88 уд. в мин, АД-130/80 мм рт. ст.

Вопросы:

1. Укажите диагноз?
2. Причины данного осложнения?
3. Возможные осложнения данного заболевания?
4. Какие профилактические мероприятия надо бело проводить, чтобы избежать этого осложнения?
5. Лечебная тактика?

### Задача 287

В больницу доставлен больной 42 лет через 3 суток от начала заболевания с жалобами на боли по всему животу, тошноту, рвоту. При осмотре - состояние тяжелое. Вынужденное положение с приведенными коленями к животу. Заостренные черты лица. PS - 120 уд. в мин. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот умерено вздут, напряжен, резко болезненный во всех отделах. В акте дыхания не участвует. Кишечные шумы не выслушиваются.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Фаза течения процесса у данного больного?
3. Классификация по распространенности и фазам течения.
4. Какова лечебная тактика в данном случае?

### Задача 288

При поступлении в стационар больной жаловался на боли в правой половине грудной клетки, повышение температуры до  $38,7^{\circ}\text{C}$ , выраженную одышку, сухой кашель, кровохарканье, общую слабость. Заболел около 2,5 месяцев назад. При обращении в поликлинику был выставлен диагноз хронического обструктивного бронхита в стадии обострения, назначено лечение: антибиотики, сульфаниламиды, бронхолитики, антигистаминные препараты. Однако состояние больного не улучшилось, что явилось причиной госпитализации. При бронхоскопии, выполненной в стационаре, выявлена ригидность стенки левого главного бронха, слизистая его легко кровоточит, в просвете определяется бугристое опухолевидное образование до 1,5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить у больного на основании имеющихся результатов клинических и инструментальных исследований?
2. Что следует выполнить для верификации процесса?
3. Ваша лечебная тактика?
4. Укажите критерии операбельности при данном заболевании
5. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

### Задача 289

Больной 45 лет, поступил в отделение на 5 сутки от начала заболевания - кровотечения из заднего прохода. Из анамнеза известно, что он длительное время страдает наружным геморроем, периодически осложняющимся кровотечением. Неоднократно поступал в хирургические отделения больниц, где проводилась гемостатическая терапия с положительным эффектом. Радикального лечения заболевания, независимо от тяжести возникающих кровотечений, больному не предлагалось. При этом, наряду с лечением, больному проводилось общеклиническое и инструментальное обследование – ЭГДС, УЗИ печени, поджелудочной железы и желчного пузыря, селезенки, лапароскопия с биопсией ткани печени.

Вопросы:

1. Какая, по Вашему мнению, причина отказа больному в оперативном лечении?
2. Результаты каких из проводимых исследований могли быть использованы для объяснения такой тактики хирургов?
3. Какое лечение следует проводить?
4. Что включает гемостатическая терапия в данном случае?
5. Чем, по вашему мнению, обусловлено развитие наружного геморроя у больного?

### Задача 290

У больной 25 лет во время операции по поводу острого аппендицита патологических изменений со стороны червеобразного отростка не выявлено. При осмотре до операции клиническая картина острого аппендицита не вызывала сомнений.

Вопросы:

1. Какова клиническая картина острого аппендицита?
2. Какое из заболеваний органов брюшной полости может симулировать клинику острого аппендицита?
3. Что следует предпринять в данном конкретном случае?
4. Следует ли производить аппендэктомию при диагностировании другой причины такой клинической картины?

### Задача 291

Больной В. 45 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на слабость, снижение работоспособности, тупые, ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, рвоту съеденной пищей. Болен в течение 2 месяцев, лечился самостоятельно - принимал но-шпу и анальгин. В первое время, после приема лекарств, боли беспокоили меньше. В последние дни участились рвоты. Потерял в весе около 10 кг.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования целесообразно произвести для его подтверждения?
3. Вы приняли решение - больного следует оперировать. Что, по Вашему мнению, имеет значение в определении тактики ведения (оперировать – не оперировать) больного?
4. Какой объем оперативного вмешательства вы предполагаете?
5. Как может измениться ход операции в зависимости от находок в брюшной полости?

### Задача 292

Больной доставлен в отделение с жалобами на боли в области грыжевого выпячивания, неотхождение газов и задержку стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течение 6 лет страдает правосторонней пахово-мошоночной грыжей. В анамнезе: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Периодически отмечает обострение заболевания, последнее – месяц назад. Лечился амбулаторно. При выписке по данным ЭГДС – язва в стадии рубца. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс – 124 в минуту, АД – 95/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжен, резко болезненный во всех отделах. симптом Щеткина-Блюмберга положительный. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание, 8×7×6 см, напряженное, резко болезненное при пальпации.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования следует произвести для его подтверждения?
3. Какое лечение Вы предложите больному?
4. Соответствует ли клиническая картина характеру предполагаемой Вами патологии?
5. Чем обусловлено напряжение и болезненность грыжевого выпячивания у больного?

#### Задача 293

Больной 25 лет, страдает правосторонней косой паховой грыжей. Поступил для плановой операции.

Вопросы:

1. Как отличить прямую грыжу от косой до операции и во время ее?
2. Какая цель операции и каков ее принцип у больных паховой грыжей?
3. Каковы возможны осложнения при операции по поводу паховой грыжи?
4. Какова причина появления грыж?
5. Какую операцию вы планируете выполнить?

#### Задача 294

У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до  $38,5^{\circ}\text{C}$ , напряжением мышц в правом подреберье, небольшой иктеричностью склер. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга в правом подреберье. Проводимые консервативные мероприятия (антибиотики, спазмолитики, инфузионная терапия) не дают в течение 2 суток каких-либо положительных результатов. Лейкоцитоз крови колеблется от  $15,0 \cdot 10^9/\text{л}$  до  $18,0 \cdot 10^9/\text{л}$

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Клинические формы и осложнения данного заболевания?
4. Дифференциальный диагноз?
5. Дальнейшее лечение?

#### Задача 294

Больной 20 лет перенес тяжелую форму левосторонней нижнедолевой пневмонии. Вскоре после выписки из стационара у него по утрам появился кашель, по вечерам стала повышаться температура, Постепенно нарастала слабость, появились боли в груди, одышка. После повторного обострения пневмонии кашель стал сопровождаться обильным (до 70 мл) выделением слизисто-гноной мокроты, в которой иногда была кровь. Через 6 месяцев у больного появилась одутловатость лица, отеки, повышенная потливость, пальцы кистей стали в виде “барабанов палочек”. На рентгенограммах определяется сетчатый и ячеистый характер легочного рисунка в области нижней доли левого легкого, там же сегментарные ателектазы.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дайте трактовку рентгенологическим данным?
3. Какие другие исследования надо выполнить для уточнения диагноза?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
5. План лечения?

#### Задача 295

В приемное отделение доставлен больной в бессознательном состоянии, с периодическими приступами клонических судорог. По словам родственников, он много лет страдал заболеванием желудка. За последний месяц у больного ежедневно были обильные рвоты, он сильно похудел. При осмотре больной истощен, обезвожен, в эпигастриальной области имеется пигментация кожи и определяется шум плеска.

Вопросы:

1. Какой диагноз может быть поставлен?
2. С чем связано состояние, в котором больной поступил?

3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. С каким заболеванием в первую очередь будете проводить дифференциальную диагностику?
5. Как следует лечить больного, начиная с момента поступления?

#### Задача 296

Больная 35 лет заболела остро 5 часов тому назад. Появились выраженные режущие боли в эпигастральной области, тошнота; рвоты не было. Боли через 2 часа переместились в низ живота. Появились позывы к испражнению; поноса не было. При госпитализации: живот мягкий, болезненный только при глубокой пальпации над лоном. При исследовании через прямую кишку определяется выраженная болезненность передней ее стенки. Лейкоцитоз—  $11,5 \cdot 10^9$  л, со сдвигом формулы влево.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие физикальные и специальные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Тактика?
5. Лечение?

#### Задача 297

Больной 49 лет обратился к врачу с жалобами на запоры, сменяющиеся поносами, вздутия и урчание в животе, сопровождающиеся болями по всему животу. Болен в течение 4 месяцев. Запоры в последние 2 месяца стали особенно упорными, сопровождаются выраженными вздутиями и урчанием, которые проходят после обильного отхождения газов и стула. Довольно часто наблюдалась смена запоров поносами, а акт дефекации не приносил обычного чувства облегчения. Рентгенологическими исследованиями выявлена obturация просвета нижнего участка сигмовидной кишки с выраженной деформацией кишечной стенки.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Дифференциальный диагноз?
3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
4. Клинические формы и осложнения заболевания
5. Лечение?

#### Задача 298

Больная 55 лет поступила в хирургическую клинику с жалобами на жестокие постоянные боли в верхней половине живота, отдающие в спину, общую слабость, рвоту. Нестерпимые боли в надчревной области, и рвота появились, через 3 часа после обильного приема пищи. Объективно: кожные покровы бледны с цианотичным оттенком. Язык обложен белым налетом. Живот умеренно вздут в верхней половине. Там же определяются пастозность подкожно-жировой клетчатки и умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. Пальпация в этих отделах болезненная. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Отмечается также зона гиперестезии кожи на уровне выше пупка, которая идет к левому подреберью. АД — 100/50 мм рт. ст., пульс — 110 в 1 минуту. Дыхание — 24 экскурсий в 1 минуту. Лейкоциты —  $12,5 \times 10^9$  л со сдвигом влево, сегментоядерный нейтрофилез.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие физикальные и специальные исследования надо провести для уточнения диагноза?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Классификация и критерии тяжести данного заболевания?
5. Лечебная тактика?

### **Задача 299**

У больной 35 лет левая молочная железа резко уплотнена, деформирована и увеличена в объеме. Кожные покровы ее инфильтрированы и как бы превращены в толстый пласт. Этот пласт бугрист, имеет участки красноты, кровоизлияний и изъязвлений, частично покрыты корками; местами участки кожи имеют нормальный вид. В левой подмышечной впадине два плотных округлых ограниченно подвижных узла размером до 2 см каждый.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз?
3. Классификация и клинические формы заболевания
4. Способы лечения, показания
5. Факторы, определяющие план лечения данного заболевания?

### **Задача 300**

Больной 29 лет переведен в хирургический стационар из терапевтического отделения, где многократно находился на излечении в течение последних 10 лет. Жалуется на интенсивные и упорные боли в эпигастрии справа от средней линии и в правом подреберье, которые появляются натощак и исчезают после приема пищи. Боли, как правило, иррадиируют в спину. Болевой приступ часто сопровождается рвотой. Обострения болезни за последние два года почти потеряли сезонность и приобрели постоянный характер, больной похудел. Язык и слизистая оболочка рта больного имеют множественные дефекты и покрыты тонким беловатым налетом. В эпигастральной области видна значительная пигментация кожи. Выявляются также участки максимальной гиперестезии и отчетливой перкуторной болезненности на коже эпигастральной области. Тонким дуоденальным зондом определяется также усиленная ночная секреция. Кислотность желудочного сока повышена.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Как уточнить диагноз?
3. С каким синдромом Вы будете проводить дифференциальную диагностику?
4. Клиническое течение и осложнения заболевания?
5. Лечение больного?

