

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ АЗЕРБАЙДЖАНСКОЙ
РЕСПУБЛИКИ
АЗЕРБАЙДЖАНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

И.Т. Ахундов, Ф.Г. Джамалов

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ХИРУРГИИ

(УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ)

Баку - 2010

Учебно-методическое пособие для студентов 4-5 курсов медвузов составлены сотрудниками кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Азербайджанского Медицинского Университета д.м.н., профессором **И.Т.Ахундовым**, д.м.н., доцентом **Ф.Г.Джамаловым**.

ПРЕДИСЛОВИЕ

С целью улучшения практической подготовки для проверки теоретических знаний и практических навыков студентов сотрудниками кафедры хирургических болезней педиатрического факультета Азербайджанского Медицинского Университета составлены настоящие ситуационные задачи.

В задачах представлены разнообразные клинические ситуации у больных с хирургической патологией: острый аппендицит, острый холецистит и его осложнения, осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, кишечная непроходимость и пр.

Часть задач составлена в виде кратких, но содержащих необходимые сведения выписок из историй болезни. На основании этих данных студент должен поставить диагноз, сформулировать показания к оперативному лечению, виду и способу операции.

Другая часть задач также представлена как краткие выписки из истории болезни, содержащие не все сведения, необходимые для постановки диагноза. Студент должен ответить, какие детали анамнеза, дополнительные методы исследования необходимы для постановки диагноза.

Задачи составлены для самоподготовки, самоконтроля студентов по разделу «Хирургические болезни».

Авторы надеются, что составленные задачи будут способствовать улучшению практической подготовки студентов.

ЗАДАЧА № 1

Больная, 53 лет, страдает в течение 8 лет периодическими болями в области правого подреберья, однако чувствовала себя вполне удовлетворительно, почти не соблюдала диеты. За последний год приступы болей в правом подреберье стали беспокоить чаще и приобрели более затяжной характер. Стало трудно купировать боль.

Больная правильного телосложения, повышенного питания. Отклонений в деятельности сердечно-сосудистой и легочной систем не выявлено. Живот умеренно болезненный в области правого подреберья. Пальпировать желчный пузырь не удастся.

Со стороны лабораторных исследований отклонений не отмечено.

1. Ваш диагноз?
2. Какие необходимы исследования для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика?

ЗАДАЧА № 2

Больной, 54 года, поступил в клинику с жалобами на постоянные боли в эпигастриальной области, тошноту и рвоту, запоры, снижение аппетита. После еды боли обычно усиливаются, возникает ощущение тяжести в верхней половине живота. Испытывает отвращение к мясным продуктам, но с удовольствием ест кислую пищу. Около 10 лет болен язвенной болезнью желудка, неоднократно лечился амбулаторно. Обострения заболевания обычно начинались поздней осенью и длились около 2 месяцев, но последний год боли беспокоят постоянно. Значительное ухудшение состояния наступило с июня: усилились боли, резко снизился аппетит, рвота стала постоянно, катастрофически нарастает слабость. За 4 месяца потерял в весе 10 кг. При объективном обследовании отмечается значительное снижение веса: при росте 174 см вес 53 кг. Кожа дряблая, сухая, местами шелушится. Пальпация живота вызвала умеренную болезненность в эпигастриальной области и выраженный симптом «плеска». При ректальном исследовании

найденно несколько спавшихся геморроидальных узлов. Исследования других органов и систем патологии не выявило. Анализ крови: эр-ты – $3,8 \cdot 10^{12}/л$, Нв – 100 г/л, Л $6 \cdot 10^9/л$. анализ мочи - без особенностей. Общий белок сыворотки крови – 56 г/л, калий – 3,5 ммоль/л, диастаза мочи - 32 ед., мочевиноа - 4,8 ммоль/л, креатинин - 76 мкмоль/л. Рентгеноскопия желудка: пищевод свободно проходит, желудок атоничен, нижняя граница его ниже гребешковой линии. Натощак в желудке большое количество жидкости. Эвакуация из желудка замедлена, луковица 12-перстной кишки деформирована. Через 24 часа в желудке значительное количество бария.

1. Чем вызвано состояние больного?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика?

ЗАДАЧА № 3

Больная, 65 лет, пенсионерка.

Утром после завтрака появились острые боли в эпигастральной области с иррадиацией болей в грудь слева, в левом подреберье, в левую подвздошную область и спину. Тошнота, неоднократная рвота съеденной пищей, затем желчью. Дважды был жидкий стул без примеси слизи и крови. Поведение больной беспокойное.

Объективно: общее состояние средней тяжести, на лице холодный пот. Степень ожирения - II-III. Со стороны сердечно-легочной системы патологии не найдено. АД 180/95 мм рт. ст., пульс 80 в 1 минуту. Живот умеренно вздут. Определяются синеватого цвета пятна на боковой поверхности живота. Перистальтический шум слабый. При пальпации – напряжение брюшной стенки в эпигастральной области, больше в левом подреберье. Печень, желчный пузырь не определяются. Слабоположительный симптом Блюмберга в левой половине живота. В правой подвздошной области имеется рубец после аппендэктомии, мочеиспускание не нарушено. Температура - $36,8^{\circ}C$, лейкоцитоз - $10,8 \cdot 10^9/л$, диастаза мочи 256 ед.

1. Диагноз?
2. Для постановки диагноза какие дополнительные методы ис-

следования необходимы?

3. План лечения.

ЗАДАЧА №4

Больной, 28 лет. Заболел три дня назад. Заболевание началось с болей в эпигастральной области, которые вскоре переместились в правую подвздошную область, тошнило, была однократная рвота. Никуда не обращался, боли стихли, но сегодня возобновились в правой нижней половине живота, поднялась температура до 38°C, газы стали плохо отходить, стул задержан. Имеется общая слабость, потливость.

При осмотре: живот резко болезненный в правой подвздошной области. Здесь же определяется плотное болезненное опухолевидное образование, неподвижное, без четких границ. Положительный симптом Блюмберга. Температура 38,6°C.

1. Каков Ваш диагноз?
2. Какие дополнительные исследования вам нужны?
3. Какова ваша тактика?

ЗАДАЧА № 5

Больная, 65 лет, в анамнезе имеется гипертоническая болезнь. Четыре часа назад среди кажущегося благополучия появились боли в животе, возникла кратковременная потеря сознания, холодный липкий пот. Машиной скорой помощи доставлена в больницу.

При поступлении: состояние тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 120 в минуту, слабого наполнения. АД 90/60мм рт. ст. Живот несколько вздут, напряжен. При пальпации болезненность по всему животу, больше в левой половине. Слева от пупка нечетко пальпируется пульсирующее опухолевидное образование, над которым определяется грубый систолический шум. При перкуссии притупление перкуторного звука в отлогих местах.

1. Ваш диагноз?
2. Тактика?
3. Дифференциальная диагностика?

ЗАДАЧА № 6

Больной, физически крепкий мужчина, 50 лет. Внезапно отметил колющие боли в правом паху. Вскоре боли стали ощущаться по всей правой половине живота и в поясничной области справа, приняли необычайно острый, невыносимый характер. Из-за сильных болей больной то принимал коленно-локтевое положение, то вскакивал, бегал по комнате, стонал и не находил себе места.

Жалуется на рези в мочеиспускательном канале, частые позывы на мочеиспускание. Больной покрыт потом, пульс 100 в минуту, температура нормальная, моча макроскопически без патологии.

1. Что может вызвать такие сильные боли?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Чем можно помочь этому больному?

ЗАДАЧА № 7

Больная, 46 лет, страдает варикозной болезнью нижних конечностей. 2 недели назад появились уплотнения по ходу варикозно расширенных вен. Лечилась амбулаторно.

Утром, следуя на очередной прием к хирургу поликлиники, почувствовала резкую боль в грудной клетке, затрудненное дыхание, кратковременно потеряла сознание. Машиной скорой помощи доставлена в больницу.

Объективно: состояние тяжелое, сознание спутанное. Пульс до 140 в минуту, АД 80/60 мм рт.ст. Резкий цианоз лица и грудной клетки. Резкая одышка до 40 дыханий в минуту. По внутренним поверхностям бедер, по ходу большой подкожной вены бедра уплотнение, краснота.

1. Диагноз?...
2. План обследования?
3. Тактика лечения?
4. Дифференциальная диагностика?

ЗАДАЧА № 8

К вам в поликлинику обратился больной, 60 лет, с жалобами на боли в области желудка, пониженный аппетит, слабость, потерю веса, снижение работоспособности.

Больной рассказал, что более 20 лет болел язвой желудка. Неоднократно лечился с временным успехом. В последний год характер болей изменился, они стали менее интенсивными, мало зависящими от приема пищи, как наблюдалось ранее, периодически отмечает отрыжку тухлым яйцом или воздухом.

Объективно: несколько понижено питание, бледноват, живот мягкий, слегка болезненный в эпигастрии. Пальпаторно патологию установить не удастся. Температура 36,6°C.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования помогут установить диагноз?
3. Ваши рекомендации больному?

ЗАДАЧА № 9

Больная, 43 лет, поступила в клинику с жалобами на раздражительность, дрожание пальцев рук, плаксивость, наличие опухолевидного образования на передней поверхности шеи, значительную потерю веса за последнее время.

Общее состояние удовлетворительное, пониженного питания. Кожные покровы бледно-розового цвета. Пульс 96 в минуту, ритмичный. АД 130/90 мм рт. ст. Тоны сердца глуховатые, при аускультации в легких жесткое дыхание, со стороны органов брюшной полости патологии не выявлено.

St. localis: на передней поверхности шеи определяется образование, которое смещается при глотании. При пальпации обнаружено диффузное увеличение щитовидной железы; безболезненна. Основной обмен +30%.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какие необходимо произвести исследования для уточнения диагноза?
3. Каковы врачебные рекомендации по лечению?

ЗАДАЧА № 10

Больной, 75 лет. Поступил с жалобами на болезненность внизу живота, чувство переполнения в мочевом пузыре, жажду, сухость во рту, бессонницу. Последние 5 лет вынужден 1-2 раза вставать ночью, т.к. ощущает в это время императивный позыв на мочеиспускание. Мочеиспускание с некоторой задержкой вначале, затем моча идет вялой тонкой струей. Последние 3-4 дня отметил ухудшение состояния, боли внизу живота, плохое мочеиспускание. На вопрос врача о возможности задержки мочи ответил, что, наоборот, он не может удержать мочу и моча у него постепенно идет, но отдельными каплями.

1. Какое заболевание создает такое состояние?
2. Что следует сделать для уточнения заболевания?
3. Что следует сделать для облегчения страданий больного, какие методы лечения этого заболевания?

ЗАДАЧА № 11

Больная, 42 года. В анамнезе варикозная болезнь правой нижней конечности. В течение недели наблюдалось острое респираторное заболевание. Внезапно появились резкие боли в области правого бедра, краснота и уплотнение по ходу варикозно расширенной большой подкожной вены.

Объективно: на внутренней поверхности голени и бедра варикозно расширенные узлы. В подложечной области пигментация. В средней трети бедра краснота, уплотнение и резкая болезненность на протяжении 8-10 см. За последние сутки уплотнение распространилось вверх.

1. Диагноз?
2. Тактика лечения?

ЗАДАЧА № 12

Больная, 35 лет. Заболела 8 часов назад. Отметила нерезкие

боли в эпигастральной области, которые постепенно нарастали и спустя некоторое время локализовались в правой подвздошной области. Была однократная рвота. Боли усиливаются при кашле, ходьбе, повороте на левый бок.

Больная замужем, имела 3 беременности, менструации были в срок. В прошлом подобных болей не было.

При осмотре состояние удовлетворительное, держится тошнота, температура 37,8°C. Пульс 80 в минуту. Язык обложен, влажный. Живот при пальпации несколько напряжен в правой подвздошной области и здесь же резко болезненный. Положительные симптомы Блюмберга, Ситковского, Ровзинга, Воскресенского.

1. Каков ваш диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования, какие?
3. Какова тактика лечения больных с таким заболеванием?

ЗАДАЧА № 13

Больной, 56 лет. Страдает облитерирующим атеросклерозом нижних конечностей в течение 3-х лет. Периодически лечится. Сутки назад внезапно во время ходьбы появилась боль и чувство онемения левой нижней конечности. Боли постепенно усиливались.

Объективно: активен, сознание ясное. Пульсация на общей бедренной артерии определяется, на подколенной и артериях стопы – нет. Над общей бедренной артерией систолический шум.

1. Диагноз?
2. План обследования?
3. Лечение?

ЗАДАЧА № 14

Больной, 18 лет, студент. Болен в течение 5-6 лет. Отмечает постоянно кашель с обильным отделением мокроты гнойного характера, иногда до 200 мл в сутки, жалуется на общую слабость, периодические головные боли и недомогание. В сырое время весной и осенью частые обострения с повышением температуры,

кашлем, слабостью и общим недомоганием.

Объективно: кожные покровы бледны, общая слабость, потливость. Пульс 76 в минуту, ритмичен, удовлетворительного наполнения. АД 120/80. Тоны сердца ясные, чистые. При перкуссии легких – ясный легочный перкуторный звук с наличием притупления в нижних отделах легких. В нижних отделах легких с обеих сторон выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы.

Живот мягкий, безболезненный, стул и диурез в норме. На рентгенограмме легких определяется усиленный легочный рисунок, особенно в нижних легочных полях с обеих сторон.

1. Каков диагноз заболевания?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Лечение?

ЗАДАЧА № 15

Больной, 36 лет, поступил в клинику через 1,5 года после резекции желудка по способу Бильрот-П в модификации Финстерера, выполненной по поводу пенетрирующей язвы 12-перстной кишки.

Больной жалуется на резкую слабость, потливость, дрожание рук, головокружение после приема пищи. Вначале отмеченные явления возникали при приеме молочных продуктов и сладких блюд. В дальнейшем появление состояния слабости отмечалось и на другие продукты. Несмотря на строгую диету, амбулаторное и стационарное лечение, признаки слабости прогрессировали. За истекшее время потерял в весе 9 кг.

Рентгеноскопия желудка выявила, что барий через 45 минут находится в терминальном отделе подвздошной кишки.

1. Чем вызвано тяжелое состояние больного?
2. Какие исследования вы бы назначили для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика?

ЗАДАЧА № 16

Больная, 30 лет. Заболела остро, час назад. Появились резкие боли внизу живота, головокружение. Спустя час с момента заболевания при вставании с постели потеряла сознание, упала. В сознание пришла в машине скорой помощи. Кружилась голова, тошнило, беспокоят боли внизу живота, больше справа, отдающие в прямую кишку, промежность. Не может лежать, чувствует себя лучше в положении сидя.

Больная замужем, имеет одного ребенка. Последняя менструация была около 2-х месяцев назад. При осмотре – живот напряжен слегка, болезненный в гипогастрии, здесь же положительный симптом Блюмберга. Бледна, покрыта холодным липким потом. АД 80/45 мм рт. ст., пульс 110 в 1 минуту, слабого наполнения, ритмичен.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Нужны ли дополнительные исследования, какие? Дифференциальный диагноз?
3. Лечение?

ЗАДАЧА № 17

Больной, 56 лет. Жалуется на боли в правой нижней конечности, в икроножных мышцах, особенно при ходьбе. Может пройти умеренным шагом 100-120 метров. Из-за боли в икроножных мышцах вынужден останавливаться. Боли в течение 1,5 лет. Год назад перенес инфаркт миокарда. Инвалид II группы.

Объективно: сердце – тоны приглушены, ритм правильный. В легких дыхание везикулярное. Кожные покровы на нижних конечностях несколько бледноваты. Деформация ногтевых пластин. Оволосение голеней скудное. Пульс на тыльной артерии и на заднеберцовой не определяется, на общих бедренных – слабый. При аускультации грубый систолический шум на аорте, подвздошных и бедренных артериях.

1. Диагноз?
2. План обследования и лечения?
3. С какими заболеваниями следует дифференцировать?

ЗАДАЧА № 18

В приемный покой больницы доставлен больной, 32 лет, стонущий от болей в правой половине живота. Больной для облегчения болей принимает вынужденные положения, которые часто меняет. Жалуется на бесплодные позывы на мочеиспускание. Боли иррадируют в правое бедро, правое яичко.

Больной рассказал, что накануне вечером выпил немного вина и ел острую пищу. Ночью проснулся от сильных болей в правой поясничной области, тошнило, была неоднократная рвота. Вызвал врача и был доставлен в больницу.

При осмотре: больной крепкого телосложения, возбужден, от болей не может долго находиться в покое. Помочиться не может. Положительный симптом Пастернацкого справа. Живот болезненный во всей правой половине.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какие исследования помогут установить диагноз?
3. Какова ваша тактика?

ЗАДАЧА № 19

Больная, 44 года. Страдает ревматическим пороком сердца, мерцательной аритмией. Внезапно 2 часа назад появились резкие боли в обеих нижних конечностях, похолодание, чувство онемения. Сначала могла двигать пальцами и стопами. Через 1 час движения прекратились, боли усилились, стали нетерпимыми.

Объективно: состояние тяжелое. Пульс аритмичен. АД 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Кожные покровы нижних конечностей бледные с мраморным оттенком, на ощупь холодные. Активные движения стоп отсутствуют, пассивные сохранены. Болевая чувствительность резко снижена до верхней трети бедра, тактильная сохранена. Пульсация артерий нижних конечностей не определяется.

1. Диагноз?
2. Тактика лечения?
3. Какие ошибки наблюдаются в ведении подобных больных?

ЗАДАЧА № 20

Больной, 63 лет, пенсионер. Внезапно возникли приступообразные боли в верхней половине живота, больше слева, с иррадиацией в левую половину грудной клетки. Одновременно появилась неукротимая рвота. Был жидкий стул. Боли возникли после приема жирной и острой пищи.

Объективно: состояние средней тяжести. Степень ожирения III. Кожные покровы чистые. Со стороны органов дыхания и сердечно-сосудистой системы отклонений от нормы нет. АД 180/90 мм рт.ст., пульс 84 в 1 минуту. Язык обложен белым налетом. Живот вздут, болезнен при пальпации в эпигастральной области и слева от пупка. Печень, желчный пузырь не определяются.

Слабо положительный симптом Блюмберга в левой половине живота. Перистальтика кишечника слабая. Мочеиспускание учащенное. Температура 37,6°C, лейкоцитоз 11,3-10⁹/л.

1. Диагноз?
2. Какие методы исследования необходимы для правильной постановки диагноза?
3. План лечения?

ЗАДАЧА № 21

В приемный покой больницы доставлен больной, 56 лет, с жалобами на откашливание мокроты с примесью крови. Последние два часа кровь выделяется полным ртом. Из рассказа больного выяснилось что он давний курильщик. Год назад перенес пневмонию, после которой спустя 2-3 месяца стал покашливать, появилась потливость, быстро стал уставать. Других жалоб нет, температура нормальная. Три месяца назад в мокроте заметил прожилки крови. Не лечился.

Объективно: бледен, кожа влажная, пульс 100 ударов в минуту, ритмичен, АД 80/50 мм рт. ст. Правая половина грудной клетки отстает от левой при дыхании, перкуторно - укорочение перкуторного звука и крайне ослабленное дыхание в проекции верхнего ле-

гочного поля. Органы средостения слегка смещены вправо. Температура 36,8°C.

1. Какова, по-вашему, причина кровотечения?
2. Какие исследования нужны для постановки диагноза?
3. Какова ваша тактика?

ЗАДАЧА № 22

Вас вызвали на дом к больному, 45 лет, у которого вчера появились сильные боли распирающего характера в области левого бедра и голени. Сегодня боли усилились, появился выраженный отек стопы, голени и всего бедра, повысилась температура тела до 37,8°C. Больной не может ступить на ногу. Подобных болей раньше не было.

Исследование показало, что левая нижняя конечность цианотична, более горячая на ощупь, чем правая. Окружность голени на 3 см больше, чем правой, бедра – на 2 см больше. Определяется болезненность по ходу сосудов бедра. Активные движения возможны, но болезненны. Пульсация на периферических артериях стопы ослаблена.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какие исследования нужны для уточнения диагноза?
3. Лечение?

ЗАДАЧА № 23

Больная, 50 лет, поступила в приемный покой больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. 12 часов назад на работе после подъема тяжести почувствовала боли в животе, не очень сильные по своему характеру. Одновременно с болями отметила появление опухолевидного образования в правой паховой области. Боли не стихали. Больная обратилась в поликлинику с жалобами на боли в животе. Ей были сделаны инъекции обезболивающих и спазмолитических препаратов и рекомендовано полежать. Боли в животе несколько стихли, но через 2 часа приняли схваткообразный характер, сопровождались тошнотой. Дома

больная легла в постель, прикладывала холод к животу, но улучшения не наступало, появилась рвота. Врач скорой помощи доставил больную с диагнозом «острая кишечная непроходимость».

1. Диагноз?
2. Имеются ли в действиях медперсонала ошибки?
3. Лечение?

ЗАДАЧА № 24

Больная, 49 лет. Заболела три дня тому назад. После обеда внезапно почувствовала острые боли в правом подреберье, иррадирующие в поясницу, лопатку, правое надплечье. Была неоднократная рвота желчью. После инъекции спазмолитиков врачом скорой помощи боли несколько уменьшились. На второй день заболевания появилась иктеричность склер. (Подобные приступы болей в правом подреберье с появлением желтухи были полгода тому назад). Затем больная заметила обесцвеченный кал и интенсивно окрашенную мочу. В день поступления в стационар с утра появились резкие приступообразные боли в области правого подреберья. На этот раз инъекции спазмолитиков боли не сняли. При пальпации живота имеется напряжение брюшной стенки справа. Из-за напряжения мышц живота не удается определить желчный пузырь и печень.

В результате проведенной интенсивной терапии в стационаре боли в правом подреберье стихли, напряжение брюшной стенки уменьшилось, постепенно стала исчезать желтуха. Лейкоцитоз $12,2 \cdot 10^9/\text{л}$. Диастаза мочи 16 ед. Общий билирубин крови 56 ммоль/л. Сахар крови - 4,8 ммоль/л.

1. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
2. Диагноз?
3. Тактика хирурга?

ЗАДАЧА № 25

Больной, 20 лет, шофер, ранее ничем не болевший, доставлен в

приемное отделение товарищами по работе. Из анамнеза установлено, что в момент поднятия тяжести – менял у грузовика колесо – возникла острая боль в животе. Из-за боли не может громко говорить, лежит на правом боку с приведенными к животу коленями. Обращает на себя внимание страдальческое лицо пациента, покрытое каплями пота. Пульс 110 в 1 минуту, ритмичный. Дыхание поверхностное. Живот напряжен, «как доска», в дыхании не участвует. При пальпации болезнен, больше в правой подвздошной области, где определяется симптом Блюмберга. Лейкоцитоз $12 \cdot 10^9/\text{л}$.

1. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
2. Диагноз?
3. Лечение?

ЗАДАЧА № 26

В поликлинику обратилась больная, 54 лет, с тем, что сама в правой молочной железе обнаружила безболезненную плотную опухоль. У больной менопауза в течение 10 лет. Раньше ничем не болела. Была замужем, беременностей не имела.

Объективно: в верхне-наружном квадранте правой молочной железы имеется плотная бугристая опухоль, не спаянная с кожей. При пальпации безболезненная. В подмышечной области справа определяются увеличенные лимфатические узлы, слева увеличенных лимфоузлов нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования вам нужны для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?
4. Какова тактика лечения подобных больных?

ЗАДАЧА № 27

Полная женщина, 48 лет. Жалуется на сильные боли в животе в эпигастриальной области. Заболела накануне, боли появились после приема обильной жирной пищи. Ранее временами отмечала нерезкие боли в области правого подреберья, которые обычно проходи-

ли через 3-4 часа. Считала, что эти боли связаны с нарушением диеты.

В момент осмотра – состояние тяжелое, лицо слегка цианотичное. Стонет от болей, несколько раз повторялась обильная рвота, которая не приносила больной облегчения. Живот умеренно вздут, мягкий, резко болезненный в эпигастральной области и в области левого подреберья. Больная жалуется, что ее «как бы опоясало обручем». Положительный симптом Блюмберга. Температура нормальная. Пульс 100 в 1 минуту.

1. Какое заболевание может вызвать у больной такое тяжелое состояние?
2. Какие исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. План лечения?

Задача № 28

Больной, 58 лет. Жалобы на боли в правой половине грудной клетки, кашель с небольшим количеством мокроты, иногда с прожилками крови. Болеет 6 месяцев, когда стал отмечать сухой, надсадный кашель со скудным количеством мокроты, одышку. В последний месяц иногда стал отмечать примесь крови в мокроте. Курит с 15-летнего возраста. Три месяца назад обратился в поликлинику, где диагностировано воспаление верхней доли правого легкого.

Объективно: при перкуссии легких притупление в области верхней доли правого легкого, здесь же резко ослабленное дыхание. На рентгенограммах легких определяется ателектаз верхней доли правого легкого.

1. Диагноз?
2. Какие исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какие методы лечения этого заболевания?

ЗАДАЧА № 29

Больной, 47 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в правой паховой области, где определяется болезненное образование. Из анамнеза установлено, что 2 года назад у больного появилась правосторонняя паховая грыжа, которая легко вправлялась в брюшную полость. Вчера после сильного кашля грыжа стала несколько больше, перестала вправляться, затем появились сильные боли, что заставило больного обратиться к врачу. Диагностирована ущемленная правосторонняя паховая грыжа, больному предложена операция. После премедикации грыжа вправилась, боли стихли.

Как поступить в данном случае:

1. Отпустить больного на амбулаторное лечение?
2. Выполнить грыжесечение?
3. Госпитализировать?

ЗАДАЧА № 30

Больной, 30 лет, поступил в клинику с жалобами на тошноту, рвоту, головокружение. Два дня назад внезапно потерял сознание, после чего была рвота темными массами типа «кофейной гущи». В течение последних 7 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, 6 лет назад больной был оперирован по поводу перфоративной язвы – произведена операция ушивание язвы.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. Пульс 88 в 1 мин., АД 130/70 мм рт. ст. Живот правильной формы. От мечевидного отростка до пупка имеется послеоперационный рубец линейной формы. При пальпации живот мягкий, определяется легкая болезненность справа в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. При ректальном исследовании каких-либо патологических образований не найдено. Анализ крови: эр-ты $-2,4 \cdot 10^{12}/л$, Нв 86 - г/л, л – $12,3 \cdot 10^9/л$, лейкоцитарная формула без особенностей. Анализ мочи без патологических изменений. Больному начата активная гемостатическая терапия. Перелито дробно 500 мл одногруппной крови. В последующие 2 дня у больного появился дегтеобразный кал, количество эритроцитов уменьшилось до $2,05 \cdot 10^9/л$, Нв 77 г/л, тромбоциты - 200000,

протромбиновый индекс 97,9%.

1. Чем вызвано состояние больного?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Методы лечения?

ЗАДАЧА № 31

Больной, 40 лет, поступил с жалобами на резкие схваткообразного характера боли в животе и рвоту. Заболел накануне, появились боли в животе, которые постепенно усиливались и стали неперносимыми. Три раза была рвота, газы не отходят. Стул был за сутки до заболевания.

При осмотре живот умеренно вздут, слегка напряжен, болезнен при пальпации во всех отделах. Симптом Блюмберга отрицателен, но определяется «шум плеска» при сотрясении брюшной стенки. Перистальтика звучная, редкая, слышна на расстоянии. Язык сухой, пульс 104 в минуту, лейкоцитоз $5,3 \cdot 10^9$, температура $36,8^{\circ}\text{C}$.

1. Диагноз заболевания?
2. Что необходимо сделать для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями проводится дифференциальный диагноз?

ЗАДАЧА № 32

Больная, 40 лет, поступила в клинику с жалобами на резкие боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку и надключичную область, частую рвоту желчью.

При поступлении: состояние больной средней тяжести, из-за болей в правом подреберье ведет себя беспокойно (часто меняет положение тела). Со стороны органов грудной полости патологии не выявлено. АД 130/100 мм рт. ст. Пульс 128 в 1 минуту, ритмичный, температура $37,4^{\circ}\text{C}$. Язык обложен белым налетом. Живот правильной формы, в акте дыхания участвует. Пальпаторно выявляется некоторое напряжение в правом подреберье и резкая болезненность по среднеключичной линии ниже края реберной дуги.

Пальпировать желчный пузырь из-за резкой болезненности не

представляется возможным. Симптомы Кера, Ортнера, Мюсси положительные. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Анализ крови: лейкоцитоз - $11,4 \cdot 10^9/\text{л}$, незначительный сдвиг формулы крови влево. Диастаза мочи 16 ед.

1. Ваш диагноз?
2. Какие исследования Вы провели бы для уточнения диагноза?
3. Ваша тактика в лечении?

ЗАДАЧА № 33

Больной, 34 лет, поступил в клинику в экстренном порядке с диагнозом желудочное кровотечение. Жалобы на резкую слабость, частую рвоту кровью. Из анамнеза установлено, что в детстве перенес болезнь Боткина. Однако в последующем считал себя здоровым. Объективно: бледен, покрыт липким потом. Пульс 100 в 1 минуту, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт.ст. Сердце – тоны ясные, ритмичные. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот большой, на передней брюшной стенке видна венозная сеть («голова медузы»). Пальпируется край печени. Перкуторно определяется асцит. Во время осмотра имели место позывы на рвоту. При пальцевом исследовании прямой кишки обнаружен кал черного цвета.

1. Диагноз?
2. План лечения?

ЗАДАЧА № 34

Больной, 43 лет, направлен из поликлиники с диагнозом острый аппендицит для оперативного лечения. Заболел 2 дня тому назад. Появились сильные боли в подложечной области, в последующем переместившиеся в правую подвздошную область. Боли не стихали, поднялась температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, поэтому обратился к врачу. В течение 16 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, по поводу чего неоднократно находился на амбулаторном и

стационарном лечении.

Объективно: правильного телосложения, удовлетворительного питания. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот правильной формы, в дыхании участвует. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечное напряжение в правой подвздошной области. Здесь же положительный симптом Блюмберга. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона. Отправления не нарушены. Лейкоцитоз $14,8 \cdot 10^9/\text{л}$.

1. Диагноз?

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?

3. Лечение?

ОТВЕТЫ НА ЗАДАЧИ

№ 1

1. Хронический холецистит.
2. Ультразвуковое сканирование желчного пузыря.
3. Оперативное лечение – плановая холецистэктомия с ревизи-ей желчевыводящих путей.

№ 2

1. Декомпенсированный стеноз привратника, по-видимому, яз-венной этиологии.
2. Фиброгастроскопия, биопсия для исключения злокачествен-ного процесса.
3. Лечение оперативное – резекция желудка или ваготомия в сочетании с дренирующей операцией.

№ 3

1. Острый панкреатит.
2. Лапароцентез, лапароскопия.
3. Детоксикация, спазмолитики, анальгетики. При отсутствии положительной динамики – холецистостомия, оментопанкреато-пексия.

№4

1. Аппендикулярный абсцесс.
2. Анализ крови, мочи.
2. Операция – вскрытие аппендикулярного абсцесса, тампони-рование, санация брюшной полости.

№ 5

1. Расслаивающаяся аневризма брюшного отдела аорты.

2. Оперативное – лапаротомия, аортобедренное протезирование эксплантатом.

3. Кишечная непроходимость, почечная колика, прободная язва желудка.

№ 6

1. Почечная колика.

2. Общий анализ мочи, хромоцистоскопия.

3. Горячая ванна, новокаиновая блокада семенного канатика или паранефральная блокада, наркотики, спазмолитики.

№ 7

1. Эмболия легочной артерии.

2. ЭКГ, рентгенография грудной клетки, борьба с сердечно-легочной недостаточностью, ангиопульмонография, сканирование легких.

3. Катетеризация подключичной вены. Антикоагулянтная и фибринолитическая терапия. При неэффективности – тромбэмболектомия. Вмешательства на нижней полой вене, ее перевязка.

4. Пневмония, крупозная пневмония.

№ 8

1. Рак желудка.

2. Рентгеноскопия желудка, фиброгастроскопия с биопсией.

3. Оперативное лечение – субтотальная резекция желудка или гастрэктомия.

№ 9

1. Тиреотоксический зоб.

2. УЗИ и радиоизотопное сканирование.

3. Показано оперативное лечение – субтотальная струмэктомия после предоперационной подготовки, направленной на уменьше-

ние тиреотоксикоза.

№ 10

1. Аденома предстательной железы.
2. Пальцевое исследование предстательной железы.
3. Оперативное лечение – одно- или двухмоментная аденомэктомия.

№ 11

1. Тромбофлебит большой подкожной вены.
2. Оперативное – иссечение тромбированных вен.

№ 12

1. Острый аппендицит.
2. Анализ мочи, анализ крови (лейкоцитоз).
3. Оперативное лечение – аппендэктомия.

№ 13

1. Облитерирующий атеросклероз, тромбоз бедренно-подколенного сегмента, артериальная недостаточность II б степени.
2. Артериография.
3. Оперативное – реконструктивная операция.

№ 14

1. Бронхоэктатическая болезнь.
2. Бронхография.
3. Резекция легкого.

№ 15

1. Демпинг-синдром.
2. Определение глюкозы крови с двумя нагрузками глюкозой (глюкозо-толерантный тест).
3. Реконструктивная операция – гастроеюнодуоденопластика.

№ 16

1. Внематочная (эктопическая) беременность. Разрыв маточной трубы вследствие беременности, осложнившейся кровотечением.
2. Пункция заднего свода влагалища, лапароцентез.
3. Оперативное – удаление маточной трубы.

№ 17

1. Облитерирующий атеросклероз, стеноз подвздошных артерий артериальная недостаточность II б степени.
2. Функциональные методы (реография, доплерография, термометрия). Ангиография (транслюмбальная аортография).
3. Оперативное - бифуркационное аортобедренное шунтирование эксплантатом.
4. Остеохондроз позвоночника с явлениями ишиалгии.

№ 18

1. Правосторонняя почечная колика.
2. УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Общий анализ мочи (микроскопия, хромоцистоскопия)
3. Назначение анальгетиков, спазмолитиков, тепло, паранефральная новокаиновая блокада.

№ 19

1. Эмболия бифуркации аорты, острая артериальная недостаточность II б степени.
2. Оперативное – экстренная операция – непрямая эмболэктомия.

3. Промедление с операцией.

№ 20

1. Острый панкреатит.

2. Анализ крови – амилаза, сахар, мочевины, обзорная рентгеноскопия грудной и брюшной полостей.

3. Функциональный покой поджелудочной железы, локальная гипотермия, аспирация желудочного содержимого, спазмолитики, анальгетики, средства, улучшающие микроциркуляцию.

№ 21

1. Рак легкого.

2. Рентгенография, томография легких, бронхоскопия, биопсия.

3. Оперативное лечение – резекция легкого (верхняя лобэктомия) или пульмонэктомия.

№ 22

1. Острый илеофemorальный тромбоз слева.

2. Коагулограмма, общий анализ крови, мочи.

3. Консервативное: прямые и непрямые антикоагулянты, дезагреганты, витаминотерапия, сосудорасширяющие.

№ 23

1. Ущемленная паховая грыжа.

2. В действиях медперсонала на здравпункте имеется грубая ошибка, так как при болях в животе были назначены обезболивающие и антиспастические препараты без осмотра живота. Врач скорой помощи неполностью собрал анамнез и не осмотрел детально больную, не обнаружив грыжи.

3. Оперативное – грыжесечение с пластикой грыжевых ворот.

№ 24

1. ЭРХПГ на высоте желтухи; ультразвуковое сканирование.
2. Острый холецистит, осложненный подпеченочной желтухой, по-видимому, за счет холедохолитиаза.
3. Оперативное лечение: холецистэктомия. Вопрос о вмешательстве на желчевыводящих путях решается на основании данных интраоперационного обследования желчных путей.

№ 25

1. Обзорная рентгенография органов брюшной полости – «серп» газа под диафрагмой.
2. «Немая» прободная язва двенадцатиперстной кишки.
3. Оперативное – ушивание прободного отверстия.

№ 26

1. Рак молочной железы III б степени.
2. Биопсия.
3. Мастопатия, фиброаденома.
4. Лечение комбинированное: хирургическое – мастэктомия после предоперационной лучевой телегамматерапии.

№ 27

1. Острый панкреатит.
2. Анализ амилазы крови и диастазы мочи, сахар крови.
3. Спазмолитики, анальгетики, детоксикация, назогастральный зонд, локальная гипотермия.

№ 28

1. Центральный рак легкого.
2. Томография, бронхоскопия, биопсия.
3. Резекция легкого или пульмонэктомия.

№ 29

1. В брюшную полость могла вправиться некротизированная петля кишки, поэтому может развиваться перитонит.

2. По той же причине нельзя больного оперировать, так как боли в области послеоперационной раны могут смазать клиническую картину развивающегося перитонита.

3. Больного необходимо госпитализировать под наблюдение и оперировать в случае отсутствия развития перитонита в плановом порядке через 2-3 дня.

№ 30

1. Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, осложненная кровотечением II ст.

2. Фиброгастроскопия, диатермокоагуляция кровоточащего сосуда.

3. Лечение оперативное – резекция желудка или ваготомия с прошиванием кровоточащего сосуда.

№ 31

1. Кишечная непроходимость.

2. Обзорная рентгенография брюшной полости.

3. Острый аппендицит, острый панкреатит, язвенная болезнь желудка, осложненная стенозом привратника.

№ 32

1. Острый холецистит.

2. Лапароскопия.

3. Операция – холецистэктомия, ревизия желчевыводящих путей.

№ 33

1. Цирроз печени, осложненный портальной гипертензией и кровотечением из варикозно расширенных вен пищевода.

2. Гемостатическая терапия, нормализация ОЦК, остановка кровотечения введением в пищевод зонда с раздувающимся баллоном, дренирование грудного лимфатического протока для снятия портальной гипертензии. В случае безуспешности этих методов – торакотомия, прошивание расширенных вен пищевода. В последующем – создание спленоренального анастомоза.

№ 34

1. Прободная язва двенадцатиперстной кишки (фаза мнимого улучшения).

2. Дифференциальный диагноз с острым аппендицитом.

3. Оперативное – срединная лапаротомия, ревизия внутренних органов, ушивание прободного отверстия в сочетании с ваготомией, санация брюшной полости, дренирование.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. M.Y.Nəsirov, E.Y.Şərifov, Z.Ə.Salahov. **Klinik cərrahiyyə: Dərs vəsaiti. – Bakı, 2009. – 730 s.**
2. M.Y.Nasirov, E.Y.Sharifov. Surgical diseases. – Baku,2009. – 230 p.
3. **Ş.B Quliyev. Cərrahi xəstəlikləri: Dərs vəsaiti. – Bakı,2006. – 760 s.**
4. Клиническая хирургия: Справочное руководство для врачей / Под ред. Ю.М.Панцырева. – М.:Медицина,1988. – 640с.
5. Многотомное руководство по хирургии (под ред. Б.В.Петровского). - М., 1959-1966.
6. П.Н. Напалков, А.В. Смирнов, М.Г. Шрайбер. Хирургические болезни. - Изд. Л., 1976.
7. Б.В Петровский. Хирургические болезни. - М., 1980.
8. В.И. Русаков. Основы частной хирургии в 3 томах. - Ростов. 1975-77.
9. Руководство по неотложной хирургии брюшной полости (под ред.В. С.Савельева). - М., 1976.
10. Хирургические болезни. / М.И.Кузин, О.С.Шкроб, М.А. Чистова и др.; Под ред. М.И.Кузина – М.:Медицина,1986. – 764с.