

«Утверждаю»

Первый проректор - проректор по учебной
деятельности ФГБОУ ВО «Ставропольский
государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения РФ, профессор

_____ А.Б. Ходжаян

«_____» _____ 20____ г.

«Согласовано»

Декан педиатрического факультета, профессор

_____ Л.Я. Климов

«_____» _____ 20____ г.

Экзаменационные задания

**по дисциплине «Факультетская хирургия» для студентов 4 курса
специальности 31.05.02 Педиатрия**

1. Острый аппендицит

Задача №1

Больной 60 лет госпитализирован в хирургическое отделение через 6 суток после появления болей в правой подвздошной области. Состояние больного удовлетворительное. Температура – 37,2°. Озноба не было. При пальпации живота – болезненность в правой подвздошной области, где определяется уплотнение размерами 7×8 см с нечеткими границами, болезненное. Симптом Щеткина-Блюмберга слабоположительный. Симптомы Ровзинга, Ситковского положительные. Со слов больного, в течение последних 6 месяцев отмечает некоторое усиление запоров. Лейкоцитоз – $10.2 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Какое заболевание следует исключить?
- 3) Показана ли экстренная операция?
- 4) Ваша лечебная тактика и обследования.

Задача №2

Мужчина 20 лет. Заболел около 6 часов назад, когда появились сильные боли в эпигастрии, которые спустя некоторое время локализовались в правой половине живота, больше в правой подвздошной области. Температура – 37,6°. Язык сухой. Живот не вздут, при пальпации выраженная болезненность в правой

подвздошной области, где определяется напряжение мышц и резко положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоциты - $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

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

Задача №3

Женщина 32 лет. Вторая беременность – 34 недели. В анамнезе хронический калькулезный холецистит. Около 8 часов назад появились небольшие боли в эпигастриальной области. Была однократная рвота. Спустя 1,5 часа боли сместились в область правого подреберья. Боли носят постоянный характер, без иррадиации. Температура тела – $32,7^\circ\text{C}$. Лейкоциты – $11,6 \times 10^9/\text{л}$. Язык несколько суховат. Живот увеличен в размерах за счет матки. При пальпации – напряжен и болезненный в области правого подреберья. Симптом Щеткина-Блюмберга не выраженный, Ровзинга отрицательный, Ситковского – положительный.

- 1) Ваш предварительный диагноз.
- 2) Какое заболевание следует исключить и как?
- 3) Ваша тактика лечения.

Задача №4

У больного 22 лет, оперированного 16 часов тому назад по поводу острого аппендицита, появились слабость, головокружение. Температура нормальная. Кожные покровы бледные, пульс 110 в минуту. Живот мягкий, болезненный в области послеоперационной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитоз $11,2 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Какое осложнение вы заподозрили у больного?
- 2) Чем подтвердите ваше предположение?
- 3) Что следует предпринять?

Задача №5

У больной 50 лет, поступившей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания, диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации, ни при влагалищном и ректальном исследовании четких данных об инфильтрате не обнаружено. Больную решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен плотный аппендикулярный инфильтрат.

- 1) Каковы ваши действия на операционном столе?
- 2) Каково дальнейшее лечение больной?

2. Грыжи живота

Задача №1

У больного 54 лет с правосторонней паховой грыжей во время перестановки мебели возникла резкая боль в правой паховой области, продолжающаяся после прекращения усилия, что побудило больного обратиться за помощью в лечебное учреждение. При осмотре: установлено наличие в правой паховой области опухолевидного образования овальной формы размерами 6х4х3 см тугоэластической консистенции, болезненное при пальпации и не вправляющееся в брюшную полость. Кашлевой толчок не проводится.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
- 3) Лечебная тактика.

Задача №2

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

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

Задача №3

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

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

Задача №4

К Вам на прием обратилась больная 40 лет, которая жаловалась на наличие острых болей в левой паховой области, возникших около 3 часов назад. При осмотре в этой области определяется овоидной формы плотно-эластическое образование размером 5х6 см, болезненное. Образование расположено ниже пупартовой связки. Температура нормальная.

- 1) Ваш диагноз?
- 2) С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
- 3) Какова тактика лечения?

Задача №5

У больного 46 лет, поступившего в стационар через 6 часов от момента ущемления паховой грыжи, произошло ее самопроизвольное вправление. Хирург решил выполнить грыжесечение с пластикой пахового канала. При этом во время операции не удалось детально осмотреть органы брюшной полости, но прилежащие к шейке грыжевого мешка петли тонкого кишечника не изменены, выпота в брюшной полости нет. Операция прошла без осложнений. На следующий день больной жаловался на вздутие и боли в животе, температура поднялась до 38°C, но эти явления были расценены как реакция и послеоперационный парез. Однако к концу дня стало ясно, что у больного развился перитонит.

- 1) Какова причина перитонита?
- 2) Какая тактическая ошибка была допущена хирургом?
- 3) Тактика дальнейшего лечения.

3. Осложнения язвенной болезни

Задача №1

Больной 26 лет. В течение 2,5 недели находится на стационарном лечении по поводу язвы 12-перстной кишки размером до 1,8 см. В процессе лечения боли прошли полностью, однако в последние дни стала беспокоить тяжесть в эпигастриальной области к концу дня. При контрольном эндоскопическом и рентгенологическом исследованиях установлено, что язва зарубцевалась, однако бариевая взвесь задерживается в желудке на 14 часов.

- 1) Сформулируйте развернутый диагноз.
- 2) Показано ли больному оперативное лечение?
- 3) Если показано, то какую операцию Вы бы выбрали, если нет, то какое лечение Вы назначите?

Задача №2

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

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

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

Задача №3

В клинику доставлен больной 44 лет в тяжелом состоянии. Много лет страдает язвенной болезнью желудка. Последние 2 часа беспокоит рвота типа «кофейной гущи». За последние 2 месяца похудел на 12 кг. Больной истощен.

- 1) Какое осложнение язвенной болезни наступило у больного?
- 2) Что следует предпринять?

Задача №4

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

Анализ крови: эритроциты $4.0 \times 10^{12}/л$, Hb – 140 г/л. При пальцевом исследовании кал нормального цвета.

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

Задача №5

Больной доставлен в отделение с жалобами на боли в эпигастрии, задержку газов и стула. Заболел остро, около 8 часов назад, когда появились острые боли в эпигастрии, была однократная рвота. В течение 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение - 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 акте дыхания, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптомы Щеткина – Блюмберга, Воскресенского положительные. Кишечные шумы резко ослаблены.

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Какие исследования следует произвести для его подтверждения?
- 3) Какое лечение Вы предложите больному?

4. Острый холецистит

Задача № 1

Больная 52 лет жалуется на периодически появляющиеся боли приступообразного характера в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку с повышением температуры тела до 39- 39,5 °С, обильным потом в течение последнего года. За последний месяц такие приступы участились и стали появляться каждые 2-3 дня. Иногда приступы сопровождались появлением желтухи, которая быстро исчезала, а затем появлялась вновь. Общее состояние

оставалось удовлетворительным. Отмечала некоторую слабость. Живот обычной формы, мягкий. Печень не увеличена. Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в эпигастральной области. Лейкоцитов в крови $9,2 \times 10^3$ в 1 мкл, СОЭ 38 мм/час. При УЗИ желчный пузырь обычных размеров, содержит конкременты, имеется дилатация внутрипеченочных протоков, холедох 1,2 см.

- 1) Какой диагноз Вы поставите?
- 2) Какова тактика дополнительного обследования и лечения?

Задача № 2

Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3-4 раза в год. Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френикус-симптом. УЗИ при поступлении – желчный пузырь 146х72 мм, стенка желчного пузыря - 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41х32 мм, холедох 6мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.

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

Задача № 3

У больной 65 лет, страдающей приступами желчнокаменной болезни, очередной приступ купировался окончательно. В течение 2 месяцев больная продолжала отмечать тупые ноющие боли в правом подреберье, которые беспокоили ее постоянно. При пальпации в правом подреберье определялось значительных размеров плотноэластическое безболезненное образование с гладкой поверхностью. Симптомов раздражения брюшины не определялось. Температура тела все это время оставалась нормальной, лейкоцитоз отсутствовал, сдвига лейкоцитарной формулы нет. При УЗИ – желчный пузырь 123х63, стенка 4 мм, в области шейки фиксированный конкремент 23х18 мм, холедох 6 мм.

- 1) Ваш диагноз и тактика лечения?

Задача № 4

У больной 46 лет после приема жирной пищи впервые появились сильные

боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и правую лопатку. Поднялась температура тела до $37,8^{\circ}\text{C}$, была многократная рвота. При пальпации правого подреберья определялось дно болезненного желчного пузыря, положительные симптомы Ортнера, Кера, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. При поступлении выполнено УЗИ – желчный пузырь 115×63 мм, стенка 3 мм, в просвете желчного пузыря определяются конкременты. После назначения консервативной терапии состояние улучшилось, температура снизилась до нормы, боли уменьшились, спустя сутки после поступления желчный пузырь перестал пальпироваться, оставалась небольшая болезненность в точке желчного пузыря. При динамическом УЗИ – желчный пузырь 82×59 мм, стенка 3 мм, холедох 8 мм. Однако после купирования болевого приступа у больной появилась иктеричность кожи, показатели билирубина стали нарастать.

1) Ваш диагноз.

2) Каковы должны быть диагностический алгоритм и лечебная тактика?

Задача № 5

Больную 42 лет третий раз за последний год доставляют в клинику с приступом острого холецистита. Последний раз боли в правом подреберье появились два дня назад, за медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. За 3 часа до поступления боли в животе стали носить разлитой характер, больше по правому флангу, отмечает гипертермию до 39°C . Поступила с явлениями раздражения брюшины, которые постепенно нарастают, выраженным лейкоцитозом со сдвигом нейтрофильной формулы влево.

1) Какое осложнение острого холецистита у больной?

2) Какие дополнительные методы инструментальной диагностики необходимо применить для верификации диагноза?

3) Какова лечебная тактика?

5. Постхолецистэктомический синдром

Задача № 1

Больная Н. 62 лет оперирована 30 дней назад по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита, в анамнезе имела место желтуха. Была произведена холецистэктомия «от дна». В желчном пузыре обнаружено большое количество мелких конкрементов. Вследствие наличия выраженного инфильтрата в области гепатодуоденальной связки детальная ревизия холедоха не производилась. Холангиография на операционном столе не выполнялась. Брюшная полость ушита с подведением в подпеченочное пространство страховочного дренажа, который был удален на 6-й день после операции. Состояние больной было удовлетворительным, но на 12 день после операции у нее открылся наружный желчный свищ. Симптомов раздражения брюшины нет. В сутки отделялось до 600-700 мл желчи. Со временем у больной появилась слабость, стали беспокоить поносы, отмечался ахоличный стул. Билирубин крови $120,3$ мкм / л.

1) Какое интраоперационное исследование не выполнено у больной?

2) Что могло послужить причиной образования наружного желчного свища?

3) Какова лечебная тактика?

Задача № 2

Больной С. 79 лет была произведена лапароскопическая холецистэктомия по поводу острого калькулезного флегмонозного холецистита. Диагноз до операции был верифицирован данными УЗИ. На следующий день после операции по страховочному дренажу выделилось 200 мл желчи, появились перитонеальные знаки в правой боковой области живота. При повторной лапароскопии выявлена несостоятельность культи пузырного протока. Выполнена конверсия. При ревизии обнаружено: холедох – 1,3 см, пальпаторно конкрементов не содержит. По данным интраоперационной холангиографии, выявлен стеноз БСДК протяженностью 1,2 см.

1) Причина несостоятельности культи пузырного протока.

2) Дальнейшая тактика.

Задача № 3

Больная С. 52 лет, тучная женщина оперирована по поводу острого гангренозного калькулезного холецистита. Из-за выраженного спаечного процесса и инфильтрата в области шейки пузыря операция сопровождалась значительными техническими трудностями. Выполнена холецистэктомия «от шейки». При пальпации и зондовой ревизии холедоха патологии не выявлено. Во время операции отмечалось подтекание желчи в подпеченочное пространство, источник установлен не был. Операция завершена дренированием подпеченочного пространства. По дренажу в послеоперационном периоде отмечалось незначительное серозное отделяемое с примесью желчи. Дренаж удален на 7 сутки. Больная в удовлетворительном состоянии выписана из стационара на 14 сутки. Через 9 месяцев поступила вновь с клинической картиной холангита, сопровождающегося механической желтухой. При УЗИ выявлено, что гепатикохоледох расширен до 10 мм, имеется дилатация внутрипеченочных желчных протоков, конкрементов не выявлено.

1) Причина развития холангита и дилатации внутри- и внепеченочных желчных протоков.

2) Какая была допущена тактическая ошибка во время операции ?

Задача № 4

Больная В. 47 лет поступила в отделение для выполнения лапароскопической холецистэктомии. В связи с наличием в анамнезе желтухи перед операцией произведена ЭРПХГ – был выявлен «вентильный» камень холедоха. Выполнена типичная ЭПСТ протяженностью 2,5 см. Вечером того же дня у больной появились выраженные опоясывающие боли в эпигастриальной области живота, тошнота, рвота, не приносящая облегчения, вздутие живота.

Симптом Керте положительный. Амилаза крови и мочи повышена.

1) Какое осложнение развилось у больной?

Задача № 5

Больной Г. 60 лет по поводу стеноза БСДК выполнена типичная ЭПСТ. Утром следующего дня больная предъявила жалобы на слабость, головокружение, однократный жидкий черный стул, умеренные боли в правом подреберье. При осмотре: живот незначительно вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье и в подложечной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. АД – 100/60 мм рт.ст. Ps – 90 в минуту, слабого наполнения и напряжения, Hb - 105 г/л, эр. – $2,32 \cdot 10^{12}$ / л, амилаза крови – 128 ед.

1) Какое осложнение развилось?

2) Лечебная тактика.

6. Острый панкреатит

Задача №1

У больного жировым панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания в эпигастриальной области стал определяться плотный, умеренно болезненный, без четких границ инфильтрат. На фоне проводимой консервативной терапии он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания усилились боли, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 96 в минуту, АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, мягкий, в эпигастрии определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитониальные симптомы отрицательные, перистальтика прослушивается. Анализ крови: Hb – 105 г/л, лейкоцитов - 18×10^9 /л, эоз.- 3, п/я – 29, с/я - 52, мон – 8, лимф – 8, СОЭ 48 мм/час.

1) Ваш предположительный диагноз.

2) Какие дополнительные исследования могут уточнить диагноз?

3) Ваша тактика лечения.

Задача №2

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 14-е сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, появилась гектическая температура до $39,5^{\circ}\text{C}$. При осмотре: состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные. Пульс 108 в минуту. Язык сухой. Живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и в левом подреберье, перитониальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гипертермия кожи и отечность поясничной области слева. Симптом Мейо – Робсона резко положительный. Лейкоциты крови 20×10^9 /л.

1) Ваш предположительный диагноз.

2) Какие специальные методы могут уточнить диагноз?

3) Ваша тактика лечения.

Задача №3

Больной 50 лет поступил с клиникой острого панкреатита. При экстренно выполненной лапароскопии в брюшной полости выявлен геморрагический экссудат и «стеариновые пятна» на висцеральной брюшине корня брыжейки поперечно – ободочной кишки.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Ваш план хирургического лечения.

Задача №4

Больной 37 лет доставлен через 12 часов с момента появления многократной рвоты желчью и резких опоясывающих болей в верхней половине живота. Заболевание связывает с приемом алкоголя и жирной пищи. При осмотре: состояние тяжелое, бледность кожных покровов, акроцианоз, живот вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, резко болезненный в эпигастральной области. Перкуторно – укорочение звука в отлогих местах живота. Положительные симптомы Щеткина – Блюмберга и Мейо – Робсона. Пульс – 96 в минуту, слабого наполнения. Температура 37,2°C. АД – 95/60 мм рт. ст. Лейкоциты $17 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
- 3) Ваши лечебные мероприятия и их обоснование.

Задача №5

У больного 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи появились боли опоясывающего характера в верхних отделах живота, многократная рвота. Больной в течение 6 лет страдает язвенной болезнью желудка. При осмотре: живот не вздут, участвует в акте дыхания всеми отделами, умеренно напряжен и болезненный в эпигастральной области. Пульс – 96 в минуту. Температура 37,2°. АД – 125/90 мм рт. ст. Лейкоциты $17 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

7. Кишечная непроходимость

Задача №1

Больной 42 лет, оперированный 2 года назад по поводу разрыва селезенки, поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе, возникшую 2 часа назад, частые позывы на рвоту. Боли носят схваткообразный характер. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен, громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальные симптомы сомнительные, выражено напряжение

мышц передней брюшной стенки. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Есть ли необходимость в дополнительных исследованиях больного?
- 3) Лечебная тактика.

Задача №2

Больная 25 лет поступила в клинику с жалобами на схваткообразные, сильные боли внизу живота. Больная беспокойна, стремится изменить положение тела, пониженного питания. Язык влажный. Пульс - 68 в минуту. Живот вздут, мягкий. В правой половине мезогастрия при пальпации определяется плотно-эластическое образование 6х8 см. Хирургом приемного отделения поставлен диагноз илеоцекальной инвагинации. Больная экстренно оперирована. Во время операции в терминальном отделе подвздошной кишки обнаружено продолговатое образование диаметром 5 см с неровной фрагментированной плотно - эластической поверхностью, не связанное со стенкой кишки. Приводящий отдел резко расширен. Ободочная кишка спавшаяся.

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

Задача №3

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

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

Задача №4

Больная 56 лет оперируется в экстренном порядке по поводу острой

кишечной непроходимости. Компенсирована, тяжёлой сопутствующей патологии в дооперационном периоде не выявлено. До операции подозревалась острая спаечная кишечная непроходимость, но во время ревизии органов брюшной полости выяснилось, что непроходимость вызвана опухолью сигмовидной кишки. Опухоль размерами 5,0х4,0х4,0 см циркулярно суживает просвет кишки, прорастает серозную оболочку, подвижна, не связана с окружающими органами. Ниже её кишка спавшаяся. Тонкая и ободочная кишки до опухоли переполнены газом и содержимым.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) На что необходимо обратить внимание хирургу при проведении ревизии брюшной полости в данном случае?
- 3) Какое оперативное пособие показано?

Задача №5

Больной Н. 32 лет находится на лечении в травматологическом отделении по поводу компрессионного перелома позвоночника без неврологических нарушений. Из анамнеза: трое суток назад упал с высоты 3 этажа. Жалобы на отсутствие отхождения стула и газов в течение трёх дней, вздутие живота, умеренные боли в животе. Состояние средней степени тяжести. Рs – 72 в 1 мин. Живот умеренно вздут, асимметрии нет, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, равномерно болезненный во всех отделах. Перитонеальных знаков и мышечного напряжения нет.

- 1) Диагноз.
- 2) С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
- 3) Какие исследования необходимо провести?
- 4) Лечебная тактика.

8. Заболевания ободочной кишки

Задача №1

У больного 64 лет, страдающего гипертонической болезнью I степени, при фиброколоноскопии обнаружены множественные полипы (около 30) левой половины ободочной кишки, размерами от 0.3х0.3 до 0.8х1.0 см. Из одного полипа наблюдается кровотечение.

- 1) Как лучше остановить кровотечение?
- 2) О каком заболевании следует думать у данного больного?
- 3) В каком лечении нуждается больной?

Задача №2

В клинику поступила больная 75 лет с obturационной кишечной непроходимостью, вызванной раком сигмовидной кишки 3 степени.

- 1) Какая ей показана экстренная операция?

Задача №3

Больной, поступивший в клинику, жалуется на сильные боли в левой половине живота, многократные рвоты, тошноту, потерю веса на 13 килограммов за последние 2 месяца. При осмотре хирург выявил опухолевидное образование до 5 см в левой мезогастральной области, плотное, малоподвижное.

- 1) Какой диагноз необходимо поставить?
- 2) Какие инструментальные методы обследования необходимо выполнить?
- 3) Какова тактика лечения?

Задача №4

Выполнялась операция женщине 57 лет по поводу гигантской вентральной грыжи. Во время операции выявлен некроз жирового подвеса ободочной кишки.

- 1) Что должен предпринять хирург в данной ситуации?

Задача №5

Больная 63 лет длительно страдает запорами, беспокоят вздутие живота, потеря веса.

- 1) Какие методы исследования толстой кишки необходимо назначить?

9. Заболевания прямой кишки

Задача №1

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 часа. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах. В возрасте 28 лет перенесла дизентерию.

- 1) Для какого заболевания характерны указанные жалобы?
- 2) Какие дополнительные методы исследования следует провести данной больной?
- 3) С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- 4) Какое значение для этого заболевания имеет перенесенная дизентерия?

Задача №2

Больному 61 год. 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.

- 1) О каком заболевании прежде всего нужно думать?

- 2) Укажите стадию заболевания.
- 3) Больному показано консервативное или хирургическое лечение?
- 4) Перечислите основные виды оперативных пособий при этом заболевании.

Задача №3

У больного 60 лет диагностирован рак прямой кишки на расстоянии 14 см от ануса, обтурирующий просвет, и метастазы в правой доле печени.

- 1) Укажите стадию заболевания по TNM-классификации
- 2) Какое осложнение имеет место?
- 3) Какое паллиативное оперативное лечение может быть выполнено?

Задача №4

Больная 54 лет обратилась с жалобами на тупые боли в глубине промежности, усиливающиеся при ходьбе и физической нагрузке, повышенную температуру тела до 39-40⁰С в течение недели. При осмотре обращает внимание ассиметрия ягодичных областей.

- 1) О каком заболевании следует думать?
- 2) Наиболее ценный метод диагностики.
- 3) Метод лечения.

Задача №5

Больной 63 лет обратился с жалобами на выпадение прямой кишки при акте дефекации и физической нагрузке, самостоятельно не вправляется, вправляется только рукой.

- 1) Укажите стадию заболевания.
- 2) Метод лечения.

10. Перитонит

Задача №1

Больная Л. 54 лет обратилась в приёмное отделение хирургического стационара через 14 суток от момента заболевания. Заболевание развилось на фоне полного благополучия с возникновения болей в подложечной области, затем боли переместились в правую подвздошную область, сопровождались тошнотой, сухостью во рту, однократной рвотой. За медицинской помощью не обращалась, занималась самолечением. Через 10 суток от момента заболевания присоединился понос до 3 - 4 раз в сутки, гипертермии – 38,2⁰С. Госпитализирована в инфекционную больницу, где заподозрен диагноз острой кишечной инфекции, начата терапия. Улучшения состояния не наступило. Направлена на консультацию хирурга. Состояние средней степени тяжести. Рс – 88 в 1 мин., АД – 130/80 мм рт. ст. В правой подвздошной области определяется болезненное опухолевидное образование размерами 8,0х8,0х6,0 см плотноэластической консистенции. Симптомы раздражения брюшины

отрицательны. Лейкоциты крови – $12,0 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Больная госпитализирована в хирургическое отделение, назначены анальгетики, антибактериальная терапия. Ночью остро возникли интенсивные боли по всему животу. При осмотре – живот резко болезненный и напряжённый во всех отделах, положителен симптом Щёткина – Блюмберга.

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

Задача №2

Больной А., 43 г., страдающий язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, почувствовал интенсивные боли в верхних отделах живота. Обратился за медицинской помощью. Осмотрен хирургом, проведено обследование. Выполнены: рентгенография брюшной полости на свободный газ, УЗИ брюшной полости, анализ крови и мочи. Патологии не выявлено. Диагноз – обострение язвенной болезни ДПК. Направлен на лечение к гастроэнтерологу. Назначена противоязвенная терапия. Кратковременное улучшение состояния. Сохраняющийся болевой синдром, повышение температуры до $38,2^{\circ}\text{C}$, тошнота и рвота заставили пациента вновь, на 3 сутки от начала заболевания, обратиться к хирургу. Состояние тяжёлое. Кожа и видимые слизистые бледной окраски. Р – 124 в 1 мин. АД – 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот вздут. В акте дыхания участия не принимает. При пальпации болезненный и напряжённый во всех отделах. Положителен симптом Щёткина – Блюмберга по всему животу. Перкуторно печёночная тупость отсутствует, определяется тимпанит, притупление в отлогих местах. При аускультации выслушиваются патологические кишечные шумы – «шум падающей капли».

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

Задача №3

На операции у пациента М. 53 лет, оперируемого в экстренном порядке, выявлены следующие изменения. Париетальная и висцеральная брюшина гиперемирована, отёчна, петли тонкой кишки значительно переполнены газом и жидким содержимым, покрыты наложениями фибрина, в брюшной полости во всех отделах около 500,0 мл. гнойно – фибринозного выпота. Червеобразный отросток изменён гангренозно, на верхушке имеется перфорационное отверстие до 0,5 см в диаметре, между петлями тонкой кишки обнаружены три межкишечных абсцесса по 50,0 мл гноя.

- 1) Ваш интраоперационный диагноз.

- 2) Какую тактику необходимо избрать хирургу?
- 3) Что необходимо применить для декомпрессии кишечника?
- 4) Каким способом необходимо завершить операцию?

Задача №4

Больной доставлен в отделение с жалобами на грыжевое выпячивание и боли в правой паховой области, задержку газов и 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. От предлагаемого ранее оперативного лечения отказывался. В течение 10 лет язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Последнее обострение - 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 обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, напряжен, резко болезненный во всех отделах, симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Кишечные шумы резко ослаблены. В правой подвздошной области имеется грыжевое выпячивание 8х7х6 см, напряженное, резко болезненное при пальпации, не вправляемое в брюшную полость.

- 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?

Задача №5

Больная 36 лет доставлена в хирургический стационар с жалобами на постоянные, постепенно нарастающие боли внизу живота, возникшие у больной среди полного здоровья 8 часов назад. Объективно: определяются умеренное вздутие живота, разлитая болезненность в нижних отделах, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки. Сомнительный симптом Щёткина – Блюмберга. Пульс - 100 в минуту. Лейкоцитоз – $15,0 \times 10^9/\text{л}$.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) План обследования для подтверждения диагноза.
- 3) План лечения.

11. Заболевания молочной железы

Задача №1

Больная 35 лет жалуется на покраснение и уплотнение соска. При осмотре сосок и часть ореолы покрыта мокнущими корочками и струпиками, при sluшивании которых обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотен на ощупь. Регионарные лимфоузлы без патологии.

- 1) Какое заболевание вы заподозрили у больной?
- 2) Как уточнить диагноз?
- 3) Как лечить больную?

Задача №2

Женщина 28 лет жалуется на наличие образования в левой подмышечной области, которое в период менструального цикла становится более плотным и слегка болезненным. Образование округлой формы диаметром 4 см, мягкоэластической консистенции, имеет дольчатое строение.

- 1) Какой может быть поставлен диагноз?
- 2) Что следует предпринять?

Задача №3

У кормящей женщины через 4 недели после родов появились колющие боли в молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39°C, появились головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации вся железа болезненна, плотновата, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Какова тактика лечения больной?

Задача №4

У женщины 30 лет поставлен диагноз: «Рак правой молочной железы IIb стадии».

- 1) Как лечить больную?

Задача №5

У женщины 30 лет, ни разу не беременевшей, появились болезненные ощущения в молочных железах, усиливавшиеся перед менструацией. Железы стали набухать, а из сосков появились выделения серо – зеленого цвета. Молочные железы имели грубо дольчатое строение, а в верхне - наружном квадранте железы обнаруживается мелкая зернистость. После месячных болезненные ощущения заметно уменьшались, а затем появлялись вновь перед месячными.

- 1) Какой может быть поставлен диагноз?
- 2) Как лечить больную?

12. Заболевания щитовидной железы

Задача №1

Больная, оперированная полгода назад по поводу тиреотоксического зоба, пришла на прием с жалобами на слабость, сонливость, упадок сил, прогрессирующее прибавление массы тела (30 кг). При осмотре обращала на себя внимание пастозность, одутловатость лица, сухость и грубость кожи. Щитовидная железа не увеличена. Послеоперационный рубец в хорошем состоянии. ТТГ – 30мМЕ.

- 1) Что произошло с больной?
- 2) Как ее нужно лечить?

Задача №2

У больной 51 года 15 лет назад был диагностирован узловой эутиреоидный зоб размером 3×3 см. Все годы образование не причиняло ей никакого беспокойства. За последние 3 месяца образование увеличилось вдвое. При пальпации поверхность образования неровная, консистенция плотная. Образование ограничено в подвижности. Лимфатические узлы по ходу левой кивательной мышцы увеличены и плотны.

- 1) Какой вы поставите диагноз?
- 2) Как можно его подтвердить?
- 3) Как будете лечить больную?

Задача №3

У больной, оперированной по поводу диффузного зоба с явлениями тиреотоксикоза средней тяжести, на следующий день после операции появились парестезии в области кончиков пальцев рук, чувство ползания мурашек. Затем появился симптом «руки акушера», боли в мышцах предплечий.

- 1) О каком состоянии следует думать?
- 2) Как можно уточнить ваше предположение?
- 3) Чем можно помочь больной?

Задача №4

Больная 36 лет обнаружила опухолевидное образование на передней поверхности шеи. Никаких жалоб не предъявляет. Образование появилось 5 лет назад, когда больная проживала на Северном Кавказе, и оно постепенно медленно увеличивается. На УЗИ - солидное образование в левой доле - 8×7 см. При осмотре больная хорошего питания. Пульс 78 в минуту. Тоны сердца чистые. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации овальной формы, плотноватой консистенции образование с гладкой поверхностью, размером 10×8 см, безболезненное, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены. Т4 – 1,0; Т3 – 1,5; ТТГ – 2,0.

- 1) Ваш диагноз.
- 2) Тактика лечения.

Задача №5

На вечернем обходе ваше внимание привлекла больная, которой утром была сделана тиреоидэктомия по поводу тиреотоксического зоба. Больная жаловалась на слабость, распирающие боли в левой половине шеи, затруднение глотания. При снятии повязки определялась значительная асимметрия шеи за счет выраженной припухлости левой ее половины, мягкой консистенции. При

надавливании на нее в области выпускника появилось небольшое кровянистое отделяемое.

- 1) Какое осложнение возникло у больной и почему?
- 2) Какую помощь следует оказать больной?

Экзаменационные задания переработаны и утверждены на заседании кафедры, протокол № 1 от «30» августа 20 24 г.

И.о. зав. кафедрой факультетской
хирургии, к.м.н., доцент

Е.В. Печёнкин