

Задача № 1

Пациент 29 лет доставлен бригадой «скорой помощи» на 3 сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Пациент вял, адинамичен, с трудом вступает в контакт, не может сообщить о начале и течении заболевания. Температура тела – 39,20 С, Артериальное давление 80/40 мм.рт.ст., ЧДД - 36 в минуту. Язык сухой, обложен грязно-серым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Перистальтика отсутствует. Определяются симптомы раздражения брюшины.

- Вопрос:** 1. Какой диагноз следует поставить больному?
2. Определите алгоритм действий врачей дежурной бригады.
 3. В каком объеме оперативного лечения нуждается пациент?
 4. Какой этап оперативного лечения является профилактикой развития ранней спаечной кишечной непроходимости?
 5. Чем закончить операцию при неуверенности в адекватной санации брюшной полости при первичной операции?

Задача № 2

В хирургическое отделение поступил больной, 40 лет, через 3 суток от начала заболевания. При поступлении предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, над лоном, левой подвздошной области, тошноту, сухость во рту.

Из анамнеза известно, что боли начались в эпигастрии, через несколько часов переместились в правую подвздошную область. Самостоятельно лечился приемом спазмолитиков, обезболивающих препаратов – без выраженного положительного эффекта. Спустя несколько часов боли распространились на все нижние отделы живота.

При осмотре общее состояние больного тяжелое, в сознании, кожные покровы пониженной влажности, язык сухой. Пульс 94 уд/мин, АД 110/80 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, напряжен в нижних отделах. Пальпация в нижних отделах резко болезненна, определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

В ходе диагностической лапароскопии получена следующая картина:



Вопрос:

1. Поставьте предварительный диагноз и укажите хирургическую тактику у данного пациента.
2. Обоснуйте характер и объем предоперационной подготовки в данном случае.
3. Обоснуйте выбор доступа для выполнения хирургического вмешательства.
4. Выберите способ дренирования брюшной полости применительно к данному случаю.
5. Назначьте послеоперационное лечение.

Задача № 3

Пациент 32 лет доставлен в приемное отделение в состоянии алкогольного опьянения.

Из анамнеза известно, что около 2 часов назад был сбит автотранспортным средством, домой добрался самостоятельно, однако состояние прогрессирующе ухудшалось.

При осмотре в отделении состояние средней тяжести, заторможен. Очаговая неврологическая симптоматика отсутствует. Костно-суставных повреждений нет. Обширная внутрикожная гематома передней поверхности бедер и передней брюшной стенки. Температура тела $-37,2$ гр.С, АД - 100/60 мм.рт.ст., ЧДД - 26 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот резко болезненный при пальпации во всех отделах. Выражены напряжение мышц и симптомы раздражения брюшины. Перистальтика вялая, не мочился.

При лабораторном исследовании:

Уровень гемоглобина крови 120 гр/л.

Уровень лейкоцитов крови 12 тыс.

Вопрос:

1. Какой диагноз следует предположить у больного?
2. В каком отделении следует находиться больному?
3. Выберите необходимые неинвазивные и инвазивные методы обследования, которые нужно выполнить больному для верификации диагноза?
4. Выберите дальнейшую лечебную тактику с учетом данных обследования.

Задача № 4

Женщина 60 лет, длительно страдающая хроническими запорами, после непривычно интенсивной физической нагрузки (переносила тяжести) внезапно почувствовала резкую схваткообразную боль в левой половине живота с иррадиацией в поясницу, тошноту, слабость.

Пациентка обратилась за помощью к врачу «скорой помощи», которым было высказано предположение о левосторонней почечной колике, введены спазмолитические и обезболивающие средства, после чего интенсивность болей несколько уменьшилась, и пациентка от предложенной госпитализации отказалась.

Однако в течение последующего короткого промежутка времени боль вновь усилилась и приобрела постоянный нарастающий характер, появилась рвота желудочным содержимым с примесью желчи, вздутие живота.

Пациентка повторно обратилась за помощью к врачу «скорой помощи».

При поступлении спустя 6 часов от начала заболевания состояние больной тяжелое, температура тела – 37,9 гр.С, АД - 90/60 мм.рт.ст., ЧДД - 28 в минуту. Кожный покров бледный, сухой. Язык сухой, обложен серым налетом по краям. Отмечается асимметрия живота за счет умеренного вздутия его левых отделов. Болезненность при пальпации и напряжение мышц по всему животу. При аускультации живота, отмечается вялая перистальтика вялая, определяется «шум плеска». При перкуссии живота определяется высокий тимпанический звук в верхних отделах живота, левом мезогастрии. Кишечные газы не отходят. Стул был скудный перед появлением болей в животе. Больной выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости (см. фото).

Вопрос:

1. Определите характер заболевания у пациентки?
2. Какие диагностические мероприятия следует предпринять?
3. Выберите дальнейшую тактику лечения пациентки.
4. Какие мероприятия следует применить на начальном этапе лечения?
5. Определите предполагаемый объем оперативного вмешательства?

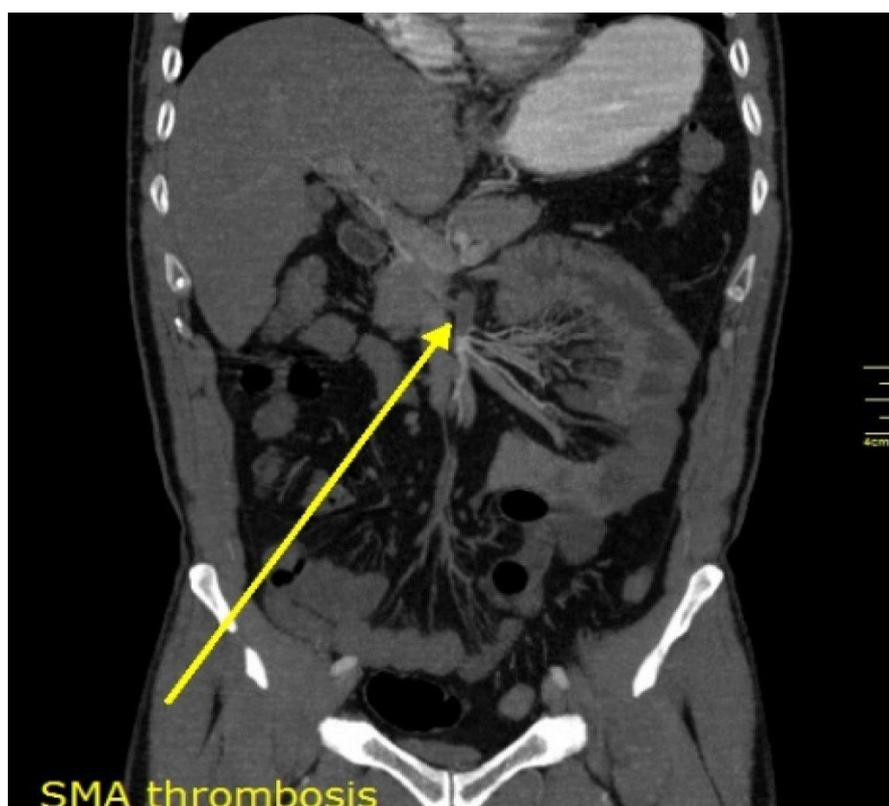


Задача № 5

Пациентка 64 лет, страдающая ревматическим митральным пороком сердца, постоянной формой мерцательной аритмии, вечером после незначительной физической нагрузки отметила появление резких болей в верхних отделах живота и тошноту. Однократно была рвота желудочным содержимым и скудный жидкий стул. Всю ночь больная была беспокойна, не спала, боль нарастала, приняла постоянный ноющий характер, распространилась по всему животу. На следующий день бригадой «скорой помощи» больная была доставлена в хирургическое отделение.

Состояние тяжелое, заторможена, выраженная слабость, тошнота, икота, отрыжка с каловым запахом. Кожные покровы землистосерого цвета, температура тела 38,0 гр.С, АД - 100/60 мм.рт.ст., пульс 114 ударов в минуту, ЧДД 28 в минуту. Живот увеличен в объеме, При аускультации перистальтика кишечника не выслушивается. При перкуссии живота определяется тимпанит, в отлогих местах притупление перкуторного звука. При пальпации живот болезненный и напряженный во всех отделах. Симптом раздражения брюшины – положительный во всех отделах живота.

При исследовании прямой кишки ампула пустая, на перчатке следы стула с примесью темной крови. Выполнено МСКТ исследование.



Вопрос:

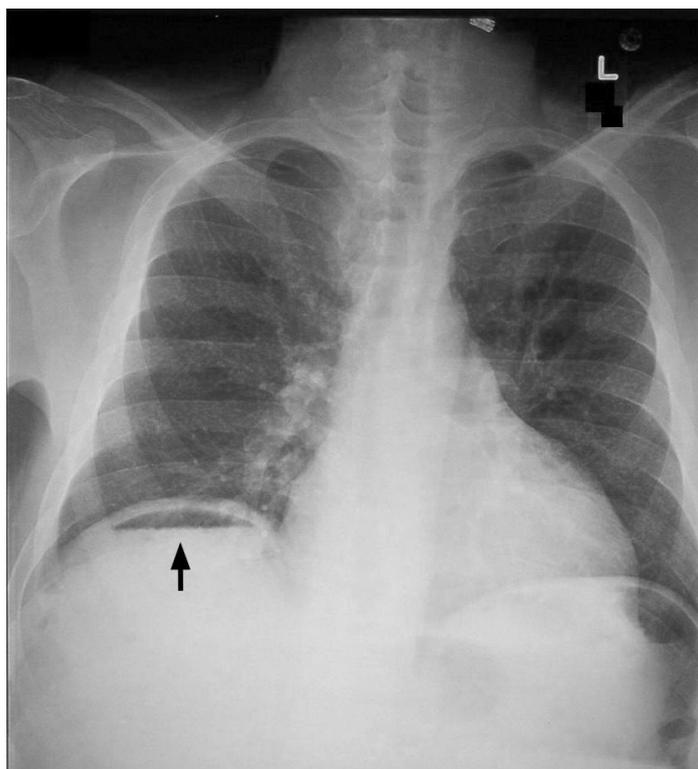
1. Укажите Ваш предположительный диагноз?
2. Какое заболевание могло стать причиной данного осложнения?
3. Какие методы обследования можно использовать при данной патологии?
4. Какой метод обследования позволит определить окончательный объем оперативного вмешательства у данной пациентки?
5. Какие особенности оперативного вмешательства при данной патологии?

Задача № 6

В приемное отделение доставлен больной, 40 лет, через 3 суток от начала заболевания с жалобами на разлитые, постоянные боли во всех отделах живота, многократную рвоту, вздутие живота, отсутствие стула в течение 2-х последних суток, отсутствие отхождения газов, повышение температуры тела до 39 гр. С, резкую слабость.

Заболевание началось с внезапно возникших интенсивных болей в эпигастрии (как от удара кинжалом). За медицинской помощью не обращался. В анамнезе у больного ночные и голодные боли в течение последнего месяца, злоупотребление алкоголем.

При поступлении состояние крайне тяжелое, больной заторможен, черты лица заострены. Кожные покровы бледные, сухие. Температура тела 38,5 °С. В легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах. Тахипноэ до 24 уд./мин, дыхание поверхностное. Тоны сердца ритмичные, глухие, ЧСС 120 в мин. АД 90/50 мм рт. ст. Живот равномерно вздут и напряжен во всех отделах. При поверхностной пальпации определяются симптомы раздражения брюшины во всех отделах. Перкуторно: притупление звука в отлогих местах живота, отмечается уменьшение размеров печеночной тупости. Олигурия. Пациенту выполнена рентгенография органов брюшной полости – см. фото.



Вопрос:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Расскажите классификацию перитонита согласно стадиям течения процесса?
3. Назначьте комплекс обследования на уровне приемного отделения.
4. Определите дальнейшую тактику ведения больного.
5. Выберите объем оперативного вмешательства у данного пациента.

Задача № 7

Пациентка, 30 лет, поступила в приемное отделение спустя 4 суток от начала заболевания, когда появились тянущие слабоинтенсивные боли над лоном, которые затем распространились в левую и правую подвздошную область. Боли носят постоянный характер, иррадиируют в прямую кишку.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Температура 38,8 °С. В легких дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, пульс 92 уд./мин. Язык влажный, обложен. Живот вздут в нижних отделах, в акте дыхания участвует. При аускультации выслушиваются слабые перистальтические шумы. При перкуссии определяется тимпанический звук в левых мезогастральной и подвздошной областях. При пальпации отмечается напряжение мышц в нижних отделах, положительный симптом раздражения брюшины. Стул был двое суток назад. Мочеиспускание не нарушено, однако, урежено.

При пальцевом исследовании прямой кишки отмечается болезненность стенок прямой кишки. Ампула прямой кишки пуста.

При влагалищном исследовании так же отмечается болезненность и «нависание» стенок влагалища.

При диагностической лапароскопии получена следующая картина -



Вопрос:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию перитонита согласно этиологическому фактору, укажите источники микробного обсеменения брюшины при вторичных перитонитах.
3. Назначьте план обследования?
4. Укажите хирургическую тактику, обоснуйте выбор доступа при проведении оперативного вмешательства?
5. Укажите предполагаемый источник перитонита и возможный объем операции?

Задача № 8

Пациент 55 лет доставлен в приемное отделение клиники с жалобами на грыжевое выпячивание и боли в правой паховой области, задержку газов и стула.

Заболел остро, около 8 часов назад, когда без видимой причины появились острые боли в эпигастрии, тошнота, была однократная рвота.

Из анамнеза известно, что пациент в течение 3 лет страдает правосторонней паховой грыжей. От предлагаемого ранее планового оперативного лечения отказался.

Так же из анамнеза известно, что пациент около 10 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в связи с чем, наблюдается гастроэнтерологом поликлиники. Последнее обострение заболевания отмечалось 2 месяца назад, было обусловлено нарушением диеты. Пациент лечился амбулаторно. По данным контрольного ЭГДС - язва в стадии рубца.

Примерно за неделю до настоящего заболевания, пациент стал отмечать появление горечи во рту, изжогу, по ночам голодные боли в эпигастрии.

При осмотре состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс - 110 в минуту. АД - 90/60 мм.рт.ст. Язык сухой, 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 8 x 7 x 6 см (см. фото), напряженное, при пальпации плотно-эластической консистенции, резко болезненное и невправимое в брюшную полость. Определить наличие симптома «кашлевого толчка» из-за сильных болей не представляется возможным.



Вопрос:

1. Укажите Ваш предположительный диагноз?
2. Какое осложнение основного заболевания развилось у больного? Что такое грыжа Брока?
3. Какие исследования следует произвести для его подтверждения?
4. Укажите этапы лечения данного пациента?
5. Определите объем предполагаемого оперативного пособия?

Задача № 9

Мужчина, 39 лет после интенсивной физической нагрузки накануне вечером проснулся среди ночи от сильных болей в животе постоянного характера, сопровождавшихся повторяющейся рвотой. Утром был госпитализирован в хирургический стационар.

При осмотре состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Пульс слабого наполнения, 112 в минуту. Артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Температура нормальная. Больной беспокоен, все время меняет положение. Кричит от болей. Рвота продолжается, рвотные массы приобрели каловый запах.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот асимметрично вздут в правой половине, в левой подвздошной области отмечается западание передней брюшной стенки. При аускультации перистальтические шумы кишечника не определяются, так же отмечается наличие «шума плеска» в отлогих местах живота.

При перкуссии определяется высокий тимпанический звук в левой подвздошной области и притупление перкуторного звука в отлогих местах.

При пальпации живота - напряжение мышц определяется во всех отделах.

В левой подвздошной области нечетко пальпируется образование размером примерно 10x10 см плотноэластической консистенции, крайне болезненное при пальпации. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный во всех отделах живота. Стула не было с момента заболевания, газы не отходят. С момента заболевания пациент не мочился.

При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер зияет, ампула прямой кишки пуста. Пациенту выполнена лапаротомия в экстренном порядке (см. фото).



Вопрос:

1. Укажите предварительный диагноз?
2. Какие осложнения заболевания развились у больного?
3. Какие симптомы можно выявить у пациента?
4. Какие обследования следует провести больному и что мы можем на них обнаружить?
5. Определитесь с тактикой ведения пациента и возможным объемом оперативного вмешательства в зависимости от интраоперационной картины.

Задача № 10

В хирургическом отделении находится пациентка 35 лет, которой 5 дней назад была произведена операция – аппендэктомия по поводу гангренозного аппендицита, перитифлита, местного серозно – фибринозного перитонита.

На операции брюшная полость была ушита наглухо, хотя культю червеобразного отростка надежно погрузить в кисетный и Z – образный шов не удалось, в связи с выраженными явлениями перитифлита.

После операции температура тела была субфебрильная, в последние 2 дня стала повышаться к вечеру до 38 – 39,5 °С и сопровождалась ознобами, появились боли внизу живота, тенезмы, выросла общая слабость и апатия.

При исследовании *per rectum* определяется зияние ануса, «нависание» и болезненность передней стенки прямой кишки.

При исследовании *per vaginum*: «нависание» заднего свода влагалища, резкая болезненность при смещении матки.

Вопрос:

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. В чем вы видите наиболее вероятную причину возникновения заболевания?
3. Какие ошибки были допущены хирургом во время оперативного вмешательства?
4. Назначьте дополнительные методы обследования для уточнения диагноза. Ожидаемые результаты.
5. Определите хирургическую тактику и этапы оперативного вмешательства при данной патологии.

Задача № 11

В хирургическом отделении находится пациент, 63 лет, которому неделю назад произведена операция аппендэктомия по поводу острого гангренозного перфоративного аппендицита, диффузного перитонита.

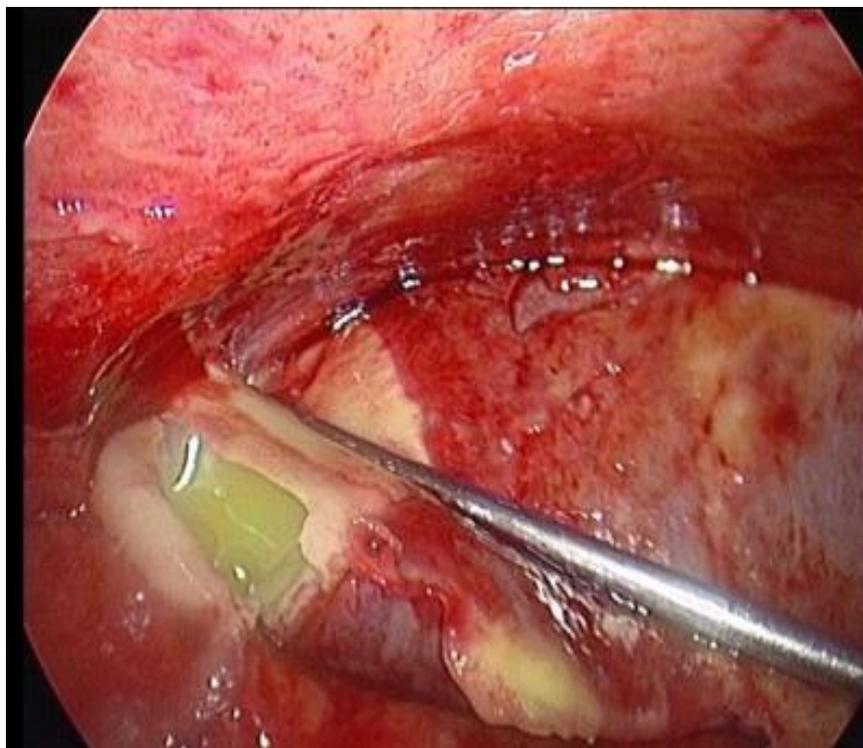
Послеоперационный период протекал удовлетворительно. На 3 сутки удалены дренажи из брюшной полости.

На 5 сутки вновь отметил появление тупых болей внизу живота, гипертермии к вечеру до 38 – 39,5 °С и с ознобом. Появилось и стало нарастать вздутие живота. Несколько раз отмечался жидкий стул.

Живот мягкий, не вздут. В мезогастрии нечетко пальпируется объемное образование, мягко-эластической консистенции, малосмещаемое при пальпации, умеренно болезненное, размерами 8 × 6 см. Симптомов раздражения брюшины нет.

При пальцевом исследовании прямой кишки патологии не выявлено.

В анализах крови отмечается нарастание лейкоцитоза до $19 \times 10^9/\text{л}$, сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Выполнена диагностическая лапароскопия (см. фото).

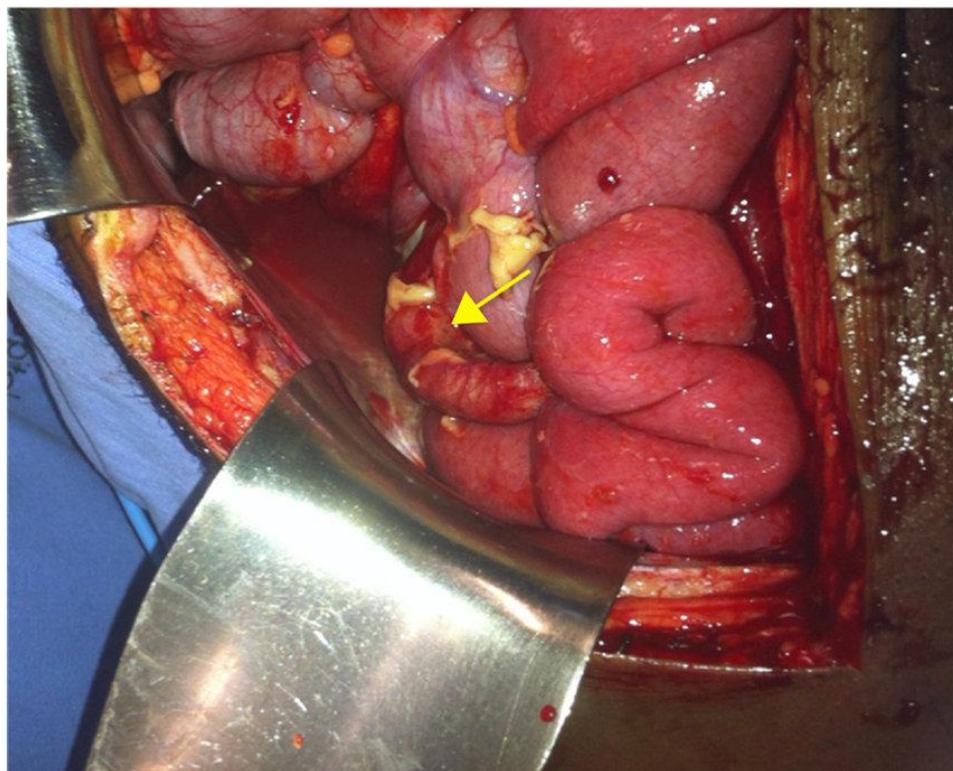


Вопрос:

1. Какое осложнение послеоперационного периода развилось у больного?
2. Назовите наиболее вероятные причины развития данного осложнения?
3. Укажите план диагностических мероприятий с результатами исследований?
4. Назовите методы хирургического лечения данной патологии?
5. Назначьте больному послеоперационное лечение.

Задача № 12

На операции у пациента 50 лет, оперируемого в экстренном порядке, при ревизии брюшной полости 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 600 мл гнойно — фибринозного выпота. Червеобразный отросток видоизменен, отмечаются налеты фибрина на верхушке имеется перфоративное отверстие до 0,5 см в диаметре, из которого при осмотре поступает гнойное отделяемое (см. фото). Между петлями тонкой кишки обнаружены три межкишечных абсцесса по 50,0 мл гноя.



Вопрос:

1. Сформулируйте Ваш интраоперационный диагноз?
2. Определите объем оперативного вмешательства?
3. Сколько дренажей необходимо оставить в брюшной полости?
4. Что необходимо применить для декомпрессии кишечника?
5. Каким способом необходимо завершить операцию с учетом интраоперационной картины?