

Задача № 2

Женщина, 40 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, повторную обильную рвоту с примесью желчи. Болеет в течение трех дней. Несколько лет назад перенесла открытую холецистэктомию из доступа в правом подреберье по поводу хронического калькулезного холецистита.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 110 в минуту, АД 90/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот асимметричен, умеренно болезненный. Над выбухающим отделом определяется высокий тимпанит, при сукуссии над ним выслушивается «шум плеска». Перистальтика кишечника усилена, резонирующая. Перитонеальные симптомы отрицательны. Выполнена обзорная рентгенография живота (Рис. 1).

Вопросы:

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Чем объясняется шум плеска, определяемый при сукуссии?
3. Какие изменения видны на рентгенограмме?
4. Какие расстройства гомеостаза, имеющиеся у пациентки нужно корректировать?
5. Нужна ли больной операция?
6. Если Вы решите больную оперировать, как долго следует проводить предоперационную подготовку?
7. Если воздержитесь от операции, то как предполагаете лечить больную?

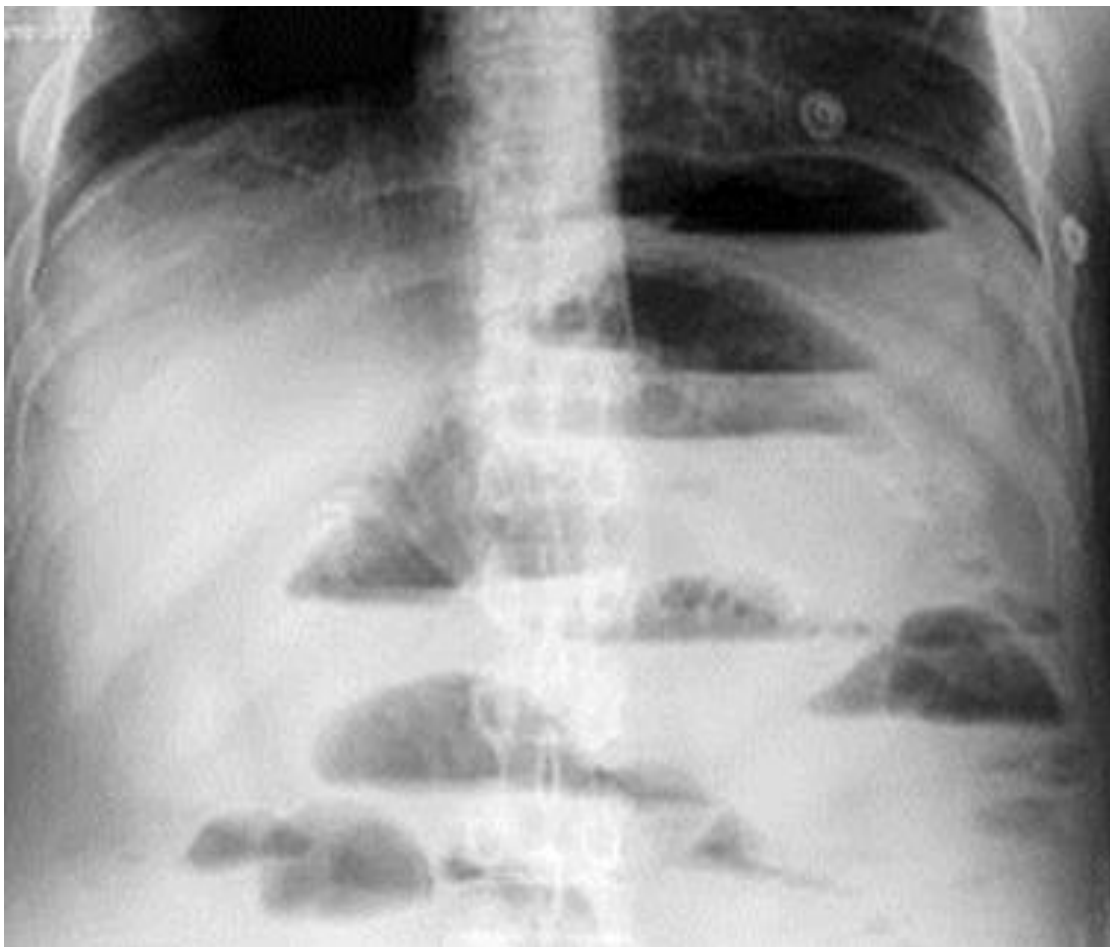


Рис. 1

Задача №7

Больной С., 49 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе, рвоту с «каловым» запахом. Заболел остро 3 дня назад. Боли вначале носили схваткообразный характер, затем стали постоянными. В анамнезе – операция по поводу закрытой травмы брюшной полости.

Объективно: общее состояние тяжёлое, пульс – 120 в мин. АД – 80/60 мм рт. ст. Дыхание в лёгких ослаблено. Язык сухой. Живот в акте дыхания не участвует, вздут, напряжён, резко болезненный. Симптом Щёткина-Блюмберга – положительный во всех отделах. Газы не отходят, стула нет.

Per rectum: ампула прямой кишки пустая, раздута, сфинктер зияет.

Выполнена обзорная Р-графия брюшной полости (Рис. 1).

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назначьте план обследования больного.
3. Какова причина тяжёлого состояния больного?
4. Нужно ли больного оперировать?
5. Если «да», то необходима ли предоперационная подготовка?
6. Если «нет», то какое Вы будете проводить лечение?

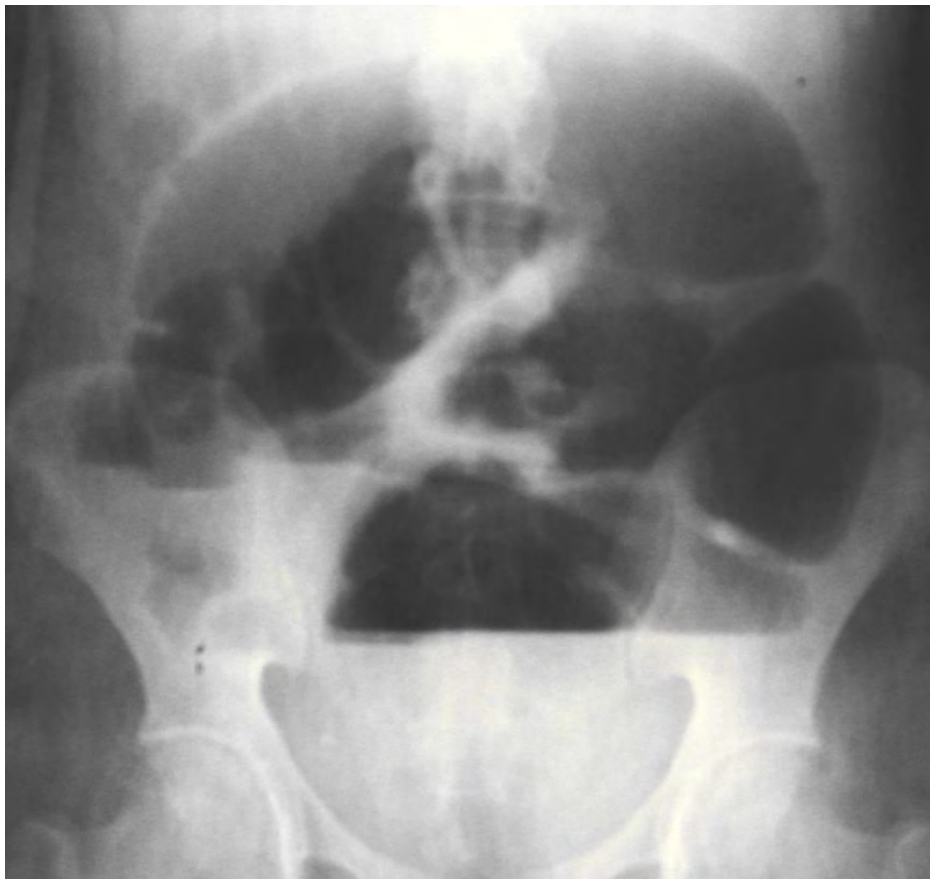


Рис. 1

Задача №9

Больная, 68 лет, поступила в больницу с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов, вздутие живота. Указанные симптомы появились 3 дня назад. В последующем присоединилась рвота.

Последние два года беспокоят запоры, регулярно принимает слабительные.

Объективно: состояние средней тяжести. PS – 92 в минуту, АД – 140/90 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой половине. Перкуторно – тимпанит во всех отделах. При аускультации перистальтика ослаблена. Определяется «шум плеска». Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При ректальном исследовании ампула пустая.

После инфузионной терапии состояние больной несколько улучшилось. Во время сифонной клизмы отошли и каловые массы. Выполнены эндоскопическое (Рис. 1) и рентгенологическое исследования (Рис. 2).

Вопросы:

1. Какой вид эндоскопического исследования выполнен больной? Опишите обнаруженные изменения.
2. Какое рентгенологическое исследование проведено больной? Укажите обнаруживаемые изменения.
3. Нужно ли оперировать больную?
4. Если – «да», то когда, под каким обезболиванием, каким доступом?
5. Какие возможные варианты оперативного вмешательства в зависимости от операционных находок возможны?
6. Можно предотвратить рецидив непроходимости без прямого вмешательства на брюшной полости?

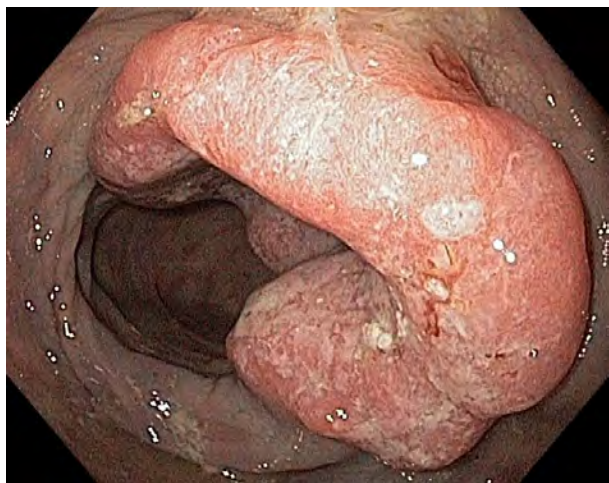


Рис. 1

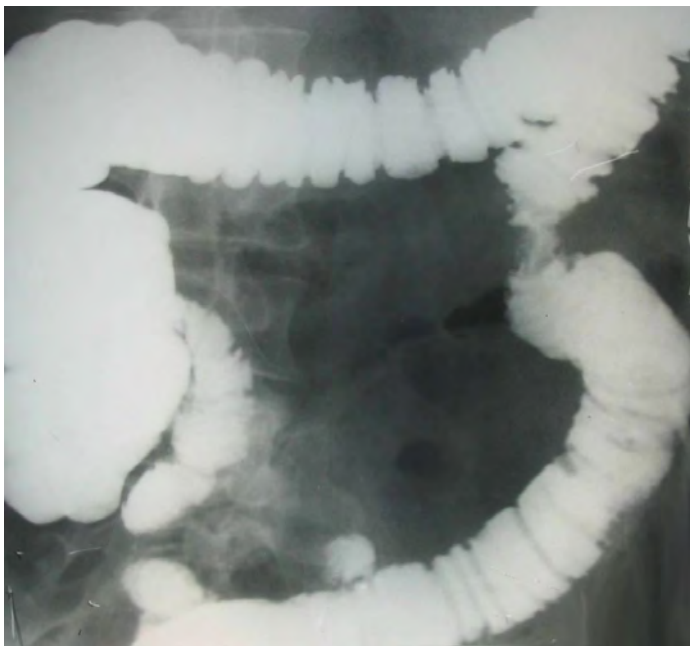


Рис. 2

Задача № 11

Больная, 29 лет, экстренно оперирована в связи с подозрением на перфорацию полого органа. Вы выполнили срединную лапаротомию. При ревизии в брюшной полости небольшое количество серозно-геморрагического экссудата. Петля тонкой кишки завернута на 720°. На этом участке кишка багрово-синюшной окраски, не перистальтирует. Вышерасположенные отделы кишечника дилатированы до 5 см в диаметре, содержат жидкость и газ. Дистальные петли кишки в спавшемся состоянии.

После расправления заворота кишка порозовела, но перистальтика отсутствует, пульсация сосудов брыжейки сомнительна. В области странгуляции сохраняются синюшная окраска кишки, субсерозные кровоизлияния (Рис. 1).

Вопросы:

1. Что можно предпринять для уточнения жизнеспособности участка кишки?
2. Какими должны быть Ваши дальнейшие мероприятия в зависимости от состояния кишечника?
3. Нужно ли что-то предпринимать с содержимым приводящего отдела кишки?



Рис. 1

Задача № 18

Больная, 68 лет, поступила в хирургическое отделение с признаками обтурационной толстокишечной непроходимости. После инфузионной терапии состояние больной несколько улучшилось. Во время сифонной клизмы отошли газы и каловые массы. Больной выполнено эндоскопическое (Рис. 1) и рентгенологическое исследования (Рис. 2).

Вопросы:

1. Какое эндоскопическое исследование выполнено пациентке? Опишите обнаруженные изменения.
2. Какое рентгенологическое исследование выполнено больной? Укажите выявленную патологию.
3. Нужно ли оперировать больную?
4. Если – «да», то когда, под каким обезболиванием, каким доступом?
5. Какие возможные варианты оперативного вмешательства в зависимости от операционных находок возможны?
6. Существует ли возможность предотвратить рецидив кишечной непроходимости без открытого оперативного вмешательства?
7. Можно ли ограничиться только консервативным лечением?

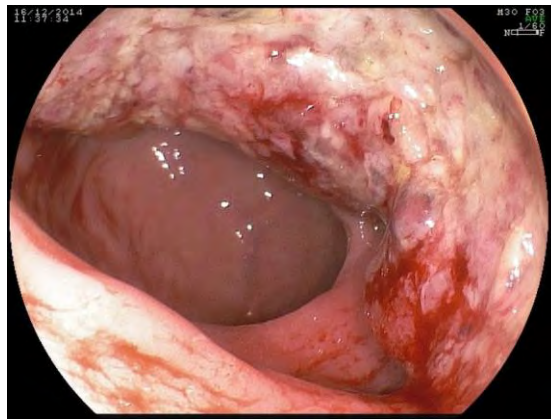


Рис. 1

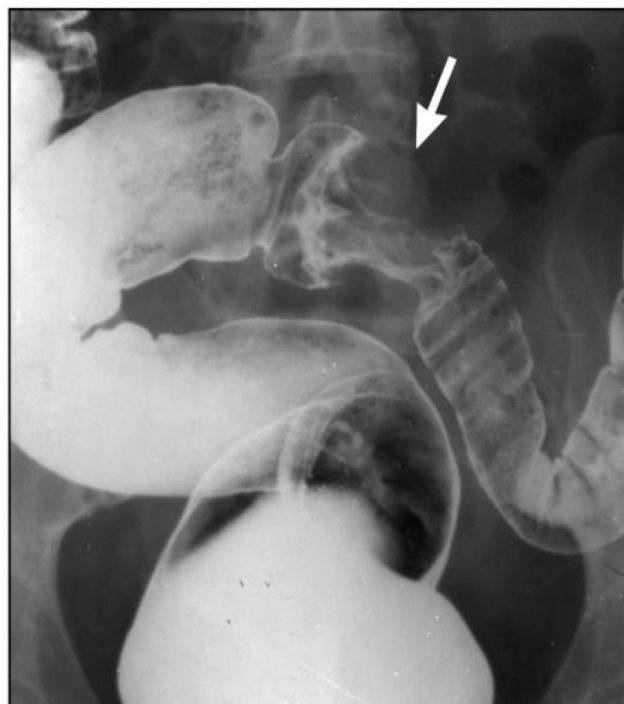


Рис. 2

Задача № 24

В приёмное отделение доставлен больной, 76 лет, с жалобами на боли в животе, тошноту и рвоту, наличие болезненного выпячивания в правой паховой области. Страдает паховой грыжей в течение 15 лет, раньше она легко вправлялась в брюшную полость в положении лёжа. От предлагаемой операции больной отказывался. Боли в области выпячивания и в животе возникли после подъёма тяжести примерно 12 ч назад, вначале они носили постоянный характер, вскоре стали схваткообразными.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Пульс – 106 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании. При пальпации живот умеренно болезненный в нижних отделах, симптом Щёткина-Блюмберга отрицателен. Перистальтика сохранена, временами усилена. Определяется шум плеска. В правой паховой области определяется выпячивание размерами 8×6×4 см, плотной консистенции, болезненное при пальпации (**Рис. 1**). Перкуторно над ним тупой звук, кашлевой толчок не определяется. Анализ крови: Hb – 160 г/л; лейкоцитов – $14 \times 10^9/\text{л}$; Ht – 49%. Выполнена рентгенография брюшной полости (**Рис. 2**).

Вопросы:

1. Опишите рентгенограмму брюшной полости
2. Есть ли у больного признаки острой кишечной непроходимости?
3. Если «да», то какие?
4. Если «нет», то почему?
5. Существует ли причинная связь между ущемлением паховой грыжи и кишечной непроходимостью?
6. Как Вы думаете, сохранена ли жизнеспособность ущемлённой кишки?
7. Нуждается ли больной в проведении консервативной терапии?
8. Если «да», то какой и в течение какого времени?
9. Нужно ли больного оперировать?
10. Если «да», то каков должен быть объём оперативного вмешательства? Если «нет», то как лечить больного?



Рис. 1

Рис. 2

Задача № 30

Больной, 59 лет, в течение всего дня без приёма пищи работал на стройке, а вечером, когда вернулся домой, обильно поужинал. Ночью проснулся от внезапных сильных болей в животе, больше в области пупка. Вскоре возникла рвота, которая не приносила облегчения.

При осмотре в приёмном отделении через 6 часа с момента заболевания пациент беспокоен, стонет. АД – 90/70 мм рт. ст. Пульс – 124 в минуту. Язык сухой. Живот вздут, асимметричный, при пальпации мягкий, выслушивается усиленная резонирующая перистальтика кишечника, определяется шум плеска. При ректальном исследовании в прямой кишке следы каловых масс, нависания и болезненности передней стенки прямой кишки нет.

В анализе крови: Hb – 140 г/л; лейкоцитов 8×10^9 /л. Больному выполнена компьютерную томографию с в/в контрастным усилением (**Рис. 1**)

После введения спазмолитиков боли стихли, больной стал спокойнее. Во время сифонной клизмы отошли газы и каловые массы. Пульс – 110 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Сохраняется вздутие живота, по-прежнему определяется шум плеска.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Есть ли изменения на компьютерной томограмме? Опишите их.
3. Какова причина развившегося патологического состояния?
4. Можно ли сказать, что лечение было эффективным?
5. Показана или нет больному в описываемой ситуации экстренная операция?

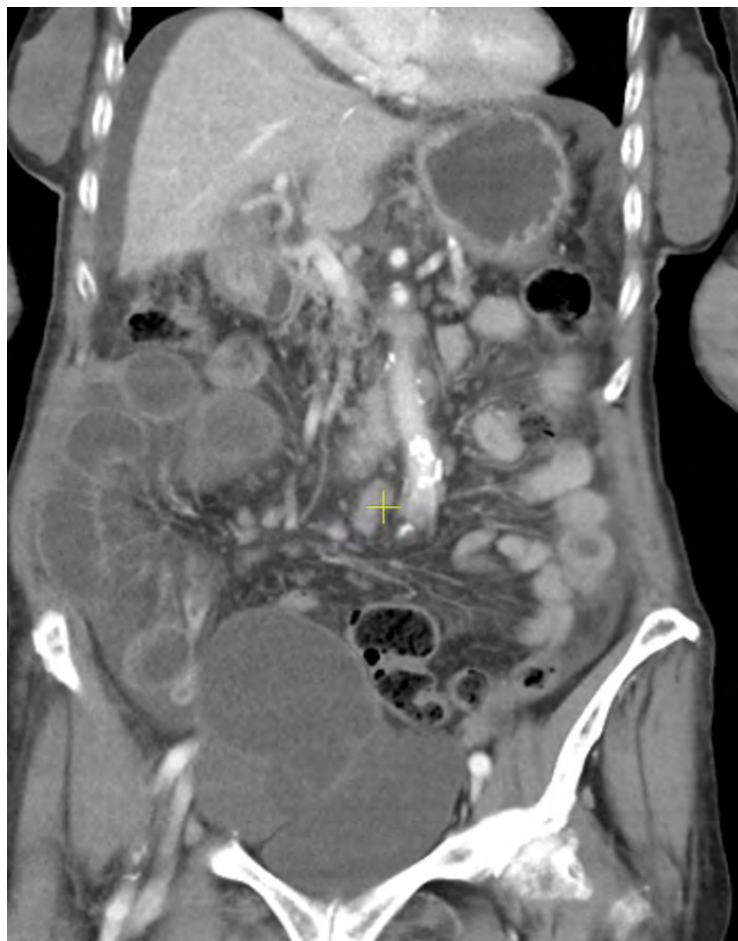


Рис. 1

Задача №33

На операции по поводу левосторонней ущемлённой паховой грыжи после вскрытия грыжевого мешка и рассечения ущемляющего кольца установлено, что находящаяся в грыжевом мешке петля сигмовидной кишки длиной около 25 см тёмно-багрового цвета, не перистальтирует, пульсация сосудов брыжейки не определяется. После согревания в тёплом физиологическом растворе в течение 20 минут и блокады брыжейки раствором новокаина динамики в состоянии кишки не произошло (Рис. 1).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Дальнейшая тактика лечения?



Рис. 1

Задача №36

Больная, 53 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, отсутствие стула в течение 4-х дней, слабость и головокружение. Считает себя больной около года, беспокоили ноющие боли в животе, запоры. Больная похудела за это время на 12 кг, появилась общая слабость и быстрая утомляемость.

При осмотре состояние средней тяжести, пульс – 96 в минуту, АД – 130/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут, мягкий. В правой подвздошной области определяется плотная бугристая опухоль размером 10×6×8 см. Перистальтика сохранена, периодически усилена. Определяется шум плеска. Опухоль умеренно подвижная, слегка болезненна. Анализ крови: Нв – 60 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, СОЭ – 31мм. Больной выполнена компьютерная томография брюшной полости (Рис. 1).

Вопросы:

1. Чем, скорее всего, обусловлены признаки кишечной непроходимости?
2. Опишите изменения на компьютерной томограмме.
3. В чём должны заключаться консервативные мероприятия?
4. Нужно ли больную оперировать?
5. Какие варианты оперативного вмешательства возможны в данном случае?

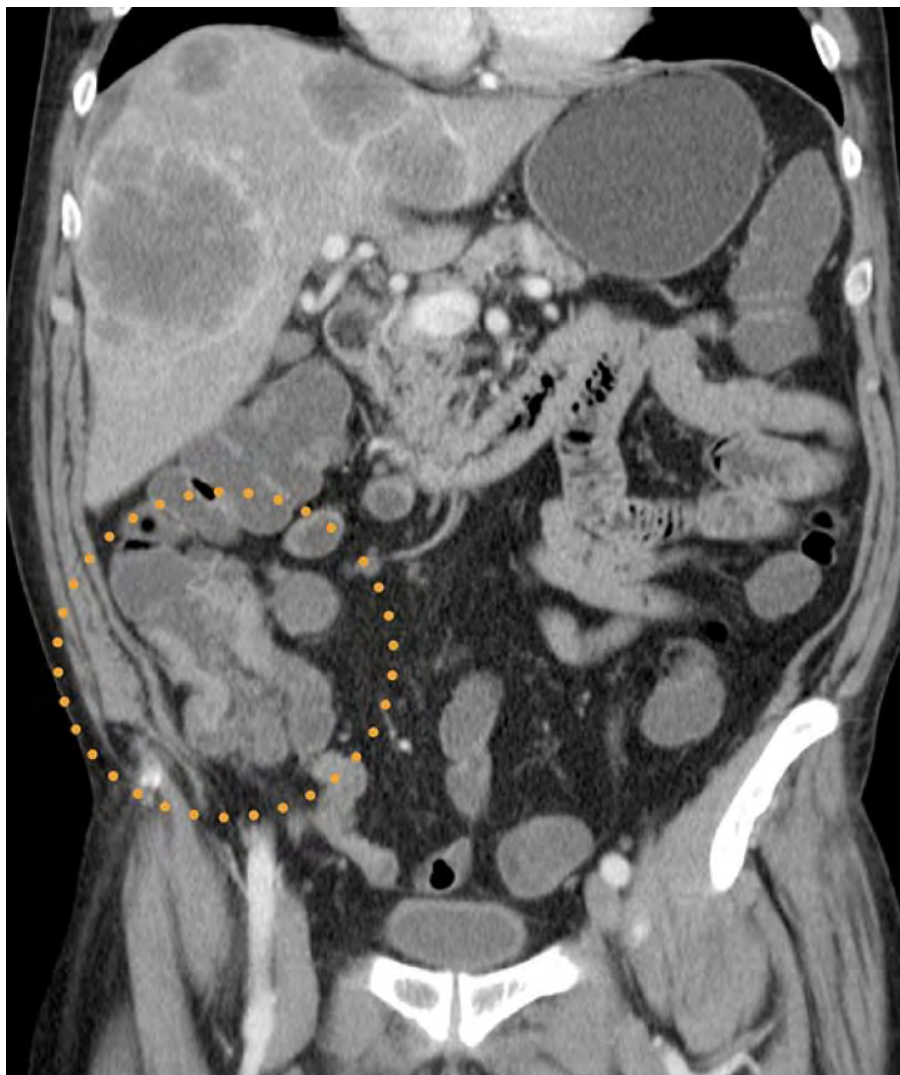


Рис. 1

Задача № 47

Больной, 60 лет, госпитализирован в хирургическое отделение больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе, отсутствие стула в течение 5 дней. Периодическое вздутие, рези в животе и урчание, запоры по 3-4 дня отмечает в течение последних 1,5 лет. Иногда запоры сменяются поносами. За последние полгода участились и усилились боли в животе, однажды обнаружил примесь крови в каловых массах.

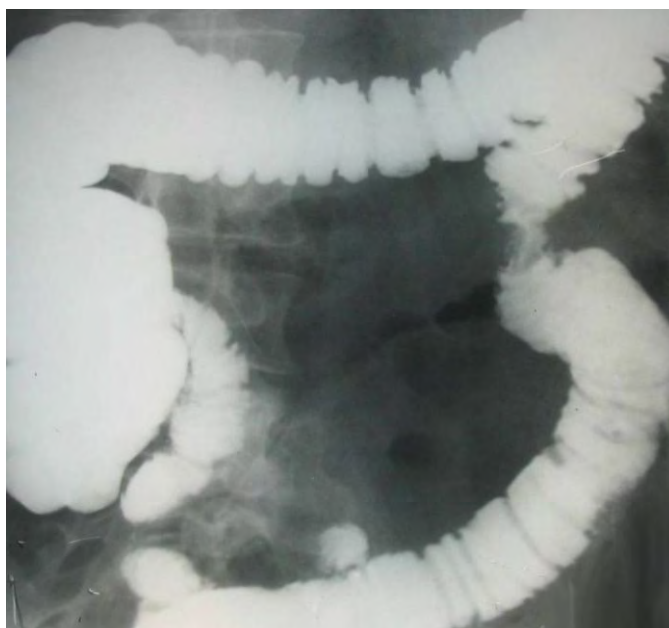
Общее состояние удовлетворительное. АД 140/90 мм рт. ст., пульс 80 в минуту. Язык влажный, обложен бурым налетом. Живот умеренно вздут, незначительно болезненный в правой половине, асцита нет, печень не увеличена. В положении на правом боку нечетко пальпируется слегка болезненное уплотнение без четких границ в области нисходящей кишки. Шум плеска не определяется.

После сифонной клизмы был обильный стул, отошли газы, вздутие живота перестало определяться. Пациенту проведено рентгенологическое исследование (Рис. 1).

Вопросы:

1. Какое рентгенологическое исследование проведено пациенту? Есть ли изменения на рентгенограмме?
2. С чем связано купирование явления толстокишечной непроходимости?
3. Какие исследования помогут уточнить диагноз и наметить адекватную лечебную тактику?
4. Какие варианты хирургического лечения возможны в зависимости от характера патологического процесса?

Рис. 1



Задача № 51

Больной, 32 лет, был оперирован в экстренном порядке по поводу перфоративного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом. Выполнена срединная лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. После операции состояние пациента стало улучшаться. На 3-е сутки после операции у больного появились вздутие живота, распирающие боли в животе, тошнота, рвота застойным желудочным содержимым.

Дежурный хирург при осмотре оценил состояние больного как средней тяжести. АД 130/80 мм рт. ст., пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный по ходу лапаротомной раны. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Перкуторно – тимпанит. Перистальтика кишечника ослаблена, шум плеска не определяется. Стула не было, газы не отходят.

В анализе крови Hb – 135 г/л; лейкоциты – $9,6 \times 10^9/\text{л}$.

Пациенту выполнена обзорная рентгенограмма брюшной полости (**Рис. 1**).

Вопросы:

1. Какое осложнение ближайшего послеоперационного периода возникло у больного?
2. Опишите рентгенограмму.
3. Нужно ли больного повторно оперировать?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы в данной ситуации?



Рис.1

Задача № 58

У больной, 82 лет, возникли явления острой кишечной непроходимости. На КТ (Рис. 1) обнаружены тонкокишечные уровни, в подвздошной кишке определяется конкремент (указан стрелкой).

Вопросы:

1. Какая форма кишечной непроходимости у больной?
2. Как мог желчный камень столь значительных размеров попасть в просвет кишечника?
3. Нужны ли какие-то дополнительные методы диагностики в данном случае?
4. Как восстановить проходимость кишечника?
5. Как предотвратить рецидив острой кишечной непроходимости?



Рис. 1

Задача 65

Больную, 52 лет, оперируют в экстренном порядке по поводу острой кишечной непроходимости. Интраоперационно выявлена опухоль сигмовидной кишки. Последняя размерами 5,0×4,0×4,0 см, циркулярно сужает просвет кишки, прорастает серозную оболочку (**Рис. 1**). Петля кишки подвижна, не связана с окружающими органами. Ниже её кишка в спавшемся состоянии. Вышележащие отделы кишечника переполнены газом и содержимым.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. На что необходимо обратить внимание хирургу при проведении ревизии брюшной полости?
3. Какое оперативное вмешательство необходимо выполнить в данной ситуации?



Рис. 1

Задача 70

Больной, 32 лет, находится в нейрохирургическом отделении по поводу компрессионного перелома позвоночника. Из анамнеза: трое суток назад упал с высоты 3-го этажа. Жалобы на отсутствие отхождения стула и газов в течение трёх дней, вздутие живота, умеренные боли в животе.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. ЧСС – 72 в 1 мин. Живот умеренно вздут, асимметрии нет, в акте дыхания участвует. При пальпации мягкий, незначительно болезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Шум плеска не определяется. Перистальтика выслушивается, значительно ослаблена.

Выполнена обзорная рентгенография брюшной полости (**Рис. 1**).

Вопросы:

1. Опишите рентгенограмму
2. Поставьте предположительный диагноз.
3. Какова должна быть лечебная тактика?



Рис. 1

Задача № 75

Больная М, 76 лет, неделю назад перенесла инсульт по ишемическому типу, после чего находится на ИВЛ. За последние 18 часов отмечается прогрессивное ухудшение состояния: признаки интоксикации, нестабильная гемодинамика.

Объективно: состояние тяжёлое, кожные покровы бледной окраски, пульс – 110 уд в мин, аритмичный, АД – 70/50 мм рт. ст., живот мягкий, умеренно вздут, больная реагирует на пальпацию, умеренное напряжение мышц передней брюшной стенки, перистальтика не выслушивается. При ректальном исследовании стул по типу «малинового желе». Лейкоциты крови – $28,2 \times 10^9/\text{л}$.

Больной выполнена мультиспиральная компьютерная томография с контрастным усилением (Рис. 1).

Вопросы:

1. Какому заболеванию соответствует данная клиническая картина?
2. Опишите томограмму.
3. Какая Ваша дальнейшая лечебно-диагностическая тактика?



Рис. 1

Задача № 76

У больного 33 лет, перенёсшего 6 мес. назад распространённый панкреонекроз, в эпигастрии появилось малоблезненное опухолевидное образование размерами 15×20×20 см, рвота съеденной накануне пищей. Температура тела не повышалась. При рентгеноскопии желудка установлено, что желудок оттеснён кпереди, петля двенадцатиперстной кишки развернута. Сульфат бария определяется в желудке через 24 часа после выполнения исследования.

При выполнении КТ с в/в болюсным контрастным усилением получено следующее изображение (Рис. 1). Аксиальный срез выполнен на уровне головки поджелудочной железы.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какова должна быть программа обследования больного?
3. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать это патологическое состояние?
4. Какое лечение показано больному?



Рис. 1

Задача № 77

Больная, 80 лет, в течение последних шести месяцев отмечает затруднения при дефекации, слизь и следы темной крови в кале. За 3-е суток до поступления в клинику появились схваткообразные боли в животе, перестали отходить газы, не было стула.

Объективно: Общее состояние больного тяжёлое, язык сухой, обложен белым налетом. Тахикардия 110 в минуту, множественные экстрасистолы. АД 90/60 мм рт. ст. Живот вздут, видна на глаз перистальтика кишечника, пальпаторно живот мягкий, умеренно болезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки пустая, зияющая ампула. В анамнезе инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь.

Больной выполнено эндоскопическое исследование, изменения, выявленные в сигмовидной кишке представлены на **Рис. 1**

Вопросы:

1. Какое исследование проведено пациентке? Опишите обнаруженные изменения.
2. Наиболее вероятный диагноз?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо предпринять?
4. Что делать, если консервативное лечение будет неэффективным?

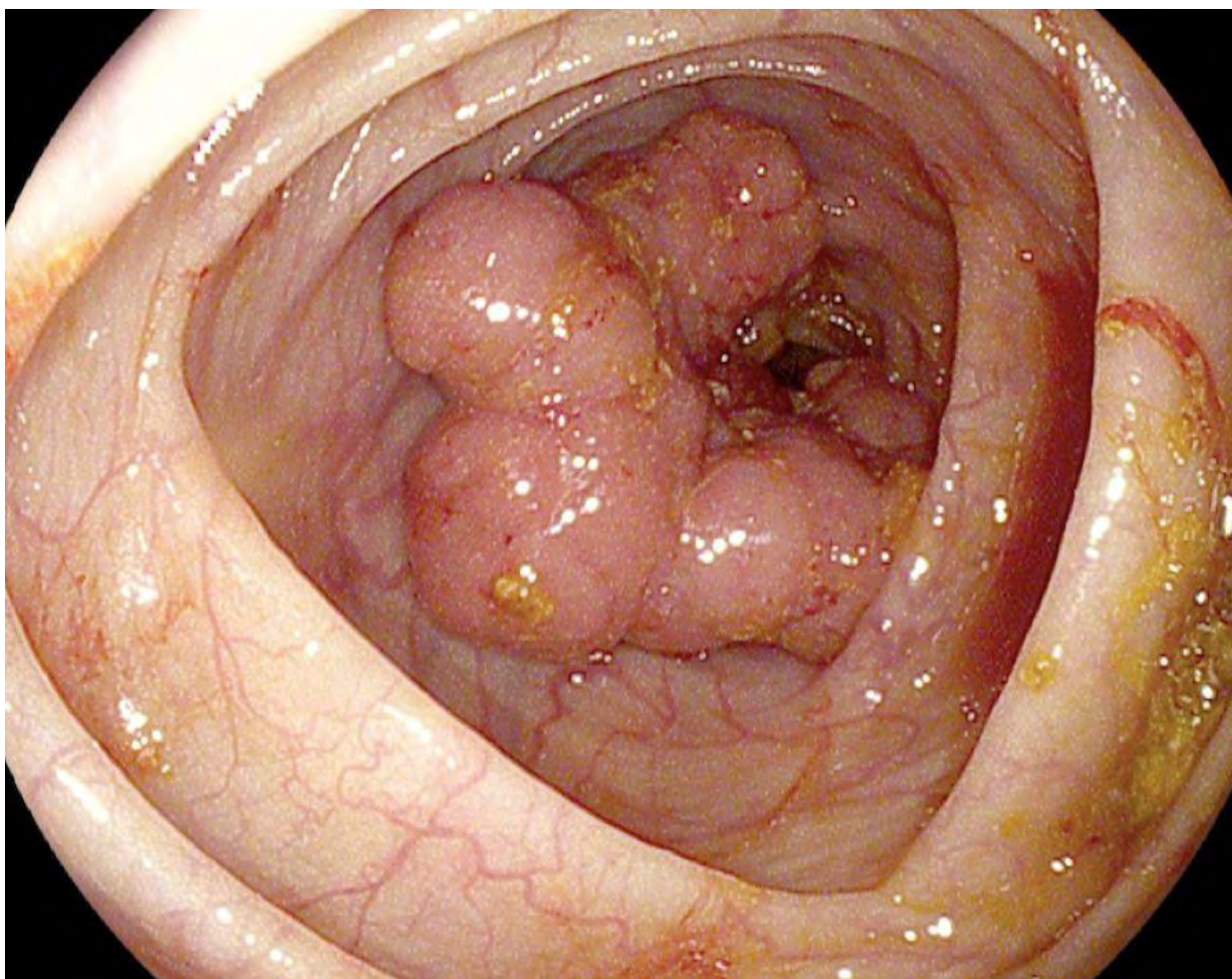


Рис. 1

Задача № 93

Больной 45 лет, поступил в отделение через 18 часов от начала заболевания, с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту. В анамнезе – аппендэктомия. Болевое состояние больно о средней тяжести. – уд мин. живот умеренно вздут, отмечается его асимметрия. В проекции восходящей ободочной кишки пальпируется мягко-эластическое образование овальной формы. Перистальтика усилена, с резонирующим оттенком. При ректальном исследовании имеются кровянистые выделения из прямой кишки. Больному выполнена компьютерная томография (Рис.1).

Пациент экстренно оперирован. На **Рис. 2** представлено фото момента операции.

Вопросы:

1. О каком заболевании может идти речь?
2. Опишите изменения, выявляемые на КТ.
3. О чем свидетельствует интраоперационная фотография?
4. Как Вы думаете, что необходимо сделать, чтобы помочь больному?

Рис. 1

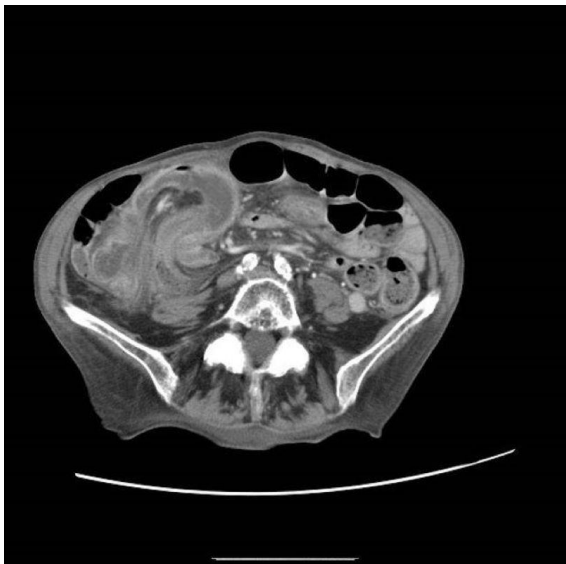


Рис. 2

