

Задача №37

У 38-летнего больного, страдающего ожирением, после погрешности в диете появились боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Пульс – 98 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. на обеих руках. Язык сухой, обложен. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, болезненный в верхних отделах. Симптомы Мейо-Робсона и Воскресенского положительные. Появились цианотичные пятна на коже в области пупка (Рис. 1). Симптом Орнера – отрицательный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушено.

В лабораторных анализах: лейкоциты крови – 10×10^9 /л, гемоглобин – 131 г/л. В анализе мочи – белок 0,033 г/л.; глюкоза, кетоновые тела, эритроциты и лейкоциты отсутствуют. Диастаза мочи – 1024 Ед/л. Билирубин крови – 19 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Чем обусловлены изменения кожи в области пупка? Как называется данный симптом?
3. Какой диагностический метод необходимо применить в первую очередь?
4. Нужно ли больного экстренно оперировать?
5. Какие лечебные мероприятия Вы будете проводить?



Рис. 1

Задача № 50

У больного, 40 лет, при выполнении в плановом порядке эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии по поводу подозрения на холедохолитиаз получено следующее изображение (Рис. 1).

На следующей день после манипуляции состояние пациента с отрицательной динамикой, появились опоясывающие боли в верхних отделах живота, многократная рвота..

При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы несколько бледные. Пульс – 108 уд. в минуту, АД – 130/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в верхних отделах, с иррадиацией болей в поясницу. Симптом Щёткина-Блюмберга – отрицательный. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула не было.

В лабораторных анализах: лейкоциты крови – $12,0 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 131 г/л, амилаза – 1800 Ед/л, общий билирубин — 19 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у пациента?
2. Какое неинвазивное исследование следовало выполнить пациенту в плановом порядке вместо ЭРХПГ при подозрении на холедохолитиаз?
3. Контрастирование какого протока, помимо холедоха, получено при проведении данного вмешательства (указать на снимке)? Может ли данный факт явиться причиной развившегося осложнения?
4. Какая Ваша дальнейшая лечебная тактика?

Рис. 1



Задача № 55

У больного 35 лет, после приёма алкоголя появились боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в поясницу, многократная рвота.

При осмотре состояние больного тяжёлое. Кожные покровы несколько бледные. Склеры субъиктеричны. Пульс – 120 в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот несколько вздут, резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки. В отлогих местах живота – притупление перкуторного звука. Симптом Щёткина-Блюмберга – положительный. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула не было.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования Вы выполните больному для уточнения диагноза?
3. Какое лечение необходимо пациенту?
4. При выполнении лапароскопии были выявлены следующие изменения на большом сальнике (Рис. 1). Опишите и объясните их причину.

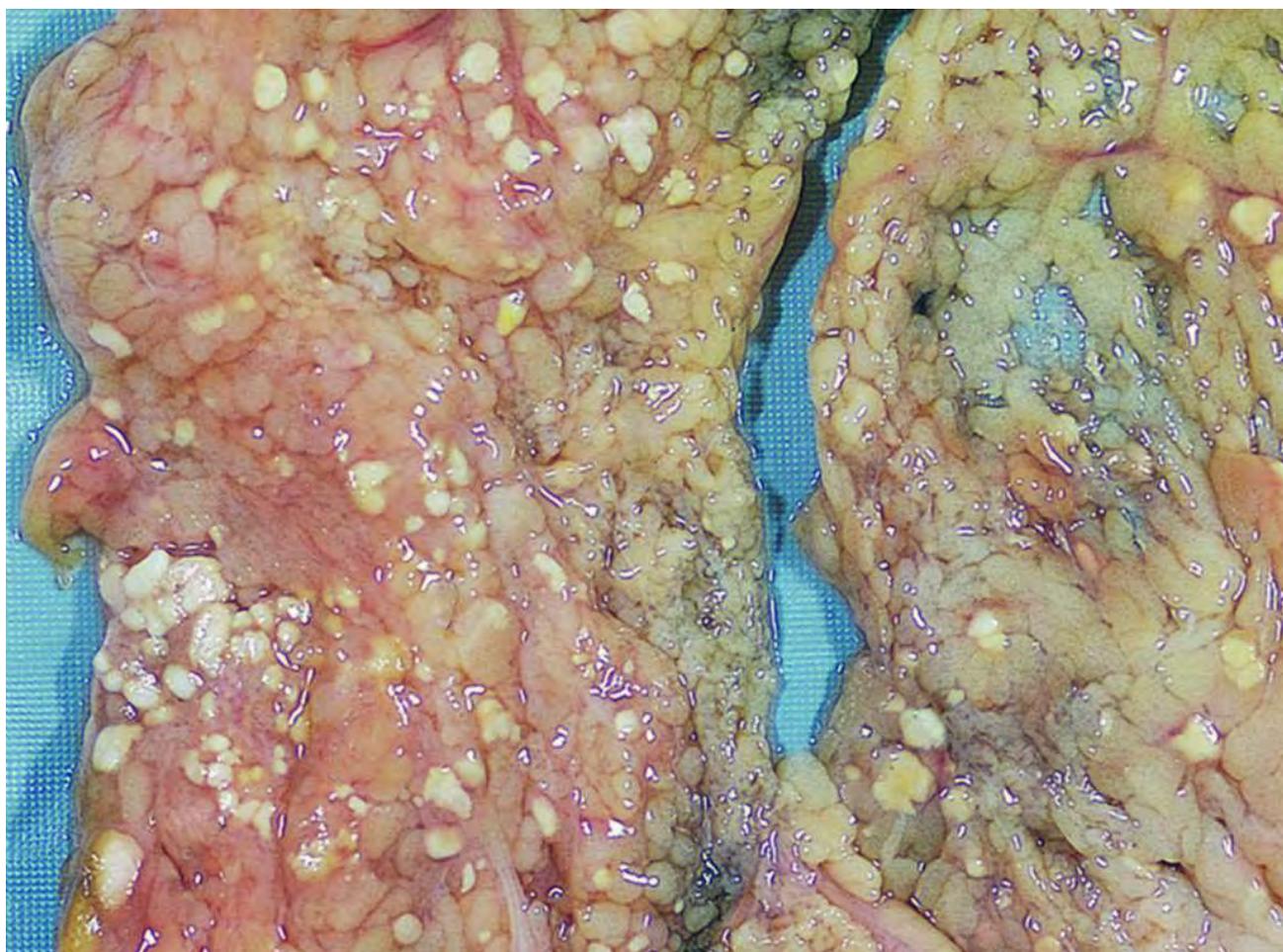


Рис.1

Задача 61

У больного 50 лет, оперируемого по поводу перитонита через 2-е недели от начала заболевания, установлено, что во всех отделах брюшной полости имеется гнойный экссудат с массивными наложениями фибрина на париетальной и висцеральной брюшине.

При вскрытии сальниковой сумки обнаружены множественные очаги некроза поджелудочной железы (**Рис. 1**) и гнойный экссудат. В области корня брыжейки тонкой кишки и в забрюшинном пространстве по ходу левой половины ободочной кишки имеется флюктуирующий инфильтрат, распространяющийся до левой подвздошной области. При рассечении париетальной брюшины в этих зонах выделилось значительное количество гноя и некротических тканей (**Рис. 2**). Другой патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Укажите основное заболевание и его осложнения.
2. Выберите рациональную хирургическую тактику.
3. Какие осложнения возможны в ближайшем и отдалённом послеоперационном периоде?

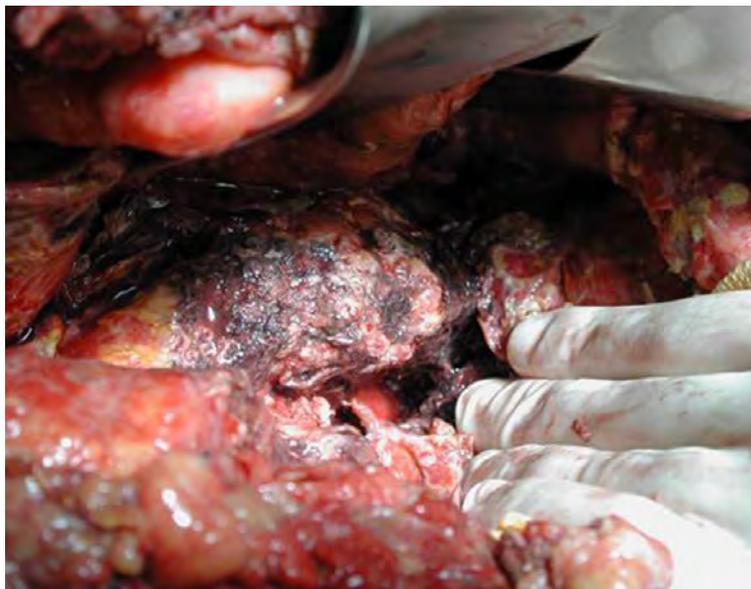


Рис. 1



Рис. 2

Задача 69

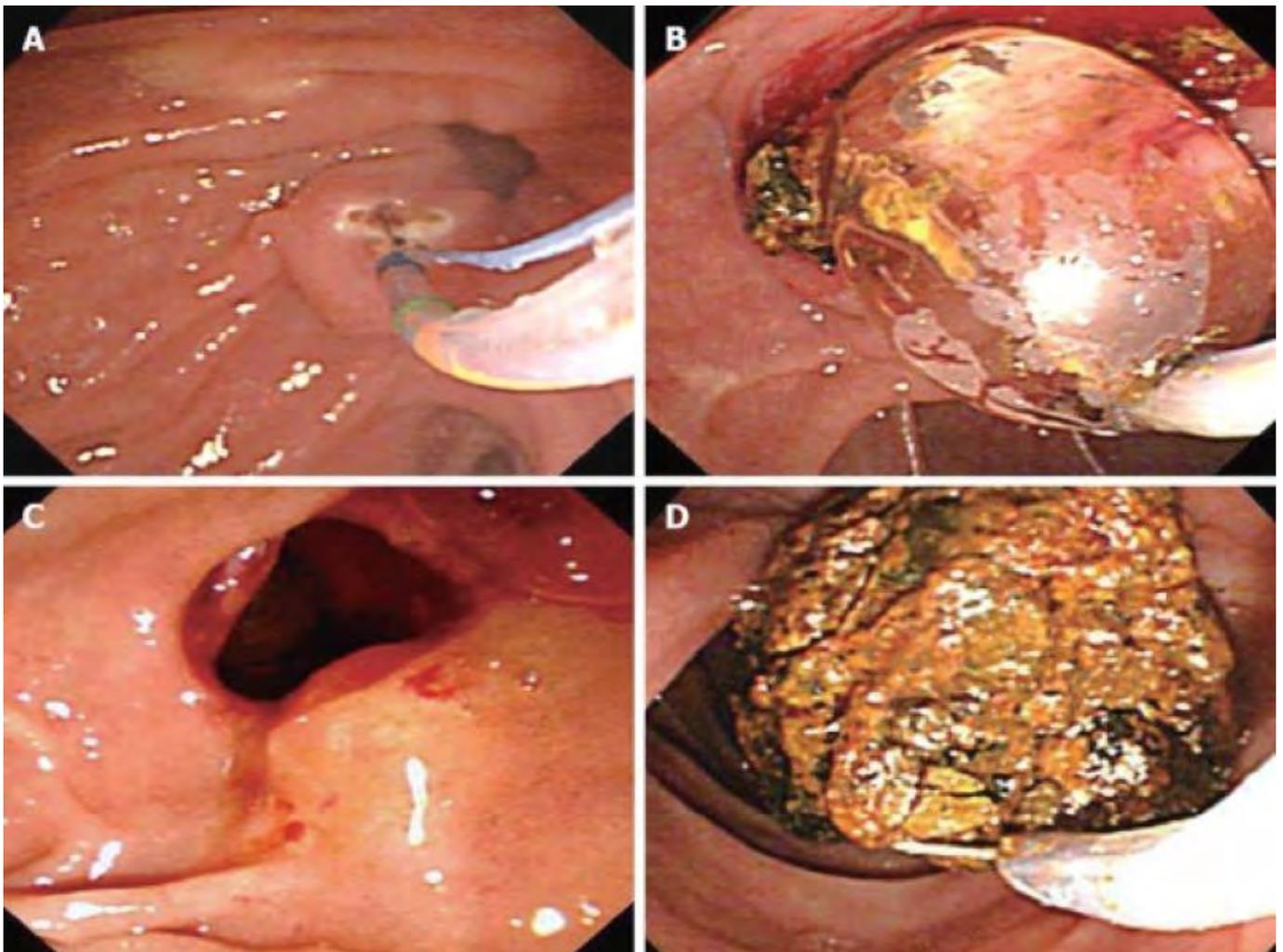
У больной 62 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, холедохолитиазом, выполнена эндоскопическая папиллотомия, литоэкстракция из терминального отдела холедоха (**Рис. А-D**).

Через 12 ч после операции появились боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, рвота с примесью желчи, задержка стула и газов.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, склеры субъиктеричны. Пульс – 92 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. Язык чистый, сухой. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы Ортнера, Керра, Щёткина-Блюмберга – отрицательные, Мейо-Робсона и Воскресенского – положительные. Кишечные шумы выслушиваются. Диурез не нарушен. Лейкоциты крови $10 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин – 118 г/л, палочкоядерных лейкоцитов – 6%; диастаза мочи – 512 Ед/л. Общий билирубин – 38 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Какое осложнение развилось у больной?
2. Какое дополнительное исследование целесообразно выполнить?
3. Определите оптимальную лечебную тактику.



Задача № 90

У больного 45 лет, перенёвшего 3 мес. назад панкреонекроз, имеются жалобы на постоянные тупые боли в верхних отделах живота после приёма пищи.

Состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Пульс – 78 в минуту, АД – 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания всеми отделами. В верхних отделах живота определяется объёмное образование, умеренно болезненное, неподвижное. Перитонеальных явлений нет. Перистальтика отчётливая.

Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови – в пределах нормы.

Выполнена КТ органов брюшной полости (**Рис. 1**).

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие инструментальные методы следует использовать для обследования больного?
3. Что за метод хирургического лечения представлен на сериях интраоперационных снимков

(**Рис. 2**)?

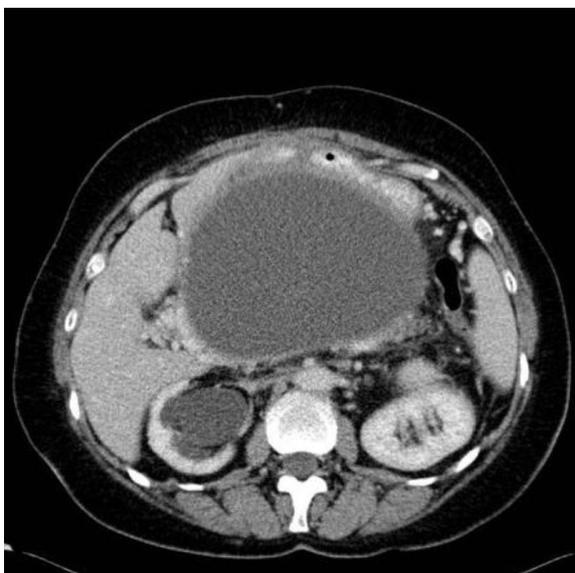


Рис. 1

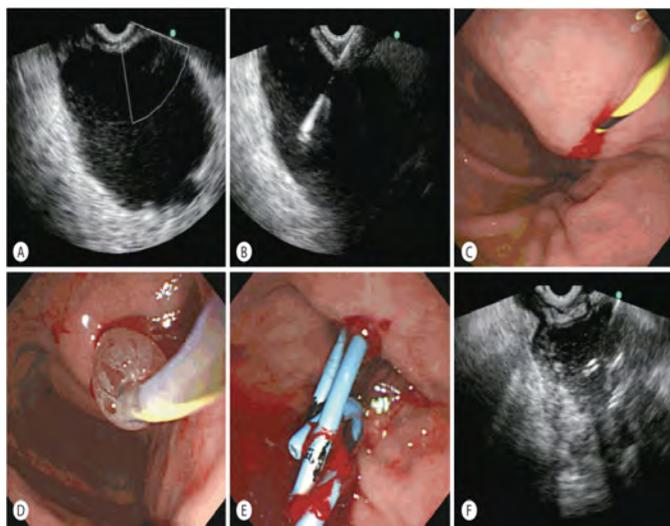


Рис. 2

Задача № 94

У больного 30 лет, находящегося на лечении по поводу деструктивного панкреатита, на 18 сутки заболевания появились гектическая лихорадка, озноб, рвота. При осмотре состояние больного тяжёлое, пульс – 120 в минуту, при пальпации определяется болезненный инфильтрат в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет.

Лейкоциты крови – $15 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных нейтрофилов – 16%, общий белок крови – 59 г/л, прокальцитонин – 10 нг/мл (норма – менее 0,5 мкг/л).

Выполнена компьютерная томография органов брюшной полости (Рис. 1).

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. На что указывают стрелки на компьютерной томограмме?
3. Выберите оптимальную лечебную тактику.

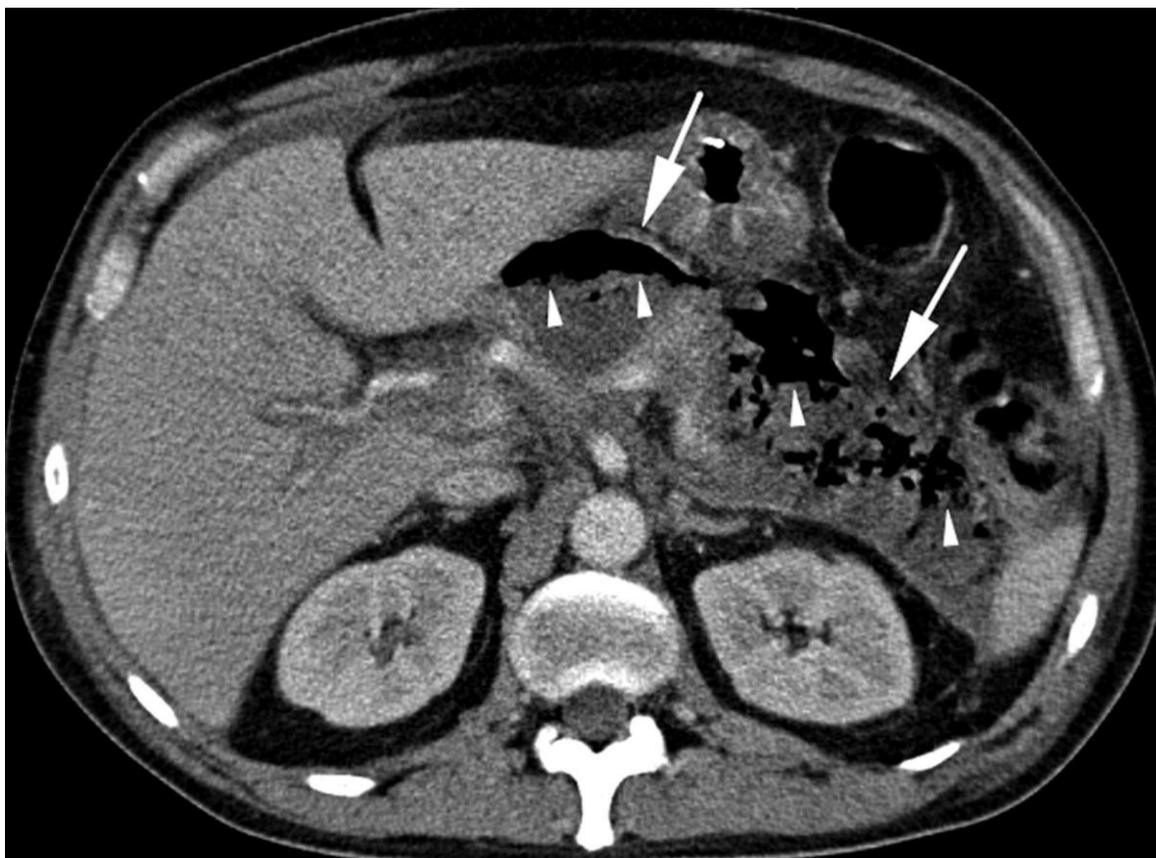


Рис. 1

Задача № 98

У больного 38 лет после приёма алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Принимал но-шпу – без эффекта.

Состояние тяжёлое. Кожные покровы лица гиперемированы, сухие. В лёгких жесткое дыхание, ослаблено слева. Пульс – 120 в минуту, АД – 150/90 мм рт. ст. Язык сухой, обложен бурым. Живот увеличен в объёме, участвует в акте дыхания в верхних отделах ограниченно, болезненный в эпигастрии, где определяется ригидность мышц и симптом Щёткина-Блюмберга. Перистальтика кишечника отсутствует. Стула не было.

При УЗИ установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры её неровные, с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке в области хвоста железы имеется скопление жидкости (Рис. 1). Желчный пузырь не изменён. Гепатикохоледох обычного диаметра. В брюшной полости определяется свободная жидкость в большом количестве.

Вопросы:

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие анализы и инструментальные методы целесообразно выполнить?
3. Какова должна быть лечебная тактика?
4. На какие сутки от начала заболевания оптимально выполнить компьютерную томография органов брюшной полости?

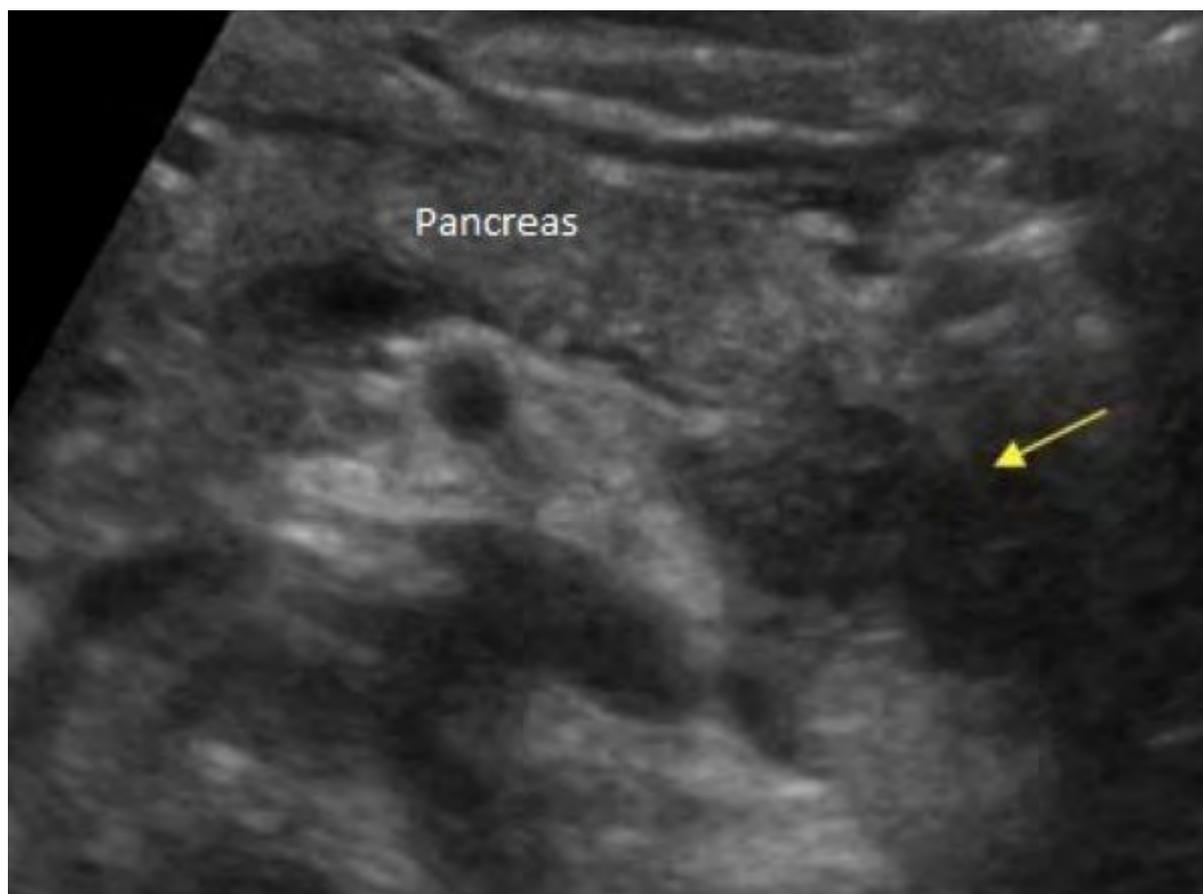


Рис. 1

Задача № 101

Больному с подозрением на перфорацию полого органа выполнена лапароскопия, при которой выявлен геморрагический выпот в объеме 600 мл и множественные «бляшки» стеатонекроза на большом сальнике и брюшине (**Рис. 1**). Кишечного содержимого, желчи, крови в брюшной полости не обнаружено.

Вопросы:

1. Укажите диагноз и форму заболевания.
2. Следует ли вскрывать сальниковую сумку, визуализировать поджелудочную железу и дренировать забрюшинное пространство?
3. Какую лечебную тактику Вы выберете в этой ситуации?



Рис. 1

Задача № 119

У 48-летнего больного, страдающего ожирением, после погрешности в диете появились боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Пульс 98 в минуту. АД – 120/80 мм рт. ст. на обеих руках. Язык сухой, обложен. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, болезненный в верхних отделах. Симптомы Мейо-Робсона и Воскресенского – положительные. Появились цианотичные пятна на коже в обеих поясничных областях (**Рис. 1**). Симптом Орнтера – отрицательный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушено.

В лабораторных анализах: лейкоциты крови – $12,0 \times 10^9$ /л, гемоглобин – 131 г/л. Амилаза – 372 ед/л, билирубин – 19 мкмоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Чем обусловлены изменения кожи? Как называется данный симптом?
3. Какой диагностический метод необходимо применить в первую очередь?
4. Нужно ли больного экстренно оперировать?
5. Если «Нет», то какие лечебные мероприятия Вы будете проводить? Если «Да» – то какое оперативное вмешательство Вы предполагаете выполнить?



Рис. 1