

Задача №6

Во время диспансеризации у пациентки 58 лет в области пупка обнаружено выпячивание округлой формы диаметром 5 см (Рис. 1). Выпячивание возникло около 5 лет назад, постепенно увеличивается. Периодически беспокоят боли в области пупка ноющего характера, особенно после физической нагрузки.

Выпячивание малоболезненное, эластической консистенции, не вправляется в брюшную полость, при перкуссии над ним определяется притупление. Кашлевой толчок положительный. Размеры выпячивания существенно не меняются при переходе из горизонтального в вертикальное положение. Температура тела 36,6°C, лейкоциты крови $5,1 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какие методы диагностики необходимы в данном случае?
3. Определите тактику лечения.



Задача № 14

У больной 72 лет 10 часов назад во время приступа кашля появились сильные боли в левой паховой области. Ранее в течение нескольких месяцев беспокоили ноющие боли в этой зоне, к врачу не обращалась.

При осмотре состояние пациентки средней тяжести, живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах, больше слева. Симптомов раздражения брюшины нет. Ниже паховой связки пальпируется болезненное образование диаметром 4 см, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не определяется (Рис. 1). Температура 37,7 °С, лейкоциты крови $10,3 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. Какие осложнения возможны при данной патологии?
4. Ваша тактика лечения?



Рис. 1

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 № 48

Больной 76 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной и паховой областях, тошноту. Была однократная рвота. Боли появились 18 часов назад, первоначально в эпигастрии, постепенно усиливались и в последующем переместились в правую подвздошную и паховую область.

Около 10 лет страдает правосторонней невправимой паховой грыжей, от предлагаемой операции воздерживался.

При осмотре состояние больного средней тяжести, живот не вздут, болезненный при пальпации в правой подвздошной области и над лобком. Там же определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

В правой паховой области определяется значительных размеров опухолевидное образование (Рис. 1), мягкой консистенции, болезненное при пальпации, не вправляющееся в брюшную полость. При аускультации образования выслушиваются перистальтические шумы. Симптом «кашлевого толчка» – положительный.

Температура – 37,7 °С. Лейкоциты крови – $13,0 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С помощью каких методов инструментальной диагностики Вы можете его уточнить?
2. Какая Ваша тактика лечения?

Рис. 48



Задача № 53

У больного 58 лет около 2-х лет появилось опухолевидное выпячивание в левой паховой области. Образование постепенно увеличивалось в размерах, последние месяцы стала беспокоить дизурия.

6 часов назад, после физической нагрузки, образование увеличилось в размерах (**Рис. 1**), стало резко болезненным. При осмотре – опухолевидное образование напряжённое, резко болезненное, не вправляется в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» – отрицательный.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какую Вы выберете тактику лечения?
3. С чем может быть связана дизурия?



Рис.1

Задача № 54

У пациента 38 лет в паховой области справа, выше проекции пупартовой связки, определяется опухолевидное образование овальной формы, размерами 8×5×5 см, при пальпации мягко-эластической консистенции, малоболезненное, перкуторно над ним — тимпанит (Рис. 1). Семенной канатик утолщен, пальпируется медиально от выпячивания. Наружное паховое отверстие расширено до 3 см в диаметре. Образование вправляется в брюшную полость в горизонтальном положении. Симптом «кашлевого толчка» — положительный.

Температура тела 36,6°C, лейкоциты крови $5,1 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какой должна быть лечебно-диагностическая тактика?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?



Рис.1

Задача № 56

Больной 77 лет доставлен в больницу бригадой СМП с диагнозом «ущемлённая паховая грыжа справа». Ущемление произошло 1,5 ч назад.

Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, аденома предстательной железы.

При осмотре в приёмном отделении диагноз подтверждён (**Рис. 1**). При транспортировке в операционную грыжевое выпячивание самостоятельно вправилось, боли прошли, симптом «кашлевого толчка» – положительный.

Вопросы:

1. Какой должна быть тактика лечения?
2. Укажите особенности обследования и лечения больного, связанные с наличием сопутствующих заболеваний.



Рис. 1

Задача № 60

У больного 63 лет определяется опухолевидное выпячивание в правой подвздошной области в зоне послеоперационного рубца после аппендэктомии, произведённой 2 года назад (Рис. 1). Опухолевидное образование размерами 20×18×18 см, увеличивается при кашле и натуживании, умеренно болезненное, овальной формы, частично вправляется в брюшную полость, при этом определяется дефект апоневроза – 10×6 см. Над опухолевидным образование перкуторно тимпанит, выслушивается перистальтика, симптом «кашлевого толчка» положительный. В анамнезе – дважды приступы резких болей в этой области, прошедших самостоятельно.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой должна быть лечебная тактика?
3. Предложите наиболее эффективный для данного больного способ пластики брюшной стенки.



Рис. 1

Задача 67

В приёмное отделение доставлен пациент 50 лет, страдающий в течение 3-х лет правосторонней пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу – безуспешно. Состояние пациента ухудшалось и он обратился в больницу (**Рис. 1**). Во время гигиенической ванны в приёмном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя лучше и настоял на уходе домой. Через 12 часов он вновь поступил с жалобами на боли по всему животу, тошноту, рвоту, сухость во рту.

При поступлении в хирургическое отделение состояние больного тяжёлое. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Пульс – 110 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. АД – 110/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен серым налётом. Живот умеренно вздут, ограниченно участвует в дыхании. При пальпации отмечается резкая болезненность по всему животу, напряжение мышц передней брюшной стенки, симптом Щёткина-Блумберга определяется по всему животу. Лейкоциты крови – $18,2 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Какая тактическая ошибка допущена в ведении больного?
3. Какова Ваша лечебная тактика?



Рис. 1

Задача 68

Больной, 72 года, оперирован через 6 ч после ущемления пахово-мошоночной грыжи. Во время экстренной операции в грыжевом мешке обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца петли кишечника приняли розовую окраску, пульсация сосудов брыжейки стала определяться, возобновилась перистальтика. Петли кишечника признаны жизнеспособными и вправлены в брюшную полость. Выполнено грыжесечение, пластика пахового канала по Лихтенштейну.

Через сутки после операции состояние больного ухудшилось, беспокоят боли в животе, тошнота, рвота. Гипертермия до 38,2 °С, пульс – 120 ударов в минуту. Язык сухой, обложен буроватым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации напряжён и болезненный во всех отделах, определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга.

Больной повторно экстренно оперирован, выполнена срединная лапаротомия. При осмотре петли кишечника – (**Рис. 1**), на протяжении 100 см не перистальтируют, краевая пульсация артерий брыжейки не определяется.

Вопросы:

1. В чём, по Вашему мнению, причина ухудшения состояния больного после экстренного грыжесечения?
2. Можно ли было избежать повторной операции? Если «да» – то как, если «нет» – то почему?
2. Ваша дальнейшая лечебная тактика?



Рис. 1

Задача № 86

У пациента 48 лет 2 часа назад во время занятий спортом появилась сильная боль в правой паховой области. До этого в течение года беспокоили ноющие боли в этой зоне, особенно после физической нагрузки. К врачу не обращался.

При осмотре в правой паховой области выше пупартовой связки пальпируется болезненное образование 4×5×3 см, овальной формы, тугоэластической консистенции, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не определяется. Температура тела 36,9 °С. Лейкоциты крови $7,2 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Каким должно быть лечение?
3. Какими осложнениями угрожает данное заболевание?

Рис.1



Задача № 92

У больного 65 лет, через 8 часов после ущемления правосторонней паховой грыжи (Рис. 1) при транспортировке в операционную произошло самопроизвольное её вправление. Больной в экстренном порядке был оперирован. Произведено паховое грыжесечение, пластика пахового канала по Лихтенштейну. В грыжевом мешке содержимого не было. Осмотра всего кишечника не проводилось, поскольку это невозможно сделать при обычной операции грыжесечения. На следующий день у больного развилась клиника диффузного перитонита.

Вопросы:

1. Укажите возможную причину перитонита.
2. Какая тактическая ошибка допущена хирургом?



Рис. 1

Задача № 111

У пациентки 50 лет, 18 часов назад внезапно после подъёма тяжести появились сильные боли в области пупочной грыжи, существующей около 4 лет, грыжа перестала вправляться. При осмотре в области пупка имеется болезненное выпячивание размерами 5 × 8 × 6 см, которое не вправляется в брюшную полость, кожа гиперемирована, кашлевой толчок не определяется (Рис. 1). В остальных отделах живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Температура 36,7°C, лейкоциты крови $16,2 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
3. О чём может свидетельствовать гиперемия кожи?
4. Какой должна быть тактика лечения?



Рис. 1