

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69	
Ситуационные задачи	1стр. из 32	

Ситуационные задачи по общей и абдоминальная хирургия для рубежного контроля

Код дисциплины: 7R01138 «Семейная медицина»

Название дисциплины: Общая и абдоминальная хирургия

Код дисциплины: R-ОАН

Количество часов/кредитов: 120/4 кредит



1. Вопросы программы для рубежного контроля -1

Острая хирургическая патология

- Дайте определение острому аппендициту.
- Клиника острого аппендицита.
- Диагностика острого аппендицита.
- Лечебная тактика острого аппендицита.
- Наблюдение за больным после выписки из стационара.
- Дайте определение острой кишечной непроходимости.
- Клиническая классификация непроходимости.
- Клиника кишечной непроходимости в зависимости от ее видов.
- Диагностика кишечной непроходимости (симптомы, обследования)
- Лечебная тактика кишечной непроходимости.

Кровотечения

- Причины кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Классификация в зависимости от тяжести кровопотери.
- Клинические признаки кровотечения
- Диагностика кровотечений
- Виды инструментальных обследований при кровотечениях
- Лечебная тактика.

Перфорация язвы

- Дайте определение перфорации
- Клиническая классификация перфорации
- Диагностика перфорации
- Лечебная тактика при перфорации

Пенетрация

- Дайте определение пенетрации
- Клиническая картина и диагностика пенетрации
- Лечение пенетрации
- Показания к оперативному лечению

Пилоростеноз

- Дайте определение пилородуоденальному стенозу
- Этиология пилородуоденального стеноза
- Клиническая картина и диагностика
- Лечебная тактика

Ущемление грыжи

- Дайте определение ущемленным грыжам
- Классификация в зависимости от анатомического расположения
- Клиническая картина
- Лечебная тактика

Острый холецистит

- Дайте определение острому холециститу
- Этиология и патогенез
- Клиническая картина (в том числе симптомы)
- Диагностика (инструментальные методы обследования)
- Лечебная тактика

Острый панкреатит

- Дайте определение острому панкреатиту
- Этиология и патогенез
- Клиническая картина и диагностика
- Лечебная тактика

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69	
Ситуационные задачи	3стр. из 32	

Нагноительные процессы мягких тканей

- Дайте определение нагноительных процессов мягких тканей
- Этиология, патогенез нагноительных процессов мягких тканей
- Клиническая картина разных форм нагноительных процессов мягких тканей
- Основные направления лечения нагноительных процессов мягких тканей
- Дайте определение фурункула
- Диагностика и дифференциальная диагностика фурункула
- Лечение фурункула
- Дайте определение фурункулезу
- Возбудители карбункула
- Патогенез карбункула
- Диагностика и дифференциальная диагностика карбункула
- Лечение карбункула
- Дайте определение гидрадениту
- Патогенез гидраденита
- Диагностика и дифференциальная диагностика гидраденита
- Лечение гидраденита
- Дайте определение вросшему ногтю
- Патогенез вросшего ногтя
- Диагностика и дифференциальная диагностика вросшего ногтя
- Лечение вросшего ногтя

Заболевания почек и мочевыделительной системы

- Определение почечной колики
- Определение острой задержки мочи
- Причина острой задержки мочи
- Клиническая картина и диагностика ОЗМ (простатит, аденома простаты)
- Медицинская помощь в условиях поликлиники
- Причины цисталгии
- Определение крипторхизма
- Клиническая картина и диагностика крипторхизма
- Лечение крипторхизма

2. Вопросы программы для рубежного контроля -2

Травмы, заболевания костно-суставной системы и мягких тканей

- Дайте определение вывихам
- Привычный вывих плеча
- Определение плоскостопия, мышечная кривошея, врожденная косолапость
- Врожденный вывих бедра
- Дайте определение искривлению позвоночника
- Клинические проявления, диагностика искривления позвоночника
- Вправление вывиха нижней челюсти и плечевой кости
- Дайте определение переломам костей
- Клиническая картина и диагностика переломов костей
- Транспортная иммобилизация при переломах трубчатых костей
- Дайте определение травматическому шоку
- Клиническая картина травматического шока
- Лечение шока
- Этиология травматического остеомиелита

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»		044-69
Ситуационные задачи		4стр. из 32

- Клиника и диагностика травматического остеомиелита
- Лечение остеомиелита
- Дайте определение бурситу, тендовагиниту, артрозоартриту
- Клинические проявления, диагностика бурсита, тендовагинита, артрозоартрита
- Лечение указанных заболеваний
- Ушибы мягких тканей
- Виды ран
- Клинические проявления ран
- Укусы животных
- Виды хирургических швов
- Дайте определение ожогам, отморожениям
- Определение степени тяжести и площади поражения
- Обработка инфицированных ран
- Виды повязок, техника их наложения

Заболевания сосудов

Дайте определение тромбозам и эмболиям артерий, флегмотромбозу и тромбофлебиту

Клинические проявления

Инструментальные методы обследования, диагностика

Лечебная тактика

Заболевания прямой кишки

- Дайте определение геморрою, трещине заднего прохода
- Клинические проявления, диагностика
- Лечебная тактика

Травмы органов грудной клетки

- Дайте определение пневмо-гемотораксу
- Клиническая картина, диагностика
- Первая медицинская помощь
-

3. Вопросы программы для промежуточной аттестации (экзаменационная сессия)

Острая хирургическая патология

- Дайте определение острому аппендициту.
- Клиника острого аппендицита.
- Диагностика острого аппендицита.
- Лечебная тактика острого аппендицита.
- Наблюдение за больным после выписки из стационара.
- Дайте определение острой кишечной непроходимости.
- Клиническая классификация непроходимости.
- Клиника кишечной непроходимости в зависимости от ее видов.
- Диагностика кишечной непроходимости (симптомы, обследования)
- Лечебная тактика кишечной непроходимости.

Кровотечения

- Причины кровотечения из язв желудка и двенадцатиперстной кишки.
- Классификация в зависимости от тяжести кровопотери.
- Клинические признаки кровотечения
- Диагностика кровотечений
- Виды инструментальных обследований при кровотечениях

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69	
Ситуационные задачи	5стр. из 32	

- Лечебная тактика.

Перфорация язвы

- Дайте определение перфорации
- Клиническая классификация перфорации
- Диагностика перфорации
- Лечебная тактика при перфорации

Пенетрация

- Дайте определение пенетрации
- Клиническая картина и диагностика пенетрации
- Лечение пенетрации
- Показания к оперативному лечению

Пилоростеноз

- Дайте определение пилородуоденальному стенозу
- Этиология пилородуоденального стеноза
- Клиническая картина и диагностика
- Лечебная тактика

Ущемление грыжи

- Дайте определение ущемленным грыжам
- Классификация в зависимости от анатомического расположения
- Клиническая картина
- Лечебная тактика

Острый холецистит

- Дайте определение острому холециститу
- Этиология и патогенез
- Клиническая картина (в том числе симптомы)
- Диагностика (инструментальные методы обследования)
- Лечебная тактика

Острый панкреатит

- Дайте определение острому панкреатиту
- Этиология и патогенез
- Клиническая картина и диагностика
- Лечебная тактика

Нагноительные процессы мягких тканей

- Дайте определение нагноительных процессов мягких тканей
- Этиология, патогенез нагноительных процессов мягких тканей
- Клиническая картина разных форм нагноительных процессов мягких тканей
- Основные направления лечения нагноительных процессов мягких тканей
- Дайте определение фурункула
- Диагностика и дифференциальная диагностика фурункула
- Лечение фурункула
- Дайте определение фурункулезу
- Возбудители карбункула
- Патогенез карбункула
- Диагностика и дифференциальная диагностика карбункула
- Лечение карбункула
- Дайте определение гидрадениту
- Патогенез гидраденита

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69	
Ситуационные задачи	бстр. из 32	

- Диагностика и дифференциальная диагностика гидраденита
- Лечение гидраденита
- Дайте определение вросшему ногтю
- Патогенез вросшего ногтя
- Диагностика и дифференциальная диагностика вросшего ногтя
- Лечение вросшего ногтя

Заболевания почек и мочевыделительной системы

- Определение почечной колики
- Определение острой задержки мочи
- Причина острой задержки мочи
- Клиническая картина и диагностика ОЗМ (простатит, аденома простаты)
- Медицинская помощь в условиях поликлиники
- Причины цисталгии
- Определение крипторхизма
- Клиническая картина и диагностика крипторхизма
- Лечение крипторхизма

Травмы, заболевания костно-суставной системы и мягких тканей

- Дайте определение вывихам
- Привычный вывих плеча
- Определение плоскостопия, мышечная кривошея, врожденная косолапость
- Врожденный вывих бедра
- Дайте определение искривлению позвоночника
- Клинические проявления, диагностика искривления позвоночника
- Вправление вывиха нижней челюсти и плечевой кости
- Дайте определение переломам костей
- Клиническая картина и диагностика переломов костей
- Транспортная иммобилизация при переломах трубчатых костей
- Дайте определение травматическому шоку
- Клиническая картина травматического шока
- Лечение шока
- Этиология травматического остеомиелита
- Клиника и диагностика травматического остеомиелита
- Лечение остеомиелита
- Дайте определение бурситу, тендовагиниту, артрозоартриту
- Клинические проявления, диагностика бурсита, тендовагинита, артрозоартрита
- Лечение указанных заболеваний
- Ушибы мягких тканей
- Виды ран
- Клинические проявления ран
- Укусы животных
- Виды хирургических швов
- Дайте определение ожогам, отморожениям
- Определение степени тяжести и площади поражения
- Обработка инфицированных ран
- Виды повязок, техника их наложения

Заболевания сосудов

Дайте определение тромбозам и эмболиям артерий, флегмотромбозу и тромбофлебиту

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»		044-69
Ситуационные задачи		7стр. из 32

Клинические проявления

Инструментальные методы обследования, диагностика

Лечебная тактика

Заболевания прямой кишки

- Дайте определение геморрою, трещине заднего прохода
- Клинические проявления, диагностика
- Лечебная тактика

Травмы органов грудной клетки

- Дайте определение пневмо-гемотораксу
- Клиническая картина, диагностика
- Первая медицинская помощь

4. Задания рубежного контроля-1

Ситуационная задача №1

Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся неделю назад. Сначала возникла сильная боль в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,6°C. Затем боли локализовались в правой подвздошной области и значительно стихли, но не исчезли совсем. Стул был нормальный.

При осмотре: язык влажный, температура нормальная, отмечается небольшая болезненность в правой подвздошной области, напряжения мышц нет. Положительны симптомы Ситковского и Ровзинга. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется.

Лабораторно-диагностические исследования:

Лейкоцитов в крови 8×10^9 /л. Анализ мочи без особенностей.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы

- Ваш диагноз
- Назовите основные симптомы
- Интерпретируйте полученные данные
- Проведите дифференциальную диагностику
- Выберите лечебную тактику

Ответы на ситуационную задачу №1

1.1 . острый аппендицит.

1.2. Боли в правой подвздошной области, положительные симптомы Розинга, Ситковского, Т-37,6С.

1.3. Больного в экстренном порядке необходимо направить в хирургический стационар для решения вопроса о оперативном лечении.

Ситуационная задача №2

В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшалось, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа

Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()
Контрольно-измерительные средства	9стр. из 52

самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой. Через 5 ч был доставлен вновь, уже с явлениями перитонита.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- Ваш диагноз
- Ошибки врача при первом осмотре
- Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №2

1.1. Ущемленная пахово-мошоночная грыжа осложненная некрозом кишечника и пеританатом.

1.2. Больные с ущемленным грыжами в случаях самопроизвольных вправлений, госпитализация в стационар для дальнейшего наблюдения и в случаях появления клиники перитонита оперируются в экстренном порядке.

1.3. Больному необходимо оперативное вмешательство в экстренном порядке.

Ситуационная задача №3

У больной 48 лет, после приема жирной пищи впервые появились сильные боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку. Поднялась температура до 38,3°C, была однократная рвота. При пальпации правого подреберья определялась болезненность и напряжение мышц, положительный симптом Щеткина — Блюмберга. Лейкоцитов в крови $12,0 \times 10^9/\text{л}$. После назначения спазмолитиков, антибиотиков, новокаиновой блокады состояние улучшилось. Температура снизилась до нормы, боли уменьшились, напряжение мышц стало меньше и к концу 3-х суток полностью исчезло. Небольшая болезненность оставалась в точке желчного пузыря. Лейкоцитов в крови стало $6,0 \times 10^9/\text{л}$.

Лабораторно-диагностические исследования:

Лейкоцитов в крови стало $6,0 \times 10^9/\text{л}$.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- Ваш диагноз
- Интерпретируйте полученные данные
- Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы обследования необходимы для дифференциальной диагностики
- Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №3

1.1. острый холецистит.

1.2. Боли в правом подреберье с иррадиацией в правое плечо и лопатку, Лейкоцитоз в крови $12,0 \times 10^9/\text{л}$.

1.3. УЗИ желчного пузыря и желчевыводящих путей.

1.4. Больной проводится лечение в хирургическом отделении стационара.

Ситуационная задача №4

У больного 36 лет утром появились ноющие боли в правой подвздошной области, усилившиеся и ставшие очень интенсивными к вечеру. Появились частые позывы на мочеиспускание, поднялась температура до 37,6°C, была однократная рвота. Раньше подобных болей больной не отмечал. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот в правой подвздошной области напряжен, резко болезнен. Симптом Щеткина—Блюмберга

Кафедра Хирургических дисциплин		044-44/ 11 ()
Контрольно-измерительные средства		10стр. из 52

справа резко положителен. Положительны симптомы Ровзинга, Ситковского, Симптом Пастернацкого отрицателен. В моче изменений нет. Лейкоцитов в крови $16 \times 10^9/\text{л}$.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- Ваш диагноз
- Интерпретируйте полученные данные
- Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы обследования необходимы для дифференциальной диагностики
- Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №4

1.1. Острый аппендицит.

1.2. Боли в правой подвздошной области, положительные симптомы Розинга, Ситковского, Щеткина-Блюмберга, лейкоцитоз в крови $16 \times 10^9/\text{л}$.

1.3. Дополнительных обследований в условиях поликлиники не требуется.

1.4. Больной направляется в хирургическое отделение стационара в экстренном порядке.

Ситуационная задача №5

Больной 36 лет обратился с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в правой половине живота, иррадиирующие в пах и в правую поясничную область. Заболел 2 ч назад. Раньше подобных болей никогда не было. Боли сопровождались однократной рвотой. Больной беспокоен, мечется, принимает коленно-локтевое положение. Температура при поступлении $37,5^\circ\text{C}$. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряжен в правой половине, резко болезнен, не участвует в дыхании, симптом Щеткина — Блюмберга отрицателен. Симптом Пастернацкого справа резко положителен. Лейкоцитов в крови $14 \times 10^9/\text{л}$. В моче: следы белка, относительная плотность 1018, свежих эритроцитов 8-10 в поле зрения, выщелоченных эритроцитов 1 -2 в поле зрения, лейкоцитов 10-12 в поле зрения, клеток плоского эпителия большое количество.

Лабораторно-диагностические исследования:

Лейкоцитов в крови $14 \times 10^9/\text{л}$. В моче: следы белка, относительная плотность 1018, свежих эритроцитов 8-10 в поле зрения, выщелоченных эритроцитов 1 -2 в поле зрения, лейкоцитов 10-12 в поле зрения, клеток плоского эпителия большое количество.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- Ваш диагноз
- Обоснуйте ваш диагноз
- Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы обследования необходимы для дифференциальной диагностики
- Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №5

1.1. Мочекаменная болезнь, камень мочеточника справа, почечный колит.

1.2. Боли с иррадиацией в поясничную область, положительный симптом Пастернацкого, наличие свежих эритроцитов в анализах мочи.

1.3. УЗИ почек и мочевыводящих путей, внутривенная урография.

1.4. Направляется в урологическое отделение стационара.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	11стр. из 32	

Ситуационная задача №6

Больной Ш. 65 лет обратился в поликлинику к хирургу

Жалобы: на болезненное опухолевидное образование в области спины, распирающего характера, усиливающееся при движении, покраснение, общую слабость, повышение температуры тела до 38⁰С.

Anamnesis morbi: Со слов, больным себя считает в течение 10-ти дней. Настоящее ухудшение состояния связывает с переохлаждением. Самостоятельно обратился в хирургическое отделение ЦАХТиГ, где и госпитализирован.

Anamnesis vitae: Без особенностей.

Status praesens: Общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД= 18 в 1 мин. Сердечные тоны приглушенные, ритм правильный. Пульс-86 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД - 140/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицателен с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Status localis: При осмотре области спины справа, в межлопаточной области отмечается отечное и гиперемированное, уплотнение размером 4,0x5.0 см, в центре которой некротические стержни, местами гнойные выделения. При пальпации наблюдается резкая болезненность и повышение местной температуры. В центре флюктуация.

Лабораторно-диагностические исследования:

ОАК: Нв-115 г/л. Эр- 4,0 x 10¹² /л, Л – 15,5 x 10⁹ /л; СОЭ – 25мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018; белок – 0,033%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Ваш диагноз
- 1.2. Назовите основные симптомы
- 2.1. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы обследования необходимы
- 2.2. Интерпретируйте полученные данные
- 2.3. Проведите дифференциальную диагностику
- 3.1. Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №6

Ключевые слова: карбункул, фурункул, абсцесс, флегмона, рана, раневая инфекция.

- 1.1. Абсцедирующий карбункул межлопаточной области.
- 1.2. Болевой, интоксикационный, неврологический
- 2.1. Биохимия крови: Глюкоза крови, Коагуллограмма, Группа крови, Rh (фактор), Микрореакция. Бак посев из раны.
- 2.2. У больного наблюдается гипертермия, лейкоцитоз и повышение СОЭ, что свидетельствует о воспалительном процессе
- 2.3. Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей (фурункул, гидраденит, абсцесс, рожистое воспаление).

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	12стр. из 32	

3.1. Оперативное вмешательство: 1) Вскрытие и дренирование гнойного очага крестообразным разрезом с иссечением некротических тканей 2) антибактериальная терапия с учетом чувствительности 3) анальгетики-с целью обезболивания 4) дезинтоксикация, десенсибилизация 5) перевязки- с целью обработки раны в первые 3 суток в условия дневного стационара

Ситуационная задача №7

Больной В. 38 лет доставлен в приемный покой ШГБСМП бригадой СМП в экстренном порядке

Жалобы: на сильную боль по всему животу, тошноту, рвоту, сухость во рту, слабость.

Anamnesis morbi: Со слов больного болеет в течении 2 часов, когда появилась резкая кинжальная боль в эпигастрии, которая распространилась по всему животу, состояние ухудшалось, вызвана бригада скорой медицинской помощи, доставлен в ШГБСМП, где госпитализирован в х.о. № 1.

Anamnesis vitae: Со слов больного в течении 2 лет периодически беспокоили боли в эпигастральной области особенно в ночное время. К врачам не обращался, ни где не лечился.

Status preasens: Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски покрыт холодным потом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс 112 уд. в мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Зев чистый, не гиперемирована. Живот доскообразной формы, не вздут, болезнен в области эпигастрии. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга перкуторно печеночная тупость не определяется. Перистальтика кишечника не выслушивается. Печень и селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон, диурез в норме.

Status localis: Живот доскообразной формы, не вздут, болезнен в области эпигастрии. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии в правом подреберье отмечается тимпанит. Перистальтика кишечника выслушивается не выслушивается.

Лабораторно-диагностические исследования:

Обзорная рентгенограмма брюшной полости – свободный газ под куполом левой диафрагмы.

УЗИ – Гепатомегалия. Выраженные диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы. Признаки холецистопанкреатита.

ЭКГ – Синусовая тахикардия, пульс – 100 уд. в мин. Обменно-диффузные изменения в миокарде.

ОАК: НЬ-135 г/л. Эр- $4,0 \times 10^{12}$ /л, Л – $10,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 15мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018; белок – 0,033%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.


Б/Х кровь – бил.общ. – 18,8 мм/л; амилаза – 11,7 мм/л, глюкоза – 5,9 ммоль/л

Группа крови – В (III) третья, Rh (+) положительный

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Ваш диагноз
- 1.2. Назовите основные симптомы
- 2.3. Проведите дифференциальную диагностику
- 3.1. Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №7

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()
Контрольно-измерительные средства	13стр. из 32

Ключевые слова: Язва, желудок, 12 перстная кишка, перитонит.

Язвенная болезнь ДПК. Прободная язва ДПК. Перитонит. Реактивная фаза.

Резко болезненный, доскообразный живот. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный. Исчезновение перкуторной тупости печени. Явление болевого шока: бледная и холодная кожа АД=90/60мм.рт.ст. Рефлекторная брадикардия до 60 в 1 мин. На R- графии брюшной полости свободный газ в правой поддиафрагмальной области

2.2. дифференциальную диагностику с заболеваниями органов брюшной полости (холецистит, панкреатит, аппендицит, ОКН, тромбоз мезентериальных сосудов и т.д.).

3.1. Оперативное вмешательство: 1) операция Лапаротомия.

Ситуационная задача №8

Больной 3. 50 лет обратился в поликлинику к хирургу

Жалобы: на наличие болезненного опухолевидного образования в затылочной области, отечность и покраснение в области образования.

Anamnesis morbi: Со слов больного опухолевидное образование в затылочной области слева отмечается последние три года и особо не беспокоило, но в последние 5-и суток в нем появилась боль, покраснение и увеличилась в размере. Самообращение в хирургическое отделение ЦАХТиГ, где и госпитализирован в экстренном порядке.

Anamnesis vitae: Без особенностей.

Status praesens: Общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, чистые $t^0=37,4^0$. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД= 18 в 1 мин. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Пульс=78 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД-120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицательные с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Status localis: При осмотре в затылочной области слева отмечается опухолевидное образование. Кожа над ним гиперемированна, отечна. Образование при пальпации плотной консистенции, резко болезненное, неподвижное, размером 4,0x2,0 см, симптом флюктуации положителен. Увеличены регионарные лимфатические узлы шеи.

Лабораторно-диагностические исследования:

ОАК: Нв-128 г/л. Эр- $4,0 \times 10^{12}$ /л, Л – $12,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 20мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1015; белок – 0,017%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Ваш диагноз
- 1.2. Назовите основные симптомы
- 2.2. Интерпретируйте полученные данные
- 2.3. Проведите дифференциальную диагностику
- 3.1. Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №8

Ключевые слова: карбункул, фурункул, абсцесс, флегмона, рана, раневая инфекция.

- 1.1. Абсцедирующий карбункул межлопаточной области.
- 1.2. Болевой, интоксикационный, неврологический
- 2.1. У больного наблюдается гипертермия, лейкоцитоз и повышение СОЭ, что свидетельствует о воспалительном процессе

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	14стр. из 32	

2.2. Гнойная хирургическая инфекция мягких тканей (фурункул, гидраденит, абсцесс, рожистое воспаление).

3.1. Оперативное вмешательство: 1) Вскрытие и дренирование гнойного очага крестообразным разрезом с иссечением некротических тканей

Ситуационная задача №9

Больная А. 25 лет обратилась в поликлинику к хирургу

Жалобы: на небольшое опухолевидное образование, боль, отек и покраснение в левой подмышечной области, повышение температуры по вечерам до 38⁰С. Беспокойный сон последние 3 суток.

Anamnesis morbi: Со слов больной болеет в течении 1-недели. Связывает данное заболевание с бритьем подмышечной области. В домашних условиях накладывали различные мази, эффекта не было. Состояние ухудшалось, обратилась в хирургическое отделение ЦАХТиГ, где и госпитализирована.

Anamnesis vitae: Без особенностей.

Status praesens: Общее состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски $t^0=37,8^0$. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД= 19 в 1 мин. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Пульс=86 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД 120/80мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицательные с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Status localis: При осмотре левой подмышечной области отмечается гиперемированное, отечное образование плотной консистенции, резко болезненное, размером 4,0-2,0 см в диаметре, возвышающейся над уровнем здоровой кожи до 1,0 см. Гиперемия распространена от образования к периферий до 6-8 см. Кожа над образованием изменена цветом до багрового, в центре признаки флюктуации, некротического стержня нет. Без выделений. Регионарные лимфатические узлы увеличены

Лабораторно-диагностические исследования:

ОАК: Нб-115 г/л. Эр- $3,2 \times 10^{12}$ /л, Л – $11,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 25мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018; белок – 0,033%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Ваш диагноз
- 1.2. Назовите основные симптомы
- 2.1. Проведите дифференциальную диагностику
- 3.1. Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №9.

- 1.1. Гидраденит осложненный абсцедированием
- 1.2. Наличие образования в подмышечной области, гиперемированное болезненностью. В центре образование признаки флюктуации.
- 1.3. Дифференциальную диагностику необходимо провести с лимфаденитом, фурункулом
- 1.4. Вскрытие и дренирование гнойника с ежедневной перевязкой.

Ситуационная задача №10

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	15стр. из 32	

Больной С. 37 лет обратился в поликлинику к хирургу

Жалобы: на сильные боли, отек и гиперемию 1- пальца правой кисти, ограничение движения, общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 38⁰С.

Anamnesis morbi: Со слов больного неделю назад заливал бетон в бытовых условиях. Отмечает возможность незамеченной микротравмы, что и привело к данному состоянию. Других причин не отмечает. На 2-3 сутки стал замечать отек и покраснение пальца, в связи с чем обратился в поликлинику по месту жительства, откуда направлен в ЦАХТиГ, где и госпитализирован в экстренном порядке.

Anamnesis vitae: Без особенностей.

Status praesens: Общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски $t^0=38,2^0$. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД= 19 в 1 мин. Сердечные тоны ритмичные, ясные. Пульс=82 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД-120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Status localis: При осмотре 1-пальца правой кисти, в средней фаланге в ладонной поверхности отмечается резкий отек, покраснение, При надавливаний резкие боли, местная гипертермия. Признаки напряженной флюктуации.

Лабораторно-диагностические исследования:

ОАК: Нб-138 г/л. Эр- $4,2 \times 10^{12}$ /л, Л – $13,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 25мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018; белок – 0,033%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Ваш диагноз
- 1.2. Назовите основные симптомы
- 2.1. Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №10.

- 1.1. Подкожный панариции
- 1.2. Отек и покраснение, резкая болезненность, гипертермия, флюктуации.
- 1.3. Вскрытие и дренирование.

Ситуационная задача №11

Больной Ш. 65 лет обратился в поликлинику к хирургу

Жалобы: на болезненное опухолевидное образование в области спины, распирающего характера, усиливающееся при движении, покраснение, общую слабость, повышение температуры тела до 38⁰С.

Anamnesis morbi: Со слов, больным себя считает в течение 10-ти дней. Настоящее ухудшение состояния связывает с переохлаждением. Самостоятельно обратился в хирургическое отделение ЦАХТиГ, где и госпитализирован.

Anamnesis vitae: Без особенностей.

Status praesens: Общее состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД= 18 в 1 мин. Сердечные тоны приглушенные, ритм правильный. Пульс-86 уд/мин,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	16стр. из 32	

ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД - 140/80 мм.рт.ст. Язык влажный, чистый. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицателен с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Status localis: При осмотре области спины справа, в межлопаточной области отмечается отечное и гиперемированное, уплотнение размером 4,0x5.0 см, в центре которой некротические стержни, местами гнойные выделения. При пальпации наблюдается резкая болезненность и повышение местной температуры. В центре флюктуация.

Лабораторно-диагностические исследования:

ОАК: Нв-115 г/л. Эр- $4,0 \times 10^{12}$ /л, Л – $15,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 25мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018; белок – 0,033%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Ваш диагноз
- 1.2. Назовите основные симптомы
- 2.1. Проведите дифференциальную диагностику
- 3.1. Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №11.

- 1.1. Карбункул межлопаточной области.
- 1.2. Наличие плотного образования гиперемированное с некротическими стержнями.
- 1.3. С фурункулом, рожистым воспалением.
- 1.4. Лечение хирургическое, крестообразный разрез с выскабливанием некротических тканей.

Ситуационная задача №12


Больной В. 38 лет доставлен в приемный покой ШГБСМП бригадой СМП в экстренном порядке

Жалобы: на сильную боль по всему животу, тошноту, рвоту, сухость во рту, слабость.

Anamnesis morbi: Со слов больного болеет в течении 2 часов, когда появилась резкая кинжальная боль в эпигастрии, которая распространилась по всему животу, состояние ухудшалось, вызвана бригада скорой медицинской помощи, доставлен в ШГБСМП, где госпитализирован в х.о. № 1.

Anamnesis vitae: Со слов больного в течении 2 лет периодически беспокоили боли в эпигастральной области особенно в ночное время. К врачам не обращался, ни где не лечился.

Status preasens: Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски покрыт холодным потом. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс 112 уд. в мин. Язык суховат, обложен белым налетом. Зев чистый, не гиперемирована. Живот доскообразной формы, не вздут, болезнен в области эпигастрии. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга перкуторно печеночная тупость не определяется. Перистальтика кишечника не выслушивается. Печень и селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон, диурез в норме.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	17стр. из 32	

Status localis: Живот доскообразной формы, не вздут, болезнен в области эпигастрии. Положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии в правом подреберье отмечается тимпанит. Перистальтика кишечника выслушивается .

Лабораторно-диагностические исследования:

Обзорная рентгенограмма брюшной полости – свободный газ под куполом левой диафрагмы.

УЗИ – Гепатомегалия. Выраженные диффузные изменения в паренхиме печени и поджелудочной железы. Признаки холецистопанкреатита.

ЭКГ – Синусовая тахикардия, пульс – 100 уд. в мин. Обменно-диффузные изменения в миокарде.

ОАК: Нв-135 г/л. Эр- 4,0 x 10¹²/л, Л – 10,5 x 10⁹ /л; СОЭ – 15мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018; белок – 0,033%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.

Б/Х кровь – бил.общ. – 18,8 мм/л; амилаза – 11,7 мм/л, глюкоза – 5,9 ммоль/л

Группа крови – В (III) третья, Rh (+) положительный

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Ваш диагноз
- 1.2. Назовите основные симптомы
- 2.1. Проведите дифференциальную диагностику
- 3.1. Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №12.

- 1.1. Язвенная болезнь желудка, осложненная перфорацией.
- 1.2. Острая кинжальная боль в эпигастрии. При пальпации живота напряжение , положительный симптом Щеткина-Блюмберга, на обзорной R-грамме газ пол куполом диафрагмы слева.
- 1.3. Острый панкреатит, холецистит.
- 1.4. лечение оперативное в условиях стационара. Под общим эндотрахеальным наркозом верхне-срединная лапоротомия.

Ситуационная задача №13

Больной К. 45 лет обратился в поликлинику к хирургу

Жалобы: на сильные боли, отек и гиперемию в правой голени, ограничение движения в правой нижней конечности, общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела, сухость во рту.

Anamnesis morbi: Со слов больного данное состояние отмечает в течений 5 -6 дней , которое началось с небольшого пореза в подколенной области об арматуру. В первые дни особо не беспокоили, но через 3 дня стали беспокоить вышеперечисленные жалобы. Дома самостоятельно обрабатывал рану, но улучшения не наблюдал. В последний день отмечает ухудшение состояния и обратился в поликлинику по месту жительства, откуда направлен ЦАХТиГ в экстренном порядке.

Anamnesis vitae: Без особенностей.

Status praesens: Общее состояние больного на момент осмотра средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски t⁰=37,8⁰. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД= 20 в 1 мин. Сердечные тоны ритмичные,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	18стр. из 32	

ясные. Пульс=92 уд/мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, АД-110/70 мм.рт.ст. Язык суховат, покрыт белым налетом. Зев спокоен. Живот мягкий, безболезненный. Симптом «поколачивания» отрицательные с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Status localis: При осмотре правой голени по задней поверхности отмечается гиперемированное опухолевидное образование, резко болезненное при пальпаций, размером 10, 5 x 12, 5 см в диаметре, высотой 1,5 см. от уровня здоровой кожи. В центре отмечаются явления флюктуаций. От подколенной ямки ниже на 3,0 см рана размером 2,5x1,0 см с гнойно-геморрагическим выделением. При ревизии зондом направление раны по боковой поверхности вниз и в глубину. Глубиной до 8-9 см. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Движение нижней конечности ограничено из-за боли.

Лабораторно-диагностические исследования:

ОАК: Нв-118 г/л. Эр- $4,2 \times 10^{12}$ /л, Л – $15,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 25мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018; белок – 0,033%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Ваш диагноз
- 1.2. Назовите основные симптомы
- 3.1. Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №13.

- 1.1 Колото-резанная рана на задней поверхности правой голени, осложненная абсцессом.
- 1.2. наличие колото раны опухолевидного образования гиперимия, резкая болезненность, в центре флюктуаций.
- 1.3. Вскрытие и дренирование абсцесса в условиях хирургического стационара.

Ситуационная задача №14

Больной, 32 лет, обратился к врачу с жалобами на «тупые» боли в эпигастральной области и за грудиной, обычно возникающие после еды, а также при работе нагнувшись. На высоте болевого приступа иногда возникает рвота, чувство нехватки воздуха. Симптомы заболевания появились 1/2 года назад, имеют тенденцию к прогрессированию.

При осмотре: Кожные покровы бледно-розовые, обычной влажности. В легких везикулярное дыхание, значительно ослаблено в нижних отделах левого легкого. Там же нечетко выслушиваются кишечные шумы. ЧДД - 18 в 1 минуту. Пульс - 76 в 1 минуту, ритмичный. АД- 130/80 мм. рт. ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные. На передней брюшной стенке рубец от срединной лапаротомии, выполненной, со слов больного, год назад по поводу проникающего в брюшную полость ножевого ранения. Живот не вздут, мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформлен. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Классификация данного заболевания?
3. Варибельность клинической картины в зависимости от различий этиопатогенезе?

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	19стр. из 32	

4. Какие методы исследования подтвердят Ваш диагноз?
5. Какие могут развиваться осложнения?
6. Методы лечения данного заболевания?

Ответы на клиническую ситуацию №14.

1. Травматическая диафрагмальная грыжа
2. Классификация диафрагмальных грыж (К.Д.Тоскин, 1990)
 - Грыжи собственно диафрагмы:
 - а) врожденные : реберно-позвоночные, грудинно-реберные, грыжи купола диафрагмы, аплазия диафрагмы
 - б) травматические
 - в) релаксация диафрагмы (невропатические грыжи)
- Грыжи естественных отверстий диафрагмы:
 - а) короткий пищевод (врожденный, приобретенный)
 - б) грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
 - в) параэзофагеальные грыжи
3. Для грыж собственно диафрагмы характерны кардиореспираторные (одышка, цианоз, тахикардия) и гастроинтестинальные симптомы (боли в эпигастрии, рвота, задержка стула и газов)
 Для грыж естественных отверстий диафрагмы характерны симптомы рефлюкс-эзофагита (чувство жжения за грудиной, изжога, усиливающиеся при работе нагнувшись)
4. Обзорная и контрастная рентгенография, ФГДС и УЗИ.
5. Ущемление
6. Оперативное лечение – пластика диафрагмы собственными тканями или аллопластическим материалом.

Ситуационная задача №15

Мужчина 37 лет поступил через 16 часов от начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие сильные схваткообразные боли в верхних отделах живота, повторные рвоты съеденной пищей, вздутие живота. Из анамнеза известно, что два года назад оперирован по поводу проникающего ранения брюшной полости с повреждением печени и поперечноободочной кишки. В течение послеоперационного периода несколько раз наблюдались подобные приступы, которые эффективно купировались применением спазмолитиков. На этот раз приступ протекает более тяжело, привычные консервативные мероприятия не эффективны.

Объективно: состояние средней степени тяжести, больной беспокоен, меняет положение. Пульс 90 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Язык несколько суховат, обложен. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный больше в верхних отделах, перистальтика выслушивается, перитонеальные симптомы не определяются. На передней брюшной стенке гипертрофический рубец после срединной лапаротомии. Стул назад был нормальный стул. При ректальном исследовании - следы кала обычной окраски.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План дополнительного обследования больного?
3. Роль и объем рентгенологического обследования, интерпретация данных.
4. Этиология и патогенез нарушений, развивающихся при данной патологии.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	20стр. из 32	

5. Каков объем консервативных лечебных мероприятий необходимых для данного больного?

6. Показания к операции, варианты оперативных вмешательств?

7. Мероприятия, направленные на предупреждение рецидива заболевания.

Ответы на клиническую ситуацию №15.

1. Острая кишечная непроходимость, вызванная спайкообразованием или ущемленной посттравматической диафрагмальной грыжей.
2. В комплексе первичного обследования обязательны обзорная рентгенография брюшной полости с контролем пассажа бария, ультразвуковое исследование.
3. Основной этиологический фактор в данном случае – механическое препятствие, вызвавшее илеус, следствием которого является частичная или полная остановка кишечного пассажа и, выраженное в той или иной степени, нарушение кровоснабжения вовлеченной в процесс кишечной петли. В патогенетическом плане среди многообразных нарушений гомеостаза наибольшее клиническое значение имеют развивающиеся водно-электролитные нарушения, изменение проницаемости кишечной стенки, некроз стенки кишки, кишечная недостаточность, эндотоксикоз, вторичный перитонит.
4. Комплекс мероприятий, включающий: голод, дренирование желудка, обезболивание, мощную инфузионную терапию, спазмолитики, новокаиновые блокады, ГБО, очистительные клизмы, коррекцию развивающихся полиорганных нарушений.
5. Показанием к операции является отсутствие отчетливой положительной динамики (клинически и по рентгенологическим данным) от консервативного лечения в течение 6 часов, явления перитонита, ущемленная диафрагмальная грыжа. В данном случае возможными вариантами оперативного пособия будут: ликвидация непроходимости, френогерниопластика или рассечение спаек, резекция (при некрозе) участка пострадавшего органа, трансназальная интубация тонкой кишки (по показаниям).
6. Тщательное соблюдение принципов оперативной техники, бережное отношение к тканям, интубация тонкой кишки, надежная герниопластика, наложение гидроперитонеума, раннее восстановление перистальтики, назначение в послеоперационном периоде ГБО, гидрокортизона, антигистаминных препаратов, физиотерапии и др.

Задания рубежного контроля-2

Ситуационная задача №1


Больной А 30 лет обратился в поликлинику к хирургу

Жалобы: на наличие раны в ягодичной области слева, кровотечение из раны. **Anamnesis morbi:** Со слов больного 1 час назад получил травму сев случайно на стекло, бригадой СМП, доставлен в приемное отделение ЦАХТиГ.

Anamnesis vitae: Без особенностей.

Status praesens: Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, приглушены. АД – 110/70 мм.рт.ст. Пульс 90 уд. в мин. удовлетворительного напряжения. Язык влажный, обложен белым налетом. Зев чистый, не гиперемирован. Живот мягкий, без болезненный. Симптом «поколачивания» отрицателен с обеих сторон. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Status localis: в проекции нижнего внутреннего квадрата ягодичной области слева имеется рана размерами до 1,5x0,5 см, глубиной 3,0см с ровными краями, острыми углами в поперечном направлении. Отмечается обильное наружное кровотечение.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	21стр. из 32	

Лабораторно-диагностические исследования:

ОАК: Нв-115 г/л. Эр- $4,0 \times 10^{12}$ /л, Л – $7,2 \times 10^9$ /л; СОЭ – 8мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018; белок – 0,033%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Ваш диагноз
- 1.2. Назовите основные симптомы
- 3.1. Составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию 1

Ключевые слова: рана, раневая инфекция, ягодичная область.

- 1.1. Колото-резаная рана ягодичной области слева. Наружное кровотечение.
- 1.2. Болевой, неврологический
- 2.1. Оперативное вмешательство: 1) В экстренном порядке произвести ПХО раны

Ситуационная задача №2

Больной С. 30 лет обратился в поликлинику к хирургу

Жалобы: на сильные боли, отек и гиперемию в правой кисти и правом предплечье, ограничение движения в конечности, общую слабость, недомогание, головную боль, повышение температуры тела до 39°C , сухость во рту.

Anamnesis morbi: Со слов больного семь дней назад на производстве поранил правую кисть металлическим предметом. За помощью в лечебное учреждение не обращался. Через двое суток рука отекала, появились нарастающие боли в области правой кисти и предплечья, температура тела повысилась. На пятые сутки отек и гиперемия распространились до локтевого сустава, движения правой рукой стали вызывать значительную болезненность, температура тела повысилась до 40°C , появились головные боли и сухость во рту.

Anamnesis vitae: Без особенностей.

Status praesens: Общее состояние больного средней степени тяжести. Кожный покровы бледно-розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД – 110/70 мм.рт.ст. Пульс 98 уд. в мин. удовлетворительного напряжения. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот обычной формы мягкий, безболезненный. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Стул в норме. Симптом поколачивания в поясничных областях отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Status localis: По тыльной поверхности пястной области правой кисти в проекции разгибателей 2 и 3 пальцев в параллельном направлении к сухожилиям имеются рана размером 1,0x4,0 см и глубиной до 1,5 см. Края раны не ровные, гиперемизированные, отечные покрытые зеленоватым налетом. Отделяемое из раны густое гнойное с желто-зеленоватым оттенком. Дном раны являются сухожилия и мышцы пястных костей. Так же на ладонной поверхности правой кисти в проекции тенора в поперечном направлении имеются рана размером 2,0x3,0 см и глубиной до 1,5 см. Края раны не ровные, гиперемизированные, отечные покрытые зеленоватым налетом, отделяемое из раны густое гнойное с желто-зеленоватым оттенком. Дном раны является мышечно-апоневротический слой кисти. Гиперемия и отек распространены от кисти до локтевого сгиба. При пальпации резкая болезненность, ограничение движения, отмечается местная гипертермия.

Лабораторно-диагностические исследования:

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	22стр. из 32	

ОАК: Нб-138 г/л. Эр- $4,4 \times 10^{12}$ /л, Л – $10,5 \times 10^9$ /л; СОЭ – 25мм/ч

ОАМ: цвет соломенно-жёлтый, удельный вес – 1018; белок – 0,066%; плоский эпителий – 4-3 ед в п/зр., лейкоциты. – 2-3 ед в п/зр.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1 Ваш диагноз
- 2.2. Интерпретируйте полученные данные
- 2.3. составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию:

1.1. Инфицированная рана правой кисти, осложненная лимфангаитом

1.2. Анамнез, наличием раны в области правой кисти с гнойным отделением, Отек и гиперемия вокруг раны до с/з предплечий.

2.1 Санация раны (удаление некротических тканей, промывание), дренирование тампонами гипертоническим раствором. Антибиотики в/м, дезинтоксикационная терапия, анальгетики.

Ситуационная задача №3

Больной К., 52 лет, поступил в хирургический стационар

Жалобы: на боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при глубоком вдохе, кашель с освобождением гнойной мокроты, высокую температуру тела, головокружение, общую слабость.

Anamnesis morbi: Со слов больного шесть суток назад был избит. Били железным прутком. В последующее время особого внимания на состояние здоровья не обращал, поскольку пребывал в состоянии алкогольного опьянения. За медицинской помощью обратился в связи с резким ухудшением самочувствия.

Anamnesis vitae: 3 года состоит на учёте по поводу туберкулёза лёгких. В настоящее время постоянного места жительства не имеет, не работает.

Status praesens: Общее состояние больного тяжелое. При осмотре больной неадекватен, возбуждён, отмечается тремор пальцев рук. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. $t^0=38,2^0$. Кожные покровы правой половины груди осаднены по задне-боковой поверхности. Пальпаторно определяется болезненность, крепитация подкожной клетчатки локально в области осаднения. При дыхательных движениях определяется крепитация при пальпации 6, 7, 8 рёбер по лопаточной и задне-аксиллярной линиям. Справа - дыхание резко ослаблено, перкуторно коробочный звук. Слева дыхание проводится во все отделы, влажные бронхиальные хрипы. ЧСС-110 в мин., АД-100/60 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Зев чистый, не гиперемирован. Живот при осмотре не вздут, в акте дыхания участвует. Пальпаторно живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника выслушивается. Газы отходят. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Status localis: Кожные покровы правой половины груди осаднены по задне-боковой поверхности. Пальпаторно определяется болезненность, крепитация подкожной клетчатки локально в области осаднения. При дыхательных движениях определяется крепитация при пальпации 6, 7, 8 рёбер по лопаточной и задне-аксиллярной линиям. Справа - дыхание резко ослаблено, перкуторно коробочный звук. Слева дыхание проводится во все отделы, влажные бронхиальные хрипы. ЧСС-110 в мин., АД-100/60 мм рт.ст.

Лабораторно-диагностические исследования:

ОАК: Нб-96 г/л. Эр- $3,0 \times 10^{12}$ /л, Л – $16,0 \times 10^9$ /л; СОЭ – 42мм/ч

Проба на алкоголь в выдыхаемом воздухе положительная.

При поисковой пункции плевральной полости - справа получен воздух и гнойный экссудат. В ближайший час в ходе обследования у больного развилось резко выраженное психомоторное возбуждение, фиксирован к кровати.

ОҢТҰСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	23стр. из 32	

Данные дополнительного обследования:

- **ЭКГ:** синусовая тахикардия 120 в мин, единичные экстрасистолы. Горизонтальное положение ЭОС. ЭКГ признаки гипоксии миокарда.
- **УЗИ:** брюшной полости: свободной жидкости в брюшной полости и признаков повреждения паренхиматозных органов не обнаружено.
- **R-графия лёгких:** На R-граммах лёгких в двух проекциях (прямой, правый боковой) определяется: слева - в проекции С₁ и С₂ три очаговые тени с чёткими границами до 2,5 см в диаметре. Справа - лёгкое коллабировано до 1/2 объёма, имеются два горизонтальных уровня жидкости, на уровне 6 ребра по задним отрезкам рёбер и на уровне 4 ребра по передним. В мягких тканях грудной стенки справа воздух. По лопаточной линии определяется перелом 6 ребра, по задне-подмышечной и средне-подмышечной линиям соответственно 7 и 8 рёбер. Тень средостения смещена влево.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Каков Ваш диагноз (основной, осложнения, сопутствующий)?
- 1.2. Какие патологические синдромы можно выделить в течении патологии?
- 2.1. Какие дополнительные лабораторно-инструментальные методы обследования необходимы и интерпретируйте полученные данные
- 2.2. Какие клинические признаки прямо свидетельствуют о повреждении легочной ткани при закрытой травме грудной клетки?
- 2.3. Какой вид пневмоторакса имеется в данном случае?
3. Какова тактика лечения больного (конкретно о Ваших действиях)?
- 3.1. Составьте программу лечения (посиндромно).
- 3.2. Какой вид дренирования плевральной полости показан при данной патологии?
- 3.3. Какой метод первичной санации плевральной полости перед ее дренированием наиболее целесообразен?
- 3.4. Какие септические осложнения развившейся патологии возможны в данном наблюдении?

Ответы на клиническую ситуацию №3

Ключевые слова: Легкие, грудная клетка, повреждения грудной клетки, гемоторокс, пневмоторокс.

1. Диагноз основной: Закрытая травма груди. Закрытый перелом 6, 7, 8 ребер справа с повреждением ткани легкого.
- Осложнения: Закрытый пневмоторакс справа. Ограниченная подкожная эмфизема. Посттравматическая острая эмпиема плевры справа. Гнойный трахеобронхит. Острый делирий смешанного генеза (алкогольный – интоксикационный).
- Сопутствующий: Очаговый туберкулез верхней доли левого легкого в фазе уплотнения.
- 1.2. С-мы дыхательной недостаточности, эндогенной интоксикации, гемодинамических нарушений.
- 2.1. ОАМ, Б/х крови, коагулограмма, компьютерная томография, торакокапия
- 2.2. Кровохарканье, подкожная эмфизема (особенно при наличии перелома ребер), отсутствие или снижение дыхания на пораженной стороне.
- 2.3. Закрытый пневмоторакс.
- 3.1. Торакоскопическая санация плевральной полости, дренирование плевральной полости с активной аспирацией, санация трахеобронхиального дерева, ежедневный R-контроль.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	24стр. из 32	

3.2 Посиндромная медикаментозная терапия. (Антибактериальная, противотуберкулезная, дезинтоксикационная, седативные, улучшающие внешнее дыхание и др.).

3.3 Ателектаз-пневмония справа, аспирационная пневмония слева, флегмона грудной стенки справа, гнойный перикардит, флебит подключичной вены.

Ситуационная задача №4

Больной 60 лет обратился к врачу с жалобами на интенсивные боли в правой голени в покое и по ночам, усиливающиеся при ходьбе. Эти явления появились внезапно 2 месяца назад и постепенно прогрессировали.

При осмотре выявлено, что кожа правой стопы имеет цвет слоновой кости, на ощупь холоднее, чем слева. Симптом "плантарной ишемии" положительный. Пульс на подколенной артерии и ниже не определяется.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1) Ваш предположительный диагноз.
- 2) Тактика ведения больного.
- 3) Варианты возможной тактики лечения в стационаре.

Ответы на клиническую ситуацию №4

1) Атеросклероз сосудов нижней конечностей с окклюзией на уровне бедренного сегмента (есть симптом перемежающейся хромоты, «плантарной ишемии»)- при поднятии ноги кожа мраморная

2) консервативное- уменьшение атеросклеротической бляшки, ликвидация ишемии, антикоагулянты, спазмолитики, гиполипидемическая терапия

3) т.к. явления критической ишемии оперативное – эндоваскулярно заводится мини-датчик для дилатации (реканализации), стентирование, симпатэктомия ганглиев. При неэффективности: пластика бедренной артерии алло или аутоотрансплантация (вена), искусственный протез, ксено (от свиньи), от трупов, синтетически. Если неэффективно: ампутация на уровне бедренного сегмента, бедренно-подколенное шунтирование.

Ситуационная задача №5

При взрыве шариковой бомбы получил ранение в правую половину груди. Появились кровохарканье, выраженный кашель, слабость, затруднение при дыхании. Состояние тяжелое. Пульс 108 в минуту, слабого наполнения, АД 75/45 мм. рт. ст. Дыхание 32 в 1 мин. Кожные покровы бледные. На передней поверхности груди две раны диаметром 0,5 см. Расстояние между ранами 4 см. При перкуссии над правой половиной грудной клетки определяется тупость до 2 ребра спереди. Кровь, извлеченная при плевральной пункции, свертывается в шприце.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

- 1.1. Каков Ваш диагноз
- 2.3. составьте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №5

Диагноз: Двойное слепое шариковое ранение правой половины грудной клетки с повреждением легкого, продолжающееся массивное внутриплевральное кровотечение, большой гемоторакс, шок 3 степени.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	25стр. из 32	

Первая врачебная и доврачебная помощь: асептическая повязка; подкожно промедол из шприц-тюбика; вынос в полусидячем положении на носилках.

В МПП: разгрузочная пункция плевральной полости; внутривенно 1 мл 2% раствора промедола и 400 мл полиглюкина; вагосимпатическая блокада справа; оксигенотерапия, антибиотики, 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно; эвакуация в первую очередь в полусидячем положении.

В ОМЕДБ: в операционной – широкая торакотомия, легирование с прошиванием поврежденных легочных сосудов, ушивание ткани легкого; дренирование плевральной полости в восьмом межреберье по Бюлау; переливание крови, кровезамещающей жидкости, антибиотики в плевральную полость и в окружность раны,

Госпитализация на 3-4 сутки с последующей эвакуацией в госпиталь для раненых в грудь, живот, таз

Ситуационная задача №6

Мужчина получил удар кулаком в лицо. Асимметрия лица за счёт отёка мягких тканей, гематома в области нижней челюсти, нарушение прикуса, симптом «ступеньки» по нижнечелюстному краю, крепитация отломков.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Определите неотложное состояние пациента.
2. Составьте алгоритм оказания доврачебной помощи.
3. Продемонстрируйте технику наложения повязки – «уздечка».

Ответы на клиническую ситуацию №6

1. На основании объективных данных (асимметрия лица) диагноз – перелом нижней челюсти со смещением отломков.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:
положить холод на область гематомы, провести мероприятия по профилактике асфиксии, шока;
провести транспортную иммобилизацию в виде жесткой подбородочной пращи с опорной головной повязкой или в виде матерчатой пращи с круговой повязкой вокруг головы.
3. Студент демонстрирует технику наложения повязки «уздечка».

Ситуационная задача №7

В приемное отделение поступил пострадавший с жалобами на боли в левой половине груди, одышку, головокружение.

Из анамнеза известно, что 2 часа назад был сбит легковой машиной.

При осмотре: кожные покровы бледные, холодный пот, пульс до 96 ударов в минуту, АД 100/70 мм рт ст.; на грудной клетке слева в области V-VI межреберья по передней подмышечной линии имеется кровоподтек; левая половина грудной клетки отстает при дыхании; пальпаторно – в зоне кровоподтека определяется резкая болезненность и крепитация; перкуторно – притупление звука до уровня V ребра; аускультативно – дыхание ослаблено.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

Расскажите методику и технику плевральной пункции?

Какую пробу для определения характера кровотечения необходимо провести и как

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	26стр. из 32	

интерпретировать ее результаты?

Предложите вариант лечения данного больного при продолжающемся кровотечении?

Ответы на клиническую ситуацию №7

Закрытая травма грудной клетки. Перелом ребра. Гемоторакс.

Рентгенография грудной клетки, общий анализ крови для исследования показателей «красной крови», диагностическая плевральная пункция.

Диагностическая плевральная пункция при гемотораксе проводится в VII-VIII межреберье по задней подмышечной линии, по верхнему краю нижележащего ребра.

Проба Грегуара – положительный результат пробы – забранная из плевральной полости кровь не лизированная, сворачивается, что означает – кровотечение в плевральную полость продолжается.

При положительной пробе Грегуара – дренирование плевральной полости, реинфузия излившейся крови, гемостатическая терапия, контрольная рентгенография грудной клетки. Если по дренажу продолжает поступать кровь, в объеме 300 мл в течение 2 часов, то необходимо выполнить торакотомию, остановку кровотечения с последующей реинфузией крови и гемостатической терапией.

Ситуационная задача №8

В стационар попутной машиной доставлен пострадавший, упал с лестничного пролета жилого дома на ступени около 1 часа назад. Больной жалуется на боли в правой половине грудной клетки, нарастающую одышку.

При осмотре: кожные покровы бледные; акроцианоз; правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании; пальпаторно выявляется болезненность в области IV-V межреберья, крепитации нет; перкуторно – тимпанический звук над всей поверхностью проекции правого легкого; аускультативно – резко ослабленное везикулярное дыхание.

На обзорной рентгенографии органов грудной клетки выявлено смещение органов средостения влево.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

Ваш диагноз?

Какие мероприятия первой медицинской помощи необходимо оказать данному пациенту?

Расскажите классификацию закрытой травмы грудной клетки.

Объясните методику и технику проведения плевральной пункции.

Предложите вариант лечения данного пациента.

Ответы на клиническую ситуацию №8

Закрытая травма грудной клетки. Клапанный пневмоторакс справа.

С целью перевода клапанного пневмоторакса в открытый и уменьшения нарастающего давления в правой плевральной полости больному показано проведение плевральной пункции.

Закрытая травма грудной клетки подразделяется на повреждения мышечного каркаса, костного скелета; - с повреждением и без повреждения внутренних органов; следствием повреждения внутренних органов грудной клетки может быть гемоторакс, пневмоторакс, пневмогемоторакс, гемоперикард. Пневмоторакс подразделяется на закрытый, открытый,

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	27стр. из 32	

клапанный (напряженный).

Плевральная пункция при пневмотораксе выполняется во II межреберье по передней подмышечной линии, по верхнему краю нижележащего ребра.

После выполнения плевральной пункции необходимо дренировать плевральную полость с активной вакуумной аспирацией или с помощью дренажа Бюлау, выполнить контрольную рентгенографию органов грудной клетки, при неэффективности – торакотомия, ушивание раны легкого.

Ситуационная задача №9

В больницу самостоятельно обратился пациент К., 23 лет, в состоянии алкогольного опьянения, с жалобами на боли по всему животу, тошноту, рвоту.

Из анамнеза известно, что 10 часов назад был избит неизвестными на улице. За медицинской помощью не обращался, принимал алкоголь.

При осмотре: кожные покровы бледные,; пациент занимает вынужденное положение – с согнутыми и приведенными к животу коленями; тахикардия до 110 ударов в минуту; АД 110/70 мм рт ст.; живот умеренно вздут, правая половина отстает в акте дыхания; при пальпации определяется напряжение мышц брюшной стенки, больше справа, и нечеткие симптомы раздражения брюшины; при перкуссии – симптом исчезновения печеночной тупости; аускультативно – ослабление кишечных шумов.

Врач приемного покоя госпитализировал пациента в диагностическую палату, положил «холод на живот» и назначил динамическое наблюдение.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

Верна ли тактика врача приемного покоя?

Какие дополнительные методы обследования необходимо провести пациенту?

Какие рентгенологические симптомы выявляются при рентгенографии органов брюшной полости?

Какие лечебные мероприятия необходимо провести данному пациенту при подтверждении наличия свободного газа в брюшной полости?

Ответы на клиническую ситуацию №9

Закрытая травма живота. Разрыв полого органа. Перитонит.

Тактика врача приемного покоя неверна. Необходимо дообследование пациента для установления точного диагноза.

Общий анализ крови, для выявления лейкоцитоза. Обзорная рентгенография органов брюшной полости для выявления наличия свободного газа. При необходимости (на рентгенографии свободный газ не выявлен) – диагностическая лапароскопия.

Симптом «серп газа под куполом диафрагмы» - свидетельствует о повреждении (перфорации) полого органа.

При наличие свободного газа в брюшной полости, т.е. подтверждение диагноза перфорации полого органа, перитонита, показана экстренная операция – лапаротомия (определение источника перитонита, ликвидация повреждения, санация и дренирование брюшной полости). Данные манипуляции можно осуществить и при переводе диагностической лапароскопии в лечебную.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	28стр. из 32	

Ситуационная задача №10

Мужчина 60 лет поступил на 2-й день от начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли средней интенсивности внизу живота, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно. Больной страдает запорами, отмечает, что подобные состояния были несколько раз и разрешались дома после очистительной клизмы.

Общее состояние больного относительно удовлетворительное, температура нормальная, пульс 90 в минуту, язык обложен, влажный. Живот «перекошенный» за счет вздутия правой его половины, при пальпации мягкий, умеренно болезненный по ходу левого бокового канала. Справа пальпируется большое образование плотнoэластической консистенции, перистальтика над ним не выслушивается. Определяется «шум плеска», при перкуссии - высокий тимпанит.

При ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, при попытке сделать сифонную клизму удается ввести не более 400 мл жидкости.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Какой клинический синдром имеет место у данного больного?
2. Вероятная причина развития этого синдрома у пациента?
3. Классификация данной патологии?
4. Применение каких дополнительных методов оправдано для подтверждения и уточнения предварительного диагноза?
5. Тактика хирурга при подтверждении вашего предварительного диагноза?
6. Варианты оперативного пособия в зависимости от стадии заболевания?
7. Особенности ведения послеоперационного периода.
8. Что такое проба Цегефон - Мантейфеля?

Ответы на клиническую ситуацию №10

У больного клиника обтурационной толстокишечной кишечной непроходимости опухолевого генеза. Из дополнительных методов обследования необходимы: обзорная рентгенография брюшной полости, контроль пассажа бария. Лечение больного оперативное.

В предопер. периоде: 10%-40 мл NaCl, паранефральная блокад, антибиотики.

Тактику определяет хирург во время операции. Варианты оперативного пособия: гемиколэктомия. операции «типа Гартмана», резекции толстой кишки с наложением U-образного анастомоза, операция Цейтлера-Шлоффера.

При наличии отдаленных метастазов и нерезектабельности опухоли -обходные анастомозы и выведение двухствольных колостом. Проба Цеге - фон- Мантейфеля: при постановке очистительной клизмы невозможно ввести более 300л жидкости. Признак обтурации сигмовидной кишки.

1. Острая кишечная непроходимость
2. Обтурирующая опухоль толстой кишки, предположительно - сигмовидной
3. Классификация TNM
4. Обзорная рентгенография, проба Шварца, колоноскопия с биопсией
5. Срочная операция
6. При локализации опухоли в сигмовидной кишке – резекция сигмовидной кишки по Гартману, при локализации в нисходящей кишке – левосторонняя гемиколэктомия с

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	29стр. из 32	

выведением одноствольной трансверзостомы, при локализации в поперечноободочной кишке – резекция кишки типа Гартмана, при локализации в области правого фланга – правосторонняя гемиколэктомия. При неоперабельности опухоли – наложение двуствольного ануса.

7. Послеоперационное ведение по общим принципам, особое внимание требует уход за колостомой.

8. При постановке очистительной клизмы не удается ввести более 300мл жидкости. Проба указывает на обтурацию на уровне сигмовидной кишки.

Ситуационная задача №11

У больной 50 лет 6 месяцев назад появились жалобы на боли за грудиной в проекции нижней её трети, возникающие во время приема пищи и почти постоянное чувство жжения в пищеводе. Изредка наблюдались явления дисфагии.

Объективно: шея правильной формы, безболезненная при пальпации. Грудина без особенностей. Эпигастральная область обычной формы, безболезненная. При эзофагоскопии было установлено выпячивание левой стенки пищевода на уровне 32 см от резцов размерами 3 x 4 см с неизменной слизистой и входом в него до 2 см. Больная ранее не лечилась, впервые обратилась к врачу.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

Ваш диагноз?

1. Классификация этой патологии.
2. Какие механизмы возникновения данной патологии Вы знаете?
3. Какие дополнительные методы исследования следует выполнить?
4. Какую тактику лечения следует избрать?
5. В чем заключается курс консервативных мероприятий при данной патологии?
6. Каковы возможные осложнения данного заболевания?
7. Что является показанием к операции и какие виды оперативного лечения применяются при данной патологии?

Ответы на клиническую ситуацию №11

Предварительный диагноз: Дивертикул пищевода. Дополнительные методы исследования: рентгеноэзофагогастроскопия, ФЭДС.

Лечение: При небольших размерах дивертикула - консервативное лечение.

Показание к хирургическому лечению - осложнения заболевания (перфорация, пенетрация, кровотечение, малигнизация, пищеводно-трахеальные свищи).

Оперативное лечение: при глоточно - пищеводных дивертикулах - шейный доступ, при эпибронхиальных - левосторонний торакальный. Объем операции: дивертикулэктомия, дивертикулэктомия с пластикой пищевода лоскутом диафрагмы или плевры.

Ситуационная задача №12

Больной 42 лет, грузчик, обратился с жалобами на боли в заднем проходе, выделение крови после акта дефекации. Подобные симптомы стали беспокоить около года назад, но в

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	30стр. из 32	

последние 3 дня кровотечение усилилось, появился шум в голове, головокружение, что затрудняет выполнение тяжелой физической работы.

Объективно: Пациент бледен. Пульс 96 в минуту удовлетворительного наполнения, АД 110/60 мм.рт.ст. В области анального жома на 3, 7, 11 часах имеются геморроидальные узлы диаметром до 1,5 см с сиреневым оттенком, на одном из них видна кровянистая корочка, кровоточащая при контакте.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Каков Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Эти о патогенез данного заболевания?
4. Какие методы обследования необходимо проводить при этом заболевании?
5. Тактика амбулаторного хирурга в данной ситуации?
6. Методы и объем неотложной помощи при этой патологии?
7. Методы лечения данного заболевания?

Ответы на клиническую ситуацию №12

Диагноз: Геморрой, осложненный кровотечением. Методы исследования: ректальное исследование, аноскопия, ректороманоскопия.

Тактика амбулаторного хирурга: при выраженной анемии -госпитализация в хирургическое отделение. Первая помощь заключается в обезболивании, наложении повязки, проведении противовоспалительной и гемостатической терапии. Методы лечения: (в зависимости от стадии процесса и после остановки кровотечения) - инфракрасная фотокоагуляция, лигирование латексными кольцами, склеротерапия, геморроидэктомия.

Ситуационная задача №13

Больной 15 лет предъявляет жалобы на неотхождение стула и газов, боли в животе постоянного характера. Из анамнеза установлено, что с раннего детства больной вынужден прибегать к ежедневным очистительным клизмам, чтобы добиться стула. В силу сложившихся обстоятельств (находился в поезде) добиться стула не удавалось в течение 3 суток.

Объективно: Язык влажный. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный по ходу ободочной кишки. Перитонеальных симптомов нет. Шум плеска не выслушивается. При ректальном исследовании: Тонус сфинктера повышен, ампула пуста.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Этиология и патогенез заболевания?
3. С какой патологией следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Дополнительные методы исследования?
5. Первая помощь, консервативное лечение?
6. Показания к оперативному лечению?
7. Характер и объем оперативного пособия?
8. Возможные послеоперационные осложнения?

Ответы на клиническую ситуацию №13

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	31стр. из 32	

Диагноз: болезнь Гиршпрунга, мегалосигма. Этиология: врожденное недоразвитие интрамуральных нервных сплетений.

Дифференциальную диагностику необходимо проводить с обтурационной кишечной непроходимостью, копростазом, инородным телом прямой кишки.

Дополнительные методы исследования и первая помощь: ректальное исследование, очистительные клизмы, механическое опорожнение кишечника (если необходимо - под наркозом). В «холодном» периоде - ирригоскопия, колоноскопия. Показание к экстренной операции: кишечная непроходимость.

Лечение болезни Гиршпрунга: резекция сигмовидной кишки в плановом порядке.

Ситуационная задача №14

Мужчину 57 лет беспокоят боли в левой икроножной мышце, зябкость стопы, быстрая утомляемость. Боль появляется после прохождения 60 - 70 метров. Длительность заболевания около 6 месяцев. При осмотре дис-тальные отделы левой ноги бледнее чем справа, холодные на ощупь, мышцы при пальпации болезненные. Пульс удается определить только на бедренной артерии в паховой области, он ослаблен. Над ней выслушивается систолический шум. Пульсация магистральных артерий правой ноги сохранена на всех уровнях, но несколько ослаблена.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Клиническая классификация этого заболевания?
3. Патогенез развития этого заболевания?
4. План обследования пациента?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
6. Принципы лечения заболевания в зависимости от стадии процесса?
7. Возможные осложнения при лечении этого заболевания и меры их профилактики?

Ответы на клиническую ситуацию №14

Диагноз: Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей (стеноз бедренно-подколенного сегмента слева), ишемия конечностей 2Б - 3 степени.

План обследования; Общий анализ крови, общий анализ мочи, кровь на сахар, ПТИ, флюорография, ЭКГ, холестерин, липопротеиды с определением коэффициента атерогенности, УЗ-доплерография, ангиография. Дифференциальный диагноз следует проводить с облитерирующим эндартериитом, болезнью Бюргера.

Лечение: при 1-2А степени ишемии конечностей лечение консервативное, при 2Б- 3 степени -оперативное. Метод выбора - в зависимости от типа поражения - реконструктивная операция (шунтирование, протезирование, реже эндартерэктомия). При невозможности выполнить реконструктивную операцию - симпатэкомия, профундопластика, РОТ.

Ситуационная задача №15

У мужчины 42 лет, водителя, выполняющего дальние рейсы, 5 дней назад на тыльной поверхности правого предплечья появился небольшой округлой

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра Хирургических дисциплин	044-44/ 11 ()	
Контрольно-измерительные средства	32стр. из 32	

формы болезненный узелок, который постепенно увеличивался в размерах, окружающие ткани стали плотными, болезненными, кожа напряжена. Объективно: состояние удовлетворительное, температура нормальная. В нижней трети правого предплечья на тыльной поверхности конусообразное возвышение 3*5 см, в центре под эпидермисом гной в диаметре до 0,3 см. Кожа вокруг в диаметре до 5 см гиперемирована, пальпаторно плотный болезненный инфильтрат. Увеличены и болезненны лимфоузлы в подмышечной области.

Дайте письменные ответы на следующие вопросы:

Поставьте диагноз

выработайте план лечения

Ответы на клиническую ситуацию №15

Диагноз: фурункул правого предплечья, лимфаденит правой подмышечной области.

Лечение: под местной инфильтрационной анестезией 0,5% раствором новокаина по наибольшей выпуклости фурункула вскрыть его линейным разрезом с обязательным удалением "стержня" - некроза волосяного мешочка, санация, марлевая турунда с мазью "Левомеколь" или гипертоническим раствором. Иммобилизация конечности при помощи косынки. перевязка на следующий день. Больной нетрудоспособен, необходимо выдать больничный лист, его продолжительность зависит от течения раневого процесса.