

Задача 1

Больная Н.45 лет доставлена с жалобами на частую рвоту, боли в паховой области. Дважды был жидкий стул, газы не отходят. Заболела около 20 часов назад.

Температура тела 37,7 град., пульс 120 в минуту, слабого наполнения. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот умеренно вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в нижних отделах, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника усилена. Справа, ниже паховой связки определяется опухолевидное образование 3*3 см, плотно-эластической консистенции, в брюшную полость не вправляется.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Объясните патогенез заболевания
3. Перечислите заболеваниями, с которыми необходимо провести диф. диагноз
4. Составьте план ведения больной
5. Назовите осложнения основного заболевания, которые могут возникнуть при несвоевременном лечении.

Ответ:

1. Ущемленная бедренная грыжа справа
2. Сдавление органов в области ущемляющего кольца приводит к выраженному болевому синдрому, нарушению кровоснабжения и повышению проницаемости сосудистой стенки. Плазма крови пропотевает через стенку сосуда с образованием грыжевой воды желтого цвета, затем эритроциты выходят за пределы сосудистой стенки, грыжевая вода приобретает бурый цвет. В результате нарушения кровоснабжения ущемленных органов развивается паралитическая непроходимость, некроз, перфорация кишки и перитонит. Эти патогенетические механизмы приводят к тяжелой интоксикации, сепсису и летальному исходу.
3. Ущемленная паховая грыжа, паховый лимфаденит, перекрут кисты круглой связки матки.
4. Грыжесечение с пластикой по Бассини в экстренном порядке. В послеоперационном периоде: антибиотики (цефазолин), анальгетики, перевязки, физиолечение.
5. Осложнения ущемленной грыжи: перфорация кишки, перитонит, флегмона грыжевого мешка, сепсис.

Задача 2

Хирург оперирует пациента с ущемленной правосторонней паховой грыжей. При вскрытии грыжевого мешка в последнем оказались две жизнеспособные петли тонкой кишки. Без дополнительной ревизии петли вправлены в брюшную полость. Через шесть часов после операции больного стали беспокоить разлитые боли в животе, вздутие, тошнота, рвота. При осмотре у пациента тахикардия до 100 ударов в минуту, язык сухой, живот вздут, болезненный во всех отделах, перистальтика не вслушивается, положительные симптомы раздражения брюшины.

Вопросы:

1. Назовите вид ущемления
2. Объясните причину осложнения
3. Перечислите основные этапы грыжесечения при ущемленных грыжах
4. Назовите признаки некроза кишки
5. Составьте план ведения больного

Ответ:

1. Ретроградное ущемление
2. Во время операции не была осмотрена промежуточная петля, которая располагалась в брюшной полости. Для предупреждения осложнений во время операции необходимо не только оценить жизнеспособность органов, которые располагаются в грыжевом мешке, но и провести ревизию близлежащих петель кишки, находящихся в брюшной полости.
3. Этапы операции: доступ, вскрытие грыжевого мешка, фиксация ущемленных органов, рассечение ущемляющего кольца, оценка жизнеспособности органов, при жизнеспособности – погружение их в брюшную полость и пластика грыжевых ворот. При некрозе кишки – широкая лапаротомия, резекция кишки, санация, дренирование брюшной полости, интубация тонкой кишки, ушивание лапаротомной раны, затем пластика грыжевых ворот.
4. Признаки некроза кишки: тусклая сероза, отсутствие перистальтики, отсутствие пульсации сосудов брыжейки кишки.
5. План ведения: экстренная лапаротомия, резекция кишки, интубация тонкой кишки, санация, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде лечение в ОАРИТ, инфузионная терапия, обезболивание (наркотические, ненаркотические анальгетики, НПВС, перидуральная блокада), антибактериальная терапия (3 антибиотика: цефалоспорины 3-4 поколения или фторхинолоны, карбапенемы; аминогликозиды и метронидазол). Для профилактики острых язв: Н-2 блокаторы (кваметел), энтеральное (зондовое) и парентеральное питание. Детоксикация: гемосорбция, лимфосорбция. При почечной недостаточности - гемодиализ. Перевязки, ГБО-терапия, симптоматическая терапия.

Задача 3

Больной В., 67 лет, поступил с жалобами на опухолевидное образование в правой паховой области, озноб, общее недомогание, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Три дня тому назад появились резкие боли в области грыжевого выпячивания в животе, тошнота, рвота. За медицинской помощью не обращался.

При поступлении: черты лица заострены, кожный покров бледный с землистым оттенком. Выражен акроцианоз. Температура тела 39,8° С. Пульс 140 в минуту, слабого наполнения. Тоны сердца ослаблены. Язык сухой, живот вздут, болезненный во всех отделах, перистальтика кишечника не прослушивается. По всему животу определяются симптомы раздражения брюшины. В правой паховой области имеется опухолевидное образование 15x10 см., опускающееся в мошонку. Кожа над ним гиперемирована, уплотнена, при пальпации выражена болезненность. Гиперемия и инфильтрация кожи распространяется и за пределы грыжевого выпячивания. Анализ крови: Эр.- 3,5x10¹²/л, Нв – 120 г/л, Л – 12,1x10⁹/л, Э- 0 %, Ю – 20 %, С – 60 %, Л – 16 %, М – 2 %.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Объясните патогенез развития осложнений основного заболевания
3. Перечислите этапы хирургического вмешательства у пациента
4. Назовите принципы резекции тонкой кишки
5. Составьте план ведения больного после операции

Ответ:

1. Ущемленная пахово-мошоночная грыжа. Флегмона грыжевого мешка. Распространенный перитонит.
2. Нарушается кровоснабжение ущемленных органов в области ущемляющего кольца. Это приводит к их некрозу, перфорации и развитию перитонита. Микробная флора распространяется на все стенки грыжевого выпячивания, происходит их воспаление и образуется флегмона.
3. Лапаротомия, резекция кишки, санация, дренирование брюшной полости, интубация тонкой кишки. Вторым этапом проводится грыжесечение, вскрытие флегмоны, дренирование ран. Пластика грыжевых ворот не выполняется!
4. Принципы резекции: в проксимальном направлении резекция 30—40 см от линии некроза, в дистальном – 20-30 см.
5. План ведения после операции: лечение в ОАРИТ, инфузионная терапия, обезболивание (наркотические, ненаркотические анальгетики, НПВС, перидуральная блокада), антибактериальная терапия (3 антибиотика: цефалоспорины 3-4 поколения или фторхинолоны, карбапенемы; аминогликозиды и метронидазол). Для профилактики острых язв: Н-2 блокаторы (кваметел), энтеральное (зондовое) и парентеральное питание. Детоксикация: гемосорбция, лимфосорбция. При почечной недостаточности - гемодиализ. Перевязки, ГБО-терапия, симптоматическая терапия. Пластика грыжевых ворот в плановом порядке, но не ранее чем, через 2-3 месяцев после выписки.

Задача 4

У больного С. 58 лет после обеда появилась тяжесть в области желудка, однократно была рвота и жидкий стул. Постепенно стала нарастать слабость, повысилась температура до 37,7 °С, появилась сухость во рту, пропал аппетит. Несмотря на прием но-шпы и активированного угля, боли в животе усилились, приняли разлитой характер.

При осмотре: состояние средней тяжести. Пульс 120 ударов в минуту, язык сухой с белым налетом. Живот не вздут, при пальпации болезненный по правому флангу, напряжен в правой подвздошной области. В анализах: лейкоциты $10,3 \cdot 10^9$ /л, Э- 1 %, Ю – 18 %, С – 58 %, Л – 14 %, М – 2 %.

ОАМ: плотность 1012. бел.-0,02 эр.-1-2, лей.- 10-12, цилиндры-1-2

Вопросы:

1. Поставьте диагноз
2. Объясните миграцию болей в животе
3. Перечислите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз у данного пациента
4. Назовите клинические симптомы, которые необходимо определить для уточнения диагноза
5. Составьте план лечения пациента
6. Перечислите осложнения, которые могут развиваться при данном заболевании

Ответ:

1. Острый аппендицит
2. Иннервация червеобразного отростка осуществляется ветвью блуждающего нерва, который иннервирует другие органы брюшной полости. Поэтому в начале заболевания боль может иметь разлитой характер с локализацией в эпигастрии. По мере развития воспалительного процесса в аппендиксе боль перемещается в правую подвздошную область, где и сохраняется
3. Диф. диагноз: острый гастрит, энтероколит, пиелонефрит
4. Клинические симптомы: Ровзинга, Ситковского, Образцова, Бартомье – Михельсона, перитониальные симптомы
5. Аппендэктомия в срочном порядке. В послеоперационном периоде: антибиотики, анальгетики, перевязки, физиолечение
6. Осложнения аппендицита: перитонит, периаппендикулярный абсцесс, инфильтрат, абсцесс дугласова пространства, межкишечные абсцессы, пилефлебит

Задача 5

Больной Т., 34 лет оперирован по поводу острого гангренозного аппендицита, осложненного разлитым серозно-фибринозным перитонитом. Выполнена лапаротомия, аппендэктомия, санация брюшной полости 2 литрами фурацилина, дренирование брюшной полости трубчатыми дренажами. Первые трое суток послеоперационный период протекал гладко, дренажи удалены, установлены перчаточные выпускники. На 5-й день после операции появились боли внизу живота, тенезмы, повысилась температура до 38,0 °С. При осмотре: пульс 110 ударов в 1 мин, язык сухой, обложен белым налетом, живот умеренно вздут, болезненный над лоном, где определяются симптомы Менделя и Щеткина-Блюмберга. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется болезненность, нависание и уплотнение передней стенки прямой кишки.

В анализах: лейкоциты $15,3 \cdot 10^9$ /л, Э- 2 %, Ю – 12 %, С – 52 %, Л – 14 %, М – 2 %.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз
3. Укажите причины осложнения послеоперационного периода
3. Объясните механизм перехода воспалительного процесса на прямую кишку
4. Составьте план обследования больного
5. Назовите принципы лечения пациента

Ответ:

1. Клинический диагноз:
Основное заболевание: Острый гангренозный аппендицит. Лапаротомия, аппендэктомия, дренирование брюшной полости
Осложнение: Разлитой серозно-фибринозный перитонит. Абсцесс дугласова пространства
Сопутствующие -
2. Причины осложнения: разлитой перитонит, недостаточная санация и неадекватное дренирование брюшной полости
3. Гнойный экссудат скопился в малом тазу, что привело к инфильтрации прямой кишки и образованию абсцесса. Поэтому при ректальном исследовании определялось нависание передней стенки прямой кишки и ее уплотнение.
4. УЗИ малого таза, при неинформативности – КТ брюшной полости, ОАМ, биохимические анализы крови
5. Вскрытие абсцесса через переднюю стенку прямой кишки, дренирование, антибактериальная терапия (цефалоспорины 2-3 поколения, метронидазол), инфузионная терапия с форсированием диуреза, физиолечение, перевязки

Задача 6

В клинику доставлен больной К., 44 лет в тяжелом состоянии с периодическими приступами клонических судорог. В течение 20 лет страдает язвенной болезнью ДПК. Последние 2 месяца беспокоит рвота с неперевавшими кусочками пищи, слабость. За это время похудел на 21 кг. При осмотре: больной истощен, кожный покров сухой, бледный, тургор снижен. Пульс 65 в 1 мин., АД 110/60 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен серым налетом. Живот впалый, принимает участие в акте дыхания, при пальпации мягкий, нижняя граница желудка располагается на уровне гребешковой линии, положительный симптом «шум плеска».

В анализах: эритроциты $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, Нв 100 г/л, лейкоциты $7,3 \cdot 10^9$ /л. Общий белок 48 г/л. электролиты: К-2,1 ммоль/л, Na 118 ммоль/л, хлориды 82 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Объясните причину развития клонических судорог
3. Оцените показатели крови
4. Составьте план обследования больного
5. Определите основные принципы ведения больного с данной патологией

Ответ:

1. Клинический диагноз:
Основное заболевание: язвенная болезнь 12-й перстной кишки
Осложнение: Декомпенсированный стеноз пилорического отдела желудка. Клонические судороги. Гипопротеинемия. Хроническая анемия легкой степени.
2. Причина судорог: низкие показатели хлоридов
3. В анализах низкое содержание калия, натрия хлорида, белка, гемоглобина и эритроцитов
4. План обследования: Rg графия желудка с барием для оценки степени стеноза, ФГДС, ФОГ, УЗИ органов брюшной полости. Лабораторные анализы: белок, билирубин, мочевины, креатинин, амилаза, АЛТ, АСТ, коагулограмма, электролиты, сывороточное железо, резус и группа крови.
5. Предоперационная подготовка: установить зонд для питания за зону сужения, ежедневное промывание желудка раствором Рингера, инфузионная терапия, энтеральное и парентеральное питание, коррекция анемии препаратами железа, при неэффективности – переливание эр. массы, плазмы. Оперативное лечение: резекция желудка после нормализации анализов крови.

Задача 7

Больной 42 лет страдает язвенной болезнью желудка в течение 10 лет. После лечения в стационаре наступали ремиссии, длящиеся 1-2-3 года. Три месяца назад у больного возобновились боли в эпигастрии с иррадиацией в поясницу, которые иногда принимали опоясывающий характер, появилась изжога, отрыжка кислым. При осмотре: кожный покров бледно-розовой окраски. Пульс 70 в минуту. АД – 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, болезненный в эпигастрии. Определяются «+» симптом Мейо-Робсона.

В анализах: эритроциты $4,3 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 140 г/л, лейкоциты $7,3 \cdot 10^9$ /л. Амилаза крови 350 ЕД, билирубин 15 мкмоль/л, АЛТ 20 ЕД, АСТ 35 ЕД, мочевины 3,5 ммоль/л, сахар крови 6,5 ммоль/л.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз
2. Объясните причину миграции болей в поясницу
3. Проведите дифференциальную диагностику заболевания
4. Составьте план обследования больного
5. Назовите принципы лечения пациента

Ответ:

1. Язвенная болезнь желудка с пенетрацией в поджелудочную железу
2. Язвенный некроз распространился из задней стенки желудка на ткань поджелудочной железы, что привело к перемещению болей в поясницу.
3. Диф. диагностика: панкреатит, поясничный остеохондроз, почечная колика
4. ОАМ, исследование желудочного сока, рН метрия, исследование на *Helicobacter pylori*, ФГДС, Rg желудка, УЗИ печени, ЖВС, поджелудочной железы, почек, при необходимости Rg поясничного отдела позвоночника

Предоперационная подготовка: противоязвенная, инфузионная терапия, блокаторы секреции поджелудочной железы, анальгетики. Операция - резекция желудка

Задача 8

Больной К., 30 лет доставлен машиной «скорой помощи» в приемное отделение с жалобами на боли по всему животу режущего характера, усиливающиеся при глубоком вдохе, общую слабость. Заболел остро 1,5 часа назад после употребления 1 литра пива. Ранее отмечал тяжесть в подложечной области, периодически беспокоила изжога. Но обследования и лечения не проходил.

Объективно: состояние средней тяжести, кожный покров бледный. Пульс 55 в минуту, АД 120/60 мм.рт.ст. Со стороны сердца и легких изменений не выявлено. Язык суховат с белым налетом. Живот втянут, напряжен во всех отделах, определяются симптомы раздражения брюшины. При перкуссии отсутствует печеночная тупость. В ОАК: эр. $5,3 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 140 г/л, лейкоциты $12,3 \cdot 10^9$ /л, Э- 1 %, Ю – 10 %, С – 52 %, Л – 14 %, М – 2 %.

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Объясните причину исчезновения печеночной тупости и выраженных симптомов перитонита
3. Составьте план обследования пациента
4. Перечислите виды хирургических вмешательств при данной патологии
5. Назовите основные принципы лечения пациента в послеоперационном периоде

Ответ:

1. Клинический диагноз:
Основное заболевание: Язвенная болезнь
Осложнение: перфоративная язва луковицы 12-и перстной кишки
2. Из желудка через перфоративное отверстие выходит воздух, образуется пневмоперитонеум и исчезает печеночная тупость. Соляная кислота, попадая в брюшную полость, раздражает нервные окончания париетальной брюшины, развивается выраженный болевой синдром, напряжение мышц передней брюшной стенки, появляются симптомы раздражения брюшины.
3. Обзорная рентгенография брюшной полости (свободный газ под правым куполом диафрагмы), при отсутствии признака - ФГДС, лапароскопия
4. Виды операций: ушивание перфоративной язвы, тампонирование перфорации большим сальником (Операция по Опеллю-Поликарпову), иссечение язвы с пилоропластикой и ваготомией, резекция желудка
5. В послеоперационном периоде назначаются инфузионная, противоязвенная, обезболивающая терапия, перевязки, физиолечение

Задача 9

Больной М, 72 лет поступил в клинику с жалобами на боли в животе, затрудненный вдох. За два часа до поступления почувствовал острую боль в подложечной области, которая усилилась и распространилась по всему животу. Страдает язвенной болезнью желудка 10 лет. За последние полгода отмечает слабость, апатию, потерю аппетита, похудел на 6 кг. Объективно: состояние тяжелое, лежит с приведенными к животу ногами. Кожный покров бледный, пульс 60 в 1 минуту, АД 140/80 мм.рт.ст. Живот втянут, не принимает участия в акте дыхания, напряжен, резко болезненный во всех отделах. При перкуссии отсутствует печеночная тупость

В ОАК: эр. $3,3 \cdot 10^{12}$ /л, Hb 100 г/л, лейкоциты $10,3 \cdot 10^9$ /л, Э- 0 %, Ю – 6 %, С – 60 %, Л – 17 %, М – 2 %. Биохимический анализ крови: белок 52 г/л, билирубин 20 мкмоль/л, амилаза 70ед. АЛТ - 25, АСТ -22 мочевины- 10 ммоль/л

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз
2. Объясните причину изменения самочувствия пациента за последние полгода
3. Проанализируйте показатели крови
4. Составьте план обследования пациента
5. Назовите виды хирургических вмешательств, которые могут быть выполнены у пациента

Ответ:

1. Перфорация опухоли желудка. Хроническая анемия легкой степени. Гипопротеинемия
2. Малигнизация язвы желудка с развитием синдрома малых признаков
3. Анемия легкой степени, лейкоцитоз, гипопротеинемия, повышение мочевины
4. ОАМ, коагулограмма, электролиты, ЭКГ, осмотр терапевта. Обзорная Rg брюшной полости. При отсутствии на снимках свободного газа под правым куполом диафрагмы – лапароскопия
5. При операбельной форме рака и стабильном состоянии пациента – резекция желудка. При неоперабельной форме – ушивание перфорации. При большом перфоративном отверстии – тампонирование зоны перфорации большим сальником (операция по Опеллю-Поликарпову) с обязательным взятием биопсии для верификации злокачественного образования.

Задача 10

В приёмное отделение больницы скорой помощи доставлен больной 52 лет; жалуются на рвоту алой кровью, повторившуюся 4 раза в течение 5 часов, общую слабость, головокружение. В анамнезе – шесть лет назад перенёс острый вирусный гепатит. Периодически злоупотребляет алкоголем. Подобных кровотечений раньше не было.

Объективно: больной вял, адинамичен, пониженного питания, кожный покров бледный, артериальное давление 80/50 мм. рт. ст., пульс 102 в минуту, слабого наполнения, сердце – тоны глухие. Живот умеренно увеличен в объёме, симметричен, участвует в акте дыхания, отмечается округлое выпячивание в области пупка до 3 см в диаметре, расширены подкожные вены передней брюшной стенки. При пальпации живот мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальных симптомов нет, печеночная тупость сохранена, определяется притупление в отлогих местах живота.

Шума плеска нет. Пупочное кольцо расширено до 2 см, выпячивание в области пупка мягкой консистенции, свободно вправляется в брюшную полость, при прекращении давления появляется вновь.

Анализ крови – эритроциты $2,9 \times 10^{12}/л$, Гемоглобин 60 г/л, лейкоциты $6,2 \times 10^9/л$, СОЭ 32 мм/час.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику при желудочном кровотечении.
3. Назначьте дополнительные методы исследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Укажите последовательность действий и необходимый инвентарь при рецидиве кровотечения.
5. Напишите лист назначений данному пациенту, при условии, что кровотечение остановилось.
6. Объясните механизм развития данного состояния больного.

Ответ:

1. Цирроз печени вирусной этиологии. Синдром портальной гипертензии, кровотечение из варикозно-расширенных вен пищевода тяжелой степени. Асцит. Пупочная грыжа.
2. Язвенная болезнь, синдром Меллори-Вейсса, опухоль желудка, эрозивный гастрит.
3. Фиброгастродуоденоскопия – для уточнения патологического субстрата и характера кровотечения. УЗИ брюшной полости – оценка изменений печени, количества свободной жидкости.
4. При рецидиве кровотечения из варикозно-расширенных вен показана установка зонда Блейкмора-Сенгстакаена. Для этого необходимы: собственно зонд Блейкмора-Сенгстакаена, шприц 20 мл, два зажима, вазелиновое масло, перчатки, удлинительная трубка, сосуд для сбора желудочного отделяемого, бинт и лейкопластырь для фиксации зонда.
5. Голод, строгий постельный режим, в/в капельно: р-р Рингера 1000 мл, ε-аминокапроновая кислота 5%-100 мл, кальция хлорид 1% - 200 мл, дицинон 12,5% - 4 мл, глюкоза 5% - 1000 мл. Эр.масса – 750 мл, свежезамороженная плазма 500 мл. Дицинон 12,5% - 2 мл в/м x 3 раза в день, викасол 1% - 3 мл в/м 1 раз в день.
6. При циррозе печени развивается синдром портальной гипертензии с включением в кровоток потока вливающих анастомозов: 1. Вены нижней трети пищевода (левая желудочная вена – пищеводные вены – непарная и полунепарная вены). 2. Прямая кишка (верхняя прямокишечная вена – средняя и нижняя прямокишечные вены). 3. «Голова медузы» (параумбиликальные вены – нижняя надчревная вена). 4. Вены мезоперитонеальных отделов толстой кишки – поясничные вены. Аррозия слизистой над варикозно-расширенными венами в нижней 1/3 пищевода приводит к профузному пищеводно-желудочному кровотечению.

Задача 11

Женщина 55 лет, повышенного питания, доставлена бригадой «Скорой помощи» в больницу. Предъявляет жалобы на боли в правом подреберье, озноб, тошноту. Заболела накануне, остро, около 22 часов, когда через 3 часа после ужина на фоне полного благополучия ощутила острую боль в правом подреберье, иррадирующую в правую лопатку. Вскоре появились общая слабость, озноб, тошнота, несколько раз повторилась рвота съеденной пищей. Самостоятельно принимала анальгин, но-шпу, с незначительным эффектом. Ночью спала плохо из-за боли в животе. При поступлении: состояние средней тяжести, обращает внимание страдальческое выражение лица, беспокойное поведение. Температура тела 38,9°C, пульс 102, язык обложен, сухой. Живот не вздут, увеличен в объеме за счет подкожной клетчатки, часть правого подреберья отстает в акте дыхания, пальпация эпигастральной области и правого подреберья болезненна, здесь определяется умеренное напряжение мышц, симптомы раздражения брюшины, в других отделах пальпация болезненна. Положительные симптомы Грекова-Ортнера, френкикус-симптом. Анализ крови – эритроциты $4,1 \times 10^{12}/л$, Гемоглобин 127 г/л, лейкоциты $16,2 \times 10^9/л$, СОЭ 54 мм/час. Ультразвуковое исследование – печень не увеличена, ткань изоэхогенна, однородна, внутривенные протоки не расширены, желчный пузырь 11,4x4,7 см, толщина стенки 4 мм, вокруг пузыря небольшое количество жидкости, в области ложа пропитывание жидкостью, в шейке эхопозитивный конкремент до 2 см в диаметре, Общий печеночный проток 0,5 см.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите необходимые дополнительные методы обследования.
3. Определите последовательность лечебно-диагностических мероприятий у данной больной.
4. Перечислите известные Вам виды желчных камней (по химическому составу), объясните, что такое индекс литогенности желчи.

Ответ:

1. Острый деструктивный калькулёзный холецистит. Местный перитонит. Абдоминальный сепсис.
2. ФГДС, ЭКГ, обзорная рентгенография груди, исследовать крови на билирубин, амилазу.
3. Госпитализация в хирургическое отделение, начать предоперационную подготовку (инфузионная терапия, анальгетики, антибиотики), ФГДС, лапароскопическая холецистэктомия.
4. Виды камней – холестериновые, пигментные, известковые. Индекс литогенности - частное от деления количества холестерина, находящегося в данной желчи, на количество холестерина, которое может быть растворено при данном соотношении желчных кислот, лецитина и холестерина.

Задача 12

Больная 59 лет доставлена в хирургический стационар с жалобами на жесткие опоясывающие боли в эпигастральной области, тошноту, многократную рвоту. Заболела остро, после приёма обильной жирной пищи внезапно начались сильные опоясывающие боли в животе, рвота. В течение 10 лет наблюдается у терапевта по поводу артериальной гипертензии, желчнокаменной болезни, операцию ранее не предлагали в связи с небольшим размером конкрементов. Объективно: температура тела нормальная, поведение больной беспокойное. При пальпации живот не вздут, симметричен, умеренно болезненный в эпигастральной области. Напряжение мышц передней брюшной стенки, признаки раздражения брюшины отсутствуют. Диастаза мочи 2048 ед/л. Ультразвуковое исследование: печень – правая доля 16,5 см, левая 9,2 см, уплотнена, изоэхогенна, желчный пузырь даёт сплошную эхо-тень, общий желчный проток - 0,9 см, поджелудочная железа – головка 3,2 см, тело 3,5 см, хвост не виден, контуры размыты, между железой и стенкой желудка – полоска однородной жидкости до 1 см шириной, в брюшной полости скудное количество свободной жидкости.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите лечебно-диагностическую тактику, опишите последовательность диагностических и лечебных мероприятий.
3. Назовите дополнительные методы исследования, применяемые в случае развития осложнений.
4. Определите тактику дальнейшего ведения больной в случае успешности неотложных лечебных мероприятий у данной пациентки.
5. Определите механизм развития острого процесса у больной.

Ответ:

1. ЖКБ, острый калькулёзный холецистит. Холедохолитиаз. Острый деструктивный билиарный панкреатит. Оментобурсит.
2. Лечение при остром панкреатите – преимущественно консервативное, однако в данном случае необходимо выполнение экстренной фибродуоденоскопии, папиллосфинктеротомии, с последующей лапароскопией и решением вопроса о перитонеальном диализе. Дальнейшее лечение – в отделении реанимации, должно включать в себя катетеризацию центральной вены (проведение инфузионной терапии), катетеризацию эпидурального пространства, контроль диуреза, антибактериальную терапию по дезэскалационной схеме.
3. Ультразвуковое исследование, компьютерная томография, лапароскопия, фиброгастродуоденоскопия.
4. После купирования панкреатита показана санационная холецистэктомия с интраоперационной холангиографией в плановом порядке.

5. Причиной обострения является острая блокада терминального отдела общего желчного протока в области БСД с развитием гипертензии протока поджелудочной железы

Задача 13

Больной 67 лет поступил в клинику с жалобами на сильные боли в животе, носящие схваткообразный характер, задержку стула и газов. Заболевание началось остро, была однократная рвота. Доставлен в клинику через 5 часов с момента начала заболевания. Из анамнеза известно, что в последние годы страдает запорами. Операций в анамнезе нет.

Объективно: кожный покров бледный, пульс 120, слабого наполнения, артериальное давление 100/70 мм. рт. ст., температура тела 35,7°C, тоны сердца ослаблены, язык сухой, живот асимметричный, выражено вздутие в правой половине живота, напряжения нет, умеренная болезненность по всему животу. Перитонеальных симптомов нет, определяется шум плеска. Пальцевое исследование прямой кишки: ампула пустая, расширена, тонус сфинктера снижен. При обзорной рентгенографии брюшной полости свободного газа нет, определяются множественные чаши Клойбера, баллонообразная петля толстой кишки, дилатированный до 15 см. В приёмном отделении произведена попытка сделать очистительную клизму, однако вводимая жидкость практически сразу вытекает обратно, усиливается боль.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Определите лечебную тактику.
4. Назовите варианты оперативного лечения данной патологии.
5. Назовите особенности предоперационной подготовки у данного больного.

Ответ:

1. Долихосигма. Заворот сигмовидной кишки. Острая странгуляционная толстокишечная непроходимость.
2. Может быть выполнена колоноскопия либо ирригоскопия.
3. Показана срочная операция.
4. Разворот заворота (деторсия) с сигмопликацией. Обструктивная резекция сигмовидной кишки с первичным У-образным анастомозом анастомозом либо выведением концевой сигмостомы.
5. Помимо стандартной подготовки (гигиенические мероприятия, бритьё операционного поля, зондирование желудка) больному показана кратковременная предоперационная инфузионная терапия (по согласованию с терапевтом), катетеризация эпидурального пространства.

Задача 14

В стационар поступила больная 47 лет с жалобами на боли в правом подреберье. Госпитализирована на вторые сутки с момента начала заболевания. При поступлении – температура тела 37,8°C, пульс 92. Живот болезненный только в правом подреберье, где определяется умеренное напряжение мышц и положительный симптом Ортнера, складывается впечатление о пальпируемом инфильтрате в правом подреберье. При ультразвуковом исследовании: желчный пузырь 12x5,2 см, стенка 0,75 см, расслоена по печеночной поверхности, в просвете множественные конкременты до 2,5 см в диаметре, неоднородная желчь, холедох 6 мм в диаметре. Билирубин 12,3 мкмоль/л, амилаза 135 ед/л. Начато консервативное лечение. Через 38 часов после начала терапии отмечено внезапное ухудшение состояния – появились сильные боли по всему животу, иррадиация в правую половину шеи, чувство страха, одышка, рвота, не приносящая облегчения. Объективно: кожный покров бледный, покрыт липким потом. Температура тела повысилась до 39,2°C, пульс участился до 120. Живот несколько вздут, симметричен, определяется разлитая болезненность и резкое напряжение мышц, положительный симптом Щёткина-Блюмберга по всей правой половине живота. Количество лейкоцитов увеличилось с $9 \times 10^9/\text{л}$ до $15 \times 10^9/\text{л}$. При обзорной рентгенографии живота – чаш Клойбера, уровней жидкости не выявлено, свободного газа в брюшной полости нет.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Объясните причину внезапного ухудшения состояния больной.
3. Дайте оценку выбранной лечебно-диагностической тактике.
4. Определите тактику лечения пациентки.
5. Перечислите этапы лапаротомной операции при имеющейся у больной патологии.
6. Перечислите группы антибактериальных препаратов (с примерами), которые могут быть применены при лечении пациентки.

Ответ:

1. Острый деструктивный калькулёзный перфоративный холецистит. Распространённый желчный перитонит. Абдоминальный сепсис.
2. Ухудшение обусловлено перфорацией желчного пузыря в брюшную полость и развитием перитонита.
3. Тактика лечения была недостаточно активной – следовало оперировать больную по поводу деструктивного холецистита в дневное время в течение суток с момента поступления.
4. Показана срочная операция – холецистэктомия, санация, дренирование брюшной полости. При наличии условий (наличие квалифицированной бригады, аппаратуры) операция может быть выполнена лапароскопически.
5. Лапаротомия, эвакуация выпота, ревизия, холецистэктомия, санация, дренирование, ушивание раны.
6. Цефалоспорины (цефазолин, цефтриаксон, цефоперазон), фторхинолоны (ципрофлоксацин, левофлоксацин), нитроимидазолы (метронидазол), аминогликозиды (гентамицин), карбапенемы (меропенем).

Задача 15

У больного 25 лет десять дней назад выполнена лапаротомия по поводу перфоративной язвы двенадцатиперстной кишки, разлитого серозно-фибринозного перитонита, выполнено ушивание перфоративного отверстия, санация, дренирование брюшной полости. В послеоперационном периоде получал инфузионную терапию (3 суток), кеторол, цефазолин (5 дней). Предъявляет жалобы на повышение температуры по вечерам, озноб, постепенно усиливающиеся боли в нижних отделах правой половины грудной клетки, боли усиливаются при дыхании. Беспокоит непродуктивный кашель. Аппетита нет. Объективно: пациент вял, адинамичен. Пульс 96, артериальное давление 110/75 мм. рт. ст., хрипов в лёгких нет. Живот не вздут, симметричен, болезненный в правом подреберье, где определяется пастозность передней брюшной стенки. Печень на 6 см ниже края рёберной дуги. Симптом Щёткина-Блюмберга положителен в правом подреберье, поколачивание по правой рёберной дуге болезненно. Температура тела 38,9°C. При рентгенографии грудной клетки – в правом реберно-диафрагмальном синусе видна жидкость с косой границей, правый купол диафрагмы приподнят, подвижность его ограничена. Под куполом диафрагмы – полоска газа с уровнем жидкости. Анализ крови – эритроциты $3,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 107 г/л, лейкоциты $26,2 \times 10^9/\text{л}$, токсическая зернистость нейтрофилов.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Объясните анатомо-физиологические предпосылки развития описанного в задаче осложнения.
3. Определите лечебную тактику у данного больного.
4. Установите в клинической картине больного признаки синдрома системного воспалительного ответа (реакции) и сепсиса.
5. Выберите и обоснуйте дальнейшую антибактериальную терапию.

Ответ:

1. Язвенная болезнь, перфоративная язва двенадцатиперстной кишки, распространённый серозно-фибринозный перитонит. Операция (дата) – лапаротомия, ушивание перфорации, санация, дренирование брюшной полости. Поддиафрагмальный абсцесс.

2. Формирование гнойника в поддиафрагмальном пространстве обусловлено затеканием выпота в отлогие места и отрицательным давлением вследствие присасывающего действия диафрагмы при дыхании.
3. Показано дренирование гнойника внебрюшинным доступом (пункционное чрескожное либо традиционная операция - вскрытие).
4. Пульс ≥ 90 /мин; частота дыхания ~ 20 /мин или гипервентиляция; лейкоциты крови $\sim 12 \times 10^9$ /л, или $\sim 4 \times 10^9$ /л, или количество незрелых форм $\sim 10\%$; температура тела $\geq 38^\circ\text{C}$ или $\leq 36^\circ\text{C}$. ССВР регистрируется при наличии 2 и более признаков. Сепсис – наличие системной воспалительной реакции, обусловленной очагом инфекции.
5. Применение цефазолина нецелесообразно (уже использовался в течение 5 дней), показано эмпирическое назначение цефалоспоринов третьего (цефотаксим) или четвертого (цефепим) поколения, либо фторхинолонов (цефрова). Коррекция терапии по данным микробиологического исследования.

Задача 16

Больной 78 лет поступил в клинику с жалобами на умеренные боли в животе, носящие схваткообразный характер, задержку стула и газов. Заболевание началось постепенно 4 дня назад, сегодня была однократная рвота. Из анамнеза известно, что последние полгода страдает запорами продолжительностью 2-4 дня, после чего часто бывает понос. Операций на органах брюшной полости не было. Объективно: кожный покров бледный, пульс 100, слабого наполнения, артериальное давление 110/80 мм. рт. ст., температура тела $35,7^\circ\text{C}$, тоны сердца ослаблены, язык сухой, живот симметричный, выражено вздутие живота, напряжения нет, умеренная болезненность по всему животу. Перитонеальных симптомов нет, определяется слабый шум плеска. Пальцевое исследование прямой кишки: ампула пустая, расширена, тонус сфинктера снижен, в ампуле скудное количество оформленного кала. При обзорной рентгенографии брюшной полости свободного газа нет, определяются множественные чаши Клойбера, правая половина толстой кишки раздута до 12 см. При ультразвуковом исследовании в брюшной полости скудное количество свободной жидкости, диаметр петель кишечника до 5 см, петли кишки переполнены жидкостью.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Назовите варианты оперативного лечения данной патологии.
4. Объясните происхождение поноса в анамнезе у пациента.
5. Перечислите другие симптомы (синдромы), которые могли быть у данного больного, но не описаны в задаче.

Ответ:

1. Опухоль левой половины ободочной кишки. Острая obturационная толстокишечная непроходимость.
2. Может быть выполнена колоноскопия либо ирригоскопия.
3. При возможности удалить опухоль и отсутствии метастазов радикальная операция – левосторонняя гемиколэктомия с выведением концевой трансверзостомы либо формированием У-образного анастомоза с разгрузочной стомой. При наличии дилатационных разрывов слепой кишки операции следует расширить до колэктомии. При нерезектабельной опухоли или наличии отдаленных метастазов – выведение двустольной колостомы.
4. Поносы, перемежающиеся с запорами – признак частичной obturационной толстокишечной непроходимости. При развитии эпизода непроходимости вследствие неполной obturации опухолью в вышележащих отделах толстой кишки за счёт экссудации в просвет кишки кал становится жидким, на фоне чего может произойти спонтанное разрешение непроходимости в виде эпизода поноса.
5. У пациента с подозрением на опухоль толстой кишки могут быть: синдром патологических выделений (кровь, слизь, гной); боли в животе; токсикоанемический синдром (снижение показателей красной крови, бледность, похудание, апатия, вялость); синдром пальпируемой опухоли.

Задача 17

Больной П., 49 лет, предъявляет жалобы на сильные боли в области заднего прохода, задержку мочеиспускания. Боли появились сутки назад. Ранее боли в области заднего прохода отмечались неоднократно. При обследовании больного со стороны внутренних органов патологии не выявлено. При осмотре анального канала в виде розетки имеется дольчатое образование сине-багрового цвета, при пальпации резко болезненное, кожа вокруг отекает, гиперемирована. Температура тела $38,1^\circ\text{C}$. Лейкоцитов в крови $12,5 \cdot 10^9$ /л с нейтрофильным сдвигом влево.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Определите, с какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Определите лечебную тактику.
4. Составьте прогноз в отношении жизни, выздоровления, трудоспособности.
5. Определите патогенез ухудшения состояния больного.

Ответ:

1. Острый геморрой, ущемление внутренних геморроидальных узлов.
2. Необходима дифференциальная диагностика с выпадением прямой кишки, парапроктитом.
3. Больного необходимо госпитализировать в стационар, произвести параректальную новокаиновую блокаду, Местно назначить примочки, ванночки с р-ром марганцово-кислого калия, свечи и мазь с гепарином и протеолитическими ферментами, нестероидные противовоспалительные препараты. Курс детралекса максимальные суточные дозы на 5 дней. После купирования острого периаанального отека выписка больного. Оперативное лечение поле обследования толстой кишки в поликлинике в плановом порядке через 2 месяца.
4. В отношении жизни прогноз благоприятный. В большинстве случаев геморрой не несет непосредственной угрозы жизни пациента. При своевременном лечении острые явления удается купировать в течение 10-14 дней. После радикальной операции – геморроидэктомии наступает выздоровление, рецидивы заболевания возможны, частота их невысокая. На период стационарного лечения больной временно нетрудоспособен.
5. При выпадении внутренних геморроидальных узлов развивается их отек и происходит ущемление узлов в анальном канале. Это приводит к тромбозу и может сопровождаться некрозом узлов, развивается перифокальный воспалительный отек периаанальной области и системная воспалительная реакция.

Задача № 18

Больной З. 29 лет доставлен в клинику на 3-и сутки от начала заболевания в крайне тяжелом состоянии. Больной вял, адинамичен, с трудом вступает в контакт, не может сообщить подробности о начале и течении заболевания. Черты лица заострены. Пульс 132 в мин., слабого наполнения. АД 80/40 мм рт.ст.. Дыхание поверхностное, 36 в мин. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот вздут, при пальпации умеренно напряжен и болезнен во всех отделах. Симптом Брюмберга-Щеткина слабо выражен. Печеночная тупость отсутствует, определяется тимпанит над всеми отделами живота. В свободной брюшной полости определяется жидкость. Перистальтика не выслушивается, сфинктер прямой кишки зияет, выделяется жидкий зловонный кал. В общем анализе крови Эр. - $3,75 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин – 118 г/л, Л - $21,3 \cdot 10^9$ /л Температура тела $39,2^\circ\text{C}$.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Оцените тяжесть состояния больного.
3. Определить план обследования больного.
4. Определит лечебную тактику
5. Определить прогноз в отношении жизни, выздоровления, трудоспособности.
6. Объяснить патогенез нарушений гомеостаза у больно З.

Ответ:

1. Предварительный диагноз: распространенный гнойный перитонит, перитонеальный сепсис, эндотоксический шок.
2. Состояние больного тяжелое, это обусловлено - эндотоксикозом тяжелой степени с явлениями полиорганной недостаточности.
3. Обследование больного в предоперационном периоде включает методы исследования для уточнения источника перитонита – УЗИ брюшной полости, лапароскопию; оценку общеклинического статуса больного ЭКГ, рентгенографию груди, ОАК, ОАМ, биохимические анализы – билирубин, мочевины, креатинин, АСТ, АЛТ, ионограмму, лейкоцитарный индекс интоксикации (ЛИИ), уровень пептидов средней молекулярной массы (МСМ).
4. Лечебная тактика следует должна быть определена следующим образом: В первую очередь в условиях операционной больному проводится двухчасовая предоперационная подготовка, которая включает проведение интенсивной инфузионной терапии и стабилизации гемодинамики. После этого пациента необходимо оперировать, Во время операции средне-срединным разрезом необходимо найти и устранить источник перитонита, тщательно санировать брюшную полость, установить зонд для декомпрессии кишечника и установить дренажи в брюшную полость, В послеоперационном периоде проводится интенсивная терапия перитонита и коррекция гомеостаза в условиях реанимационного отделения или, его отсутствии, в палате интенсивной терапии.
5. Прогноз в отношении жизни и выздоровления сомнительный, при таком течении перитонита летальность составляет 50% и более. В случае благоприятного исхода больной будет временно нетрудоспособен ориентировочно 60-90 суток.
6. При распространенном перитоните происходят процессы развития эндотоксикоза, источником которого является воспалительный и/или некротический процесс в брюшной полости, также источником является собственный желудочно-кишечный тракт больного, где в результате пареза происходят изменения свойства микрофлоры; параллельно с этим наступает гиповолемия, дегидратация, водно-электролитный дисбаланс; нарастают процессы катаболизма.

Задача № 19

Больной 64 лет поступил в срочном порядке в дежурное хирургическое отделение с жалобами на интенсивные, схваткообразные боли в животе без четкой локализации, преимущественно в нижних отделах, отмечает чувство вздутия живота, неотхождение газов, задержку стула. Заболел остро, перечисленные симптомы появились и нарастают в течение ближайших суток. При уточнении анамнеза удалось выяснить, что склонность к запорам больной отмечает на протяжении полугода, также за этот период времени больной несколько похудел, что удалось отметить по одежде.

При объективном обследовании состояние больного средней степени тяжести. Положение активное, кожный покров бледноват, отеков нет, подкожные лимфатические узлы не пальпируются. В легких при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, чсс 98 в мин. АД 135/85 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен слегка сероватым налетом. Живот равномерно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, в типичных местах выхода грыж выпячиваний не отмечается. При поверхностной пальпации живот мягкий умеренно болезненный в нижних отделах. При глубокой пальпации отмечается болезненность в проекции поперечно-ободочной кишки, из-за вздутия живота другие отделы ЖКТ пропальпировать не удалось. Инfiltrатов в животе не определяется, печень, селезенка пальпации не доступны. Перкуторно над всеми отделами живота определяется выраженный тимпанит, притупления в отлогих местах живота не определяется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается, ослабленная. При осмотре рег гестум тонус сфинктера снижен, а ампуле незначительное количество кала, нависания стенок, болезненности не определяется.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите и обоснуйте необходимые методы обследования.
3. Определите лечебную тактику.
4. Составьте прогноз в отношении жизни и выздоровления.
5. Объясните, какая локализация данного заболевания чаще проявляется подобной клинической картиной и почему.

Ответ:

1. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость.
2. ОАК, ОАМ, биохимические анализы: электролиты, мочевины, общий белок; УЗИ брюшной полости, обзорная рентгенография живота.
3. Больному следует начать комплекс консервативного лечения: паранефральная новокаиновая блокада, зондирование желудка, очистительная клизма, инфузионная терапия, спазмолитики, анальгетики. В случае положительного эффекта больному показана срочная колоноскопия. При подтверждении опухоли сигмовидной кишки срочная операция – обструктивная резекция сигмовидной кишки.
4. Прогноз в отношении жизни непосредственно после операции благоприятный. При отсутствии метастазов пятилетняя выживаемость около 80%. Через 8 месяцев возможна хирургическая реабилитация больного – операция колонопластики с восстановлением непрерывности ЖКТ.
5. Обтурационная форма рака характерна для левой половины толстой кишки. В этом отделе диаметр кишки несколько меньше каловые массы уже сформированные.

Задача № 20

Больная К., 34 лет, направлена в клинику с жалобами на общую слабость, частый жидкий стул, иногда с примесью крови и слизи. Несколько дней тому назад при акте дефекации появилось обильное кровотечение алой кровью. Заболела 3 года назад. Лечилась в инфекционном стационаре по поводу "дизентерии". Однако неоднократные бактериологические посевы кала диагноз не подтвердили. Проводившаяся терапия приводила лишь к временному улучшению. Общее состояние удовлетворительное. Кожа обычной окраски. Аускультативно в легких везикулярное дыхание, хрипов нет, чсс 98 в мин., АД – 115/75 мм рт.ст. Язык чистый влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий безболезненный. Печень, селезенка не пальпируются, при пальпации сигмовидная кишка безболезненная, определяется в виде эластического подвижного цилиндра с ровным контуром диаметром 4 см. При осмотре рег гестум тонус сфинктера сохранен, в ампуле небольшое количество оформленных каловых масс, нависания стенок кишки, болезненности нет. Кал на перчатке коричневого цвета со следами неизменной крови.

При ректороманоскопии обнаружено много полипов различных размеров. Один из них /на высоте 19 см от ануса/ размером 3-3,5 см легко кровоточит.

Общий анализ крови эритроциты -3,75 *10¹²/л, Hb – 102 г/л,

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Определите, какие дополнительные исследования требуются для уточнения диагноза.
3. Установите, какая допущена ошибка в диагностике и лечении больной.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Определите в чем опасность данного заболевания.

Ответ:

1. Полипоз сигмовидной кишки. Осложнение: острое толстокишечное кровотечение легкой степени тяжести.
2. Для уточнения распространенности полипоза и возможного перерождения в рак необходимо произвести ирриграфию и колоноскопию с биопсией.
3. Лечение дизентерии /бактериологически не подтвержденной/ без предварительного рентгенологического и эндоскопического исследования больной является ошибкой.
4. Выбор метода лечения данной больной будет определяться распространенностью полипоза и результатами гистологического исследования биопсийного материала. Показано оперативное лечение – сигмоидэктомия.
5. Полипоз толстой кишки является предраковым заболеванием.

Задача 21

В 13 часов в приемное отделение в срочном порядке поступила больная Ж. 69 лет с жалобами на умеренные боли в левой подвздошной области, тошноту, повышение температуры тела до 37,4 ° С.. Заболела остро, за день до поступления вечером, около 21 часа, через 4 часа после ужина постепенно появились боли в левой подвздошной области, которые постепенно усиливались, никуда не иррадиировали, несколько усиливались при

активных движениях и перемещении положения тела больной. Ранее подобных болей в животе не было, отмечает в последние 2-3 года склонность к запорам. При осмотре состояние больной удовлетворительное, положение активное. Кожные покровы обычной окраски и влажности, подкожные лимфатические узлы не пальпируются. Большая избыточного питания, складка кожи на передней брюшной стенке – 6см. В легких при аускультации везикулярное дыхание, хрипов нет. Чсс – 88 в мин. АД – 140/90 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня беловато-серым налетом. Живот овальной формы, слегка подвздут, участвует в акте дыхания. При поверхностной пальпации живот мягкий умеренно болезненный в левой подвздошной области. При глубокой пальпации отмечается болезненность и умеренное напряжение в левой подвздошной области, где пальпируется подвижный инфильтрат без четких границ размерами 6* 6см. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы Менделя, Щеткина-Блюмберга в левой подвздошной области сомнительные, зон высокого тимпанита не определяется, притупления в отлогих местах живота нет. Перистальтика выслушивается, газы отходят. Стул был вечером накануне оформленный. Осмотр *per rectum* - тонус сфинктера сохранен, в ампуле кишки оформленные каловые массы нависания стенок, болезненности нет, кал на перчатке темно-коричневого цвета. Анализ мочи патологических проявлений не выявил. В анализе крови эр.- 3,8 *10¹¹/л, Нб – 118 г/л, л- 12,3*10⁹/л

Вопросы:

1. Определите ведущее проявление заболевания.
2. Поставьте предварительный диагноз.
3. Определите, с какими заболеваниями требуется проведение дифференциального диагноза.
4. Обоснуйте необходимые методы дополнительного обследования.
5. Определите возможные варианты дальнейшего течения болезни.
6. Определите лечебную тактику.

Ответ:

1. Ведущим проявлением заболевания у больной Ж. является синдром пальпируемой опухоли в животе
2. Предварительный диагноз - микроперфорация опухоли сигмовидной кишки, воспалительный инфильтрат левой подвздошной ямки
3. Требуется дифференциальная диагностика с перекрутом жирового подвеса сигмовидной кишки, дивертикулитом сигмовидной кишки. При этих заболеваниях также может формироваться воспалительный инфильтрат в левой подвздошной области.
4. В качестве инструментальных методов используются гибкая сигмоскопия, ирригоскопия, лапароскопия.
5. Возможно два варианта течения заболевания: первый- воспалительный процесс отграничивается и на фоне консервативного лечения инфильтрат рассасывается; второй – воспалительный процесс прогрессирует, инфильтрат трансформируется в абсцесс угрозой перитонита или приводит к сдавлению кишки с развитием кишечной непроходимости.
6. Лечебная тактика определяется течением болезни – лечение начинаем с комплекса консервативных мероприятий – щадящая диета ограничение двигательной активности, локальная гипотермия, инфузионная терапия, антибиотики. При положительной динамике лечение продолжаем до рассасывания инфильтрата. После этого проводим обследование толстой кишки и решаем вопрос о необходимости операции в плановом порядке. При отрицательной динамике решаем вопрос в пользу срочной операции. Объем вмешательства на брюшной полости зависит от характера заболевания.

Задача 22

Больная К. 74 лет доставлена в хирургическое отделение бригадой скорой помощи. Пациентка жалуется на умеренные боли ноющего характера в правой половине живота в нижних отделах, боли никуда не иррадируют, не связаны с приемом пищи и перемещением положения тела, отмечает вздутие живота. Заболела четыре дня назад, сначала отмечались боли в животе без четкой локализации, которые постепенно усиливались и локализовались в правой подвздошной области, была однократно рвота съеденной пищей, за медицинской помощью не обращалась. Больная расценила, что отравилась недоброкачественной пищей и лечилась самостоятельно - голодала, принимала но-шпу, анальгин. Постепенно боли уменьшились по интенсивности, но стала отмечать умеренное вздутие живота, дискомфорт, повышение температуры тела до 37,8°С. При поступлении состояние средней тяжести, положение активное, кожный покров обычной окраски. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, чсс 92 в мин., АД - 140/90 мм рт. ст. Язык суховат, обложен беловато-серым налетом. Живот умеренно равномерно вздут. Участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается болезненность и умеренное напряжение живота в правой подвздошной области, положительные симптомы Воскресенского, Ровзинга. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень селезенка не пальпируются. В правой подвздошной области пальпаторно определяется плотное умеренно болезненное неподвижное образование, фиксированное к гребню подвздошной кишки размерами 12*8 см. перкуторно зон высокого тимпанита не определяется, притупления в отлогих местах живота нет. Перистальтика выслушивается, несколько ослаблена. Осмотр *per rectum* - тонус сфинктера сохранен, в ампуле кишки оформленные каловые массы нависания стенок, болезненности нет, кал на перчатке темно-коричневого цвета. Анализ мочи патологических признаков не выявил. В анализе крови эр.- 3,8 *10¹¹/л, Нб – 118 г/л, л- 12,3*10⁹/л.

Вопросы:

1. Определите ведущее проявление заболевания.
2. Установите предварительный диагноз
3. Определите, с какими заболеваниями необходима дифференциальная диагностика
4. Обоснуйте необходимые методы дополнительного обследования.
5. Определите возможные варианты дальнейшего течения болезни.
6. Определите лечебную тактику.

Ответ:

1. Ведущим проявлением заболевания у больной Ж. является синдром пальпируемой опухоли в животе
2. Острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.
3. Необходима дифференциальная диагностика с опухолью слепой кишки, осложненной параколитом.
4. УЗИ брюшной полости, РКТ, лапароскопия
5. Возможно два варианта течения заболевания: первый- воспалительный процесс отграничивается и на фоне консервативного лечения инфильтрат рассасывается; второй – воспалительный процесс прогрессирует, инфильтрат трансформируется в абсцесс и угрозой перитонита.
6. Лечебная тактика определяется течением болезни – лечение начинаем с комплекса консервативных мероприятий – щадящая диета ограничение двигательной активности, локальная гипотермия, инфузионная терапия, антибиотики. При положительной динамике лечение продолжаем до рассасывания инфильтрата. После этого проводим обследование толстой кишки. Рекомендуется выполнить аппендэктомию через 3-4 недели. При отрицательной динамике решаем вопрос в пользу срочной операции, показано внебрюшинное вскрытие абсцесса доступом по Пирогову, возможно дренирование полости абсцесса малоинвазивно под УЗИ навигацией..

Задача 23

В вечернее время в приемное отделение стационара самостоятельно обратился пациент 37 лет с жалобами на боли в области заднего прохода, промежности, повышение температуры тела до 39°С, озноб. Болен третьи сутки, отмечает прогрессирование симптомов, боли со временем нарастают, температура имеет тенденцию к повышению. При обследовании больного патологических проявлений со стороны внутренних органов не выявлено. При осмотре на проктологическом кресле отмечена гиперемия и отек перианальной кожи по левой полуокружности вокруг ануса, пальпаторно эта область резко болезненна, отмечается инфильтрация мягких тканей. Выполнить пальцевое исследование прямой кишки не удастся из-за выраженных болей.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Объясните на чем основана классификация данной болезни.
3. Определите наиболее частый механизм развития данной болезни.
4. Определите лечебную тактику.

Ответ:

1. Предварительный диагноз – острый подкожный парапроктит.

2. Классификация основана на анатомическом принципе, в зависимости от локализации воспалительного процесса в клетчаточном пространстве и по отношению к анальному сфинктеру.
3. Наиболее часто сначала развивается криптит с последующим распространением воспаления в подкожную клетчатку.
4. Тактика активная хирургическая – экстренная операция - разрез, дренирование парапроктита.

Задача 24

Пациентка 54 лет поступила с жалобами на общую слабость, ухудшение общего самочувствия, выделение крови из прямой кишки. Считает себя больной на протяжении 1,5 месяцев, когда впервые стала отмечать кровянистые выделения через задний проход при дефекации. Больная лечилась амбулаторно у участкового врача по поводу «геморроя», принимала детралекс, ректальные свечи. Несмотря на это периодически кровотечения повторялись, нарастали слабость, снижение работоспособности чувство кишечного дискомфорта. При объективном обследовании общее состояние средней тяжести, кожный покров бледноват. Подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно. Лимфатические узлы не пальпируются. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет, тоны сердца ритмичные, чсс – 98 в мин. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот овальной формы не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, безболезненный, инфильтратов в животе не определяется, печень, селезенка не пальпируются. Притупления в отлогих местах живота не определяется. Перистальтика выслушивается, обычная. Стул ежедневно до двух раз в сутки с примесью крови и слизи.

Вопросы:

1. Определите ведущий синдром.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Определите круг заболеваний с которыми необходима дифференциальная диагностика
4. Составьте план обследования больной.
5. Определите лечебную тактику.

Ответ:

1. Ведущим проявлением заболевания у больной является синдром кишечного кровотечения.
2. Рак прямой кишки, осложненный кровотечением.
3. Рак прямой кишки, полипоз прямой кишки, геморрой, неспецифический язвенный колит.
4. ОАК, ОАМ, осмотр per rectum, ректороманоскопия с биопсией, УЗИ брюшной полости, печени.
5. При подтверждении диагноза рака кишки показана оперативное лечение.

Задача №25

Больной Т, 69 лет, после автодорожной травмы отмечал незначительные боли в нижних отделах левой ½ грудной клетки. Был осмотрен в травмпункте, выполнена рентгенография грудной клетки. Диагностирован ушиб грудной клетки. Назначено амбулаторное лечение. На 5-е сутки отметил ухудшение состояния: стала нарастать слабость, головокружение, усилились боли по левому флангу живота. Обратился на приемный покой самостоятельно. При обследовании: состояние средней тяжести, кожный покров бледный. Пульс 100 в мин., АД 90/60 мм.рт.ст. При пальпации живота определяется болезненность и напряжение по левому флангу живота, сомнительные симптомы раздражения брюшины. Симптом «ваньки-встаньки» положительный. Отмечается притупление в отлогих местах живота. Ректально: определяется написание передней стенки прямой кишки, кал коричневого цвета.

1. Определите ведущий синдром
2. Поставьте диагноз
3. Определите план дообследования
4. Назовите основные этапы лечения

Ответ:

У больного клиника тупой травмы живота, двухмоментного разрыва селезенки, гемоперитонеума.

Для уточнения диагноза показано общеклиническое обследование, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости на свободную жидкость, паренхиматозных органов.

При выявлении анемии, свободной жидкости в брюшной полости, признаков повреждения селезенки показано оперативное вмешательство.

Задача № 26

Больной получил ножевое ранение в околопупочной области с эвентрацией пряди большого сальника. Состояние средней тяжести. Кожный покров бледный, пульс 75 в 1 мин., АД 130/70 мм.рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в области раны. Перитониальные симптомы сомнительные в околопупочной области. Перистальтика ослаблена. В анализах Эр.- $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв – 110 г/л,

1. Поставьте клинический диагноз
2. Какую первую врачебную помощь необходимо оказать больному?
3. Интерпретируйте анализ крови
4. Назовите основные этапы первичной хирургической обработки раны
5. Определите дальнейшую тактику у данного пациента

Ответ:

- 1) Открытая проникающая травма живота
- 2) прядь сальника прикрыть влажными салфетками, смоченными физ. раствором
- 3) Анемия легкой степени.
- 4) Лапаротомия, ревизия органов брюшной полости, устранение повреждений
- 5) В послеоперационном периоде инфузионная, антибактериальная терапия, столбнячный анатоксин, ношение бандажа, перевязки.

Задача 27

В приемное отделение многопрофильного стационара из поликлиники бригадой «Скорой помощи» доставлен больной 49 лет. Передвигается при поддержке фельдшера. Предъявляет жалобы на общую слабость, лёгкое головокружение, ощущает тошноту. Ухудшение состояния возникло на улице, внезапно, около полутора часов назад, когда внезапно появились резкая слабость, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, потливость, головокружение. Самостоятельно обратился в регистратуру расположенной неподалёку поликлиники, осмотрен терапевтом, дано направление в стационар. В положении лёжа чувствует себя несколько лучше. Травму отрицает. Ранее подобной симптоматики не было.

В анамнезе – хронический гастрит в течение 7 лет, диагноз подтверждён дополнительными методами исследования (положительный аэротест, фиброгастродуоденоскопия). Последний раз обследован три года назад, после чего проходил курс эрадикационной терапии. Последние два года периодически отмечает боли в эпигастрии, в ночное время иногда возникает изжога, для купирования изжоги принимает пищевую соду. В течение пяти дней боль в животе практически постоянная, но с ухудшением состояния боль прошла.

Объективно - кожный покров бледный, пульс 100 в минуту, удовлетворительных свойств, артериальное давление – 100/60 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, симметричен, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом

Щёткина-Блюмберга отрицательный, шума плеска нет. Притупления в отлогих местах живота нет. При пальцевом исследовании прямой кишки – инфильтрации и нависания стенок кишки не выявлено, кал на перчатке обычной окраски. Нормотермия.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте дополнительные методы исследования, которые необходимо произвести больному для уточнения диагноза.
3. Определите последовательность лечебно-диагностических мероприятий у данного пациента.
4. Назначьте больному консервативную терапию в случае отсутствия показаний для операции.
5. Оцените правильность действий медперсонала поликлиники и «Скорой помощи».
6. Объясните, с чем связано исчезновение боли в животе у пациента.

Ответ

1. Язвенная болезнь, обострение. Желудочно-кишечное кровотечение.
2. Общий анализ крови – оценка степени тяжести анемии, фиброгастродуоденоскопия – уточнение источника и характера кровотечения.
3. Начать в/в инфузию кристаллоидов, выполнить зондирование и промывание желудка, выполнить ФГДС с решением вопроса о необходимости эндоскопического или оперативного гемостаза.
4. Голод, строгий постельный режим, в/в капельно: р-р Рингера 1000 мл, ε-аминокапроновая кислота 5%-100 мл, кальция хлорид 1% - 200 мл, дицинон 12,5% - 4 мл, глюкоза 5% - 1000 мл, квателат 20 мг х 2 раза в день. Дицинон 12,5% - 2 мл в/м х 3 раза в день. При первой возможности энтерального питания – щадящая диета, противоязвенная четырёхкомпонентная терапия.
5. Решение о неотложной госпитализации и вызов бригады для транспортировки больного в стационар является верным. Однако, медперсоналу поликлиники и «скорой помощи» следовало начать в/в инфузию кристаллоидов, транспортировку больного с подозрением на кровотечение следовало проводить на носилках.

Исчезновение боли в животе при кровотечении связано антацидным действием крови, изливающейся в желудок.

Задача 28

Больная 3. 46 лет, госпитализирована в многопрофильный стационар с резкой болью в животе, тошнотой, многократной рвотой. Накануне после сытного ужина ощутила тяжесть в подложечной области, тошноту, которые вскоре сменились сильной опоясывающей болью в верхней половине живота, сопровождались многократной рвотой. Быстро нарастала общая слабость. Объективно: больная мечется от боли, кожный покров бледный, покрыт липким потом, выражение лица страдальческое, температура тела нормальная, склеры желтушные, артериальное давление 110/60 мм. рт. ст., пульс 92, ритмичный, тоны сердца ясные, дыхание везикулярное, язык сухой, обложен сероватым налётом. Живот умеренно вздут, участвует в дыхании, мягкий при пальпации, резко болезненный в эпигастрии и левом подреберье, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Положительные симптомы Кертэ, Мейо-Робсона, Воскресенского. При ультразвуковом исследовании: правая доля печени 14,5 см толщиной, однородна, желчный пузырь 10,7х4 см, стенка 0,2 см, в просвете неоднородная желчь с микролитами, общий печеночный проток 1,4 см, поджелудочной железы – не видна из-за раздутого кишечника. Рентгенография брюшной полости – чаш Клойбера, свободного газа в брюшной полости не выявлено, умеренно раздута поперечно-ободочная кишка.

ВОПРОСЫ

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Дайте определение упомянутым эпонимным (по авторам) симптомам.
3. Опишите последовательность лечебно-диагностических мероприятий на стационарном этапе.
4. Определите наиболее вероятный механизм развития острого состояния больной 3.
5. Назовите операции, которые могут потребоваться для лечения больной 3. и укажите сроки их выполнения.

Ответ

1. Острый калькулёзный холецистит. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Острый билиарный панкреатит.
2. Симптом Кертэ - напряжение передней брюшной стенки в области проекции поджелудочной железы, симптом Мейо-Робсона – болезненность при пальпации в левом рёберно-позвоночном углу, симптом Воскресенского – исчезновение пульсации брюшной аорты.
3. Исследование общего анализа крови, концентрации амилазы, билирубина, экстренная дуоденоскопия с папиллосфинктеротомией, в/в инфузионная терапия + анальгетики + спазмолитики + антибиотики, при подозрении на панкреонекроз/деструктивный холецистит – лапароскопия. В диагностическую программу может быть включено КТ брюшной полости.
4. Наиболее часто общий желчный и панкреатический протоки соединяются в единое устье, конечным отделом которого является большой сосочек двенадцатиперстной кишки. При острой блокаде устья папиллы камнем развивается протоковая гипертензия, что инициирует острый панкреатит.
5. В экстренном порядке при поступлении – папиллосфинктеротомия, литоэкстракция, лапароскопия; в фазу секвестрации и гнойных осложнений – диагностические пункции, чрескожное дренирование жидкостных образований, лапаро/люмботомия, оментобурсостомия, секвестрэктомия, дренирование забрюшинного пространства

Задача 29

Больная 22 лет доставлена в приёмное отделение через 4 часа с момента начала заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, неоднократную рвоту.

Боли в животе появились через два часа после еды, был скудный стул, который не принёс облегчения. Два года назад оперирована по поводу травматического разрыва подвздошной кишки. Объективно: температура тела 36,2°C, пульс 60, удовлетворительного наполнения, артериальное давление 130/80 мм. рт. ст. тоны сердца ясные. Язык влажный, обложен белым налётом. От мечевидного отростка до пупка окрепший послеоперационный рубец. Живот асимметричный за счёт правой половины, отстает в акте дыхания, при пальпации определяется болезненность в правой подвздошной области. Мышцы живота не напряжены, симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный, при перкуссии высокий тимпанит, аускультативно – звонкие кишечные шумы. Анализ крови – эритроциты $5,9 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 157 г/л, лейкоциты $16,2 \times 10^9/л$, СОЭ 18 мм/час.

ВОПРОСЫ:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назначьте дополнительные методы обследования, назовите характерные для данной патологии признаки, которые могут быть выявлены этими методами.
3. Напишите лист назначений данной больной.
4. Назовите показания к оперативному лечению при данной патологии.
5. Дайте объяснение изменениям в анализе крови.
6. Расскажите известные Вам классификации рассматриваемой в задаче патологии.

Ответ

1. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость.
2. Рентгенография брюшной полости (чаши Клойбера, «арки», складки Керкринга, дилатация кишки, симптом «органных труб»), УЗИ брюшной полости (диаметр кишечных петель, жидкость в просвете кишок). Контроль пассажа взвеси сульфата бария по кишечнику (симптом «стоп-контраста»).
3. Голод, режим палатный, паранефральная новокаиновая блокада или продленная перидуральная анестезия; очистительная клизма до и после инфузии, в/в капельно: р-р Рингера 1000 мл, р-р глюкозы 5% - 1000 мл, калия хлорид 10% - 20 мл, магния сульфат 25% - 15 мл, р-р новокаина 0,25% - 80 мл; в/м: анальгин 50% - 2 мл x 3 раза в день, папаверин 2% - 2 мл x 2 раза в день. Контроль пассажа бария.
4. Признаки странгуляционной непроходимости и признаки перитонита – показания для экстренной операции. Отсутствие эффекта от консервативной терапии – показание для срочной операции.
5. Лейкоцитоз – признак системного воспалительного ответа, повышение концентрации гемоглобина и количества эритроцитов – признак гемоконцентрации.
6. Непроходимость классифицируется на механическую (обтурационную, странгуляционную) и динамическую (паралитическая, спастическая). Полная и частичная ОКН. Спайки – шнуровидные, плоскостные, перепончатые, тракционные, сальниковые сращения. По локализации – париетальные, висцеропариетальные, висцеро-висцеральные.

Задача 30

Больной М., 28 лет, находясь на спортивных сборах, после приёма лёгкого завтрака почувствовал внезапные резкие боли во всех отделах живота, которые носили нестерпимый характер, не купировались анальгетиками и спазмолитиками, сопровождались тошнотой двукратной скудной рвотой, содержимым желудка, не приносящей облегчения. Дизурических расстройств не было. Через 5 часов с момента заболевания бригадой скорой помощи больной доставлен на приёмный покой. При сборе анамнеза выяснилось, что в течение 5 лет больной страдает язвенной болезнью, при этом последнее обострение отмечалось 2 года назад, лечился самостоятельно. В детстве больной перенёс аппендэктомию. В остальном anamnesis vitae без особенностей. Общее состояние больного – тяжёлое, положение вынужденное: лёжа на правом боку с прижатыми ногами к животу, кожный покров бледный. При обследовании органов дыхания особенностей не выявлено. Пульс 100 ударов в минуту. АД 135/90. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот незначительно вздут, симметричен, напряжён, болезненный во всех отделах. Больной щадит живот при дыхании. При перкуссии высокого тимпанита не определяется. Печёночная тупость сохранена. При аускультации перистальтика ослаблена. Симптом Щёткина-Блюмберга, Раздольского отрицательные, симптом Менделя слабopоложительный во всех отделах живота. Шума плеска, шума падающей капли не определяются. Поясничная область безболезненна, симметрична, симптом покалачивания отрицательный. Ректально – болезненности, инфильтратов не определяются, кал коричневого цвета. Дополнительные обследования: ОАК- эр. – $4,2 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 140 г/л, лейкоциты – $12,8 \times 10^9/л$, гематокрит – 0,52; ОАМ – уд. вес – 1018, белок – отр., микроскопия – эрит. – 7-8, лейкоциты – 1-2 в п/зр., диастаза мочи - 128 ед. Амилаза крови 128 ед, билирубин – 8,6 мк/моль/л, мочеви́на – 9,8 ммоль/л. К- 3,1 ммоль/л; Обзорная рентгенография живота – отмечается пневматоз тонкой кишки, несколько кишечных арок, на уровне межосной линии в проекции средней мезогастральной области отмечается единичный уровень жидкости, ширина уровня жидкости которого значительно выше столба газа над ним, свободного газа под куполами диафрагмы не выявлено, газовый пузырь желудка обычной формы. УЗИ – почки обычных размеров, формы, чашечно-лоханочная система обеих почек не расширена; печень не увеличена, очаговых и диффузных изменений нет. Желчный пузырь – 7,5 x 2,5 мм, без воспалений, без камней. Поджелудочная железа – головка – 2,3, тело – 2,0, хвост – 1,9 см. Ткань её однородна. В брюшной полости небольшое количество свободной жидкости, тонкая кишка дилатирована, в некоторых отделах диаметр её до 4 см.

Вопросы:

1. Определите предварительный диагноз.
 2. Обосновать с какими заболеваниями следует дифференцировать клиническую картину, выявленную у больного,
 3. Проанализируйте результаты дополнительных методов обследования.
 4. Определите и обоснуйте лечебную тактику.
 5. Составить прогноз в отношении жизни, выздоровления и восстановления трудоспособности
6. Обосновать патогенез изменений гомеостаза больного М.

1. Предварительный диагноз – острая странгуляционная тонкокишечная непроходимость.
2. с перфоративной язвой двенадцатиперстной кишки, острым панкреатитом, почечной коликой, острой странгуляционной кишечной непроходимостью.
3. В общем анализе крови имеются признаки гемоконцентрации, лейкоцитоз; в биохимических показателях несколько повышена мочевина крови, отмечается гипокалиемия; в общем анализе мочи прослеживается микрогематурия; на обзорной Rg-грамме живота следует определить признаки острой тонкокишечной непроходимости; по данным УЗИ – печени, желчного пузыря, поджелудочной железы и почек патологических признаков не выявлено, следует обратить внимание на наличие свободной жидкости в брюшной полости и дилатацию токой кишки до 4 см.
4. У больного выявлены признаки острой спаечной странгуляционной тонкокишечной непроходимости. Показана экстренная операция. При наличии подготовленной бригады возможна попытка эндоскопического рассечения спаек с ревизией тонкой кишки. При неэффективности лапаротомия. План оперативного вмешательства: общая анестезия, комбинированный эндотрахеальный наркоз. Доступ срединная лапаротомия, ревизия брюшной полости, рассечение спайки, оценка жизнеспособности кишки (цвет и блеск серозной оболочки, пульсация сосудов брыжейки, перистальтика кишки, тургор её стенок). При выявлении нежизнеспособности кишки – резекция в пределах 40 см в проксимальном направлении и 20 в дистальном от видимой границы нежизнеспособности кишки, с восстановлением проходимости кишечной трубки. При жизнеспособности кишечника выполняется декомпрессия кишки назоинтестинальным дренажом и деконтоминацией кишечника. Санация брюшной полости. Ушивание раны.
5. Прогноз в отношении жизни благоприятный при своевременно выполненной операции. В отношении выздоровления по поводу спаечной болезни прогноз неблагоприятный. Спайки в брюшной полости после операции останутся и могут формироваться новые. При это сохранится риск повторных эпизодов спаечной кишечной непроходимости. Следует учитывать, что вероятность формирования новых спаек после лапароскопической операции значительно ниже, чем после традиционной лапаротомии. В отношении восстановления трудоспособности следует отметить, что после операции на период стационарного и амбулаторного лечения больной будет временно нетрудоспособен. Ориентировочные сроки нетрудоспособности после лапароскопической операции 20-30 дней. После лапаротомии 30-40 дней.
6. При странгуляционной спаечной кишечной непроходимости происходит сдавление или внутреннее ущемление не только какого-то отдела кишки, но и ее брыжейки, при этом нарушается кровоснабжение и быстро развивается интоксикация. Также одновременно происходит потеря жидкости в просвет приводящего отдела тонкой кишки с формированием гиповолемии, гемоконцентрации и синдрома водно-электролитных нарушений.

Задача 31

Больной 64 лет обратился на прием к хирургу поликлиники с жалобами на чувство тяжести в эпигастрии, тошноту ежедневную рвоту съеденной пищей, общую слабость, повышенную утомляемость потерю веса, плохой аппетит. В анамнезе хронический анацидный гастрит. Ухудшение состояния стал отмечать в течение трех месяцев, когда перечисленные симптомы постепенно прогрессировали, лечился амбулаторно по поводу гастрита, получал прокинетики, ферменты. Улучшения от проводимого лечения больной не отмечал, вновь обратился за медицинской помощью. При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожный покров бледноват, больной пониженного питания. В легких везикулярное дыхание, хрипы единичные, сухие. Тоны сердца ритмичные, чсс. - 88 в мин. АД – 110/70 мм рт.ст. Язык обложен серым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, слегка болезненный в эпигастральной области. Печень, селезенка не пальпируются. Инfiltrатов в животе не определяется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перкуторно притупления в отлогих местах живота не определяется. В эпигастрии определяются шум плеска, нижняя граница желудка определяется на 5 см ниже пупка. Перистальтика выслушивается. Газы отходят, стул 1 раз в 2-3 дня, скудный. Анализ мочи без патологических изменений. Анализ крови эр. – 2,75*10¹²/л, Нб – 98 г/л, цв. показатель 0,84, л – 8,4*10⁹/л, СОЭ – 32 мм/час.

Вопросы:

1. Определите, какие синдромы следует выделить в клинической картине больного.
2. Установите предварительный диагноз.
3. Определите план обследования больного.
4. Перечислите возможные фоновые заболевания, которые могут предшествовать данной болезни

5. Перечислите виды оперативного лечения.

Ответ

1. Следует выделить диспептический синдром ведущий, также синдром малых признаков, анемический.
2. Рак пилорического отдела желудка, субкомпенсированный пилоростеноз.
3. Биохимические анализы крови – ионограмма, протеинограмма, коагулограмма, мочевины, креатинина; УЗИ брюшной полости, рентгенография груди, ФГДС с биопсией, контрастная рентгенография желудка.
4. Полипы желудка, язвенная болезнь желудка, хронический атрофический гастрит, хронический гипертрофический гастрит (болезнь Минитрие).
5. Радикальные методы лечения – дистальная субтотальная резекция желудка с сальниками и лимфаденэктомией, гастрэктомия; паллиативная операция - гастроэнтероанастомоз

Задача №32

У беременной поликистоз почек. Возраст больной 34 года, беременность вторая, срок 10 недель. Первые роды десять лет назад, беременность протекала без осложнений. Больная отмечает периодические ноющие боли в пояснице в течение последних четырех лет. Креатинин крови 0, 21 мкмоль/л, скорость клубочковой фильтрации 55 мл/мин. В анализах мочи умеренная лейкоцитурия, от 15-20 до 30-40 в поле зрения. Удельный вес мочи 1008-1014. Артериальное давление в пределах нормы.

Вопросы:

Как должен быть сформулирован диагноз с учетом имеющихся осложнений основного заболевания?

Каких осложнений поликистоза у больной пока нет?

Можно ли разрешить вынашивание беременности в данном случае?

Врачи каких специальностей должны принимать решение о возможности вынашивания беременности данной больной?

Какой жизненный прогноз у больной?

Ответ:

1. Основное заболевание: Поликистоз почек. Беременность 2, 10 недель.
- Осложнения основного заболевания: Хронический пиелонефрит в стадии обострения. ХПН – начальная стадия.
2. Артериальная гипертензия, нагноение кист, разрыв кисты.
3. Нет (ссылка на приказ МЗ РФ № 736).
4. Уролог, нефролог, кардиолог, акушер-гинеколог, представитель администрации ЛПУ.
5. При прогрессировании ХПН показаны перевод на программный диализ или трансплантация почки, ограничение трудоспособности с оформлением группы инвалидности через МСЭК.

Задача №33

Три дня тому назад у больной возник приступ почечной колики в правой поясничной области, после купирования которой у больной поднялась температура до 39 гр., был потрясающий озноб. В последующие дни больная отмечала постоянные ноющие боли в пояснице справа, ознобы и высокая температура сохранялись. При УЗИ выявлена пиелоэктазия справа, на обзорной урограмме на уровне L4 – контрастная тень размерами 0,8 x 0,7 см. В ан. крови L – 22 x 10⁹, п/зд. 20 в п/зр. В ан. мочи белок 0,7, L 7 – 10 в п/зр.

Вопросы:

1. Как должен быть сформулирован диагноз?
2. О чем свидетельствуют повторяющиеся ознобы у больной?
3. Почему лейкоцитурия по выраженности цифровых значений не коррелирует с лейкоцитозом крови?
4. Какие лечебные мероприятия и в какой последовательности должны быть проведены?
5. К какому осложнению может привести нарушение последовательности лечебных мероприятий?

Ответ:

1. Основное заболевание: МКБ. Камень верхней трети правого мочеточника.
- Осложнения основного заболевания: Острый обструктивный правосторонний пиелонефрит. Правосторонняя почечная колика.
2. У больной имеется бактериемия, обусловленная пиеловенозными и пиелолимфатическими рефлюксами, которые приводят к проникновению бактерий из лоханки в кровь.
3. Правая почка заблокирована камнем, поэтому исследованию подвергается моча, поступающая в мочевой пузырь в основном из левой здоровой почки.
4. Первым лечебным мероприятием должно быть восстановление оттока мочи из правой почки (спазмолитики, катетеризация мочеточника, пункционная нефростомия). Затем назначают антибактериальную терапию и другие виды консервативного лечения пиелонефрита.
5. Может развиваться сепсис, инфекционно-токсический шок, гнойный деструктивный пиелонефрит.

Задача №34

Мужчина, 47 лет, поступил в урологическое отделение городской больницы с жалобами на приступообразные боли в левой поясничной области с иррадиацией в передне-внутреннюю поверхность левого бедра и левое яичко, которые начались четыре часа назад. В течение последних трех лет периодически отмечает ноющие боли то в правой, то в левой поясничной области. В анамнезе: заболевание суставов, долихохондроз. При поступлении состояние больного удовлетворительное. Температура тела нормальная, пульс – 60 уд. в мин., АД – 120/80 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык чистый, влажный. Живот симметричный, при пальпации мягкий, слабо болезненный в левом подреберье. Перистальтика не усилена. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания (+) слева. Мочеиспускание учащенное, безболезненное. Стул – склонность к запорам с детства. В анализе мочи уд. вес 1020, реакция кислая (рН – 5,0), белок 0,066 г/л, L 7-10 в п/зр., Ег. 15-20 в п/зр., соли ураты +++. На обзорной урограмме теней контрастных конкрементов не выявлено. При УЗИ в среднем и нижнем сегментах обеих почек определяются гиперэхогенные образования с акустической тенью размерами от 6 до 9 мм в диаметре. Лоханка левой почки расширена.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для постановки клинического диагноза и установления вероятных причин камнеобразования?
3. Дифференциальный диагноз?

4. Лечение больного в стационаре?
5. Профилактика и лечение заболевания на амбулаторном этапе?

Ответ:

1. Мочекаменная болезнь. Камни почек. Хронический калькулезный пиелонефрит. Левосторонняя почечная колика.
2. Определение содержания мочевой кислоты в крови и моче, уточнение постоянства цифровых значений РН мочи, экскреторная урография с целью диагностирования причины и уровня обструкции левого мочеточника.
3. Дифференциальную диагностику необходимо провести с заворотом сигмовидной кишки и пояснично-крестцовой радикулопатией.
4. Купирование почечной колики (диклофенак, баралгин, промедол с атропином, новокаиновая блокада левого семенного канатика). Камнеизгоняющая терапия: спазмолитики, цистенал, пролит, цистон, ависан, фитоллизин, канефрон, альфа-1-адреноблокаторы, электростимуляция мускулатуры мочеточника. При необходимости – уретеролитотрипсия или уретеролитоэкстракция. Исследование химического состава камня.
5. Нисходящий литолиз (ощелачивание мочи): блемарен, уралит-У, нормализация содержания мочевой кислоты в крови: аллопуринол, диета с ограничением продуктов с высоким содержанием пуриновых оснований, обильное питье.

Задача №35.

Женщина, 26 лет, со сроком беременности 28 недель, поступила в урологическое отделение с жалобами на боли в правой поясничной области, повышение температуры до 39 град., ознобы. Заболела два дня назад, принимала парацетамол. Температура снижалась, но затем повышалась вновь. При осмотре состояние больной средней степени тяжести, кожные покровы бледноватые, отеков нет. Пульс – 90 в 1 мин, АД 120/70 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, матка в нормотонусе. При пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Печень не выступает из под края реберной дуги. Перитонеальных симптомов нет. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания (+) справа. Мочиспускание безболезненное, учащенное. Анализ крови: эритроциты – 3,8 x 10¹², Hb – 90 г/л, L – 20,2 x 10⁹, п/яд. – 24, СОЭ – 45. Анализ мочи: мутная, уд. вес 1015, белок 1,1 г/л, - L – сплошь в п/зр., ER – 10-15 в п/зр. Мочевина крови 7,8 ммоль/л, креатинин крови – 0,088 ммоль/л, сахар крови – 4,8 ммоль/л. При УЗИ правая почка увеличена, физиологическая подвижность ее сохранена, лоханка резко расширена.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какие методы диагностики без вреда для плода могут быть дополнительно использованы в процессе лечения больной?
3. Какие лечебные мероприятия и в какой последовательности должны быть проведены при лечении данной больной?
4. Какие антибактериальные препараты могут быть применены при лечении больной?
5. В чем заключается профилактика новых атак пиелонефрита до окончания гестационного периода у больной?

Ответ:

1. Острый гестационный правосторонний пиелонефрит. Беременность 28 недель.
2. Посев мочи и крови на микрофлору, МРТ, УЗИ в динамике.
3. Восстановление оттока мочи из почки (установка стента, перкутанная нефростомия), антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, улучшение гемодинамики в почке (вазоактивные препараты)
4. Ингибиторзащищенные пенициллины и цефалоспорины 2-3 поколений, при необходимости цефалоспорины 4 поколения.
5. Оставление стента или нефростомы до окончания гестационного периода, канефрон – длительно, лечение бактериурии.

Задача №36

У подростка во время подтягивания на перекладине внезапно возникли сильные боли в правой половине мошонки. Придя домой больной принял анальгин, но боли не уменьшились. Вызвал бригаду скорой помощи и с диагнозом «острый правосторонний орхоэпидидимит» был доставлен в приемное отделение городской больницы. При осмотре дежурным урологом, спустя три часа от начала заболевания, состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная, гемодинамика стабильная. Кожа правой половины мошонки умеренно гиперемирована и отечна. Правое яичко подтянуто к корню мошонки, несколько увеличено, плотной консистенции, болезненное при пальпации. Семенной канатик утолщен. Кашлевой симптом (-). Левое яичко расположено на дне мошонки, лежит горизонтально, продольной осью ориентировано в передне-заднем направлении. Выделений из наружного отверстия уретры нет. Анализ мочи без патологических изменений.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Методы диагностики, позволяющие уточнить диагноз?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Варианты лечения больного?
5. Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение данного заболевания?

Ответ:

1. Перекрут правого яичка.
2. Допплерография сосудов семенного канатика, радиоизотопная тестикулография.
3. Дифференциальная диагностика должна быть проведена с острым орхоэпидидимитом и некрозом гидатиды придатка яичка.
4. В первые 4-6 часов от начала заболевания необходимо выполнить операцию – деторсию яичка с последующей фиксацией его к стенкам мошонки в трех точках. При операции в более поздние сроки в связи с началом некроза яичка, обусловленного длительной ишемией, проводится орхэктомия.
5. В связи с тем, что гипермобильность свойственна обоим яичкам, можно выполнить фиксацию контралатерального яичка не дожидаясь его перекрута.

Задача №37

У больной, 48 лет, за три дня до обращения в больницу возник приступ острой боли в левой поясничной области и левой половине живота, после чего прекратилось мочеиспускание и нет позывов на него. При поступлении жалобы на постоянные тупые, ноющие боли в левой поясничной области. Состояние больной тяжелое. Температура тела 38 град. Кожные покровы бледноватые, отеков нет. Пульс – 96 в 1 мин, ритм., удовлетворительного наполнения. АД 140/90 мм рт.ст. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левом подреберье, где неотчетливо определяется нижний полюс почки. При пальпации и перкуссии над лобком мочевой пузырь не определяется. Симптом поколачивания (+) слева. При катетеризации мочевого пузыря мочи из него не получено. При УЗИ тень левой почки увеличена, дыхательные экскурсии ее сохранены, лоханка расширена, в мочеточнике в 3 см от лоханки определяется гиперэхогенное образование 1,0x1,0 см с акустической тенью. Шесть лет назад удалена правая почка по поводу мочекаменной болезни.

Вопросы:

1. Как должен быть сформулирован диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения состояния больной?
3. Назовите основные потенциальные причины неблагоприятного исхода у данного больного?
4. Укажите перечень и последовательность лечебных мероприятий?
5. Укажите меры профилактики камнеобразования?

Ответ:

1. Мочекаменная болезнь. Камень верхней трети мочеточника единственной левой почки.

- Осложнения основного заболевания: Калькулезная анурия, Острый левосторонний калькулезный пиелонефрит, Левосторонняя почечная колика.
2. Необходимо определить содержание в крови калия, мочевины, креатинина. Выполнить ЭКГ, УЗИ печени, селезенки, рентгенографию легких.
 3. Остановка сердечной деятельности при гиперкалиемии, инфекционно-токсический шок.
 4. Восстановление оттока мочи из почки (катетеризация мочеточника, перкутанная нефростомия). Антибактериальная и дезинтоксикационная терапия. Устранение гиперкалиемии и азотемии. Удаление камня.
 5. При нормализации состояния больной необходимо определить содержание камнеобразующих веществ в крови и моче, определить химический состав камня, определить функцию паращитовидных желез. Организовать правильное питание, проводить терапию, направленную на коррекцию pH и нарушений обмена веществ, не допускать атак пиелонефрита.

Задача №38.

У больной, 44 лет, в течение трех дней периодически возникают повторяющиеся приступы болей в левой поясничной области и левом подреберье, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, высокой температурой с потрясающими ознобами. Лечилась в фельдшерском пункте, получала ампициллин, парацетамол. В связи с неэффективностью лечения бригадой санавиации доставлена в городскую клинику. При поступлении общее состояние больной средней тяжести. Поведение беспокойное, стонет, мечется от болей, просит о помощи. Кожные покровы бледноватые, повышенной влажности, отеков нет. Пульс 110 уд/мин., ритмичный. АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, не обложен. Живот при пальпации мягкий, болезненный в левом подреберье, там же определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. В анализе крови эр. 4,2 x 10¹², Hb – 120 г/л, L – 24,0x10⁹, п/яд-18. В анализе мочи белок 0,99 г/л, L - 1/2 в поле зрения, ER 30-40 в поле зрения. На обзорной урограмме на уровне 4-го поясничного позвонка слева определяется контрастная тень, 0,5x0,7см, подозрительная на конкремент. На экскреторных урограммах слева лоханка и чашечки расширены, выделительная функция левой почки снижена, определяется симптом “указательного пальца”.

Вопросы:

1. Какой клинический диагноз?
2. Оцените качество лечения больной на догоспитальном этапе.
3. Какие дополнительные исследования необходимо провести для назначения адекватного лечения больной?
4. Назовите лечебные мероприятия в правильной последовательности.
5. Антибиотики каких групп могут быть назначены больной до получения результатов посева мочи?

Ответ:

1. Мочекаменная болезнь. Камень средней трети левого мочеточника. Осложнения основного заболевания: Острый левосторонний калькулезный обструктивный пиелонефрит. Левосторонняя почечная колика.
2. На догоспитальном этапе допущены ошибки: не назначены спазмолитики. Ампициллин из-за высокой резистентности к нему основных уропатогенов не должен использоваться в эмпирической терапии пиелонефрита. Решение о направлении больной в больницу принято несвоевременно.
3. УЗИ почек (при возможности КТ) для исключения гнойных форм пиелонефрита. Определить содержание мочевины, креатинина в крови. Посев мочи и крови на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.
4. 1) Восстановление пассажа мочи (спазмолитики, катетеризация мочеточника, перкутанная нефростомия), 2) антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, 3) удаление камня.
5. Фторхинолоны, цефалоспорины 2 – 3 поколения, ингибиторзащищенные пенициллины, аминогликозиды.

Задача №39

В приемное отделение бригадой скорой помощи доставлен больной 72 лет с диагнозом «недержание мочи». При осмотре состояние больного тяжелое. Кожные покровы сухие. Язык покрыт коричневым налетом, сухой. Белье пропитано мочой. Из уретры каплями выделяется моча. Пальпируется резко увеличенный, болезненный мочевого пузырь. Его верхняя граница достигает области пупка. При ректальном исследовании простата резко увеличена, шаровидной формы, плотноэластической консистенции, безболезненная. Срединная бороздка не определяется. Мочевина крови 24 ммоль/л. Самостоятельное мочеиспускание отсутствует в течение двух недель.

Вопросы:

1. Диагноз, стадия заболевания?
2. Назовите термин, который означает выделение мочи из переполненного мочевого пузыря при отсутствии позывов к мочеиспусканию.
3. Дифференциальный диагноз?
4. Какова тактика ведения больного?
5. В чем заключается профилактика орхоэпидидимита при проведении второго этапа лечения ДГПЖ?

Ответ:

1. Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) 3-й стадии.
2. Парадоксальная ишурия.
3. Заболеваниями, которые могут вызвать задержку мочеиспускания, могут быть рак предстательной железы, стриктура уретры, заболевания спинного мозга.
4. Лечение состоит из двух этапов: сначала накладывают цистостому и проводят лечение, направленное на восстановление функции почек и мочевого пузыря, а затем, через два-три месяца выполняют аденомэктомию или ТУР простаты.
5. Выполняют двустороннюю вазорезекцию, то есть пересечение и перевязку семявыносящих протоков.

Задача №40

Больная В., 30 лет, поступила в урологическое отделение по направлению женской консультации с диагнозом: Хронический пиелонефрит в стадии обострения, беременность 10 недель для лечения и решения вопроса о вынашивании беременности. Беременность первая, желанная. При поступлении жалобы на ноющие боли в пояснице, больше справа, головные боли, повышение температуры до 37,8 гр., жажду, учащенное мочеиспускание. При осмотре состояние больной удовлетворительное. Отеков нет. Пульс – 80 в 1 мин, АД 180/110 мм рт.ст. Язык влажный. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в подреберьях, где определяются малоподвижные, бугристые образования – увеличенные почки. Симптом поколачивания (+) с обеих сторон, больше справа. Суточный диурез – 2 литра. В анализе крови эр. 4,0 x 10¹², гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 14,3x10⁹, СОЭ-37 мм/час. В анализе мочи уд.вес 1014, белок 0,55 г/л, лейкоциты 30-40 в п/зр., эр. 10-15 в п/зр. Мочевина крови – 15,3 ммоль/л, креатинин крови – 0,25 ммоль/л. При УЗИ почки резко увеличены, содержат большое количество кист размерами от 1,0x1,0 до 10,0x10,0см в диаметре. Содержимое большой кисты, расположенной в нижнем полюсе правой почки, неоднородное.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Можно ли разрешить больной вынашивание беременности?
3. Врачи каких специальностей должны принимать участие в консилиуме по вопросу вынашивания больной В. беременностью?
4. Какие лечебные действия необходимо провести больной?
5. Укажите перечень мероприятий, направленных на профилактику осложнений заболевания у больной В.

Ответ:

1. Поликистоз почек. Осложнения основного заболевания: Хронический пиелонефрит в стадии обострения. Нефрогенная артериальная гипертензия, Нагноение кисты нижнего полюса правой почки. ХПН, компенсированная стадия.
2. Нет.

3. Уролог, нефролог, кардиолог, акушер-гинеколог, представитель администрации больницы.
4. Вскрытие и дренирование нагноившейся кисты правой почки. Антибактериальная терапия с учетом снижения клубочковой фильтрации почек. Гипотензивная терапия. В «холодном» периоде перкутанная пункция крупных кист с целью уменьшения компрессии паренхимы как метод лечения артериальной гипертензии.
5. Необходимо взять больную на «Д» учет. Регулярно контролировать функциональное состояние почек (проба Реберга) и рост кист. Профилактика атак пиелонефрита: канефрон, почечные сборы. Лечение ХПН: полифепан, леспенефрил и др. Рекомендовать кабинетный характер труда.

Задача №41

В урологическое отделение по направлению уролога поликлиники поступил больной Ф., 63 лет, с жалобами на ноющие боли в левой поясничной области и повышение температуры до 37,7 град. в течение двух месяцев. Дважды отмечал появление примеси крови в моче со сгустками червеобразной формы. В молодом возрасте переболел туберкулезом легких, снят с учета в связи с выздоровлением. Курит. При осмотре состояние больного удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, отеков нет. Пульс – 75 в 1 мин. Ритмичный. АД 120/80 мм рт.ст. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В положении стоя пальпируется нижний полюс левой почки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Вены левого семенного канатика варикозно расширены, не спадаются в положении лежа. Мочеиспускание свободное, безболезненное. В анализе крови эр. 6,1 x 10¹², Hb – 150 г/л, L – 8,0 x 10⁹, СОЭ – 40 мм/час. В анализе мочи уд.вес 1018, белок (-), сахар (-), L 3-4, ег. 10-12.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. В чем заключается причина эритроцитоза в крови?
3. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
4. Дифференциальный диагноз?
5. Какой оптимальный вид лечения данного заболевания?

Ответ:

1. Опухоль левой почки.
2. Причиной эритроцитоза является стимуляция эритропоэза эритропоэтином, выделяемым опухолью почки.
3. Узи почек, экскреторная урография, компьютерная томография.
4. Необходимо исключить левосторонний пиелонефрит, нагноившуюся кисту левой почки, туберкулез левой почки, тромбоз левой почечной вены.
5. Хирургический - радикальная эпифасциальная нефрэктомия.

Задача №42.

Во время драки больной К., 17 лет, получил удар ногой в правую поясничную область. Сознания не терял. Дома при мочеиспускании заметил примесь крови в моче. Через несколько часов боль в правой поясничной области усилилась, появилась иррадиация болей в правую подвздошную область. Бригадой скорой помощи доставлен в приемное отделение больницы с диагнозом «ушиб правой почки». При осмотре состояние больного средней тяжести, кожные покровы бледноватые. Пульс 80 в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 130/80. Живот симметричный участвует в акте дыхания всеми отделами, при пальпации мягкий болезненный в правом подреберье. Перитонеальных симптомов нет. В правой поясничной области имеется выбухание, болезненное при пальпации. Пальпация в области 11-12 ребер справа болезненна, определяется крепитация в области 12 ребра. При УЗИ верхний полюс правой почки визуализируется слабо, на границе верхней и средней трети почки паренхима замещена неоднородным жидкостным образованием – свернувшейся гематомой, определяется большое жидкостное образование вокруг почки. В брюшной полости свободной жидкости нет. На экскреторных урограммах функция правой почки снижена, верхняя чашечка располагается необычно далеко от лоханки и средней чашечки, контраст накапливается за пределами почки. Функция левой почки не нарушена.

Вопросы:

1. Какой предположительный диагноз?
2. Какой механизм повреждения почки у больного?
3. Почему невозможен в данном случае вариант консервативного лечения?
4. Какая операция должна быть выполнена больному?
5. Какие отдаленные осложнения после травмы почки могут возникнуть у пациента и следует ли наблюдать его после выписки из стационара?

Ответ:

1. Закрытая травма правой почки. Отрыв верхнего полюса почки. Осложнения основного заболевания: Забрюшинная урогематома справа. Сопутствующий диагноз: Перелом 12 ребра справа.
2. Основным травмирующим агентом явилось 12-е ребро, которое при своем перемещении вследствие удара «срезало» верхний полюс почки.
3. Инфильтрация паранефральной клетчатки мочой приведет к развитию забрюшинной флегмоны, в лучшем случае – к развитию фиброзно-склерозирующего паранефрита.
4. Больному показана срочная операция люмботомия, эвакуация урогематомы, удаление верхнего полюса почки, ушивание раны почки, нефростомия, дренирование забрюшинного пространства.
5. Больной должен находиться на «Д» учете у уролога, так как у него могут возникнуть такие осложнения как посттравматический пиелонефрит, нефрогенная артериальная гипертензия, вторичное сморщивание, кисты, камни правой почки, которые могут потребовать и консервативного и хирургического методов лечения.

Задача №43

Больной Б., 28 лет, направлен из поликлиники в урологическое отделение городской больницы для обследования и лечения с диагнозом: хронический пиелонефрит.

В течение года отмечает периодические, ноющие боли в пояснице, больше справа, повышение температуры до 37,3 – 37,6 град., учащенное мочеиспускание. В юношеском возрасте лечился по поводу туберкулеза легких. Женат два года, детей нет.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Температура тела нормальная. АД 120/80, тахикардии нет. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания слабо (+) справа. Придатки обоих яичек увеличены, хрящевидной плотности, безболезненные. При ректальном исследовании простата не увеличена, поверхность ее с участками размягчений и выраженных уплотнений. Пальпация железы безболезненна. На обзорной урограмме теней контрастных конкрементов не выявлено. На экскреторных урограммах функция почек сохранена, отмечается деформация чашечек и изъеденность мозговых сосочков и сводов чашечек правой почки. В анализе крови СОЭ 21 мм/час. В анализе мочи: реакция кислая, белок 0,99 г/л, L 30-40, ER 10-15. При посеве мочи на микрофлору роста нет.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Какая вероятная причина бесплодия?
3. Дифференциальный диагноз?
4. Назовите методы обследования, необходимые для уточнения диагноза.
5. Назовите методы лечения данного больного.

Ответ:

1. Мочеполовой туберкулез. Некротический туберкулезный папиллит правой почки. Туберкулез мочевого пузыря? Туберкулез простаты и придатков яичек.

2. Двусторонняя обструкция семявыносящих путей.

3. Туберкулез почек следует дифференцировать с хроническим пиелонефритом, туберкулез простаты – хроническим простатитом и раком простаты, туберкулез придатков яичек – с хроническим эпидидимитом, сифилитическим и бруцеллезным поражением придатков.

4. Бактериоскопия осадка мочи, трехкратный посев мочи и спермы на специальные питательные среды, биологическая проба, туберкулинодиагностика, метод ИФА, цистоскопия, УЗИ почек, мочевого пузыря, простаты и органов мошонки, цистография, уретрография, изотопные методы диагностики.

5. Лечение мочевыделительной системы и простаты консервативное противотуберкулезными препаратами, лечение туберкулезного эпидидимита оперативное – эпидидимэктомия.

Задача №44

У девочки, 14 лет, с раннего детства страдающей хроническим пиелонефритом, во время мочеиспускания возникают боли в левой поясничной области. В анализах мочи лейкоцитурия, незначительная альбуминурия. На обзорной урограмме патологии не выявлено. На экскреторных урограммах выделительная функция почек сохранена, выявлена дилатация левого мочеточника и чашечно-лоханочной системы левой почки. При динамической скintiграфии секреторная функция левой почки снижена на 30%.

Вопросы:

1. Чем могут быть вызваны изменения со стороны мочевыводящих путей слева?
2. Предположительный диагноз?
3. Какие уточняющие методы диагностики должны быть использованы?
4. Методы лечения данной патологии?
5. Патоморфологический исход заболевания в случае неадекватного лечения?

Ответ

1. Пузырно-мочеточниковым рефлюксом / гидронефроз
2. Хронический пиелонефрит. Гидронефроз левой почки. Функция левой почки снижена на 30%.
3. УЗИ. Биохимия крови (СКФ); цистография (для верификации рефлюкса)
4. Хирургическое лечение, пластика мочеточника
5. Склероз почки

Задача №45

Больному с подозрением на дивертикул мочевого пузыря и жалобами на умеренно болезненное мочеиспускание выполнена ретроградная цистография. На следующий день у больного внезапно появились сильные боли в правой половине мошонки, поднялась температура до 39 град. При осмотре кожа правой половины мошонки отечная, гиперемирована, придаток правого яичка резко увеличен в области хвоста, напряжен и болезнен при пальпации.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предположить у больного?
2. Чем вызвано данное заболевание?
3. Перечень и последовательность лечебных мероприятий?
4. Какие осложнения могут возникнуть в остром периоде заболевания?
5. Какие осложнения могут развиваться после купирования воспалительного процесса в мошонке?

Ответ:

1. Острый правосторонний эпидидимит.
2. Заболевание спровоцировано катетеризацией мочевого пузыря, которая привела к проникновению патогенных микроорганизмов из мочевыделительного канала в придаток яичка, вероятно, каналикулярным путем.
3. Холод на мошонку, при выраженном болевом синдроме обезболивающие препараты или новокаиновая блокада семенного канатика, антибиотики широкого спектра действия, суспензий, НПВС. В стадии выздоровления тепловые процедуры, рассасывающая терапия.
4. Может возникнуть орхит, реактивная водянка оболочек яичка, переход воспалительного процесса в стадию гнойного воспаления.
5. Обструкция семявыносящих путей, водянка оболочек яичка.

Задача №46

У больного в течение трех дней сильные боли в области промежности, усиливающиеся во время дефекации, повышение температуры до 40 гр., учащенное, затрудненное, болезненное мочеиспускание. При проведении пальцевого ректального исследования простата увеличена, пастозная, резко болезненная. В левой доле определяется участок флюктуации.

Вопросы:

1. Как должен быть сформулирован диагноз у больного?
2. Оправдано ли исследование простатического секрета с целью уточнения диагноза?
3. Какие лечебные мероприятия необходимо провести?
4. Каковы Ваши действия в случае наступления острой задержки мочеиспускания?
5. Какая антибактериальная терапия будет оптимальной?

Ответ:

1. Острый паренхиматозный простатит. Абсцесс левой доли простаты.
2. Нет. Массаж простаты может привести к бактериемии, сепсису и коллаптоидному состоянию.
3. вскрытие абсцесса из трансректального доступа с предварительным забором гноя на посев через иглу, антибактериальная терапия, дезинтоксикационная терапия.
4. Трояркая цистостомия, так как катетеризация мочевого пузыря противопоказана.
5. Два антибиотика с широким спектром действия с целью максимального перекрытия спектра Гр-положительной и Гр-отрицательной флоры с последующей коррекцией лечения после получения результатов посева гноя.

Задача №48

Больной с острым неосложненным пиелонефритом назначена эмпирическая терапия: цефазолин и бисептол. В связи с неэффективностью лечения через шесть дней произведена замена антибиотиков. Назначены ампициллин и фурадонин.

Вопросы:

1. Следует ли считать адекватным назначенное лечение?

- 2.Своевременность замены антибактериальной терапии?
- 3.Оптимальность новых назначений?

Ответ:

- 1.Ошибочным является назначение цефазолина, так как цефалоспорины первого поколения эффективны преимущественно в отношении грамм – положительной микрофлоры, а возбудителями пиелонефрита в большинстве случаев являются грамм – отрицательные микроорганизмы. В последние годы резистентность кишечной палочки – основного возбудителя пиелонефрита к бисептолу достигла 20%, что делает нецелесообразным применение этого препарата в эмпирической терапии инфекций мочевыделительной системы.
- 2.При неэффективности антибактериальной терапии замена антибиотиков должна быть произведена через 48-72 часа после начала лечения.
- 3.Назначение ампициллина нецелесообразно, так как резистентность микрофлоры, вызывающей пиелонефрит, к этому антибиотику возросла до 40%. Фурадонин не создает необходимой терапевтической концентрации в паренхиме почки.

Задача №49

У ребенка двух лет при осмотре выявлено в левом подреберье безболезненное опухолевидное образование. На экскреторных урограммах выявлена выраженная дилатация чашечно-лоханочной системы, высокое отхождение мочеточника от лоханки и снижение выделительной функции левой почки. Левый мочеточник не расширен. Патологии со стороны правой почки не выявлено. В анализе мочи удельный вес 1015, белок 0,15г/л, лейкоцитов 25-30 в поле зрения, эритроцитов 4-5 в поле зрения.

Вопросы:

Развернутый диагноз?

Перечень причин, приводящих к развитию данного заболевания?

Исход заболевания при неадекватном лечении?

Методы лечения больного?

Какое осложнение возникает при двустороннем процессе?

Ответ:

- 1.Левосторонний врожденный гидронефроз. Осложнение: Хронический левосторонний пиелонефрит.
- 2.Аномальное (высокое) отхождение мочеточника от лоханки.
- 3.Показано хирургическое лечение – анастомоз мочеточника с нижней стенкой лоханки, антибактериальная терапия с целью достижения стойкой ремиссии воспалительного процесса в почке.

Задача №50

У мальчика трех лет, со слов родителей, периодически появляются припухлость и покраснение в области полового члена, болезненное мочеиспускание. После отхождения гноя из отверстия препуциального мешка явления воспаления стихают. При осмотре крайняя плоть длинная, узкая. Головка полового члена не открывается, диаметр отверстия препуциального мешка 3-4 мм.

Вопросы:

Сформулируйте основное заболевание и его осложнение.

Фактором риска каких заболеваний является данная патология?

Методы лечения?

Оптимальный возраст для проведения хирургического лечения?

Какое осложнение может возникнуть при затрудненном обнажении головки полового члена?

Ответ:

- 1.Фимоз. Осложнение: рецидивирующий баланопостит.
- 2.Цистит, пиелонефрит, редко - гидронефроз, рак полового члена, парафимоз.
- 2.Пластика крайней плоти в «холодном периоде»

Задача №51

Пациент, испытывая сильные позывы на мочеиспускание, неожиданно поскользнулся, упал и сразу почувствовал сильные боли внизу живота. Помочиться после падения не смог, осмотрен врачом через 13 часов после травмы. В анализе крови креатинин 0,27мкмоль/л. При катетеризации мочевого пузыря получено 80 мл кровявой мочи. Положителен симптом «Ваньки - встаньки» На цистограммах затеки контрастного вещества в брюшную полость.

Вопросы:

Диагноз?

Какой механизм данного повреждения?

Чем обусловлено повышение содержания креатинина в крови?

Чем обусловлено появление симптома «Ваньки-Встаньки»?

Этапы операции?

Ответ:

- 1.Внутрибрюшинный разрыв мочевого пузыря.
- 2.Разрыв мочевого пузыря обусловлен гидродинамическим ударом.
- 3.Резорбция креатинина из мочи, содержащейся в брюшной полости, через брюшину в кровь приводит к гиперкреатинемии.
- 4.Брюшина верхних отделов брюшной полости обладает более высокой болевой чувствительностью, чем нижних.
- 5.Нижнесрединная лапаротомия, ушивание раны мочевого пузыря, санация и дренирование брюшной полости, эпицистостомия, ушивание операционной раны.

Задача №52

Больной доставлен в клинику в состоянии тяжелого травматического шока с места дорожно-транспортного происшествия. При осмотре нагрузка на кости таза резко болезненна, из наружного отверстия уретры выделяется кровь, попытки самостоятельно помочиться безуспешны, в промежности определяется большая припухлость. На рентгенограмме выявлен перелом костей таза, при УЗИ мочевого пузыря имеет ровные контуры, содержит 500 мл однородной жидкости.

Вопросы:

Предварительный диагноз?

Механизм повреждения мочевыделительной системы в данном случае?

Диагностические мероприятия?

Последовательность лечебных мероприятий?

Какие отдаленные послеоперационные осложнения характерны для данного случая?

Ответ:

1. Перелом костей таза. Разрыв уретры (мембранозный отдел?). Травматический шок. Острая задержка мочеиспускания.

2. Разрыв заднего отдела уретры обусловлен внезапным натяжением лобково-уретральных связок, возникающим при переломе лонных костей.
3. Характер и локализация повреждения уретры уточняются с помощью ретроградной уретрографии.
4. Срочно – троакарная цистостомия, вскрытие промежностной гематомы. Через 2-3 месяца, после сращения переломов тазовых костей, выполняют операцию по восстановлению проходимости уретры.
5. К отдаленным осложнениям относят эректильную дисфункцию, стриктуру уретры, недержание мочи.