

Билет 1

Задача 1. В стационар поступает больной с подкожным панарицием 1 пальца правой кисти.

1. Какой вид обезболивания вы предлагаете? – Местная.

2. Почему? - Общая не соответствует тяжести.

3. Какие преимущества у данного вида обезболивания?

1. Сохранение сознания;
2. Отсутствие специальной предоперационной подготовки.
3. Относительная простота и доступность выполнения.

4. Какой категории больных это обезболивание противопоказано? - аллергия; ранний детский возраст оперируемого; при поражении нервной системы; Психические заболевания больного; Отсутствие должного контакта с больным (при глухо-немоте, сильном опьянении); больные с Геморрагический синдром, в том числе после антикоагулянтной терапии; сепсис; Инфицированность тканей в зоне предполагаемой анестезии; у больных с АД ниже 100 мм РТ ст.

5. Назовите альтернативные методы обезболивания.

Панариций- гнойное воспаление тканей пальца. Поверхностные формы (кожный, паронихия, подногтевой, подкожный, фурункул тыла пальца) и глубокие (костный, сухожильный, суставной, костно-суставной, пандактилит). Подкожный – самый распространенный. Сильная распирающая боль в пораженной фаланге, нарастающая, становится пульсирующей и усиливается при опущенной руке. Общее состояние удовлетворительное. Температура может подниматься до 37,5-38. При осмотре- припухлость фаланги, гиперемия кожи над очагом может быть нерезкой и появляется поздно. Место наибольшей припухлости не соответствует эпицентру гнойного очага. Его локализацию определяют пальпацией пуговчатым зондом (в точке наибольшей болезненности).

Лечение под местной анестезией после наложения жгута на основание пальца (очень хорошее кровоснабжение, можно много что повредить), с целью анестезии чаще всего применяется проводниковая блокада по Оберсту-Лукашевичу, при локализации процесса на основной фаланге можно применить проводниковое обезболивание пальцевых нервов по Усольцевой. Разрез дугообразный (клюшкообразный), на средней и основной фаланге- линейно-боковые разрезы по Клаппу. Иссечь наркотизированные ткани, рассечь соединительнотканые тяжи, дренировать полоской резины или трубкой насквозь через обе раны.

Анестезия по Лукашевичу-Оберсту является проводниковой анестезией. Применяется для операций на дистальных и средних фалангах пальцев кистей и стоп. По боковой поверхности основной фаланги производится вкол иглы и продвижение ее в сторону кости фаланги. После упора в кость иглу отодвигают на себя на 1-2 мм и вводят по 2 мл 2% раствора новокаина или лидокаина. Такую же манипуляцию проделывают с другой стороны пальца. При анестезии 2-4 пальцев стопы возможно введение 1 мл анестетика.

После введения анестетика на основание пальца накладывают жгут для обескровливания зоны операции (а не для того, чтобы задерживать анестетик в тканях, как иногда ошибочно полагают). Анестезия наступает через 3-6 минут и держится более 1 часа.

Противопоказания. Как и многие другие виды анестезии, обезболивание по Оберсту-Лукашевич применяют не каждому пациенту по следующим причинам:

- индивидуальная непереносимость препаратов-анестетиков;
- аллергические реакции на обезболивающее в виде крапивницы, ларинго- или бронхоспазма, аллергического шока, ангионевротического отека;
- заболевания сердечно-сосудистой системы: гипертония, нарушения ритма, стенокардия и др. (в том случае, когда применяют раствор анестетика с адреналином, сужающим сосуды);
- недостаточный уровень навыков хирурга;
- неустойчивое психическое состояние пациента, нервная возбудимость;

Задача 2. Больной обратился в поликлинику с жалобами на сухой кашель, общее недомогание, быструю утомляемость при физическом напряжении. Нередко при кашле отмечены в скудной мокроте прожилки крови. Повышения температуры не отмечает, боли в груди также не испытывает. Общее состояние удовлетворительное.

1. Ваш предварительный диагноз? Рак легкого.

2. **Нуждается ли больной в госпитализации в стационар?** Нуждается.
3. **С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз?** С туберкулезом, доброкачественными опухолями и кистами, туберкулёмой, абсцессом.
4. **Какие методы исследования следует принимать для уточнения диагноза?** Направить больного на рентгенологическое исследование легких в 2 плоскостях, КТ, бронхоскопия. Биопсия. УЗИ - для выявления вставания опухоли. Анализ мокроты.
5. **Какое лечение показано больному.** Хирургическое: радикальное\ условно-радикальное\ паллиативное. Радикальное: опухолевый очаг, регионарные лимфатические узлы, клетчатка с путями метастазирования. Условно-оперативное: + лучевая и лекарственная терапия. Противопоказания к хирургическому лечению: неоперабельность (распространение опухоли на соседние ткани и органы); нецелесообразность ввиду отдалённых метастазов в печень, кости и головной мозг; недостаточность функций ссс и дыхательной системы; тяжелые заболевания внутренних органов.
Консервативная терапия: лучевая терапия – плоскоклеточные и недифференцированные формы, химиотерапия при мелкоклеточных формах (доксорубин, цисплатин, винкристин, метотрексат, циклофосфамид, блеомицин) курсами с интервалами в 3-4 недели (до 6 курсов), неэффективна при отдаленных метастазах.
Паллиативное лечение: обезболивание, психологическая помощь, детоксикация, паллиативное хирургическое вмешательство (трахеостомия, гастростомия, энтеростомия и пр).

Билет 2

Задача 1. Больной доставлен в стационар с признаками анемии. В течение последних суток был неоднократный стул "черного цвета", а во время транспортировки его в больницу отмечалась обильная рвота типа "кофейной гущи".

1. **Что следует предположить?** Кровотечение из верхних отделов ЖКТ (кофейная гуща для желудка, мелена для 12-перстной кишки).
2. **Какие симптомы позволяют сделать подобное заключение?** Неоднократный стул "черного цвета", обильная рвота типа "кофейной гущи".
3. **Какие признаки анемии вы знаете (клинические/ лабораторные)?**
К - бледность; вялость; адинамия; головокружение, возможны обмороки, мелькание мушек перед глазами, пульс малый, частый; снижение АД (при кровотечении).
Л - Снижение уровня гемоглобина, эритроцитов, снижение гематокрита.
4. **Какой инструментально диагностический метод вы предпочитаете?** ЭГДС.
5. **К какому виду кровотечения относится данная ситуация?** Наружное (ПО ДИБИРОВУ – ВНУТРЕННЕЕ ЯВНОЕ).

Кровотечения: артериальные, венозные, капиллярные, паренхиматозные. При механическом повреждении стенки сосуда, при аррозии, при нарушении проницаемости сосудистой стенки на микроскопическом уровне или диапедезные. Наружные, внутренние (явные, скрытые- в полости). Первичные, вторичные, ранние, поздние, повторные. Острые, хронические. Степени тяжести: легкая до 10-12% ОЦК (600-700мл), средняя 15-20% (1000-1400мл), тяжелая 20-30% (1500-2000 мл), массивная кровопотеря более 30%. Одномоментная потеря 40%+ несовместима с жизнью.

Задача 2. Больной госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, жидкий стул, высокую температуру. Боли возникли внезапно, около 12 часов до поступления в больницу. Рвоты не было, температура тела 37.6. объективно: живот вздут, резко болезненный во всех отделах, больше справа, здесь же определяется выраженная "мышечная защита", положительный симптом Щеткина-Блюмберга.

1. **Диагноз?** Острый деструктивный аппендицит.
2. **Какое осложнение данного заболевания возникло?** Перитонит.
3. **Какие симптомы подтверждают ваш диагноз?** Схваткообразные боли в животе, живот вздут, резко болезненный во всех отделах, больше справа, при деструктивных формах здесь же определяется выраженная "мышечная защита".
4. **Какое исследование может подтвердить ваш диагноз?** Узи брюшной полости; лапароскопия; КТ.
5. **Тактика?** Экстренная лапаротомия под наркозом из срединного доступа.

Задача 3. У больной обнаружен рак правой молочной железы ПБ степени.

- 1. Какое оперативное лечение показано больной?** Больной показана радикальная мастэктомия, двухсторонняя овариэктомия.
- 2. С какой целью выполняют двухстороннюю овариэктомию?** Двухстороннюю овариэктомию выполнить с целью прекращения гормональной деятельности яичников.
- 3. Какой способ мастэктомии наиболее распространение при раке молочной железы ПБ стадии?** Наиболее распространена модифицированная радикальная мастэктомия по Пэйти-Дайсену.
- 4. Показана ли больной лучевая и химиотерапия?** Больной показано облучение зон регионарного метастазирования с последующей химио и гормонотерапией.
- 5. Какой прогноз заболевания.** Прогноз заболевания сомнителен.
2 стадия: опухоль 2-5 см в диаметре, пальпируются подвижные подмышечные лимфатические узлы, отсутствие отдаленных метастазов. Пятилетний уровень выживаемости 66%.
Модифицированная радикальная мастэктомия по Пэйти-Дайсену: удаляют молочную железу, малую грудную мышцу и жировую клетчатку с подмышечной лимфаденэктомией с сохранением большой грудной мышцы.

Билет 3

Задача 1. У больного развилась влажная гангрена стопы и голени на фоне сахарного диабета

- 1. Какая по срочности операция?** Показана экстренная операция.
- 2. В чем будет заключаться предоперационная подготовка?** Коррекция СД - обычное питание, если задень до операции гипергликемия выше 15 ммоль/л, то вводят 10 ЕД инсулина короткого действия; в день операции - введение инсулина соответственно уровню гликемии+500 мл 10%-го раствора глюкозы + хлорид натрия.
- 3. Какие послеоперационные осложнения возможны в данной ситуации?** Кровотечение, нагноение раны, некроз культи, фантомная боль, тромбы.
- 4. Хирург лечение в послеоперационном периоде?** Перевязки, при необходимости – некрэктомия.
- 5. Какое лекарственное лечение?** Антибактериальная терапия, инсулинотерапия для предотвращения развития кетоацидоза.
Гангрена- вид некроза, может быть сухой, влажной и пролежень.

Задача 2. Больной обратился с жалобами на похудание, слабость, дискомфорт в эпигастральной области. При обследовании - рентгенологически: обширный дефект наполнения в области малой кривизны тела желудка с оттеснением его влево от позвоночника, а анализе крови Нв 85 г/л, СОЭ 35 мм/час.

- 1. Диагноз?** Рак тела желудка.
- 2. Какое дополнительное исследование?** ЭГДС с биопсией, КТ, анализ на онкомаркеры, УЗИ, КТ брюшной полости и лапароскопия с целью выявления метастазов; ахлоргидрия в ответ на максимальную стимуляцию. Исследование больного в отношении наличия отдаленных метастазов: в левой надключичной впадине (Вирхова), в пупке, в яичнике при вагинальном исследовании (Крукенберга), в дугласовом пространстве при ректальном исследовании в положении больного на корточках (Шницлера).
- 3. Чем объяснить жалобы?** Жалобы = симптом малых признаков по Савицкому. Объясняются токсическим действием опухоли.
- 4. Чем объяснить изменения крови?** Раковой интоксикацией (карциоэмбриональный АГ).
- 5. Какой объем оперативного лечения?** Операция - объем зависит от стадии: гастрэктомия+ спленэктомия+ регионарная лимфаденэктомия. При неоперабельном раке - паллиативная терапия.

Задача 3. Студент IV курса медицинского института приглашен к соседу, своему 21 летнему приятелю, который после поднятия тяжести ощутил резкую боль в правой половине грудной клетки, одышку. Объективно: состояние средней тяжести, вынужденное положение, частота дыхания 24 в 1 минуту. Пульс 92 в 1 минуту АД110/70. При аускультации дыхание справа резко ослаблено, перкуторно-тимпанит, пальпация грудной клетки безболезненна.

- 1. Диагноз?** Спонтанный пневмоторакс на фоне буллезной болезни.

- 2. Какими симптомами подтверждается?** Спонтанно развившиеся резкая боль в левой половине грудной клетки, ослабленное дыхание, одышка, увеличение частоты дыхания; отсутствие повреждения грудной клетки.
- 3. Нуждается ли в госпитализации?** Да, экстренной.
- 4. Какой метод исследования подтверждает диагноз?** Рентгеноскопия - отсутствие тени легкого.
- 5. Лечение?** Плевральная пункция, дренирование плевральной полости и нормализация давления путем откачки воздуха. Спонтанный пневмоторакс имеет тенденцию к рецидивированию-если больше 3, то хирургическое лечение (торакоскопия и удаление булл, выскабливание плевральных поверхностей--> сращение листков плевры).

Билет 4

Задача 1. Больная поступила с клинической картиной толстокишечной непроходимости. После предоперационной подготовки больная оперирована. На операции выявлена опухоль сигмовидной кишки, полностью перекрывала ее просвет. Выполнена операция: резекция сигмовидной кишки с выведением двухствольной колостомы.

- 1. Какой вид свищей?** Искусственный, приобретенный, наружный, полный каловый свищ. 1 отверстие- вывод копроса, 2- введение лекарств.
- 2. Какой вид операции выполнен больной?** Радикальная, кровавая, одномоментная.
- 3. Какая по срочности?** Экстренная - опухоль перекрывает весь просвет.
- 4. Какие осложнения в области колостомы?** Образования грыж, эвентрация (выпадение толстой кишки), параколостомический абсцесс.
- 5. Какой прогноз лечения?** Опухоль удалена, необходимо гистологическое исследование и определение метастазов.

Свищ - патологический ход в тканях, представляющий собой узкий канал, выстланный эпителием или грануляционной тканью и соединяющий орган, естественную или патологическую полость с поверхностью тела или полости между собой. Врожденный\ приобретенный, трубчатый\ губовидный\ гранулирующий, внутренний\ наружный, гн\ слиз\ слюнн\ желчн\ мочево\ каловый\ икворный\ молочный.

- Осложнения колостомы:
1. Выделения после операции колостомы, которая не затрагивала прямую кишку и анус, могут отмечаться выделения слизи из прямой кишки. Она вырабатывается слизистой кишечника и действует как смазка, помогая прохождению стула.
 2. Параколостомическая грыжа (происходит выпячивание кишечника через мышечную ткань брюшной полости, около места наложения колостомы, образуется заметная выпуклость под кожей).
 3. Блокировка колостомы (из-за налипания пищи).
 4. Проблемы с кожей, когда возникает воспаление и раздражение на кожном покрове вокруг стомы.
 5. Свищ (фистула) – рядом с колостомой развивается свищ, патологический небольшой канал.
 6. Ретракция стомы – происходит втягивание колостомы в брюшную стенку. Причиной может быть, как резкая потеря, так и увеличение веса.
 7. Пропалс стомы – выпадение слизистой оболочки кишки из-за широкой стомы.
 8. Ишемия стомы из-за уменьшения к ней притока крови.
 9. Стеноз или сужение стомы.

Задача 2. У больного страдающего гипертонической болезнью при осмотре обнаружено опухолевидное образование в мезогастррии слева размерами 10x7x7 см, плотное, неподвижное, пульсирующее.

- 1. Ваш диагноз?** Аневризма брюшной отдела аорты.
- 2. Какие клинические симптомы подтверждают диагноз?** Диагноз подтверждается наличием плотного неподвижного пульсирующего опухолевидного образования размерами 10x7x7 в области мезогастррия.
- 3. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?** Дифференциальный диагноз необходимо провести с сосудистой опухолью (с ангиосаркомой) мезогастральной области.
- 4. Методы исследования, подтверждающие диагноз.** Выполнение УЗИ и аортографии позволит подтвердить диагноз.

5. Ваша тактика лечения? Больному показано комплексное лечение с применением оперативного лечения - резекция аневризмы брюшной части аорты с последующим её протезированием.

Задача 3. Больная доставлена бригадой скорой помощи с жалобами на интенсивные боли в животе, носящие схваткообразный характер, задержку стула и газов. Трижды была рвота. Заболевание началось остро. В клинику доставлена через 7 часов от начала заболевания. 20 лет назад перенесла кесарево сечение, 2 г назад - аппендэктомию (послеоперационный период с осложнением - нагноением раны). Пульс 110 уд/ мин, пониженного наполнения, АД 110/70. Язык сухой, обложен грязным налетом. Живот незначительно вздут, главным образом, в центральных отделах, при пальпации мягкий, диффузно резко болезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, симптом "шума плеска" отчетливо положительный. Стул был однократный сразу после появления болей в животе.

1. Какой Ваш предполагаемый клинически диагноз? Острая смешанная (спаечная) тонкокишечная непроходимость.

2. Как трактовать наличие шума плеска? Наличие "шума плеска" свидетельствует о скоплении жидкости и газа в проксимальных отделах тонкой кишки, т.е. выше места препятствия.

3. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз? Диагноз необходимо дифференцировать с острым панкреатитом.

4. Каким методом исследования можно подтвердить диагноз? Выполнение рентгенологического диагноза подтверждает диагноз, при этом могут быть выявлены чаши Клойбера (горизонтальные уровни жидкости с куполообразным просветлением), симптом перистости.

5. Тактика лечения? Больной показано выполнение экстренной операции. При этом устраняется причина непроходимости кишки, а также устраняется нежизнеспособная ее часть (если такая имеется), накладывается межкишечный анастомоз, кишечник дренируется, санится и дренируется брюшная полость.

Билет 5

Задача 1. Больная через 3-4 часа после ужина среди полного здоровья ощутила острую боль в правом подреберье, иррадиирующую в правую лопатку. Дважды была рвота с примесью желчи. Вызванный врач "скорой помощи", на 3-й день заболевания, обратил внимание на страдальческое выражение лица, повышение температуры до 38,5 градусов, тахикардию, обложенный белым налетом язык. Пальпация живота в правом подреберье резко болезненна, здесь же определяется напряжение мышц, положительный симптом Ортнера, френikus-симптом. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен, в других отделах живота пальпация безболезненна.

1) Ваш диагноз? У больной острый холецистит.

2) Какое решение должен принять врач "скорой помощи"? Больную срочно необходимо госпитализировать в хирургическую клинику. Перед транспортировкой следует ввести спазмолитики (атропин 0.1%-1.0; папаверин 2% -2.0).

3) Какие методы исследования необходимо выполнить в стационаре? Общий анализ крови, биохимический анализ крови, анализ мочи, КТ органов брюшной полости, лапароскопия, УЗИ желчного пузыря и гепатодуоденальной зоны.

4) Какие методы лечения можно применить в данном случае? Комплексное лечение: с применением консервативной терапии и оперативного лечения, в зависимости от полученных результатов УЗИ и биохимических показателей крови.

5) Какой объем оперативного лечения показано? Объем операции - лапароскопическая холицистэктомия.

Задача 2. К Вам обратилась женщина 55 лет, случайно обнаружившая опухоль в правой молочной железе. У больной менопауза 5 лет. При осмотре молочные железы больших размеров, кожные покровы не изменены, соски без изменений, выделений из них нет. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяете и плотное, безболезненное неподвижное образование 3x2 см.

1) Какие рекомендации Вы дадите больной? Консультация у онколога маммолога.

2) Ваш предварительный диагноз? Фиброаденома правой молочной железы.

3) С каким заболеванием необходимо провести дифференцировать диагноз? Диагноз необходимо дифференцировать с раком молочной железы.

4) Какие исследования показаны больной с целью утверждения диагноза? С целью подтверждения диагноза показано выполнение УЗИ правой молочной железы, маммография и пункции с последующим гистологическим исследованием.

5) Какое лечение показано больной? Больной показано оперативное лечение (секторальная резекция с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей).

Задача 3. Больному показана операция гемотрансфузии в связи с острой кровопотерей.

1. Необходима ли определить группу крови реципиента? Да.

2. Нужно ли определить группу крови донора? Да.

3. Следует ли определить резус фактор? Да.

4. Провести пробу на совместимость и трехкратную биологическую пробу? Да.

Проба на совместимость: центрифугируют или отстаивают сыворотку крови больного, наносят 2-3 ее капли на белую пластинку, добавляют к ней в 5 раз меньшую каплю крови донора. Кровь с сывороткой перемешивают, пластинку периодически покачивают в течение 5 минут и наблюдают результат реакции. Отсутствие агглютинации свидетельствует о совместимости крови донора и реципиента.

Биологическая проба: переливание крови начинаю с биологической пробы. Переливают в 3 этапа по 10-15 мл струйно с интервалом в 3 минуты. При отсутствии реакции переливать кровь можно.

5. Следует ли получить согласие больного на операцию переливания крови? Да.

Вариант 6

Задача 2. Больной поступил в клинику через неделю с момента заболевания с жалобами на боль в животе, без четкой локализации, тошноту, многократную рвоту. При опросе и осмотре больного выявлено, что больной алкоголик, много дней подряд употреблял алкогольные напитки. В эпигастральной области пальпируется инфильтрат, который распространяется от левого подреберья до позвоночника, где имеется болезненная инфильтрация и отек тканей, В формуле крови воспалительные изменения с нейтрофильным сдвигом влево до 25%.

1. Ваш диагноз? Острый панкреатит.

2. С каким заболеванием в первую очередь необходимо провести дифференциальный диагноз?

Диф диагноз с перфоративной язвой желудка и дпк (при них рвота однократная, есть напряжение брюшной стенки, при перфорации газ в брюш полости), с остр кишечной непроходимостью (нет шума плеска, уровня жидкости), острым холециститом (боль справа), острым аппендицитом (менее выпр болевой синдром, симптом раздр брюшины), тромбоз мезентериальных сосудов (не связан с приемом пищи, патол сосудов), пищ токсикоинфекции, инфаркт миокарда, пенетрир язва жел и дпк, расслоение и разрыв аневризмы брюш отдела аорты, нижнедолевая пневмония.

3. Какие исследования нужно провести для уточнения диагноза? Исследование: КТ, УЗИ, рентген, ангиография подж, фиброгастродуоденоскопия, лапароскопия, оак, оам (протеинурия, цилиндры), бх крови (амилаза, эластаза, трансаминаза, билирубин повышен).

4. Какие осложнения являются характерными этого заболевания в этот период?

Перипанкреатический инфильтрат, инфицир панкреонекроз, абсцесс (печеноч, сальниковой сумки, поддиафраг, межкишечный), псевдокиста, перитонит, сепсис, мех желтуха, кровотечение, свищи.

5. Принципы патогенетической терапии. Препараты соматостатина, экстракорпоральная детоксикация, энтеральное питание, антибакт терапия, коррекция гиповолемии, эликтрол дисбаланса, респир и инотропная поддержка, опер лечение.

Задача 3. У больного после переохлаждения появилась высокая температура до 39 градусов, кашель со скудной мокротой, боли в правой верхней половине грудной клетки. При аускультации в этом отделе дыхание ослаблено, при перкуссии притупление. Клиническая картина не меняется в течение 10 дней.

1. Ваш предварительный диагноз? У больного вероятнее всего пневмония, формируется абсцесс верхней доли правого лёгкого.

2. Какие признаки заболевания подтверждают диагноз? Острое начало, высокая температура, боль в нижних отделах левой половины грудной клетки, кашель со зловонным запахом и обильная мокрота, притупление перкуторного звука, ослабленное дыхание.

3. Обязательна ли госпитализация в стационар? Да.

4. Методы обследования и лечения? Рентгенологическое исследование, рентгенограммы в прямой и боковой проекции, томография, анализы мочи, крови, и мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам, цитологическое исследование мокроты.

Лечение: антиб, антигистам, дезинтоксикация, возмещение белков, дренирование (постуральный дренаж, торакоцентез, пункция при периф расположении). Если не помогает, то пневмотомия, резекция части легкого.

5. Какое лечение показано больному? В случае неэффективности проводимой терапии больному показана пункция полости абсцесса и дренирование с помощью троакара.

Вариант 7

Задача 1. Вследствие возгорания одежды произошел циркулярный ожог правого бедра на всю толщу кожи. Размеры ожога эквивалентны 7 ладоням пациента.

1. Какова степень ожога? Глубокий ожог 3б степени (на всю толщу кожи, без возможности ее регенерации).

2. Рассчитайте площадь ожога. Площадь ожога 7 % (1 ладонь = 1%).

3. Ваш диагноз. Ожог пламенем 7% 3б степени нижней конечности.

4. Какие особенности течения данного вида ожога? В плане риска развития ожоговой болезни данная степень повреждений находится на очень важном месте. Это связано с тем, что ожоги подобного вида часто носят обширный характер, распространяясь на большом протяжении. Велики объемы омертвевших тканей и раневых поверхностей, образовавшихся на их месте. Данные особенности приводят к тому, что все продукты распада активно всасываются в кровь, вызывая тяжелую интоксикацию.

Соответственно, высокой остается возможность инфицирования таких ожогов с развитием септического состояния. Восстановление кожных покровов может занимать несколько месяцев и в большинстве случаев требует оперативных вмешательств. Такие повреждения оставляют после себя грубые рубцы, которые могут стать причиной косметических дефектов.

3б степень – повреждение всех элементов кожи, включая придаточные образования. Это делает невозможным её самостоятельное восстановление, так как подлежащая подкожная жировая клетчатка не обладает такой способностью.

Образуется плотный сухой струп. Цвет от темно-красного до черного, вокруг очага — полоска гиперемизированной кожи. Демаркационный вал образуется только к концу 1ого середине 2ого месяца, после этого происходит полное отторжение струпа. Эпитализация только за счет нарастания эпителиальных клеток с краев. Самостоятельно заживают ожоги не более 2 см.

5. Укажите наиболее целесообразный метод лечения. Лечение: удаление некроза с последующей кожной пластикой. Прогноз больного благоприятный. Стационарное лечение ожогов 3 степени начинается с прививки против столбняка и, как правило, включает следующие мероприятия: обезболивание; наложение асептических повязок; прием антибиотиков и бронхолитиков; обеспечение адекватного газообмена; гормонотерапию; инфузионную детоксикационную терапию; дегидратационную терапию; последующую пластику кожи.

Билет 9

Задача 1. Больная после проведенного криминального аборта, произведенного на дому, направлена в хирургическую клинику с диагнозом хирургический сепсис.

1. Каким путем произошло распространение инфекции? Через родовые пути - акушерско-гинекологический гематогенный сепсис.

2. Какие доп методы исследования следует провести для уточнения диагноза? Лабораторные: клинический анализ крови (гипохромная анемия, ↑ СОЭ, лейкоцитоз со сдвигом влево), посев крови на выявление бактериемии, биохимический анализ крови (СРБ, прокальцитонин, лактоферрин, ФНО, ИЛ-1, диспротеинемия), клинический анализ мочи (бактериурия).

Инструментальные: цитологическое исследование первичного очага инфекции (при возможности выполнения), УЗИ (выявление метастатических абсцессов), лапароскопия, рентгеновское исследование, КТ.

3. Какие факторы способствуют развитию гнойной инфекции? Патогенез общей гнойной инфекции определяется тремя факторами: микробиологическим - видом, вирулентностью, количеством и длительностью воздействия попавших в организм бактерий; очагом внедрения инфекции - областью, характером и объёмом разрушения тканей, состоянием кровообращения в очаге; реактивностью организма - состоянием его иммунобиологических сил, наличием сопутствующих заболеваний основных органов и систем.

4. Следует ли применять антибиотики и какого спектра? Да, необходимо. Это должны быть АБ широкого спектра действия (цефалоспорины 3 поколения, фторхинолоны, карбапенемы).

5. Профилактика: отказ от криминальных абортов, своевременное и эффективное лечение инфекционных заболеваний: строгое соблюдение правил асептики и антисептики при различных манипуляциях до, во время и после родов.

Задача 2. Больной после праздничного ужина, около 6 часов утра почувствовал нарастающую боль в верхней половине живота, иррадирующую в спину. Отмечалась многократная рвота, которая не принесла облегчения, боль усилилась. Появилась слабость, сердцебиение, живот стал увеличиваться в размерах, появилась одышка при малейшей нагрузке. Вызвана СМП. При обследовании: снижение АД 100/60 мм рт.ст., пульс 120 ударов в минуту, холодный пот на лбу, иктеричность склер, живот напряжён в верхней половине, отмечается положительный синдром Керте.

1. Диагноз: Острый панкреатит, механическая желтуха. Панкреатогенный шок

2. Диф диагностика: с перфоративной и пенетрирующей язвой желудка или 12-перст кишки, острая кишечная непроходимость, острый холецистит, острый аппендицит, тромбоз мезентериальных сосудов, пищевые токсикоинтоксикации, ИМ (абдоминальная форма), расслоение и разрыв аневризмы брюшного отдела аорты, нижнедолевая плевропневмония.

3. Действия врача скорой: врач скорой помощи обязан направить больного в хирургический стационар; на догоспитальном этапе категорическое запрещение приема пищи и питья, пузырь со льдом на надчревную область дома и во время транспортировки, введение анальгетиков, начать в/в инфузионно дезинтоксикационную терапию, спазмолитических препаратов для снятия спазма сфинктера Одди, введение атропина для уменьшения панкреатической секреции.

4. Какие методы исследования необходимо проводить в клинике?

Лабораторные: Клинический анализ крови (лейкоцитоз, \uparrow СОЭ), мочи (протеинурия, цилиндурия, микрогематурия), биохимический анализ крови (билирубин, эластаза, трансаминаза, альфа-амилаза, липаза, так же возможно - \downarrow сывороточного Ca^{2+} , $\uparrow Na^+$, K^+ , белок, сахар, мочевины, креатинин), исследование показателей иммунного статуса (изменение лимфоидных фракций CD3, CD4).

Инструментальные: УЗИ, КТ, дуплексное УЗИ, рентгенологическое исследование, ангиография ПЖ, фиброгастродуоденоскопия, лапароскопия.

5. Чем объяснить характер жалоб? Панкреатогенная токсемия, гемодинамические нарушения, полиорганная недостаточность.

Задача 3. Больная обратилась с жалобами на умеренную потливость, плаксивость, периодическое сердцебиение, ощущение дискомфорта при глотании. При осмотре: умеренный экзофтальм, пульс 90 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, щитовидная железа увеличена до II степени в виде «бабочки». При сканировании – диффузное усиленное поглощение I^{132} .

1. Диагноз: Тиреотоксический зоб \treотоксикоз легкой степени тяжести.

2. Диагноз подтверждается: клиническими симптомами - тахикардия, плаксивость, экзофтальм, дискомфорт при глотании, данными физикального обследования и сканирования.

3. Причина сердцебиения: тахикардия, обусловленная повышением общего обмена и тонуса симпатического отдела НС.

4. Лечение: медикаментозное – тиреостатики производные имидазола (мерказолил, метатилин) и производные тиоурацила (пропилтиоурацил), хирургическое – резекция щитовидной железы, лечение радиоактивным йодом. Б-бл, седативные средства.

5. Хирургическое лечение показано при зобе средней и тяжелой степени тяжести, узловом токсическом зобе, сдавливающим шее. При диффузном и многоузловом зобе выполняют двустороннюю субтотальную резекцию щитовидной железы.

Легкая форма тяжести: невыраженные симптомы неврастении, увеличение щж, слабый тремор рук и тахикардия 80-100, дефицит массы тела не менее 10%, снижение трудоспособности во второй половине дня, повышение основного обмена до 30%.

Средняя степень тяжести: выраженные расстройства цнс, пульс 100-120, увеличение артериального давления и расширение границ сердца, дефицит массы тела более 10%, снижение трудоспособности в течение дня, повышение основного обмена до 60%.

Тяжелой степени: наряду с расстройствами цнс мышечная слабость, тяжелые нарушения со стороны ссс, дистрофические нарушения в паренхиматозных органах, тахикардия более 120, мерцательная аритмия, сн 2-3 степени, повышение основного обмена более 60%, кахексия и утрата трудоспособности.

Билет 10

Задача 1. Больной выполнена секторальная резекция правой молочной железы по поводу фиброаденомы. При срочном гистологическом исследовании операционного материала выявлены клетки злокачественной опухоли.

1. Можно ли верифицировать диагноз до операции? Да, можно – взять пункцию на предмет цитологического исследования.

2. Какой метод оперативного лечения надо применить? Модифицированная радикальная мастэктомия по Пэйти-Дайсену – удаляют молочную железу, малую грудную мышцу и жировую клетчатку с подмышечной лимфаденопатией с сохранением большой грудной мышцы.

3. Какие принципы нужно соблюдать при хирургическом лечении? При удалении злокачественного новообразования необходимо соблюдать так называемые онкологические принципы: абластика (комплекс мер по предупреждению распространения во время операции опухолевых клеток), антибластика (комплекс мер по уничтожению во время операции отдельных клеток опухоли, оторвавшихся от основной её массы), зональность (при операции по поводу злокачественного новообразования нужно не только удалить его, но и убрать всю зону, в которой могут быть отдельные раковые клетки), футлярность (лимфатические сосуды и узлы, по которым возможно распространение опухолевых клеток, обычно расположены в клетчаточных пространствах, разделённых фасциальными перегородками. В связи с этим для большей радикальности необходимо удаление клетчатки всего фасциального футляра, желательно вместе с фасцией).

4. Необходима ли больной лучевая и химиотерапия в послеоперационном периоде? Нужно (по Дибирову). Необходимости нет, если производить модифицированную радикальную мастэктомия, но пациентке нужно быть бдительной и приходить на регулярный медицинский осмотр для выявления положительной или отрицательной динамики. Во втором случае стоит назначить лучевую и химиотерапию.

5. Нужна ли больной хирургическая или лучевая стерилизация? Да. Данные манипуляции относят к гормонотерапии – это вмешательства на эндокринных железах. Целью лечения гормональной терапией является блокирование воздействия женского гормона эстрогена, который, является провокатором активизации большинства раковых клеток молочной железы. Поэтому применения данных методик лечения зависит от возраста пациентки, наличия детей и возможности проведения операции.

Задача 2. На прием в поликлинике к Вам обратилась женщина – в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка, с пониженной кислотностью. В последнее время стала отмечать слабость, недомогание, отвращение к мясной пище, похудание. При осмотре: тургор кожи снижен, кожные покровы умеренно бледной окраски. Рентгенологическое исследование желудка выявило дефект наполнения бариевой взвеси в антральном отделе желудка.

1. Ваш диагноз? Опухоль желудка.

- 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз?** Диагноз необходимо дифференцировать с полипом желудка, язвенной болезнью, хроническим атрофическим гастритом, сифилисом, туберкулезом.
- 3. При помощи какого метода исследования можно ПОТВЕРДИТЬ диагноз?** С целью выявления данной патологии необходимо выполнение ЭГДС с прицельной биопсией и по результатам гистологического исследования можно подтвердить диагноз.
- 4. О каком возможном ОСЛОЖНЕНИИ можно предположить?** Можно предположить о развитии анемии на фоне раковой интоксикации и наличии субкомпенсированного стеноза выходного отдела желудка.
- 5. Какое лечение показано больной?** Больной показано проведение консервативной терапии и оперативного лечения в объеме резекции желудка.

Задача 3. У больного в прикорневой зоне правого легкого при рентгеноскопии обнаружена тень образования 3x4 мм неправильной формы. При бронхоскопии правый нижний долевой бронх сужен и в его просвете видна опухоль, легко кровоточащая при дотрагивании. Опухолевая инфильтрация достигает уровня правого главного бронха. Томография легкого подтвердила наличие опухоли в области корня легкого. Метастазов в лимфоузлах средостения не обнаружено.

- 1. Ваш диагноз?** Центральный рак правого лёгкого. Если см, то 2 стадия. N0M1. T2.
- 2. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?** При дифференциальной диагностике центрального рака легкого приходится иметь в виду хроническую пневмонию, туберкулез, сегментарный пневмосклероз, саркоидоз, лимфогранулематоз, аденому бронха.
- 3. Какие методы исследования позволяют подтвердить диагноз?** Необходимо выполнить рентгенологическое исследование, КТ, УЗИ, бронхоскопию с прицельной биопсией из участка легкого подозрительного на рак.
- 4. Предполагаемый метод лечения?** Лечение оперативное, предполагаемый объем операции - правосторонняя пульмонэктомия, лучевая и химиотерапия.
- 5. Ваш прогноз по отношению этого больного?** Прогноз благоприятный при радикальном оперативном лечении – 30% выживаемость в течение 5 лет, при присоединении лучевой и химиотерапии поднимает 5-летнюю выживаемость еще на 40%.

Билет 11

Задача 1. Больному в стационаре произведено вскрытие и дренирование нагноившейся гематомы левого бедра. Полость промыта раствором перекиси водорода, дренирована марлевой турундой и прикрыта марлевой салфеткой.

1. Какие виды антисептики использованы в лечении пациента?

В лечении использована смешанная (механическая- вскрытие? физическая, химическая) антисептика.

2. К какой группе антисептиков относится перекись водорода?

Химическая (окислитель). Там же перманганат.

3. Какие способы физической антисептики вы знаете?

- использование гигроскопичности перевязочного материала, создающего условия для активного пропитывания повязки раневым отделяемым;
- применение гипертонических растворов с их высоким осмотическим давлением, превышающим онкотическое давление в ране, при этом создается разность давления, что способствует оттоку раневого отделяемого в повязку; гипертонические растворы, кроме физического, оказывают еще химическое и биологическое воздействие на рану и на микроорганизмы;
- действие ультразвука, ультрафиолетовых лучей, лазерного и рентгеновского излучения;
- дренирование ран - важный элемент физической антисептики; по показаниям применяются три вида дренирования ран - пассивное, активное и проточно-промывное
- аппликационные сорбционные способы лечения ран, когда в рану вводят вещества, которые адсорбируют раневое отделяемое, содержащее токсины и микроорганизмы; в качестве сорбентов применяются углеродсодержащие вещества в виде порошка, волокон и тканей; активированный уголь в виде гранул, лизосорб, целосорб, цигерол, включенные в состав повязок или

непосредственно внесенные в рану сорбенты, оказывают лечебный эффект во всех фазах раневого процесса.

4. Показано ли больному введение антибиотиков, к какому виду антисептики это относится?

Введение антибиотиков в послеоперационном периоде показано. Биологическая антисептика.

5. Каковы основные принципы антибиотикотерапии?

Применять только по строгим показаниям; назначать максимальные терапевтические дозы; соблюдать кратность введения в течение суток для поддержания постоянной бактерицидной концентрации препарата в плазме; применять антибиотики курсами по 5-7 дней; выбор антибиотика основывать на результатах чувствительности полученной микрофлоры; производить смену антибиотика при его неэффективности; учитывать синергизм и антагонизм при комбинации; при назначении антибиотиков обращать внимание на возможность побочных эффектов и токсичность антибиотиков; учитывать аллергоанамнез пациента; комбинировать прием антибиотиков и противогрибковых препаратов; использовать оптимальный путь введения.

Задача 2. Больной в течение последних 3-4 месяцев отмечает затруднения при проглатывании пищи с болезненными ощущениями между лопатками. Для облегчения глотания плотной пищи он стал запивать ее водой. Указанные явления прогрессируют 7 дней, практически ничего не может есть, с трудом проглатывает воду, быстро худеет. При рентгенологическом исследовании пищевода на уровне средней его трети выявлен дефект наполнения неправильной формы протяженностью 6-7 мм, суживающий просвет пищевода. Бариевая взвесь ниже места сужения не проходит.

1. Предварительный диагноз. Стенозирующая опухоль пищевода.

2. Ваши действия в условиях поликлиники. Необходимо проведение клинического и биохимического исследования крови, выполнение ЭГДС с прицельной биопсией из участка опухоли и последующее гистологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости. УЗИ органов брюшной полости выполняют с целью определения стадии заболевания в зависимости от наличия метастазов опухоли и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения больного.

3. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить в стационаре.

4. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз Дифференциальный диагноз проводят с рубцово-язвенной стриктурой пищевода, грыжами пищеводного отверстия диафрагмы в сочетании с рефлюкс-эзофагитом, дивертикулами, пептическими язвами и стриктурами, ахалазией кардии, послеожоговыми рубцовыми стриктурами и доброкачественными новообразованиями пищевода.

5. Какую операцию применяют в подобной ситуации? Наложение гастростомы.

Задача 3. У больной в течение двух лет периодически появляется выпячивание ниже паховой складки. За 2 часа до поступления в приемное отделение выпячивание увеличилось в размерах, стало резко болезненным. При осмотре в паховой области определяется выпячивание 3х4 см, резко болезненное при пальпации, напряженное, не вправляется в брюшную полость.

1. Диагноз. Ущемленная бедренная грыжа.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать? Дифференциальный диагноз проводят между острым бедренным лимфаденитом, ущемленной паховой грыжей и тромбофлебитом аневризматического расширения устья большой подкожной вены. Установлению диагноза острого лимфаденита помогают анамнестические данные, свидетельствующие об отсутствии грыжи и результаты объективного исследования. Следует обращать внимание на наличие ссадин, язв и гнойников на нижних конечностях, послуживших входными воротами для инфекции. Выявлению ущемленной бедренной, а не паховой грыжи помогает обычный тщательный физикальный осмотр больного. Следует принимать во внимание наличие явлений кишечной непроходимости, которые развиваются при ущемлении кишки и дизурические расстройства, обусловленные ущемлением мочевого пузыря.

3. Какие симптомы подтверждают диагноз? Самым первым симптомом является сильная боль. Кишечная непроходимость характерна схваткообразным болевым синдромом. Другие признаки ущемления грыжи – невраивимость и уплотнение. Так называемый симптом кашлевого толчка при ущемлении грыжи, когда импульс, создаваемый при кашле не передается выпячиванию. Грыжевое

образование не сообщается с брюшной полостью, поэтому внутрибрюшное давление никак не действует на мешок-грыжу. Это обстоятельство и является характерным симптомом ущемления. При данной патологии может возникнуть рефлекторная рвота. Затем, с развитием омертвления кишки и непроходимости, рвота начинает носить постоянный характер.

4. Какие исследования необходимо выполнить в клинике? Ирригоскопия, герниография – разновидность обследования на рентгеновском аппарате с помощью введения в брюшную полость контрастного раствора, ультразвуковое исследование грыжевого мешка с целью определения его внутреннего содержимого, рентген органов брюшной полости.

5. Какова тактика лечения больного? Хирургическое вмешательство проводится по следующему плану: больному вводится общий или местный наркоз; выполняется вскрытие участка тела, между пахом и бедром, на котором просматривается грыжа; проводится выделение бедренной грыжи; удаляется мешок грыжи; выполняется вправление содержимого; ушивается дефект. Хирургическое лечение может осуществляться в виде полостной операции и лапароскопии.

Билет 12

Задача 1. Больной поступил в хирургическую клинику с направительным диагнозом - карбункул правой половины лица. В процессе пребывания в хирургическом отделении возникла высокая температура тела, озноб, нарастающее истощение, декомпенсация функций органов и систем. В посевах крови - бактериемия.

1. О чем следует думать при данной картине заболевания? О развившемся сепсисе.

2. Какие клинические проявления сепсиса? Исходя из клинического течения сепсиса выделяют: Молниеносный сепсис. Острый сепсис – приводит к смерти от 2 до 15 дней. Подострый – гибель от 16 дней до 2 месяцев. Хронический – от 2 до 4 месяцев.

Основные клинические проявления сепсиса:

- головная боль, раздражительность, бессонница, угнетение нервной системы, в тяжелых случаях помрачение и полная утрата сознания;
- лихорадка: постоянно высокая температура (септицемия) ремитирующая с большими размахами утром и вечером $t^{\circ} 39-40-50^{\circ}C$;
- быстрое ухудшение состояния больного, несмотря на энергичное лечение;
- желтуха (развитие инфекционно-токсического гепатита, распад эритроцитов)
- аппетит снижен, диспепсические расстройства, тошнота, рвота, диарея;
- петехии, сухость кожных покровов – при гипеоергическом типе, потливость при гиперергическом, сухость языка;
- тахикардия, пульс слабого напряжения, наполнения, опережает температуру. Тоны сердца глухие, не редко шумы, АД↓, а при септическом шоке катастрофически падает.
- печень увеличена: «септическая», увеличена селезенка
- в анализах: значительно увеличивается содержание реактивного белка, фибриногена, сиаловых кислот, нарастает анемия, падает протромбин крови (до 40-45%), нарушается ее свертываемость, что является причиной септических кровотечений
- олигоурия, альбуминурия, цилиндрурия, явления цистита;
- явления бронхита, пневмонии;
- появление пролежней (у 35% раненых).

3. Какие 3 основные фактора сепсиса? 1. *Наличие первичного гнойного очага* (входные ворота).

Входными воротами являются: обширные инфицированные раны (посттравматические, ожоговые); гнойные заболевания мягких тканей, полостей, костей и суставов; послеоперационные инфицированные раны; хронические эндогенные очаги инфекции (кариесные зубы, хронический гайморит, хронический тонзиллит и т.д). 2. *Микробный фактор* – сепсис развивается при наличии высоковирулентной микрофлоры: стафилококки, стрептококки, анаэробная и смешанная флора.

3. *Реактивность организма* – сепсис развивается чаще всего у ослабленных больных, перенесших тяжелые заболевания и травматичные операции, у которых снижены иммунные силы.

4. Какое осложнение может наблюдаться у больного? Основные осложнения сепсиса связаны с полиорганной недостаточностью (почечной, надпочечниковой, дыхательной, сердечно-сосудистой) и ДВС-синдромом (кровотечения, тромбозы). Тяжелейшей специфической формой сепсиса является септический (инфекционно-токсический, эндотоксический) шок. Он чаще развивается при сепсисе, вызванном стафилококком и грамотрицательной флорой. Предвестниками септического

шока служат дезориентация больного, видимая одышка и нарушение сознания. Быстро нарастают расстройства кровообращения и тканевого обмена. Характерны акроцианоз на фоне бледных кожных покровов, тахипноэ, гипертермия, критическое падение АД, олигурия, учащение пульса до 120-160 уд. в минуту, аритмия. Летальность при развитии септического шока достигает 90%.

5. Лечебная тактика. Пациенты с сепсисом госпитализируются в отделение интенсивной терапии. Комплекс лечебных мероприятий включает в себя антибактериальную, дезинтоксикационную, симптоматическую терапию, иммунотерапию, устранение белковых и водно-электролитных нарушений, восстановление функций органов.

С целью устранения источника инфекции, поддерживающего течение сепсиса, проводится хирургическое лечение. Борьба с микробной флорой предполагает назначение интенсивного курса антибиотикотерапии, проточное промывание дренажей, местное введение антисептиков и антибиотиков. При сепсисе для проведения эмпирической терапии обычно используются цефалоспорины, фторхинолоны, карбапенемы, различные комбинации препаратов.

Дезинтоксикационная терапия при сепсисе проводится с использованием солевых и полиионных растворов, форсированного диуреза. С целью коррекции КОС используются электролитные инфузионные растворы; для восстановления белкового баланса вводятся аминокислотные смеси, альбумин, донорская плазма. Для борьбы с бактериемией при сепсисе широко используются процедуры экстракорпоральной детоксикации: плазмаферез, гемосорбция, гемофильтрация. При развитии почечной недостаточности применяется гемодиализ.

Иммунотерапия предполагает использование антистафилококковой плазмы и гамма-глобулина, переливание лейкоцитарной массы, назначение иммуностимуляторов (тималина, Т-активина). В качестве симптоматических средств используются сердечно-сосудистые препараты, анальгетики, антикоагулянты и др.

Задача 2. Больной, 43 года, обратился с жалобами на постоянные ноющие боли в животе справа от пупка. Болен неделю, вначале появились боли по всему животу, был однократно кашицеобразный стул, затем боли локализовались справа от пупка. Занимался фитотерапией, к врачам не обращался. Раньше ничем не болел.

Объективно: при осмотре состояние удовлетворительное, температура 36,8 С, пульс 80 уд./мин, язык обложен, влажный. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. В правой подвздошной области определяется умеренно болезненное плотное образование 8х6 см, перитонеальных симптомов нет. Ректально б/о.

1. Диагноз. Острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат.

2. Тактика лечения. Проведение консервативной противовоспалительной терапии, антибактериальная терапия, ограничение физической активности. После рассасывания инфильтрата через 3-4 мес плановая аппендэктомия. При появлении клиники абсцедирования – экстренная операция вскрытия абсцесса, антибиотики, детоксикация.

Задача 3. Пострадавший при падении с высоты на ноги почувствовал резкую боль в области правого тазобедренного сустава. При осмотре: состояние средней тяжести. Пульс – 88. АД 130/70. Правая нижняя конечность укорочена и ротирована наружу. Резкая болезненность при попытках движений в правом тазобедренном суставе. Симптом «прилипшей пятки». При поколачивании по пятке- резкая болезненность в области правого тазобедренного сустава.

1. Диагноз. Перелом шейки правой бедренной кости.

2. Объем первой врачебной помощи. Введение анальгетиков в/в промедол, омнопон – 2% - 1,0 мл. При шоке или кровопотери – инфузионная терапия. Имobilизировать с помощью реек от подмышки до голеностопного сустава.

3. Объем квалифицированной мед помощи. В настоящее время «золотым» стандартом лечения переломов шейки бедра за редкими исключениями является оперативный метод.

Консервативное лечение переломов шейки бедра может быть применено только в том случае, если у пациента есть серьезные сопутствующие заболевания, такие как, например, недавний инфаркт миокарда. Еще одно исключение – если по каким-либо организационным причинам провести операцию невозможно (например, нет оборудования или компетентного хирурга) и, если при этом перелом шейки бедренной кости без смещения, а линия перелома расположена под углом менее 30 градусов, т.е. почти горизонтально и такой перелом шейки бедра не имеет тенденции к смещению.

4. **Объем спец мед помощи.** Эндопротезирование тазобедренного сустава.
5. **Доп методы обследования.** Рентген, МРТ, сцинтиграфия.

13 билет

Задача 1. Пострадавший выпил неизвестную жидкость, после чего почувствовал резкую боль во рту, за грудиной, в животе. При осмотре беспокоен, мечется от боли, повторная рвота с примесью крови. На слизистой оболочке губ, языке, полости рта видны налеты и струпья черного цвета. Дыхание затруднено.

1. **Какой вид ожога?** Химический ожог.

2. **Ваш диагноз.** Химический ожог.

3. **Какой метод исследования подтверждает диагноз?** ФЭГДС и рентгенологические методы.

4. **Первая помощь** 1. Многократное обильное (1-5 л.) промывание желудка через назогастральный зонд холодной водопроводной водой в положении лежа

2. При ожоге кислотой, ее нейтрализуют с помощью мыльной воды, 0,1% нашатырного спирта, 1% известковой водой. При ожоге щелочами, нейтрализацию осуществляют 0,5% раствором уксусной или лимонной кислоты, 0,1% раствором хлористоводородной кислоты. Благодаря такой нейтрализации, возможно остановить дальнейшее проникновение вещества в глубь тканей.

При ожогах фенолом необходимо провести обработку касторовым маслом или 50% этиловым спиртом.

Химический ожог рта лечится по принципу терапии неспецифического воспалительного процесса. Используются обезболивающие средства (10% раствор лидокаина, 1% раствор тримекаина, специальные пасты.), во рту проводят обработку слабыми растворами антисептиков (витамины Е и А, цирегол, метилурациловая мазь). Также рекомендуется принимать нераздражающую высококалорийную протертую пищу. В случае возникновения обширных рубцов, необходимо хирургическое вмешательство.

При необходимости назначают препараты, нормализующие деятельность сердца и почек.

5. **Возможные последствия ожога.** Ранние в острый период: ожоговый шок; отек гортани, асфиксия; острая почечно-печеночная недостаточность; в подострый период: пневмония, абсцессы легких; перфорация пищевода, желудка; медиастинит, перитонит, перикардит, эмпиема плевры; пищеводное или желудочное кровотечение; аррозивные кровотечения из сосудов средостения; сепсис. Поздние в хронический период: рубцовые стриктуры пищевода; пилородуоденальный стеноз; пищеводно-респираторные свищи; дивертикулы; дегенеративные изменения в сердце, легких, печени, почках; рак пищевода (1-7%).

Задача 2. Больной госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на боли в животе. Заболел остро 4 дня назад, лечился самостоятельно от "отравления". Боли возникшие в подложечной области постепенно стихли. Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,6. Язык обложен. Живот умеренно вздут несколько болезненный в правой пахово-подвздошной области. Здесь же пальпируется плотное малоблезненное, не смещаемое образование 12x12 см округлой формы. В анализе крови - лейкоцитоз 12 000.

1. **Ваш диагноз?** Острый аппендицит.

2. **Какое осложнение возникло?** Аппендикулярный инфильтрат (другие осложнения: абсцессы брюшной полости, перитонит).

3. **Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?** В клинической картине, помимо характерного для острого аппендицита анамнез, отмечается субфебрилитет, умеренный воспалительный сдвиг в крови, в брюшной полости соответственно локализации червеобразного отростка удается пальпировать и сам инфильтрат - плотное, умеренно болезненное, мало смещаемое образование без четких границ. Длительность заболевания 4 дня.

4. **Какие методы исследования показаны для ПОТВЕРЖДЕНИЯ диагноза?** УЗИ брюшной полости, Лапароскопия, КТ.

5. **Лечебная тактика?** Лечение аппендикулярного инфильтрата консервативное: в первые дни постельный режим, АБ терапия, местно- холод. Лишь при явных признаках нагноения показано вскрытие сформировавшегося абсцесса. Полное рассасывание инфильтрата происходит спустя 3-5 недель. Плановая аппендэктомия через 2-3 месяца после выписки.

Задача 3 Больной жалуется на слабость, временами субфебрильную температуру до 37,5. Кашель с небольшим количеством мокроты. Отмечает, что по ночам просыпается и откашливает мокроту, после чего снова засыпает. Кожные покровы с землистым оттенком. Пальцы в виде барабанных палочек. Периодически в мокроте - прожилки крови. При аускультации в нижней доле левого легкого выслушиваются влажные мелкие пузырьчатые и сухие хрипы, исчезающие после кашля.

- 1. Ваш диагноз?** У больного бронхоэктатическая болезнь.
- 2. Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз?** Диагноз подтверждается следующими симптомами - субфебрильная температура, скудная мокрота, пальцы в виде барабанные палочки и наличие влажных хрипов при аускультации.
- 3. С каким заболеванием диагноз необходимо дифференцировать?** Диагноз необходимо дифференцировать с раком легкого и туберкулезом, другими видами ХОБЛ (хронич бронхит, эмфизема, бронх астма), при обострении – с пневмонией, пневмотораксом, ТЭЛА.
- 4. Какие методы исследования показаны больному?** Показано рентгенологическое обследование, включая обязательную бронхографию, для определения поражения легочной ткани и формы бронхоэктазов, бронхоскопия, исследование ФВД, анализ мокроты для идентификации возбудителя.
- 5. Ваша тактика лечения?** Лечебные бронхоскопии для санации бронхиального дерева. Оперативное лечение в объеме нижней лобэктомии слева. Консервативно: бронходилатирующие средства (м –холинолитики, бета- агонисты, метилксантины), муколитики, при обострении – АБ.

14 билет

Задача 1. У больного 29.04.98. дома возник острый тромбоз левой подколенной артерии. 1.05.98 доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Обращает внимание на бледность, иктеричность кожных покровов, заостренные черты лица. 120 уд /мин. 105/40 мм рт ст, выраженный отек левой голени с наличием сине-багровых пятен, участки мацерации и истечение экссудата с ихорозным запахом: подкожная эмфизема. Микроскопия мазка: ГР + палочки с обрубленными концами.

- 1. Диагноз.** У больного имеется газовая анаэробная клостридиальная гангрена левой голени.
- 2. Клинич данные за диагноз.** Бледность и иктеричность кожных покровов, заостренные черты лица, 120 уд/мин, АД -105/ 40 мм рт.ст., выраженный отек левой голени с наличием сине- багровых пятен, участки мацерации и истечение экссудата ихорозным запахом; подкожная эмфизема
- 3. Микробная флора:** *Clostridium perfringens*, *Clostridium septicum*, *Clostridium histolyticum*, *Clostridium novyi*, *Clostridium fallax*, *Clostridium bifermentans*, *Clostridium sordellii*.
- 4. Симптом крепитации – это.** Возникает при пальпации или в процессе выслушивания в момент надавливания головки с мембраной на те участки тела, в которых есть скопления пузырьков газа в подкожной клетчатке. Это симптом анаэробной инфекции или подкожной эмфиземы.
- 5. Тактика.** Комплексная инфузионно–дезинтоксикационная антибактериальная терапия: улучшить микроциркуляцию- спазмолитики, дезагреганты, антикоагулянты, реологическая инфузионная терапия. Снижение потребности ткани в кислорода- антиоксиданты, гипотермия, гипербарическая оксигенация. Борьба с возбудителем- Пенициллин до 20—40 млн ЕД в сутки (2—3 раза в день внутривенно) в течение 10—14 дней, [тетрациклин](#). Ампутация нижней конечности.

Задача 2. Ночью в клинику доставлен больной с жалобами на общую слабость, головокружение, ощущение "шума в ушах" и "мелькания мушек" перед глазами. Больной бледен, вял, адинамичен. Ранее подобных явлений не было. Но в последнее время больной отмечает некоторый желудочный дискомфорт, иногда изжогу и боли в области желудка натощак. После приема пищи эти явления исчезают. Был жидкий стул черного цвета.

- 1. Диагноз?** Кровотокающая язва 12-перстной кишки.
- 2. С чем необходимо дифференцировать диагноз?** С синдромом Меллори-Вейса (остро развивающийся синдром желудочного кровотечения в результате продольных разрывов слизистого и подслизистого слоев в области пищеводно-желудочного соустья (кардиального отдела), наступающий при рецидивирующей рвоте) и циррозом печени, осложненным кровотечением из пищевода
- 3. О чем свидетельствует наличие стула черного цвета?** Кровотечение из верхних отделов ЖКТ.

4. При помощи какого метода исследования можно подтвердить диагноз? Эгдс.
5. Особенности комплексного лечения? Проведение консервативной гемостатической терапии, проведение оперативного лечения (резекция желудка, прошивание кровотока в язве).

Задача 3. Больной поступил в клинику с жалобами на боль в животе, тошноту, многократную рвоту, отсутствие стула и газов. Боль появилась через 12 часов после употребления спиртных напитков. При УЗИ выявлен сальниковый бурсит, увеличение поджелудочной железы с признаками очаговой деструкции в области головки, свободная жидкость в брюшной полости. АД 90/40 мм.рт.ст. Пульс 120 уд/мин. Одышка до 28 д/мин.

1. Диагноз? Панкреонекроз, панкреотогенный абсцесс, шок, динамическая кишечная непроходимость.
2. Чем обусловлено отсутствие стула и газов? Парезом кишечника.
3. Что является причиной тахикардии, одышки и снижением АД? Панкреатогенный шок.
4. В каком отделении должен лечиться больной? Реанимации.
5. Принципы патогенетически направленной терапии? Купирование болевого синдрома, остановка прогрессирующего ферментоза (применение ингибиторов протеаз), коррекцию гиповолемии, эндотоксикоза, микроциркуляторных и реологических нарушений, поддержание асептичности течения патологического процесса в поджелудочной железе и форсированный диурез.

Билет 15.

Задача 1. Больной при разделке свиной туши уколол палец. Обратился в поликлинику через 3 дня с жалобами на боли во 2 пальце правой кисти, лихорадку до 37,5. При осмотре: ногтевая фаланга 2 пальца по ладонной его поверхности отечна, гиперемирована, с синюшным оттенком, болезненна при пальпации, размягчения не определяется.

1. Ваш диагноз. Панариций 2 пальца правой кисти.
2. Предрасполагающие факторы. Микротравма.
3. Имеется ли абсцедирование. Клинически нет.
4. Что нужно сделать для уточнения диагноза? Диагностическая пункция.
5. Лечебная тактика. При абсцедировании- операция под местной анестезией, при инфильтрации- консервативное лечение.

Панариций- гнойное воспаление тканей пальца. Поверхностные формы (кожный, паронихия, подногтевой, подкожный, фурункул тыла пальца) и глубокие (костный, сухожильный, суставной, костно-суставной, пандактилит).

Задача 2. Больная в течение последних лет отмечает частые приступы печеночной колики. При исследовании данными УЗИ диагностирована ЖКБ. В связи с тяжелыми сопутствующими заболеваниями: постинфарктного кардиосклероз, ИБС, гипертонии, мерцательной аритмией оперативное лечение не предлагалось, проводилась консервативная терапия. Но при этом последовал болевой приступ, купировать который консервативно, не удалось. Сохраняется боль в правом подреберье появилась температура, при УЗИ картина острого холецистита.

1. Каковы Ваши действия? Немедленная госпитализация в хирургическую клинику.
2. О чем свидетельствует наличие высокой температуры? Наличие высокой температуры свидетельствует о деструктивном процессе, поступлении токсинов в кровь.
3. Какие дополнительные методы исследования показано выполнить больной? Больной показано выполнение УЗИ органов брюшной полости, клинич и биохимического исследования крови, развернутой коагулограммы и ЭКГ.
4. Лечебная тактика? Учитывая высокий риск операции у данной больной, целесообразно произвести малоинвазивное вмешательство - дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ.
5. Какой прогноз заболевания? Прогноз благоприятный, при возможности проведения малоинвазивного вмешательства, при невозможности его выполнения больной, по жизненным показаниям, показано проведение открытой операции в объеме холецистэктомии, что может осложниться в послеоперационном периоде, на фоне сопутствующей патологии, тромбоэмболией ветвей лёгочной артерии, инсультом и инфарктом.

Задача 3. У больного по результатам клинического, рентгенологического и эндоскопического методом исследования обнаружен рак средней трети пищевода, метастазов опухоли не выявлено.

1. Рекомендованное Вами лечение? Больному показано комплексное хирургическое лечение в специализированном хирургическом отделении.

2. Какую радикальную операцию применяют при раке средней трети пищевода? При раке средней трети пищевода применяют радикальную операцию Добромыслова-Торека.

3. Какими методами исследования выявляют наличие метастазов злокачественной опухоли? Метастазы рака выявляют с помощью применения УЗИ, КТ, и радиоизотопных исследований (сцинтиграфии) костного скелета.

4. Каковы особенности комплексной терапии при средней трети пищевода? Комплексная терапия включает методы интенсивной терапии, лучевой и химиотерапии.

5. В каких дозах применяют лучевую терапию? Лучевую терапию применяют в разовых очаговых 150-200рад, и суммарной 5000-6000 рад.

Резекция или экстирпация пищевода вместе с опухолью с одновременным созданием эзофагостомы на шее и гастростомы (операция Добромыслова-Торека).

Билет 16

Задача 1. Поступает больная с жалобами на боли в области послеоперационного рубца. Из анамнеза: за 8 дней до поступления была выполнена операция аппендэктомия по поводу острого флегмонозного аппендицита. При осмотре: края рубца гиперемированы, по ходу рубца отмечается уплотнение и болезненность. При зондировании получено гнойное отделяемое.

1. Диагноз? Нагноение послеоперационной раны. Наблюдается вследствие излишней травматизации раны, ее инфицирования.

2. Первичное или вторичное нагноение раны? Вторичное нагноение раны, так как после операции прошло 8 дней. Развитие гнойно-воспалительного процесса в ране в первые 3-5 дней после ранения называется первичным нагноением, в более поздние сроки - вторичным нагноением, обусловленным появлением новых очагов некрозов в ране и вторичным инфицированием раны госпитальными штаммами микроорганизмов.

3. Можно ли наложить шов на рану сразу после разведения краев и удаления гноя? Нет.

Лечебные мероприятия включают в себя противовоспалительную терапию, разведение краев раны, промывание антисептиками и дренирование. Вторичный шов можно накладывать только после стихания гнойного процесса и появления грануляционной ткани.

4. Хирургическое лечение? Разведение краев раны, удаление некротизированной ткани, гноя, вскрываются карманы, промывание антисептиками и дренирование. Тампоны с протеолитическими ферментами.

5. Препараты? Растворы антисептиков, антибиотики- пенициллины (ампицилин, оксацилин, ампиокс – до 6-8 г.); линкомицин (1.8 – 2.0 г.).

Задача 2. Больной обратился с жалобами на похудание, слабость и дискомфорт в эпигастральной области. При рентгенологическом исследовании желудка обнаружен обширный дефект наполнения в области Малой кривизны тела желудка с оттеснением его влево от позвоночника, клинические показатели крови: Нв 85 г/л, СОЭ 35 мм/час.

1. Диагноз? Рак тела желудка.

2. Дополнительные исследования? ЭГДС с биопсией из участка подозрительного на рак, УЗИ печени и лапароскопия с целью выявления метастазов.

3. Какой онкологический синдром отражает жалобы? Жалобы больного обусловлены появлением симптомов «малых признаков» сочетание немотивированной слабости, снижения работоспособности, утомляемости, депрессии со снижением аппетита, похуданием, явлениями желудочного дискомфорта, наблюдаемое при начальных стадиях рака желудка.

4. Объяснить изменения крови? Обусловлены раковой интоксикацией.

5. Лечение? При отсутствии метастазов опухоли показана гастрэктомия, при неоперабельном раке-симптоматическая терапия.

Задача 3. Поступает больной с переломом левой бедренной кости. При первой помощи фельдшер наложил транспортную шину от средней трети голени до поясничной области.

1. Правильно ли выполнена иммобилизация? При повреждениях в любой области бедра иммобилизацию проводят таким образом, чтобы обеспечить обездвиженность 3-х (трех) суставов: тазобедренного, коленного, голеностопного. Лучшей стандартной шиной для иммобилизации при повреждении шейки бедра и бедра является шина Дитерихса.

2. Какими средствами выполнить иммобилизацию? Иммобилизация шиной Дитерихса. Шина Дитерихса сочетает необходимые условия для правильной иммобилизации при переломе бедренной кости - фиксацию и одновременное вытяжение. Пригодна шина для всех уровней перелома бедра и голени. Состоит из двух деревянных раздвижных планок различной длины шириной 8 см, деревянной подставки под стопу для вытяжения и палочки-закрутки со шнуром. Длинную планку накладывают на наружную поверхность бедра от подмышечной впадины, а короткую - на внутреннюю поверхность ноги. Обе планки имеют сверху для упора поперечные распорки. Поскольку планки раздвижные, им можно придать любую длину в зависимости от роста пострадавшего. К стопе прибинтовывают "подошву", которая имеет крепление для шнура; на внутренней планке шины шарнирно закреплен упор с отверстием, через которое проводится шнур. После наложения закручивают шнур до натяжения, а шину фиксируют к телу мягкими бинтами. При одновременных с переломом бедра переломах лодыжек, повреждениях голеностопного сустава и стопы шины Дитерихса накладывать нельзя.

Шиша Крамера, пневматическая шина. Нога к ноге.

3. Исследования? Рентгенологическое исследование для выяснения локализации линии перелома, наличия отломков и интерпозиции мягких тканей.

4. Способ оперативного лечения? Принцип лечения переломов: репозиция костных отломков, иммобилизация, применение средств и методов, ускоряющих образование костной мозоли и сращение кости, репозиция не выполняется если диастаз не превышает 2 мм, при вколоченных и компрессионных переломах. Репозиция должна быть ранней, периферический отломок должен сопоставляться с центральным, а не наоборот. Репозиция может быть одномоментной или постепенной (скелетное вытяжение).

Оперативные методы лечения (репозиция и фиксация открытым способом):

- скрепление металлическими пластинами с помощью шурупов (экстрamedулярный остеосинтез)
- введение в костномозговой канал металлического штифта (интрамедулярный остеосинтез)
- компрессионно-дистракционный метод внеочагового остеосинтеза (апп Илизарова).

5. Средства для оказания первой помощи? Наркотические анальгетики, если открытый- для подавления раневой микрофлоры-антибиотики внутримышечно антистолбнячная сыворотка. 3000 МЕ.

Билет 17

Задача 2. Больная доставлена с жалобами на интенсивные боли в животе схваткообразного характера, задержку стула и газов. Трижды была рвота. Живот незначительно вздут, при пальпации мягкий, диффузно резко болезненный. Симптом «шум плеска» отчетливо положительный.

1. Диагноз? Острая кишечная непроходимость.

2. Как трактовать наличие «шума плеска»? Перерастянутая паретичная кишка переполнена жидким и газообразным содержимым — механический характер непроходимости.

3. Дифференциальный диагноз? Все заболевания, при которых возможен перитонит.

4. Метод исследования? Рентгенография, рентгеноконтрастное исследование ЖКТ.

5. Лечение? Консервативное - аспирация содержимого через зонд и ликвидация гиповолемии, оперативное - лапаротомия, ревизия брюшной полости, восстановление пассажа содержимого, резекция по показаниям, наложение межкишечного анастомоза, дренирование кишечника и брюшной полости, закрытие операционной раны.

Задача 3. Больная обратилась к врачу с жалобами на боли в молочных железах, усиливающихся в предменструальный период. При осмотре: обе молочные железы правильной формы. Соски и кожные покровы не изменены. Пальпаторно в обеих железах определяются мелко-бугристые образования, распространяющиеся диффузно.

- 1. Ваш диагноз?** Учитывая мелкоочаговый и диффузный характер патологии можно заподозрить диффузную фибринозно-кистозную мастопатию.
- 2. Чем обусловлены боли в молочной железе?** Боли в молочных железах, усиливающие в предменструальный период, обусловлены дисфункцией яичников, в организме начинают преобладать эстрогены, влияющие на молочные железы. Кроме этого, боль усиливается потому, что нервные окончания сдавливаются разросшейся соединительной тканью, а также вовлекаются в склероз.
- 3. Какие исследования показаны больной с целью подтверждения диагноза?** С целью подтверждения диагноза больной показано выполнение УЗИ молочных желёз, маммография, пункция с цитологическим исследованием.
- 4. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?** Необходимо дифференцировать с аденомой и раком молочной железы (с его диффузной формой).
- 5. Какие Ваши рекомендации лечения?** Консервативная терапия – восстановление дисфункциональных нарушений яичников. Хирургическое лечение не показано (показано только при узловых формах).

Билет 18.

Задача 1. У больной после интрамедулярного металлоостеосинтеза правой бедренной кости через три дня развилась эмфизематозная форма анаэробной клостридиальной инфекции.

- 1. Какой вид возбудителя инфекции?** Клостридиальную анаэробную газовую инфекцию эмфизематозной формы (газовую гангрену) вызывают анаэробные микробы *Clostridium oerfringens*, *Cl. Oedematiens*, *Cl. Septicum*.
- 2. Ранние симптомы анаэробной инфекции?** Неадекватное поведение больного (беспокойство, возбуждение или, наоборот, заторможенность, адинамия), бессонница, повышение температуры тела (часто выше 38-39), тахикардия (ЧСС до 120-140), дыхание учащено. Быстро развивается гемолиз, анемия, лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево. Резко страдает выделительная функция почек, развивается олигурия, а затем анурия, в тяжелых случаях- гематурия. Распирающие боли в ране, болезненность по ходу сосудистого пучка конечности, ощущение давления повязки.
- 3. Рентгенологические признаки анаэробной инфекции?** Образование газа, как правило, начинается с глубоких слоев тканей, для его определения может быть применен рентгенологический метод. Межмышечное скопление газа на рентгеновском снимке визуализируется в виде «елочек» (симптом Краузе), с последующими исследованиями можно выявить нарастание газообразования.
- 4. Дайте определение понятию симптом шпателя.** При газовой гангрене при поколачивании инструментом по коже слышен звук с тимпаническим оттенком (наличие газа).
- 5. Ваши действия?** Изоляция в бокс или отдельную палату. Показана экстренная операция – рассечение ран, расширение фасциальных футляров, удаление некротизированных тканей. Лампасные разрезы: рассекают клетчатку, фасцию вдоль всего сегмента конечности, на бедре делают 6-8 разрезов. Ран рыхло тампонируют марлевыми тампонами с 3% раствором перекиси водорода. В тяжелых случаях прибегают к ампутации. Рану после операции обрабатывают растворами химических антисептических средств-окислителей (перекись водорода, перманганат калия). Конечность иммобилизуют. Специфическое лечение: в\в капельно 150 000 АЕ сыворотки, разведя ее в 400 мл изотонического раствора хлорида натрия. Одновременно внутримышечно инъецируют 5 профилактических доз сыворотки. Дезинтоксикационная терапия до 4-5л\сут (полиионные растворы, кровезамещающие жидкости дезинтоксикационного действия (полиглюкин, неокомпенсан), улучшающие микроциркуляцию, раствор глюкозы и пр.).

Задача 2. На протяжении 3,5 недель больному проводилось в амбулаторных условиях лечение очаговой правосторонней пневмонии. Однако улучшения в самочувствии не наступило, сохранялась субфебрильная температура, боль в правой половине грудной клетки при дыхании, кашель, слабость. При контрольном рентгенологическом исследовании по-прежнему сохранялась очаговая тень в нижней доле правого легкого.

- 1. Ваш предварительный диагноз?** Рак легкого.
- 2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать диагноз?** Воспалительные заболевания легких (плевропневмония, абсцесс), доброкачественные опухоли и кисты легких, специфические заболевания легких (туберкуломы).

3. Какие исследования показаны выполнить больному? Компьютерная томография, бронхоскопия с биопсией, торакоскопия, при невозможности – трансторакальная пункционная биопсия, УЗИ.

4. Какое лечение показано больному? Хирургическое вмешательство (радикальное; условно-радикальное и паллиативное), консервативная терапия- лучевая, химиотерапия при наличии противопоказаний к хирургическому и лучевому лечению (доксорубин, цисплатин, метотрексат), паллиативное- обезболивание, психологическая помощь, детоксикация, трахеостомия, гастростомия и пр.

5. Прогноз заболевания. В случае нелеченого рака 90% погибает в течение 2 лет с момента установления диагноза. При использовании хирургического метода выживаемость за 5 лет составляет 30% (хирургия+ лучевая+ химиотерапия – 40%). Рано обнаруженное заболевание достигает 80%

Задача 3. Больной 23 года 3 часа назад получил удар в живот ногой. Жалуется на боли в животе, сухость во рту, тошноту, слабость. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные, АД 120\60 мм рт. ст., пульс 110 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, ритмичный. Язык сухой, обложен серым налетом. Живот в акте дыхания не участвует. При пальпации выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки. Симптом Щеткина-Блюмберга резко положительный во всех отделах. Перкуторно определяется тимпанит, печеночная тупость отсутствует. При аускультации кишечные шумы единичные, слабые.

1. О каком осложнении свидетельствует наличие симптома Щеткина-Блюмберга? Симптом раздражения брюшины, в большинстве случаев- признак воспалительного процесса, в который вовлечена брюшина (перитонит).

2. О каком осложнении свидетельствует отсутствие печеночной тупости? Отсутствие печеночной тупости свидетельствует о наличии свободного газа в брюшной полости.

3. Ваш диагноз? Закрытая травма живота. Разрыв и перфорация полого органа. Разлитой перитонит.

4. Ваши действия? Срочная госпитализация в хирургический стационар.

5. Показана ли больному экстренная операция? Показана экстренная операция после кратковременной предоперационной подготовки.

Билет 19.

Задача 1. Находясь на даче, пострадавший получил ожог кипятком правого бедра и голени.

1. Какую необходимо наложить повязку для транспортировки больного в ближайшую больницу? Необходимо наложить на раны сухие повязки из стерильного перевязочного материала.

2. Если нет стерильного материала в доме, то как его приготовить? Сложно. В аптеках есть готовые упаковки стерильных салфеток любых размеров. Их следует хранить в сухом и чистом месте, лучше всего в закрытой стерильной банке, а открывать непосредственно перед употреблением. В случае отсутствия стерильного материала при необходимости экстренной помощи можно прогладить горячим утюгом куски чистой выстиранной хлопчатобумажной ткани или марлевые салфетки.

3. Можно ли пропитать ткань любым антисептиком? Нет (возможно неспиртовым?).

4. Следует ли прокипятить ткань для повязки в воде? Нет.

5. Возможно ли обработка кожных покровов Бриллиантовым зеленым? Нет, это затруднит врачам определение степени и характер повреждений.

2 задача. В приемное отделение больницы доставлен больной, мужчина 35 лет с жалобами на сильную боль в эпигастральной области. В ходе нескольких лет отмечает боли в эпигастрии, изжогу. Во время поездки в метро внезапно почувствовал резкую боль в верхних отделах живота; которая была настолько сильной, что на некоторое время пациент потерял сознание. Положение больного вынужденное: лежит на правом боку, приведя колени к животу. Язык сухой. При пальпации отмечается доскообразное напряжение мышц передней брюшной стенки. Печеночная тупость перкуторно не определяется.

1. Ваш диагноз? У больного клиническая картина перфоративной гастродуоденальной зоны.

2. С какими заболеваниями диагноз необходимо дифференцировать? Диагноз необходимо дифференцировать с острым панкреатитом, с разрывом селезенки и острым холециститом.

- 3. Какими методами исследований можно подтвердить диагноз?** Диагноз подтверждается с помощью обзорной рентгенографии органов брюшной полости и ЭГДС.
- 4. Показана ли больному экстренная операция?** Больному показана экстренная операция.
- 5. Какие операции применяют в данной ситуации?** В подобной ситуации при отсутствии перитонита выполняют резекцию желудка, либо ушивание перфоративной язвы. Распространён также метод иссечения перфоративной язвы со стволовой или селективной ваготомией и пилоропластикой по Гейнике - Микуличу, Финнею или Жабулею.

20 билет

Задача 1. Больной доставлен бригадой скорой помощи с раной передней поверхности шеи через 1 час от момента травмы. Из анамнеза выяснено, что у больного в результате ножевого ранения было обильное кровотечение, развился коллапс. При объективном обследовании: общее состояние тяжелое, больной вялый, адинамичный, кожные покровы бледные. Пульс слабый, 110 уд/мин. АД 80/50 мм рт ст. Края раны ровные, углы острые, рана зияет, в ране рыхлые сгустки крови.

- 1. Диагноз.** Резаная рана передней поверхности шеи.
- 2. Какое осложнение развилось у больного?** Геморрагический шок. Коллапс (угрожающее жизни состояние, характеризующееся падением кровяного давления и ухудшением кровоснабжения жизненно важных органов, проявляется слабостью, заостренными чертами лица, бледностью, похолоданием конечностей).
- 3. Какие лечебные мероприятия выполняются в первую очередь?** Выведение больного из шока: переливание кровезамещающих жидкостей (полиглюкина, реополиглюкина), кристаллоидов, плазмы после определения группы крови. После восстановления потерянного объема крови вводятся ГКС и сосудосуживающие препараты. Обезболивание и ПХО, далее при инфицировании раны проводится антибиотикотерапия.
- 4. Надо ли произвести первичную хирургическую обработку раны?** ПХО и профилактика столбняка (3000 МЕ).
- 5. При выполнении ПХО у пациента на состояние каких образований необходимо обратить особое внимание?** Затрагивает ли травма такие анатомические образования как: гортань, трахею, щитовидную железу, глотку, шейную часть пищевода. Учитывая большой объем кровопотери, можно предположить ранение крупных артериальных сосудов, а также мышц шеи. Показано наложение сосудистого шва или лигирование.

3 задача. Больной жалуется на боли по всему животу. Боли появились около 22 часов тому назад с последующей локализацией их в правой подвздошной области, затем распространялись по всему животу. Состояние больной, средней тяжести. Пульс в среднем 120 ударов в минуту, язык сухой обложен серым налетом. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации напряжен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость сохранена. Аускультативно кишечные шумы выслушиваются.

- 1. Ваш предварительный диагноз?** Разлитой перитонит на фоне деструктивного аппендицита.
- 2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?** Диагноз необходимо дифференцировать с острым сальпингоофортиом осложнённым перитонитом и перфоративной язвой желудка и 12-перстной кишки.
- 3. Какие обследования необходимы с целью уточнения диагноза?** С целью уточнения диагноза показано выполнение лапароскопии.
- 4. Ваши действия?** Госпитализация в хирургический стационар хирургического лечения.
- 5. Показана ли экстренная операция данному больному?** Больной показана лапаротомия, аппендэктомия, интубация тонкой кишки, санация и дренирование брюшной полости.

Билет 21.

Задача 1. В травматологическое отделение поступил больной с переломами костей таза.

- 1. Какой вид обезболивания вы выберете при оказании первой помощи?** Для снятия болевого синдрома необходимо ввести анальгезирующие препараты внутримышечно или дать их пострадавшему в таблетированной форме.

2. Вид обезболивания при оказании помощи в стационаре? Блокада по Школьникову-Селианову внутритазовая.

3. К какому виду анестезии относится? Фуллярные новокаиновые блокады.

4. Какая лечебная процедура способствует более эффективному обезболиванию у больных с травмой? Иммунизация.

5. Есть ли альтернативные методы обезболивания? Да. Общее обезболивание достигается применением лечебного наркоза. Местное обезболивание осуществляется применением анестезии места перелома, внутритазовой анестезии по Селиванову-Школьникову или внутрикостной анестезии.

Задача 3. Вы вызваны на дом к больному, у которого вчера появились сильные боли распирающего характера в области левого бедра и голени. Сегодня боли усилились, появился выраженный отек стопы, голени и бедра, повысилась температура до 37.8. Больно наступать на ногу. Подобных болей не было.

1. Ваш диагноз? Острый венозный тромбоз.

2. Какие клинические признаки подтверждают диагноз? Распирающие боли в области левого бедра и голени, отёк стопы, голени и бедра, температура 37.8 градусов.

3. Какой метод исследования подтверждает диагноз? УЗДА – ультразвуковое дуплексное ангиосканирование.

4. Тактика лечения? Комплексное лечение с применением дезагрегантов, флеботоников, антибиотиков, препаратов, улучшающих микроциркуляцию крови и хирургическое лечение.

5. Какой объем операции показан? Так как тромбоз дошел до средней трети бедра и выше для предотвращения прогрессирования в ТЭЛА выполняется экстренная операция (операция Троянова-Тренделенбурга).

Билет 22.

Задача 1. Пожилая женщина поступила в хирургическое отделение, где был поставлен клинический диагноз – флегмона подчелюстной области.

1. Какая операция по срочности показана? Экстренная (срочная?) операция, их выполняют немедленно или в ближайшие часы с момента поступления больного в хирургическое отделение, так как высок риск распространения процесса на шею в переднее и заднее средостение с развитием гнойного медиастинита.

2. Какое предоперационное обследование назначили? Для уточнения диагноза гнойно-воспалительных заболеваний используют специальные методы исследования - пункцию, рентгенологические, эндоскопические методы, лабораторные клинические и биохимические исследования крови, мочи, экссудата.

3. Основные принципы оперативного лечения данной ситуации? Наркоз. Хирургический доступ должен быть кратчайшим и достаточно широким, чтобы обеспечивать удаление гноя и некротизированных тканей, и располагаться в нижней части полости - для хорошего оттока, отделяемого в послеоперационном периоде. Операцию заканчивают дренированием раны для активной аспирации в послеоперационном периоде гнойного содержимого и промывания полостей антисептическими растворами. Если подведённый через разрез дренаж не обеспечивает достаточной эвакуации гноя, вводят трубки через небольшие дополнительные разрезы.

4. Какое хирургическое лечение в послеоперационном периоде? Ежедневные перевязки, активная аспирация в послеоперационном периоде гнойного содержимого и промывания полостей антисептическими растворами.

5. Какое лекарственное лечение? Антибактериальная терапия (защищенные пенициллины, цефалоспорины 1-4, фторхинолоны), ежедневные перевязки с антисептиками и мазями на гидрофильной основе, применение протеолитических ферментов, физиотерапия местно. Флегмона- острое гнойное воспаление подкожной клетчатки или клетчаточных пространств. Поверхностные\ эпифасциальные и глубокие\ субфасциальные.

Задача 3. У Пожилрой женщины в течение 10 лет определяется выпячивание в области пупка, размером 8x10 см. Последние годы не исчезающее при любом положении тела. Боли в области

выпячивания не беспокоят. При пальпации образование имеет дольчатый характер, мягко-эластическую консистенцию, безболезненно.

1. Ваш диагноз? У больной невправимая пупочная грыжа (неущемленная).

2. Каким заболеванием необходимо дифференцировать диагноз? Диагноз необходимо дифференцировать с ущемленной грыжей (резко болезненная, невправимая, напряжение и болезненность выпячивания, отсутствие кашлевого толчка) липомой средней брюшной стенки.

3. Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз? Наличие безболезненного образования, мягко-эластичной консистенции, невправимого в брюшную полость подтверждает диагноз.

4. Ваша лечебная тактика? Консервативно-временный бандаж, показано грыжесечение (герниопластика) в плановом порядке.

5. Какую операцию показано выполнить? Показано выполнить операцию грыжесечение с пластикой грыжевых ворот по Мейо (метод натяжной операции, применяемый, в основном, для пластики пупочных грыж и грыж белой линии живота. Лоскут кожи от апоневроза отслаивается после того, как вскрыт грыжевой мешок. Выпячивание вправляют в полость, при этом, если необходимо, рассекают спайки, грыжевой мешок иссекается по краю грыжевого кольца и удаляется с кожным лоскутом.) или по Сапезко (деформированная дряблая околопупочная кожа иссекается вместе с пупком (сохранить его возможно лишь при маленьких грыжах).

Мешок с грыжей после иссечения сшивается, перед этим его содержимое вправляется внутрь.).

Герниопластика по Лихтенштейну Самый известный способ ненатяжной пластики грыж.

Применяется для пластики грыж белой линии живота, а также пупочных, паховых, бедренных грыжах. Сетчатый трансплантат подшивается под апоневроз, никакие мышцы и фасции при этом не затрагиваются, то есть травматизм тканей организма минимален

Билет 23

Задача 2. В приемное отделение поступила больная. При осмотре правой нижней конечности у больной отмечается отек стопы и голени, кожные покровы гиперемированы, синюшно багровые. Чувствительность отсутствует, пульсация только на бедренной артерии. 15лет страдает диабетом 2 типа.

1. Диагноз. Диабетическая гангрена стопы и голени, сахарный диабет 2 типа.

2. Медикаментозное лечение. Дезинтоксикационная, инфузионная терапия, коррекция уровня глюкозы в крови, антибиотики.

3. Симптоматическое лечение. Анальгетики.

4. Предоперационная подготовка. Дезинтоксикация, инфузионная терапия, коррекция уровня глюкозы крови, дополнительно стабилизация гемодинамических показателей и уровня глюкозы в крови.

5. Показана ли плановая операция? Нет. При сухой гангрене ампутация производится скорее в косметических целях (кожа коричневеет), при влажной, ампутация необходима по жизненным показаниям. В задаче больше можно заподозрить по багровости конечности влажную, но не говорится ни о пузырях, ни о гнилостном запахе, а отсутствие пульсации говорит о сухой, поэтому не ясно.

Задача 3. Во время операции упал инструмент, необходимый вам для работы. Ваши действия?

Инструмент поднимать нельзя, попросить у сестры такой же.

1. Можно ли попросить аналогичный инструмент. Да.

2. Следует ли его поместить в дез. раствор? Медсестра положит инструмент в дезинфицирующий раствор.

3. В какой именно раствор поместить? Галогенсодержащих веществ- Хлорамин Б, Хлорэффект, Де-хлор, хлоргексидин глюконат. В кислородсодержащей-перекись водорода, Пероксимед, Окаdez. Средства на основе катионных поверхностно-активных веществ (ПАВы)-Аламинол,Ника-dez.Спирты- этиловый 70%.

4,5. Какая концентрация и экспозиция растворов? Хлорамин 5%-240мин, перекись водорода 6%-а 60 минут или 4% - 90 минут; хлогексидин - дезоформ 5% - экспозиция 10 минут - спирт 70-градусный - экспозиция 30 минут.

Билет 24

Задача 1. Во время гемотрансфузии у больного появились боли в поясничной области.

1. Следует ли продолжать? Нет.
2. Нужно прекращать? Да.
3. Можно ли ввести анальгетики и продолжить? Нет.
4. Можно ли ввести антигистаминные и продолжить? Нет.
5. Нужно ли вызывать реаниматолога? Да.

Почки отказывают уже когда картина шока полностью развилась. На начальном этапе такие клинические проявления в виде сильных болей в пояснице, в икроножных мышцах связаны со спазмами сосудов этих областей.

Все эти симптомы (боль в пояснице) являются следствием освобождения пирогенных, вазоактивных и комплементактивирующих веществ при массовой гибели лейкоцитов. Все остальное потому что неотложное состояние, поэтому и продолжать нельзя и реаниматолог нужен.

Спасать- гидрокортизон + прекращение трансфузии.

Задача 2. Больная 70 лет госпитализирована в хирургическое отделение через неделю после появления болей в животе. При осмотре выявлены признаки острого аппендицита, больная оперирована. По вскрытии брюшной полости хирург обнаружен плотный инфильтрат.

1. Чем обусловлен воспалительный инфильтрат в брюшной полости? Воспалительный инфильтрат в брюшной полости является осложнением острого аппендицита. Это конгломерат воспалительно измененных органов и тканей, в центре которого находится подвергшийся частичной или полной деструкции аппендикс. Другие осложнения: перитонит, пилефлебит- воспаление воротной вены, локальные абсцессы в брюшной полости.
2. С помощью какого метода можно выявить наличие воспалительного инфильтрата в брюшной полости? Метод УЗИ органов брюшной полости предоставляет возможность выявить инфильтрат в брюшной полости.
3. Дальнейшие действия хирурга? Брюшная полость ушивается. Больного лечат консервативно (в первые дни постельный режим, антибактериальная терапия, местно - холод).
4. Когда показано выполнение аппендэктомии? После устранения инфильтрата (его рассасывание происходит через 3-5 недель) больному следует выполнить аппендэктомию в плановом порядке через 2-3 месяца после выписки из стационара.
5. Какое исследование показано выполнить перед плановой аппендэктомией? Перед плановой аппендэктомией показано выполнение УЗИ брюшной полости, малого таза, мочевыводящей системы и ирригоскопии.

Задача 3. У больного после переохлаждения появилась высокая температура до 39 градусов, кашель со скудной мокротой, боли в правой верхней половине грудной клетки. При аускультации в этом отделе дыхание ослаблено, при перкуссии притупление. Клиническая картина не меняется в течение 10 дней.

1. Ваш предварительный диагноз? У больного вероятнее всего пневмония (долевая?).
2. Какие признаки заболевания подтверждают диагноз? Высокая температура, боль в верхних отделах правой половины грудной клетки, кашель с мокротой, переохлаждение как фактор, способствующий развитию данного заболевания., а также притупление при перкуссии отдела, соответствующем поражению.
3. Обязательна ли госпитализация в стационар? Да, так как симптомы держатся длительное время, а никакое лечение пациент не принимает.
4. Методы обследования и лечения? Рентгенологическое исследование (рентгенограммы в прямой и боковой проекции), анализы мочи(?), крови(высокий нейтроф.лейкоцитоз со сдвигом влево, увел.СОЭ), и мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам.
5. Какое лечение показано больному? Противовоспалительная, дезинтоксикационная, антибактериальная терапия. В случае развития абсцесса у пациента появится обильная зловонная мокрота, амфорический звук при аускультации. Будет показана лечебная бронхоскопия не реже 2 раз в неделю. В случае неэффективности - пункция полости абсцесса и дренирование с помощью торакара.

Задача 1. В приемное отделение доставлен больной, который 30 мин. назад был сбит машиной на улице. Диагноз дежурного травматолога: открытый перелом костей левой голени в нижней трети, травматический шок II степени. Пострадавшему оказана специализированная травматологическая помощь. Больной против столбняка не привит.

1. С целью предупреждения столбняка что будет выполнено? Введение противостолбнячной сыворотки: сначала вводят пробную дозу (разведение 1:100) 0,1 мл внутривенно на сгибательной поверхности предплечья. При отрицательной реакции через 30 мин вводят 0,1 мл основной сыворотки, подкожно. При отрицательной реакции еще через 30 мин вводят оставшуюся дозу. Всего 3000 МЕ. Кроме того, вводится столбнячный анатоксин подкожно 1,0 мл.

2. При реакции на противостолбнячную сыворотку что можно использовать вместо нее? Противостолбнячный гамма-глобулин 400-600 МЕ.

3. Какая цель специфической активно-пассивной профилактики? При ее проведении организм больного выработает свои антитела к анатоксину, а посредством введения противостолбнячной сыворотки в организм поступят готовые антитела к возбудителю. Последнее при возможном заражении пациента ускорит процесс гибели столбнячной палочки. Повышение иммунитета к столбнячному токсину.

4. Какая неспецифическая профилактика столбняка у данного больного? Выведение больного из шока, адекватная ПХО, восстановление объема циркулирующей крови. Хирургическая обработка раны с удалением из нее всех не жизнеспособных тканей (швы на рану не накладывать!), введение в зону антибиотиков (они не оказывают никакого действия на токсин, но уничтожают токсин производящих возбудителей столбняка).

5. Какие ранние симптомы столбняка? Местно: тянущие боли в ране, подергивание мышц локально, жжение и покалывание в ране, повышенная местная потливость, повышение мышечного тонуса. Общие: разбитость, недомогание, слабость, затруднение при глотании, повышенная потливость. Быстро наступает ригидность жевательной мускулатуры, больной не может широко открыть рот. Развивается непроизвольное сокращение лицевой мускулатуры, что придает лицу выражение постоянной улыбки (сардоническая улыбка). Далее вовлекаются мышцы затылка, спины, что приводит к резкому переразгибанию туловища больного. Развиваются судороги на малейшие раздражители. Температура не поднимается.

Задача 2. В клинику доставлена женщина через 2 часа после возникновения острых болей в левой ноге. Страдает митральным пороком сердца, мерцательной аритмией. При осмотре: больная стонет, беспокойна. Левая стопа и голень мраморной окраски, наступать на ногу не может, стопа холодная. Пульс на артерии голени не определяет, на бедренной артерии усилен. Тактильная и болевая чувствительность снижены.

1. Ваш диагноз? Острое нарушение кровообращения на уровне бедренной артерии (острая артериальная непроходимость).

Типич. уровни эмболических окклюзий-зоны бифуркаций: биф. аорты, подвздошных, бедренных, подколенных, подключ., плечевых артерий.

2. Какие симптомы подтверждают Ваш диагноз? Диагноз подтверждается клиническими симптомами: мраморная окраска левой стопы и голени, отсутствием пульса на поверхности артерии голени и усилением на поверхности бедренной артерии, снижением тактильной и болевой чувствительности на левой стопе и голени, наличием холодной на ощупь стопы.

Ревматический порок сердца является одной из причин артериальной эмболии, а также другие причины - инфаркт миокарда, ИБС, иск.клапаны сердца и др.

3. С помощью применения, какого метода можно подтвердить диагноз? Выполнение УЗ дуплексное ангиосканирование и ангиография позволяют установить диагноз.

4. Каковы особенности комплексной терапии? В комплексе лечебных мероприятий следует применять оперативное лечение с включением в комплекс препаратов, обладающих тромболитическим (урокиназа, стрептокиназа), антикоагулянтным (прямые-быстрого действия – гепарин, эноксипарин натрия, непрямые – длительного действия-варфарин), антиагрегационным (аспирин, клопидогрель) и спазмолитическим действием(пентоксифиллин).

5. Какую операцию по экстренным показаниям необходимо выполнить больному?

Срочная операция - эмболектомия (прямая или непрямая с помощью зонда Фогарти).

Степени ишемии конечности по Савельеву:

1. Онемение, парестезии, боль (в покое и при физ.нагрузке).
2. Двигательные расстройства и отек: 2А. парез, 2Б палалич, 2В субфасциальный отек.
3. Развитие контрактуры: 3А парциальная контр. 3Б тотальная контрактура.

Билет 27

Задача 1. Кормящая мать обратилась с жалобами на повышенную до 38 температуру тела, ухудшение общего состояния, боль, гиперемия, затвердение правой молочной железы, из-за боли сцеживание молока невозможно. При осмотре: правая молочная железа гиперемирована, напряжена, резко болезненна, выделения молока из соска содержат посторонние примеси, верхнем наружном квадрате пальпаторно подкожное размягчение 3x4 см.

1. **Диагноз?** Острый мастит.
2. **Что подтверждает диагноз?** Жалобы: боль, гиперемия, затвердение правой молочной железы, данные осмотра: выделения из соска молока с посторонними примесями, верхнем наружном квадрате пальпаторно подкожное размягчение 3x4 см.
3. **Какое обследование необходимо?** УЗИ, пункция молочной железы.
4. **Тактика лечения?** Консервативное лечение: восстановление оттока молока молокоотсосом, антибиотикотерапия и противовоспалительная. Фазы: серозная, инфильтративная. Если фазы: абсцедирующая, флегмонозная, гангренозная, то показано оперативное лечение- вскрытие абсцесса и дренирование под наркозом или местной анестезией если подкожный.
5. **Можно ли продолжать кормление грудью?** Можно продолжать кормление грудью после лечения.

Задача 3. У больной в течение двух лет периодически появляется выпячивание ниже паховой складки. За 2 часа до поступления в приемное отделение выпячивание увеличилось в размерах, стало резко болезненным. При осмотре в паховой области определяется выпячивание 3x4 см, резко болезненное при пальпации, напряженное, не вправляется в брюшную полость.

1. **Ваш диагноз?** Ущемлённая невправимая бедренная грыжа.
2. **С каким заболеванием необходимо дифференцировать диагноз?** С паховым лимфаденитом.
3. **Какие симптомы подтверждают диагноз?** Увеличение в размерах выпячивания ниже паховой области, болезненность и невправимость в брюшную полость.
4. **Какие исследования необходимо выполнить клинике?** Выполнение обзорного рентгенологического исследования органов брюшной полости для определения симптомов кишечной непроходимости.
5. **Какова тактика лечения больного?** Больной показана экстренная операция грыжесечения .

Билет 28

Задача 1. Мужчина в удовлетворительном состоянии обратился с жалобами на боль и рану на передней брюшной стенке через 2 часа от момента травмы. При осмотре: в левом мезогастрii имеется рана размерами 4 см в длину, 2 см в ширину и 1.5 см в глубину, с умеренно выраженным кровотечением и ровными краями, острыми углами.

1. **Ваш диагноз?** Резаная рана передней брюшной стенки (гладкие края и раневая поверхность, обильное кровотечение, незначительная боль).
2. **Как рана квалифицируется по микробной загрязненности?** Инфицированная рана (все случайные раны).
3. **Что необходимо выполнить?** Необходимо выполнить в условиях хирургического стационара. Осуществляется рассечение и иссечение краёв раны, при необходимости выполняется дренирование всевозможных «карманов» и полостей, иссечение нежизнеспособных тканей и удаление инородных тел. Провести профилактику столбняка.
4. **По отношению к брюшной полости какой может быть характер раны?** Проникающие и не проникающие ранения.
5. **Какие швы будут наложены?** Т.к. с момента травмы прошло 2 часа, то будет наложен первичный шов (накладывается до образования грануляций, рана заживает первичным натяжением). Накладываются сразу после операции или ранней ПХО при отсутствии высокого риска развития гнойных осложнений.

Билет 29

Задача 1. Больной получил резаную рану голени во время выполнения работ на приусадебном участке. Обратился за медицинской помощью в фельдшерско – акушерский пункт. При осмотре рана глубиной до 3 см, с повреждением фасции, незначительно кровоточит.

1. Какими антисептиками можно обработать края раны? Первое, что необходимо выполнить, это промыть порез под проточной водой, а затем протереть кожу вокруг раны чистым ватным диском, смоченным раствором йода.

2. Каким антисептиком необходимо обработать саму рану? Саму рану промыть большим количеством 3% раствора перекиси. Удалить все посторонние предметы, осколки, обрывки одежды.

3. С каким антисептиком необходимо наложить повязку на саму рану? Если рана небольшая и не сопровождается повреждением крупных сосудов, нервов и органов, нанести на нее мазь «Левосин» или «Левомеколь», накрыть стерильной марлевой повязкой и зафиксировать все лейкопластырем или бинтом. Далее меняйте повязку 2 раза в день до полного заживления тканей. Либо фурацилин.

4. Какой антибиотик и в какой дозе необходимо дать больному? Цефалоспорины 2 и 3 поколения. Парентерально - 3-8 г/сут в 2-3 введения? Диоксидин 0,1 мл 3%.

5. Ваши дальнейшие действия. Профилактика столбняка. При размозженных или загрязненных ранах вводят поливалентную противогангренозную сыворотку 30000 МЕ.

Задача 3. Больная на протяжении длительного времени болеет хроническим калькулезным холециститом с периодическими обострениями, которые протекают по типу кратковременной желчной колики с ознобами. Дважды наблюдалась кратковременная желтуха. Больной неоднократно предлагалось оперативное лечение.

1. О каком осложнении ЖКБ можно думать? У больной заболевание осложнилось холедохолитиазом, с признаками холангита.

2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз? Дифференциальный диагноз необходимо проводить с острым гепатитом и острым панкреатитом.

3. Какие методы исследования и манипуляции следует выполнить до операции? Показано выполнение УЗИ органов брюшной полости, желчных путей и РХПГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией.

4. Сформулируйте развернутый полный клинический диагноз. Полный диагноз: Желчно-каменная болезнь: обострение хронического калькулёзного холецистита, холедохолитиаз, холангит.

5. Ваша тактика? Необходимо выполнение ЭРХПГ, удаление конкрементов из холедоха, проведение консервативной противовоспалительной терапии. В случае невозможности при ЭРПГ удаления конкрементов из холедоха показана лапаротомия, холецистэктомия, холедохолитотомия и дренирование холедоха.

Билет 30

Задача 1. Поступает больной с раной правой щечной области. Рана 0,2 на 0,2 см. При осмотре ротовой полости выяснен сквозной характер ранения. Со слов больного, ранение произошло за 2 часа до поступления.

1. Диагноз. Колотое сквозное ранение правой щечной области.

2. Надо ли проводить профилактику столбняка? Профилактика столбняка проводится при всех случайных ранах.

3. Показано проведение первичной хирургической обработки? Не показано.

4. Почему? При ранениях лица и колотых ранах ПХО не выполняется.

5. Каким натяжением будет происходить заживление этой раны. Первичным натяжением.

РАНА - это повреждение тканей с нарушением целостности покровов (кожи или слизистой), а также глублежащих тканей или органов, вызванное физическими или механическими воздействиями.

Анатомия раны включает:

1. входное отверстие или ворота раны, края или стенки раны, выходное отверстие при сквозных ранениях;

2. содержимое раны (разрушенные ткани, инородные тела, сгустки крови, микробная флора, раневой экссудат);

3. зона контузии (ушиб);
4. зона коммоции (сотрясения), постепенно переходящая в здоровые ткани

Заживление ран:

- 1) первичным натяжением (происходит при условиях адаптации краев раны и отсутствии инфекции в ране);
- 2) вторичным натяжением (происходит при зиянии краев раны, наличии погибших тканей и инфекции в ране, то есть при нагноении);
- 3) под струпом (обычно заживают небольшие поверхностные раны и ожоговые раны).

Задача 2. У больной, находящейся в гинекологическом отделении с диагнозом правосторонний аднексит, появились боли в левой паховой области. При пальпации, ниже паховой области слева, определяется болезненное, мягко-эластичной консистенции образование размерами 4*3 см, которое не вправляется в свободную брюшную полость. Боль сопровождается рвотой, живот вздут, кишечные шумы ослаблены.

1. Ваш диагноз. Левосторонняя ущемлённая паховая или бедренная грыжа (ниже или выше паховой связки).

2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз. Диагноз необходимо дифференцировать с паховым лимфаденитом. Увеличенные лимфатические узлы имеют плотную консистенцию, четко отделены от наружного отверстия пахового канала, не меняют своих размеров при напряжении брюшного пресса и кашле. Острый паховый лимфаденит имеет кратковременный анамнез, характеризуется опухлостью и покраснением кожи над узлами, болезненностью их наличием инфекционного очага как причины лимфаденита.

3. О развитии какого осложнения можно предположить? Учитывая данные клинической картины: наличие рвоты, вздутие живота и ослабление кишечных шумов можно говорить о развитии острой кишечной непроходимости.

4. Каким исследованием можно подтвердить диагноз? С помощью обзорной рентгенографии органов брюшной полости можно подтвердить диагноз.

5. Ваша тактика? Больной показана экстренная операция грыжесечение и устранение острой кишечной непроходимости. Особенности операции при ущемленной грыже: сначала вскрывается грыжевой мешок. Удерживается ущемленный орган. Рассекается ущемляющее кольцо.

Билет 32

Задача 1. Правая стопа и голень попали в кипящую жидкость и возникла раненая поверхность с вовлечением поверхностных слоев кожи.

1. Какой степени ожог? II степень (повреждается ороговевший эпителий до росткового слоя, формируются небольшие пузыри с серозным содержимым).

2. Укажите площадь поражения. 9%.

3. Сформулируйте диагноз. Термический ожог горячей жидкостью II степени 9% обеих голени и стоп.

4. Последовательность оказания первой помощи.

1. Наложить на поврежденную поверхность чистую пленку, ткань.

2. Поверх пленки положить пакет со льдом, либо охладить с повязкой в стоячей воде.

3. Дать пострадавшему таблетку анальгина (если он в сознании).

4. При длительном ожидании ОЗ обеспечить пострадавшего обильным теплым питьем, обожженную поверхность запрещается смазывать мазями, засыпать порошками.

5. Методы лечения. В первые часы- борьба с ожоговым шоком (морфин, новокаин п/к, димедрол в/м) и инфекцией (АБ с сульфаниламидами).

2 метода: открытый и закрытый. При закрытом- мазевая повязка (вазелин масло, сульфаниламидная эмульсия и мазь Вишневского). Использовать с р-ром пенициллина и 0.25% р-ром новокаина. Сверху сухая марля, вата и укрепить бинтом.

Открытый: без применения лекарств/ с исп дубящих и коагулирующих средств.

Задача 2. Больная страдает хроническим калькулёзным холециститом с периодическими обострениями 1-2 раза в год, ожирением. После употребления жирной пищи, через 4 часа

появилась боль в левой половине живота с иррадиацией в спину, опоясывающего характера. Тошнота, рвота, не приносящая облегчения. При осмотре врача скорой помощи отмечена гиперемия лица, истеричность склер, тахикардия до 100 уд/мин, АД- 140/80, вздутие живота, вялая перистальтика, газы не отходят, симптомов раздражения брюшины нет, но в эпигастральной области пальпируется болезненный инфильтрат.

1. **Диагноз.** Острый панкреатит. Перипанкреотический инфильтрат?

2. **Исследования для подтверждения диагноза.** Оак, бак, УЗИ брюшной полости, КТ и лапароскопия.

3. **Последовательность проведения исследований.** При наличии по данным УЗИ свободной жидкости в брюшной полости показана лапароскопия; при отсутствии по данным УЗИ жидкости в брюшной полости показано дренирование желчного пузыря под контролем УЗИ или РХПГ (ретроградная холангиопанкреатография), выполнение КТ.

4. **Чем обусловлена истеричность склер?** Механической желтухой (на почве восп инфильтр, предпосылкой мб вторичный холангит и холедохолитиаз).

5. **Ваша тактика?** Применение консервативной противовоспалительной терапии, а при абсцедировании воспалительного инфильтрата - дренирование брюшной полости и сальниковой сумки.

Задача 3. У больного высокая температура до 39, ознобы, резкая потливость, боли в правой верхней половине груд кл. Положение вынужденное- полусидящее. Кашель с кровянистой зловонной мокротой. Печень выступает на 3 см из-под реберной дуги. Отмечается цианоз губ, акроцианоз. Дыхание до 28 в мин. При аускультации- справа в верх отд разнокалиберные влажные хрипы.

1. **Диагноз.** Гангрена верхней доли правого легкого (клиника выраженной, чем у абсцесса, осложн- эмпиема плевры).

2. **Какие симптомы сопровождают диагноз?** Высокая температура, полусидячее положение, боли в грудной клетке, наличием цианоза и кровянистой рвотой со зловонным запахом.

3. **Методы исследования.** Рентгенологическое обследование (отрицательная динамика).

4. **Чем обусловлено увеличение размеров печени?** Интоксикация.

5. **Тактика лечения.** Проведение катетера в правую ветвь легочной артерии/ в дренирующийся бронх для введения антибиотиков и проведенного дезинтоксикационной терапии. Лечебные бронхоскопии (промывание антисептиками).

Билет 33.

Задача 1. В отделении сельской больницы одна перевязочная. Вам необходимо перевязать двух больных. Однако после вскрытия абсцесса ягодичной области, а второго- после грыжесечения, больные приглашены в перевязочную.

1. **Следует ли в первую очередь перевязывать больного после грыжесечения?** Да.

2. **Будет ли целесообразным в первую очередь перевязать больного после абсцесса?** Нет.

3. **Следует ли перевязать того больного, который к перевязочный подошел первым?** Нет.

4. **Нужно ли принимать во внимание характер имеющейся у больных патологии и выполненных им операций перед выполнением перевязки?** При наличии одной перевязочной перевязки больным, имеющим гнойные раны, необходимо назначать процедуры на конец рабочей смены.

5. **Может ли перевязочная медсестра спросить у врача о последовательности перевязок?**

Перевязочная сестра получает список всех перевязок на день, устанавливает их очередность. Все манипуляции проводятся под присмотром/ с врачом.

Задача 3. Больная доставлена в больницу с жалобами на боль в нижней половине живота. Боли возникли внезапно по всему животу, имели постоянный характер. Нарушений стула не было. Задержки месячных нет. Сост удовл. Темп 37,8. Живот мягкий, при пальпации болезненный в нижн отд, больше справа, симптом Щёткина слабо положит. Тахикардии нет. АД 120/70. Диурез в норме, анализ крови- лейкоцитоз 13000.

- 1. Дифференциальный диагноз.** Необходимо провести между острым аппендицитом и острым воспалением придатков матки, первый диагноз более вероятен, учитывая, что боли возникли по всему животу.
- 2. О каком осложнении свидетельствует с. Щёткина- Блюмберга?** Перитонит.
- 3. Что делать для верификации диагноза?** Вагинальное и ректальное исследование, УЗИ.
- 4. Ваша тактика?** В сомнительных случаях показана лапароскопия.
- 5. Объем операции?** При подтверждении диагноза острого аппендицита, осложненного перитонитом, больной показаны лапаротомия, аппендэктомия (косым разрезом Волковича-Дьяконова в правой подвздошной области), санация (антисептиками- гипохлорит натрия) и дренирование брюшной полости.

Билет 35

Задача 2. У больного при осмотре обнаружен увеличенный, слегка болезненный желчный пузырь. Из анамнеза выяснено, что около 3 недель назад возникли острые кратковременные боли в правом подреберье. После этого больной периодически испытывает тупую боль, чувство тяжести в правом подреберье. Желтухи нет. При пальпации в правом подреберье обнаружено малоболезненное плотноэластической консистенции образование с гладкой поверхностью, перитонеальных симптомов нет. При УЗИ - резко увеличенный желчный пузырь с наличием камня в шейке; желчные протоки не расширены.

- 1. Ваш диагноз?** У больного картина острого холецистита.
- 2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать диагноз?** Диагноз необходимо дифференцировать с острым панкреатитом и опухолью гепатодуоденальной зоны.
- 3. Показано ли больному экстренное оперативное лечение?** Больному показано экстренное оперативное лечение.
- 4. Какую операцию выполняют в подобных случаях?** Больному показано выполнение холецистэктомии.
- 5. Какой прогноз заболевания?** Прогноз заболевания благоприятный при экстренном выполнении холецистэктомии.

Задача 3. У больного через 2 месяца после перенесения пульмонэктомии по поводу рака легкого резко ухудшилось общее состояние, усилилась одышка и стала нарастать. Появились боли на стороне операции, тахикардия. Температура тела поднялась до 39 градусов, появился сдвиг лейкоцитарной формулы влево. Позднее появился кашель и выделение мокроты, что в положении лежа резко усиливается.

- 1. Ваш диагноз?** Эмпиема плевры.
- 2. Какими симптомами подтверждается Ваш диагноз?** Диагноз подтверждается жалобами больного: высокая температура, боли на стороне операции, кашель с выделением мокроты, усиливающееся в положении лёжа.
- 3. Чем обусловлена температура и сдвиг лейкоцитарной формулы влево?** Причиной высокой температуры и сдвига лейкоцитарной формулы влево является интоксикация.
- 4. Какие дополнительные диагностические мероприятия надо провести?** Рентгенография легких, пункция плевральной жидкости.
- 5. Какие лечебные мероприятия необходимо выполнить больному?** Аспирация гноя с промыванием, при неэффективности – операция (торакостомия). Общеукрепляющая, дезинтоксикационная и антибактериальная терапия.

Билет 36

Задача 1. Больной с карбункулом задней поверхности шеи находится в отделении члх. Сопутствующий заболевания: сахарный диабет 2 типа, хронический пиелонефрит с почечной недостаточностью и снижением слуха.

- 1. Какие антибиотики назначить нельзя?** Группу аминогликозидов (ототоксическое действие).
- 2. Необходимые лаб обследования перед операцией?** Анализ крови на гемоглобин, лейкоциты, глюкозу в крови и моче, свертываемость, мочу на сахар.
- 3. Предоперационная подготовка?** Для снижения операционного риска при сахарном диабете (декомпенсация вследствие хирургического вмешательства, плохое заживление ран, инфекционные

осложнения, гипогликемия во время наркоза с тяжелыми последствиями и др.) необходим учет особенностей сахарного диабета, коррекция сахаропонижающей терапии в предоперационном периоде и тесное сотрудничество анестезиолога, эндокринолога и хирурга. Антибиотики.

4. Каким разрезом вскрывают карбункул почку? Раньше использовали крестообразные и H-образные разрезы, но сейчас их не используют, так как они не имеют никаких преимуществ перед обычными разрезами, но при этом создают отдельную сложную косметическую проблему.

5. Оптимальный вид обезболивания? Общее обезболивание.

Задача 3. Больной отметил нарушение прохождения пищи в конце глотания, при этом - боли за грудиной. Обратился в поликлинику, где было сделано рентгенологическое исследование и обнаружен циркулярный дефект наполнения в кардиальном отделе желудка протяженностью 1,5 см, диаметром 0,5 см. При биопсии обнаружена аденокарцинома желудка при УЗИ, рентгенографии грудной клетки, лапароскопии патологии не найдено.

1. Ваш диагноз? Рак кардиального отдела желудка (гистологич форма - аденокарцинома).

2. С каким заболеванием необходимо дифференцировать диагноз? Диагноз необходимо дифференцировать с доброкачественной опухолью, язвенной болезнью желудка (с этой целью проведена биопсия).

3. С какой целью выполнялась лапароскопия? Лапароскопия выполнялась с целью выявления и метастазов рака. Для рака желудка характерны метастазы в виде канцероматоза плевры, перикарда, диафрагмы, брюшины, сальника, в печень - по ходу воротной вены.

4. Ваше лечение? Больному показано оперативное лечение в объеме проксимальной резекции желудка.

5. Прогноз заболевания? Прогноз заболевания при выполнении радикальной операции благоприятный.

Билет 37

Задача 2. Вы пришли на консультацию в гинекологическое отделение. У больной после ампутации матки, на 8-ые сутки, на левом бедре, на её медиальной поверхности появилась локальная гиперемия и болезненность при пальпации и температура до 38 градусов. Болезненность отмечается и по медиальной поверхности голени. Отека конечности нет. Пульсация на периферических сосудах сохранена.

1. Какой диагноз у больной? Тромбофлебит поверхностных вен.

2. Какие симптомы позволяют установить данный диагноз? Диагноз подтверждается клиническими симптомами: локальная гиперемия медиальной поверхности бедра, болезненность при пальпации бедра и голени, температура до 38 градусов.

3. Какое исследование подтверждает диагноз? Выполнение УЗИ доплерографии.

4. Какова профилактика данного заболевания? Эластичное бинтование ног, применение антиагрегантов и применение препаратов улучшающие микроциркуляцию. (Аспирин по 0,5 г 3 раза в день, трентал 1 таб. 3 раза в день).

5. Какова тактика лечения данного заболевания? Лечение комплексное: консервативная терапия с применением антиагрегантов при неэффективности показана кроссэктомия – операционный способ лечения расширения вен посредством перевязывания крупного подкожного сосуда и всех его притоков.

Билет 39

Задача 2. Больной обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на ощущение тяжести, полноты в ногах, быструю утомляемость при длительном стоянии или ходьбе.

Вышеописанные жалобы проходят после того, как больная принимает горизонтальное положение. Болеет в течение двенадцати лет. При осмотре выявлено резкое расширение поверхностных вен левой голени бедра с выраженной пигментацией и трофическими нарушениями кожных покровов в дистальных отделах конечности. Там же отмечается пастозность и небольшой отек.

1. Ваш предположительный диагноз? Варикозное расширение поверхностных вен левой голени. Клинический класс 4.

Всего 6 клинических классов (CEAP)

0- нет видимых симптомов болезни вен при осмотре и пальпации, но есть характерные жалобы

1- телеангиэктазии и ретикулярные вены

2- варикозно-расширенные вены

3- отек, боли, тяжесть и быстрая утомляемость в икроножных мышцах

4- трофические расстройства (пигментация кожи, липодерматосклероз)

5- кожные изменения, указанные выше, плюс зажившая трофическая язва

6- кожные изменения, указанные выше, плюс открытая язва

Осложнения варикозной болезни: тромбоз, флебит, кровотечение из варикозных узлов, трофические язвы.

2. Какие функциональные пробы следует выполнить? • Проба Троянова-Тренделенбурга – в горизонтальном положении больной поднимает нижнюю конечность вверх. Врач прижимает большую подкожную вену бедра сразу ниже места ее впадения в бедренную вену. Не отпуская руки, просит больного встать на ноги. При отпуске руки кровь заполняет вену сверху вниз обратным током, что свидетельствует о несостоятельности клапанов поверхностных вен.

•Проба Вальсальвы - при таком методе исследования шуп доплеровского детектора находится на ноге пациента. Врач просит пациента глубоко вдохнуть, задержать дыхание и напрячься, не выдыхая воздуха. При этом давление в венах ног повышается. При выдохе давление снижается, и объем кровотока через вены увеличивается. Все эти изменения тут же отражаются на мониторе. У человека со здоровыми венами при проведении такого исследования кровоток прекращается сразу же, как только испытуемый напряжет мышцы. Это происходит потому, что давление в брюшной полости резко возрастает и передавливает проходящие там вены. Доплеровский аппарат не издает при этом ни звука.

Когда же «пробу Вальсальвы» проводят у больного с варикозно расширенными венами, аппарат в момент нахождения над неисправным клапаном издает характерное шипение, свидетельствующее о движении крови в обратном направлении.

•Маршевая проба Дельбе-Пертеса – на бедро, в вертикальном положении больного, накладывают жгут, сдавливающий поверхностные вены (пульс на артериях стопы должен оставаться неизменным). Просят больного активно походить 3-5 минут. При проходимости глубоких вен подкожные вены спадаются, при непроходимости у больного появляются боли в икроножных мышцах, вены не спадаются.

3. Какие специальные методы исследования могут уточнить диагноз? УЗДА.

4. Ваш лечебный алгоритм? Консервативное:

-устранение факторов риска варикозной болезни (коррекция образа жизни, питания, рациональное трудоустройство)

-улучшение флебогемодинамики (эластическая компрессия, лечебная физкультура)

- нормализация функций венозной сетки

-коррекция нарушений микроциркуляции, гемореологии, лимфооттока

- купирование воспалительных реакций

-флеботоники (детралекс, флебодиа 600)

- гели (Лиотон-гель)

Склеротерапия – введение в просвет сосуда склерозирующих препаратов, которые вызывают необратимые повреждения ее стенки и последующий склероз.

Хирургическое лечение – удаление варикозно трансформированных вен с последующей ликвидацией патологического вертикального и горизонтального вено-венозного рефлюкса.

5. Показана ли больному эластическая компрессия? Да.

Билет 40

Задача 1. Во время гемотрансфузии у больного появились боли в поясничной области.

1. Следует ли продолжать гемотрансфузию? Нет (весьма опасное осложнение- так называемый гемотрансфузионный шок возникает вследствие переливания несовместимой либо недоброкачественной (гемолизированной, инфицированной, перегретой, замороженной и т. п.) крови. При развитии этого осложнения реципиент жалуется на боли в пояснице и груди, нехватку воздуха, шум в ушах.

- 1-й степени шок возникает при систолическом артериальном давлении свыше 90 мм рт. ст.
- 2-я степень характеризуется давлением в диапазоне от 71 мм рт. ст. до 90 мм рт. ст.

• 3-ю степень диагностируют при систолическом артериальном давлении менее 70 мм рт. ст.

2. Следует ли прекращать гемотрансфузию? Да (т.к. при данном осложнении отмечается падение артериального давления, учащение пульса, одышка, покраснение, а затем побледнение кожных покровов. Возможны рвота, потеря сознания, расстройства функции тазовых органов. Позже наступает гематурия (вследствие гемолиза эритроцитов) и желтуха. Развиваются явления почечно - печеночной недостаточности. В ряде случаев наблюдается уремия с летальным исходом.

3. Можно ли ввести анальгетики и продолжить гемотрансфузию? Нет (т.к. анальгетики купируют болевой синдром, но не способствуют устранению главной причины).

4. Возможно ли введение антигистаминных препаратов и продолжение гемотрансфузии? Нет.

5. Следует ли в такой ситуации вызывать реаниматолога? Да. Лечебное мероприятие: рекомендуется немедленно перелить 200-300 см³ одногруппной крови, если в первые же часы выяснилось, что перелита несовместимая кровь. как можно раньше начинают вводить 4 % раствор бикарбоната натрия (содовый раствор) или лактасол (для начала реакции щелочного типа в моче, что является препятствием для образования солянокислого гематина).

Медикаментозные методы: преднизолон, эуфиллин и лазикс - триада средств, антигистаминные препараты - димедрол или тавегиа и наркотические анальгетики- промедола, также неотложная процедура.

Экстракорпоральный метод (для удаления из организма свободный гемоглобин, вывести другие продукты нарушения функций органов, образовавшиеся токсичные элементы). Коррекция функции органов и систем. Коррекция системы гемостаза. В процессе вывода из шока возможно развитие острой стадии почечной недостаточности (восстановление функции почек и коррекция водно-электролитного баланса. Иногда при необходимости переводят на «искусственную почку»).

Задача 2. На приеме в поликлинике к Вам обратился больной 68 лет с жалобами на резкие боли в левой голени, онемение стопы. При осмотре левая голень и стопа бледные, отека нет, холодная на ощупь. Пульсация на передней и задней большеберцовых артериях не определяется. Трофических нарушениях на коже нет.

1. Ваш диагноз? Тромбоз бедренной артерии- развитие облитерирующего тромба на месте измененной сосудистой стенки.

2. Какие симптомы заболевания подтверждают Ваш диагноз? Диагноз подтверждается жалобами больного на резкие боли в левой голени, онемение стопы слева и данными осмотра - отсутствием пульсации на поверхности передней и задней берцовых артерии(позволяет определить локализацию эмбола).

3. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз? Диагноз необходимо дифференцировать с облитерирующим эндартериитом.

4. Какой метод исследования подтверждает Ваш диагноз? Выполнение УЗИ доплерографии предоставляет возможность подтвердить диагноз (для визуализации сосудистой стенки, кровотока, а также степень окклюзии артерий).

5. Какое лечение показано больному? Оперативное лечение тромбоза эмболии из бедренной артерии с применением катетера Фогерти и использованием в комплексе лечения антикоагулянтов, антиагрегантов и препаратов улучшающие микроциркуляцию.