

## Задача №26

**В приёмное отделение санавиацией из геологической партии доставлен больной Ф., 29 лет.**

Диагноз: Острый разлитой перитонит, терминальная фаза. Острая почечно-печеночная недостаточность. Анемия легк ст.

Дополнительные методы: обзорная рентгенография брюшной полости, УЗИ брюшной полости, ФГДС. Лапароцентез, диагностическая лапаротомия.

консервативная терапия макс 2 часа предоперац.: АБТ, инфузионная терапия 80-110мл/кг (дезинтоксик, коррекция ВЭБ, белкового обмена). Назогастральный зонд.

❖ катетеризацию центральной вены, мочевого пузыря, желудка — правил «трёх катетеров»;

❖ струйное (при сердечно-лёгочной недостаточности — капельное) внутривенное введение низкоконцентрированных полиионных кристаллоидных растворов в объёме до 1000-1500 мл;

❖ переливание 400-500 мл коллоидных растворов для восполнения объём циркулирующей жидкости;

❖ коррекцию гемодинамики и транспорта кислорода;

❖ внутривенное применение антибиотиков широкого спектра действия.

Экстренное оперативное вмешательство. Доступ - срединная лапаротомия, удаление патологического содержимого, ревизия органов брюшной полости, выявление, изоляция и устранение патологического очага, декомпрессия киш-ка, санация брюшной полости (8-10л антисептиков). Назогастральная интубация тонкой кишки по Эбботу-Милеку 2-просветными зондами. Протяженность интубации 70-90 см дистальной связки Трейца. Завершение операции: -дренирование поддиафрагмальный, боковые карманы, боковые карманы малого таза

лапаростомия временное ушивание, программированная санация

*Первая операция*

❖ ликвидация или локализация источника перитонита;

❖ санация брюшной полости;

❖ назоинтестинальная интубация (либо другой метод декомпрессии тонкой кишки);

❖ дренирование брюшной полости;

❖ определение метода ведения лапаростомы;

❖ установление показаний к послеоперационному лаважу брюшной полости и выбор его режима.

*Повторные операции:*

❖ санация операционного поля;

❖ ревизия и санация лапаростомы (раны брюшной стенки);

❖ ревизия брюшной полости;

❖ контроль надёжности ликвидации или локализации источника перитонита;

❖ санация брюшной полости;

❖ коррекция положения интестинального зонда и дренажей брюшной полости;

❖ санация лапаротомной раны (при необходимости использовать хирургическую санацию);

❖ закрытие лапаростомы — временное или постоянное.

*п/о ведение*

- дыхательный объём менее 6 мл/кг;

❖ глюкокортикоиды: малые дозы — 240-300 мг/сут;

о активированный протеин С\*\* — 24 мкг/кг в час в течение 4 сут при тяжёлом сепсисе (APACHE II более 25 баллов);

- ❖ иммунокоррекция: заместительная терапия иммуноглобулином человека нормальным [IgG+IgA+IgM] (пентаглобин<sup>4</sup>);
- ❖ профилактика тромбоза глубоких вен;
- ❖ профилактика образования стресс-язв желудочно-кишечного тракта: применение блокаторов H<sub>2</sub>-рецепторов и ингибиторов H<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>-АТФазы;
- ❖ заместительная почечная терапия при почечной недостаточности;
- ❖ нутритивная поддержка:
  - энергетическая ценность питания — 25-30 ккал/кг в сут;
  - белок — 1,3-2,0 г/кг в сут;
  - глюкоза — 30-70% небелковых калорий с поддержанием уровня гликемии ниже 6,1 ммоль/л;
  - липиды — 15-20% небелковых калорий;
- ❖ этиотропная антибактериальная терапия.

### Задча №27

**Больной 3., 55 лет, был прооперирован в плановом порядке по поводу злокачественной опухоли левой половины толстой кишки. Выполнена левосторонняя гемиколэктомия с первичным толсто-толстокишечным анастомозом "конец - в конец".**

1. Несостоятельность анастомоза (а по дренажу нет отделяемого т. к он забился), либо парез кишечника (п\опсрационный)
2. тактика не верна, провести обследования.
3. Вероятно развитие послеоперационного пареза киш-ка. Высокий % несостоят первичн анастомоза лев полов толст кишки
4. ОАК (L-ты. СОЭ). ОАМ б\х. лапароцентез, УЗИ ОБП, обзорн рентгеногр ОБП. диагност лапароскоп, Ирригограф с Ва.
5. Тактика ведения больного—релапаротомия срединная с наложением калостомы. Санация бр полости. Программированное дренирование бр полости. В последующем реконстр операции.

### Задача №28

**Больной Т., 56 лет, бригадой "СП" был доставлен в приёмное отделение на боль в правом подреберье постоянного хар-ра с иррадиацией в обл сердца, тошноту, рвоту с примесью желчи, т 38,5С**

Диагноз: острый холецистит, ЖКБ, холедохолитиаз? механическая желтуха течение заболевания обусловлено осложнением холецистита – гнойнодеструктивными процессами пузыря, желчных протоков (холангит). ИБС. Стенокардия напряжения. СД2 типа.  
 Дополнительные методы: УЗИ (для выявления камней в желчном пузыре, протоках, выявление деструктивных процессов), РХПГ, в/в холеграфия. ФГДС если спазм сфинктера ОДДи (обтурация сфинктера камнем)-> папилосфинктеротомия. Rh ОБП.  
 Лечение: Консерват в теч 3 сут учитывая лейкоцитоз, клинику, билирубин, с-мы перитонита. оперативное вмешательство по срочным показаниям выполняется при нарастающих признаках ухудшения и усиления болей в животе, сохранении фебрильной температуры, нарастающего лейкоцитоза Оперативное лечение (холецистэктомия, холедохотомия с дренированием) состоит из удаления воспаленного желчного пузыря, обследования внепеченочных желчных путей, включая операционную холангиографию. Заканчивается наружным дренированием желчных протоков или формированием билиодигестивного анастомоза. При отсутствии показаний для холецистэктомии операцию заканчивают дренированием пузырного протока по Холстеду для разгрузки желчных путей и снятия возможного воспаления в протоках

### Задача №29

**В хирургическом отделении находится больная С, 45 лет, с жалобами на интенсивную боль в правом подреберье схваткообразного характера с иррадиацией в поясницу, рвоту. Боль в правом подреберье**

**Диагноз:** острый холецистит, ЖКБ. О. калькулёзный холецистит ? холедохолитиаз? механическая желтуха

Дифф диагноз с панкреатитом, ЯБЖ, ЯБДПК, почечная колика, вир гепатитом, описторхозом, аппендицитом.

Дополнительные методы: ОАК, ОАМ, УЗИ (для выявления камней в желчном пузыре, протоках, выявление деструктивных процессов) печени, почек, РХПГ, в/в холеграфия, ФГДС, рентгенография органов брюшной полости. Кал на я/г, а/т на описторхоз.

Лечение, Обтурационная желтуха =показание к операт. А)Холедохотомия дренирование холедоха. Б) трансдуоденальная папилосфинктеротомия при стенозе папиллите, ущемившихся конкрементах в терминальном отделе общего желчн протока. В) билиодигестивные анастомозы форм для отведения желчи из желчных протоков в тонк кишку при доброкач забол-х. Г) холецистоэнтеростомия в случае проходимости пузырного протока при неопер опухолях, закрыв просвет дистал части общ желчн протока. Д)холедохо- или гепатикодуоденостомия при опух, закрыв просвет дист части общ желч протока, рубцовых стриктурах, трубчатых стенозах его терминального отдела при хр.панкреатите. консервативная терапия в том же объеме, что и в условиях После улучшения состояния при ЖКБ, оперативное лечение в плановом порядке - холецистэктомия с интраоперационной холангиографией.

Консервативное лечение: голож, щелочное питье, дротаверин, платифилин АБТ: цефалоспорины, фторхинолоны.

### Задача №30

**В приёмное отделение санавиацией из отдалённого посёлка доставлен больной С, 35 лет, с периодически возникающими приступами тонических судорог в бессознательном состоянии. Из-за тяжести состояния, угнетения сознания продуктивный контакт с больным невозможен.**

1. Предварительный диагноз—Стеноз привратника, декомпенсированная стадия.
2. Дифференциальная диагностика—терминальная стадия перитонита; кома; ЧМТ; эпилепсия.
3. Методы исследования -ФГДС, УЗИ
4. Тактика и объём лечения (консервативное—восст электролитного баланса, т.к. у б-го электролит наруш-я: К в норме 3.1—5.3. Na в норме 130—156, С1 в норме 96—109. повышение мочевины, в норме 3,5—8,3—главн признак наруш выдел ф-ции почек-> парентеральное питание около 2 недель. Оперативное—резекция желудка.

### Задача №31

**Ни стационарном лечении в хирургическом отделении в течение 1 суток находится больной Т., 37 лет, поступивший в экстренном порядке. Жалобы на момент поступления: боль ноющего характера в эпигастральной области натошак отрыжка, изжога.**

- 1 Предварительный диагноз Язвенная болезнь обострение Желудочно-кишечное кровотечение? Анемия легк ст.
2. Лаборат методы ОАК. ОАМ. Фракционное исследование желуд сока, р-ция на скрытую кровь в кале выявление в крови АТ к хеликобактер Rh-метод— обзорная Rh-рр ОПТ Rh-контр исслед? УЗИ ОБП Эзофагогастроудоскопил (м\произ биопсию из краев и дна язвы)
- 3 Тактика течения ЯБ ДПК (диета. Преп угнетают кислотопродукцию— блок-ры Н2-рец-в (фамотдин. ранитидин). М2\_ХБ (гастроцепин). антациды. седативные блокаторы протон

помпы) Операции—Бильрот 1.2 Панкреатит (лечебное голодание, зонд, спазмолитики. антигистамин преп-ы. паранефральная блокада и блокаду чревных стволов (или в\в новокаин 0.5 %). ингибиторы протеаз (гордокс. контрикал))

4. Ваготомия стволовая с антрумэктомией. Ваготомия с дренирующей желудок операцией (пилоропластика по Жабуле, гастроэностомиа). Селективная ваготомия. Селективная проксимальная ваготомия. Резекция на выключение по Финстереру.

### **Задача №32**

**Больной Д., 28 лет, был госпитализирован в хирургическое отделение с ушибом левой половины грудной клетки. Ж на боль в гр клетке, одышку.**

Диагноз: закрытая травма грудной клетки Перелом 8 ребра слева. Левосторонний гемоторакс. Анемия легкой степени

Дополнительные методы: Рентген грудной клетки в прямой и боковой проекции, пункция плевральной полости. Лечение: 1.устранение болевого синдрома (паравертебра блокада 3-3,5 см снаружи и 1-1,5 см вниз от соотв отростка, укол длинной тонкой иглой под угл 25 гр, когда игла упрется в поперечный отросток ее извлекают обратно и направляют по нижнему краю поер отростка вливаю 10-15 мл новокаина), борьба с асфиксией, дыхательной и сердечной недостаточностью.

2 остановка внутривертебрального и легочного кровотечения, возмещение острой кровопотери и восстановление функций жизненно важных органов и систем.

3. удаление из плевральной полости крови и воздуха, полное расправление коллабированного легкого, восстановление бронхиальной проходимости, декомпрессии перикарда, предотвращение инфекционных осложнений повреждений легких и плевры. Дренирование –торакоцентез.

4. в более поздние сроки проведение восстановительных оперативных вмешательств при разрывах крупных бронхов. Местное обезболивание - паравертебральная блокада.

Пункция плевральной полости или дренирование и активная аспирация крови из плевральной полости. Показание к торакотомии:

1.продолжающееся кровотечение(250мл/час)2.тампонада сердца . 3. клапанный пневмоторакс.4. свернувшийся гемоторакс

### **Задача №33**

**Больной К., 18 лет, госпитализирован в хирургическое отделение после ДТП (2 часа) с ж на разлитую боль в спине справа, усил при дыхании, одышку, слабость.**

Диагноз: перелом 7 ребра. закрытая травма грудной клетки, правосторонний гемоторакс. Анемия легкой степени возможно. повреждение правой почки.

Дополнительные методы: Рентген грудной клетки в прямой и боковой проекции , брюшной полости, пункция плевральной полости. УЗИ почек.

Лечение: 1.устранение болевого синдрома, борьба (паравертебральная блокада). с асфиксией, дыхательной и сердечной недостаточностью. 2.остановка внутривертебрального и легочного кровотечения, возмещение острой кровопотери и восстановление функций жизненно важных органов и систем. 3. удаление из плевральной полости крови и воздуха, полное расправление коллабированного декомпрессия перикарда, предотвращение инфекционных осложнений повреждений легких и плевры 4. в более поздние сроки проведение восстановительных оперативных вмешательств при разрывах крупных бронхов. Местное обезболивание - паравертебральная блокада. Пункция плевральной полости или дренирование и активная аспирация крови из плевральной полости.

Показание к торакотомии: 1 .продолжающееся кровотечение (250мл/час) 2.тампонада сердца 3. клапанный пневмоторакс 4. свернувшийся гемоторакс

### **Задача №34**

**Больная С, 38 лет, доставлена в приёмное отделение скорой помощью. 1 час назад упала с высоты 4-го этажа. Теряла сознание. Ж на боль в нижних отделах живота, в обл таза (не может встать), тошноту, сухость во рту, слабость.**

Диагноз: Политравма. закрытая травма живота Разрыв мочевого пузыря ? перлом костей таза?

Дополнительные методы: УЗИ органов малого таза, органов брюшной полости, рентген таза, живота, цистография, пальцевое исследование прямой кишки, лапароцентез. Все возможные методы.

Лечение--- 1-й реанимац пер –борьба с шоком, комплексная терапия: стабилиз кровообр, полное обезбол, надежн иммобилизация. О2-терапия, раннее опереат вмеш-во –коррекц всех нар-х ф-ций орг. 2-й леч период – выбор оптим срока и объема хир вмеш-ва. По степени срочн-и выд-т 4 гр пострадавших: 1гр сост больные с поврежд, к-е быстр прив-т к смерти, если неоказ помощь. Это массив кровотеч при разрывах паренхимат орг-в, тампонада сердца, обшираное поврежде лекого, двойные окончатые или клапанные переломы ребер. 2 гр- б-е профузн кровотеч и глуб растр-ва дых-я с поврежд полых орг-в живота, клап пневмотор. Опер проявл в перв часы после поступл. 3-гр –б-е тяж травм ОДА без массив крочотеч. 4гр- без травм шока. Экстр срединная широкая лапаротомия, остановка кровотечения, ушивание разрывов и дефектов полых органов, резекция поврежденной части органа, санация брюшной полости.

### **Задача №35**

**Больная Т., 18 лет, на носилках скорой помощью доставлена в приёмное отделение. 2 час назад упала с лошади, ударилась животом о камень, почувств резкую боль, самот всать не могла. Ж на боль по всему животу, сухость во рту, слабость.**

Диагноз: закрытая травма живота. Гемоперитонеум. Разрыв (отрыв) селезенки?

2.Дополнительные методы: УЗИ органов брюшной полости (наличие разрывов органов, крови в брюшной полости), рентген органов брюшной полости (воздух, жидкость), пальцевое исследование прямой кишки (обнаружение крови в ампуле прямой кишки или резкая болезненность при надавливании кончиком пальца на ее переднюю стенку является признаком повреждения внутренних органов живота), лапароцентез. 3. наличие свобод жидк в бр пол- кров –причина состояния. 4.Лечение: оперативное лечение срединная лапаротомиясостоит в устранении последствий повреждения на основе принципов органосберегающих вмешательств (остановка кровотечения, ушивание разрывов и дефектов внутренних органов, резекция поврежденной части органа, санация брюшной полости путем многократного промывания ее изотоническим раствором натрия хлорида и последующего осушивания. Аутоотрасплантация селезёнки.

### **Задача №36**

**Больной Т., 42 лет, переведен из пульмонологического отделения в хир клинику. Беспокоят боли в прав половине груд клетки, кашель с мокротой, повышение т тела, ознобы, период сопрвожд проливными потами, одышка, слабость.**

Диагноз: острый метапневмонический абсцесс правого легкого сообщающийся с полостью плевры. Правосторонний пиопневмоторакс. СН 2а. ДН 3. анемия легкой степени тяжести. Осложнение абсцесса - пиопневмоторакс. (множеств абсцессы легких, гнойный плеврит),

Дополнительные методы: лабораторные методы исследования мокроты. Мокрота на БК. Бронхоскопия с чрезбронхиальной биопсией из стенки полостного образования (для исключения ракового процесса) Закупорка бронха прив к наруш очистит ф-ции ч/з бронхи. Возн деструкция бронхов, обр абсцесс, затем прорыв гноя в плевру.

Лечение: 1 неинвазивная санация легочных гнойников уменьшение отека, устранение бронхоспазма (эуфиллин, теофедрин, бронхолитин) - ингаляции с помощью небулайзерные ингаляторы, отхаркивающие средства, протеолитические ферменты

(трипсин химотрипсин) постуральный дренаж с вибромассажем АБТ (внутриканальной электрофорез) 2. трансторакальное дренирование абсцесса легкого по Мональди, дальнейшее пассивное дренирование по Бюлау. После опорожнения гнойника проводится промывание полости фракционно или постоянно капельным орошением через тонкий просвет дренажа. Показания к резекции легкого: 1. гангрена легкого. 2. осложнения острого абсцесса легкого (легочное кровотечение, массивное кровохарканье с угрозой развития легочного кровотечения) 3. хронический абсцесс легкого.

### **Задача №37**

**Больной С., 52 г., повар ресторана к хирургу от эндокринолога с Ж на частые остановки дых-я во время сна с вынужд пробужд, утрен головную боль, сонливость**

1. больной направлен на консультацию к хирургу, потому что приступы ночного апноэ обусловлены морбидным ожирением, а так как консервативное лечение без эффекта, то необходимо решать вопрос об оперативном лечении

2. ИМТ = масса тела в кг / (рост в м)<sup>2</sup> = 106 / 1,7<sup>2</sup> = 36 - ожирение 2 ст (35-39,9 кг/м<sup>2</sup>)

3. диагноз: морбидное ожирение алиментарно-конституционального характера 2ст, андронидный тип. АГ 2ст, неосложненная форма, риск 3, гипертрофия левого желудочка. Соное апноэ. Остеоартроз.

4. на фоне морб ожир развились осложнения АГ, сонное апноэ, остеоартроз (висцер жир – повыш риск дислипидемии – Аг, АС)

5. ОАК, ОАМ б/х (ЛПНП, ЛПВП, ХС, ТГ, белки) УЗИ ОБП, рентген обл, глю, тест с нагрузкой, экг.

Лечение: показания к хирургическому лечению: ИМТ больше 40 кг/м<sup>2</sup>. ИМТ 35-40 кг/м<sup>2</sup> при неэффективности консервативной терапии Вертикальная гастропластика (сохранение пассажа пищи через все отделы ЖКТ, отсутствие серьезных метаболических последствий и необходимости в постоянной заместительной терапии. К основным недостаткам относятся менее выраженная потеря массы тела).

Бандажирование желудка с регулируемым диаметром соустья. Возможно выполнить лапароскопически.

Модификация еюноилеостунтирования (длина используемой подвздошной кишки зависит от ИМТ).

Лапароскопическая гастропластика при помощи силиконового управляемого бандажа, протеза из политетрафторэтилена.

### **Задача №38**

**Больной С, 44 лет, страдающей морбидным ожирением алиментарно конституц хар-ра, СД 2 типа. 2 года назад произв операция еюно-илеальное шунтирование. Пришла на конс к хир в связи с отсут эффекта от операции.**

1. Диагноз: морбидное ожирение алиментарно-конституционального характера 3ст. состояние после еюноилеального шунтирования. СД 2 тип, компенсированный. АГ 2ст, неосложненная форма, риск 4. СН 2а. деформирующий остеоартроз коленных суставов.

2. Еюнальное шунтирование: клас вар-т на 90 см дист дуоденоеюнального перехода тощая кишка пересек и анастом в бок подвздошной в 45 см от баугиневой заслонки (ей отступили 1 метр от илеоцек угла) - малоэффект - модиф: привод отдел -20 см, анастом-ся в бок подвздош на 20 см проксим баугиневой заслонки.

3. оставлен большой участок тонк к-ка - не измен длит-ть пассажа химуса по тонк ки-ку (развились побочн эф-ты - электролитн наруш).

4 ОАК, ОАМ, б/х, коагуллограмма, УЗИ обр, экг, эндокринолог, невропатолог.

Выполнена недостаточная резекция кишки Длина приводящего отдела тощей кишки должна быть 20см, которая анастомозируется в бок подвздошной кишки на 20 см проксимальнее баугиниевой заслонки. Необходимо повторное оперативное лечение лапароскопическая гастропластика при помощи силиконового управляемого бандажа по

Кузьмину, протеза из политетрафторэтилена. Заключительным этапом является пластикокорректирующие операции, направленные на удаление избыточных кожно-жировых отложений на передней брюшной стенке, бедрах, руках, выполняется через 12-24 мес после операции на фоне стабилизации массы тела

7. предупрежд метабол осложнений (диспротеинемий, электролит наруш, витами дисбаланс) прим замест терап и набл.

### **Задача №39**

**Больной Ф.. 51 год, поступил в клинику с жалобами на сердцебиение и ощущение «перебоев сердца», сопровожда редкой слабостью, головокруж, холодным потом.**

Диагноз: фиксированная субтотальная желудочная грыжа ПОД. Недостаточность кардии, Рефлюкс-эзофагит

Основной диагностический метод - рентген (продолжение складок кардиального отдела желудка выше диафрагмы, укорочение пищевода, развернутый угол Гиса, рефлюкс контраста из желудка в пищевод). - внутрипищеводная рН -метрия, ФГДС (рефлюкс-эзофагит, рубцово-язвенные изменения в нижней трети пищевода и кардиальном отделе желудка, сниженный тонус кардиального жома. "ИБС» обусловлена рефлюкс-эзофагитом в связи с недостаточностью замыкательной функции кардии.

4. грыжа пищевода через диафрагму - показ к опер лееч (ущемление). Исключ -скользящие грыжи (аксиальные): леч конс.

5. при ущемлении.

Консервативная терапия: механически и химически щадящая пища, дробное многократное питание, последний прием пищи должен быть не позднее чем за 2-3 часа до отхода ко сну.

Антациды, вяжущие, обволакивающие, новокаин, анестезин, спазмолитики. 4 вида операции по Шалимову 1. сужение пищеводного отверстия диафрагмы и укрепление пищеводно-диафрагмальной связки 2. Гастрокардиопексия (расшир отв диафрагмы 3-4 швами м/у диафрагмы ножками суж до своих обычных размеров и эзофагокардиальный переход фикс дорсально к мыш плстинке хиатуса, восстан продольное натяжение пищевода и в то же время сохр его подвижность для отрыжки и рвоты) 3. воссоздание угла Гиса 4. фундопликация по Ниссену. Иногда крурорафию.

### **Задача №40**

**Больной Т. 60 лет с резчайшими болями за грудиной...**

Диагноз: фиксированная субтотальная желудочная грыжа ПОД.

Недостаточность кардии, рефлюкс-эзофагит.

Основной диагностический метод - рентген укорочение пищевода, развернутый угол Гиса. рефлюкс контраста из желудка в пищевод)

- внутрипищеводная рН -метрия, ФГДС (рефлюкс-эзофагит. рубцово-язвенные изменения в нижней трети пищевода и кардиальном отделе желудка, сниженный тонус кардиального жома

"ИБС" обусловлена рефлюкс-эзофагитом в связи с недостаточностью замыкательной функции кардии. Консервативная терапия-, механически и химически щадящая пища, дробное многократное питание, последний прием пищи должен быть не позднее чем за 2-3 часа до отхода ко сну. Антациды. вяжущие, обволакивающие, новокаин, анестезин, спазмолитики. 4 вида операции по Шалимову

1. сужение пищеводного отверстия диафрагмы и укрепление

пищеводно-диафрагмальной связки

2. гастроккардиопексия

3. воссоздание угла Гиса

4. фундопликация по Ниссену

### **Задача №41**

**Больная С, 39 лет, обратилась к врачу с жалобами на дисфагию - затруднение проглатывания жидкой и твердой пищи, срыгивание остатков пищи без примеси желчи, особенно ночью в горизонтальном положении, боли за грудиной, изжогу, не имеющие связи с приемами пищи, снижение массы тела.**

1. Ахалазия кардии. (Дивертикул пищевода)
2. Дивертикулит (Стеноз пищевода)
3. ФГС, КТ, МРТ (Эзофагоскопия с биопсией)
4. Консервативное лечение для купирования воспал проц. Хирургическое лечение- иссечение дивертикула. Ушивание места иссечения./ (При доброкач опухолях, т к возможно развитие осложнений—оперативное лечение (энуклеация опухоли без поврежд слиз-й) злокач—операция + лучев терапия (резекция пищевода с одномоментным наложением внутригрудного пищеводно-желудочного анастомоза в плевральной полости))
5. Оперативное
6. Ранение органов средостения. (Стеноз пищевода)

#### **Задача №42**

**Больная З, 65 лет, обратилась к хирургу с жалобами на одышку инспираторного характера, по ночам более выраженную, что больная боится внезапно задохнуться. Приступы удушья связывает с резким изменением положения тела, особенно при запрокидывании головы.**

1. ДУЗ 2 степ
2. исслед ТТТ. ТЗ. Т4. биопсия шит железы
3. Сдав. тение ш\ж трахеи, бронхов
4. Оперативное

Нельзя провод интубацию трахеи—сдавл трахеи Предпочтение—мест обезбол и в\в наркоз Выделение ж-зы д. пров-ся субфасциально. Чтоб исключить повреждения гортанного нерва, парашит ж-у тшат гемостаз Перед операцией—достичь эутиреоидное сос-е

#### **Задача №43**

**Больная Т. 36 лет. Беспокоят сильные головные боли, которые связывает с подъемом АД (причем приступ сопровождается бледностью кожных покровов и заканчивается ощущением прилива), за грудины бели, возникающие периодически после физической нагрузки, повышенная нервная возбудимость, тремор рук.**

1. Феохромоцитома.
2. В 3-х часовой порции мочи, собранной после приступа, увелич сод-е КА в 2—3 раза и более и их дериватов (ванилин миндальной к-ты. метанефрина); фарм пробы: провокационн (в\в гистамин, тирамин, глюкагон)—увел-ся КА в крови; адреналитич пробы (в\в тропafen, реджитин)—уменьш АД; КТ, МРТ, УЗИ, Ангиография. Сцинтиграфия с Иодом 131
3. нет
4. гиперт криз. ОНМК, паралич или смерть
5. Доступ по Федорову сочетает возможности вне- и внутрибрюшинного доступа к почке. Разрез начинают у края выпрямителя спины на Ур-не 12 ребра или над ним и ведут наискось вниз, затем в попер направл на пер стенку живота до наружи края прям м-цы на ур-не пупка или ниже него, Объем операции—резекция надпочечника с опухолью, эпинефрэктомия (надпочечник+окр ткани+л\у)
6. Контроль ур-ня горм акт-ти+замест горм тер-я, возмещение кровопотери и контроль гемодинамики, контроль дыхания, коагулограмма.



#### Задача №44

**Больной Г, 55 поступил с жалобами на прогрессирующее снижение веса (за 4 месяца похудел на 50 кг), боли в области сердца, сердцебиение, психоэмоциональную нестабильность, отеки нижних конечностей**

1. Диффузный токсич зоб 3 степ, тяжел форма. Тиреотоксическая миокардиопатия с нарушением ритма по типу мерцательной аритмии. НК2а—3.
2. ОАК. ОАМ, б\х крови, коагулограмма. рентген шеи и верх половины гр Кл-ки, ЭКГ, гормоны щит железы: ТТГ. Т4, Т3, УЗИ щит железы; АТ к тиреоглобулину и микросомальн фракции щит жел в крови (белково-связ иод)
3. В тяжести сост-я и разнообр симптоматики
4. Необходимо хир леч-е: зоб наруш ф-и соседа органов (смещена трахея, дистроф миок, мерц аритмия), распр-ся за грудину. Предопер подгот достиг эутиреоза—мерказолил по 0,01 г х 4 раза (40-50 мг \сут), исп-т преп лития. В-бл+ГК, за 2—3 нед до опер добавл преп сод-е иод (р-р Люголя, дииодтирозин, бетазин)—уменьш кровоточ, рыхлость и размеры щит железы, ИТТ, гемосорбция. плазмоферез. Обезбол-е в\в местное, т.к. псих возб-е. Доступ воротннкообр по Кохеру. Объем операции резекция правой доли и перешейка

#### Задача №45

**Больная Ф 47 лет, в программу обследования у терапевта по поводу гипертонической болезни было включено УЗИ брюшной полости, хотя жалоб на боли в в животе, диспептические проявления у больной не было.**

1. Киста печени. Эхинококкоз?
2. Контакт с животными (собаки, лисы, волки, кошки)
3. рентген желудка, опред его конфиг-я. смещ-ти, положения и подвижн диафрагмы, уточн предст о контурах печени или кисты при тесном контакте с ЖКТ. Рентгенография на фоне пневмоперитонеума—оценив конфигурацию передн диафр пов-тн печени. Лапароскопия. Р-ция Кацоне с внутрикожным введ-м фильтрата эхинококковой жид-тк Реакция латекс—агглютинации (сорбция Антигенов эхинококка на ионообменной смоле). КТ, МРТ, Ангиография, ЭХО.
4. Продуктами жизнедеят-ти гельминта.
5. Предопер подгот-ка. ИТТ, антигистамин Доступ—среди лапаротомия (разрез по Федорову от среди линии ниже мечевидн отростка, на 2—3 см ниже реб дуги; Разрез Курвуазье—выпуклый снизу; угловой разрез по Рно-Бранко—ниже мечев отростка и ведут по среди линии вниз, не доходя неск см до пупка, разрез поворачивают вправо и по слегка дугообр линии направл к концу 11 ребра). Объем операции, удаление паразитарных узлов или опухоль удаляется почти полностью, а оставшиеся неб участки узлов обрабатыв-т паразитотропн средствами (2—4% формалина, трипафлавин, тэпам.)
6. соблюдение правил личной гигиены.

#### Задача №46

**Больная Т., 55 лет, доставлена в приемное отделение, хирургического корпуса скорой помощью после консультации инфекциониста который исключил инфекционную патологию. Беспокоит боли давящего хар-ра средней интенсивности постоянные в прав подреберье, иррад в прав поясницу, желтуш окраш кожи и слиз, кожный зуд, тошноту, слабость, потемнение мочи.**

1. Киста печени. Альвеококкоз
2. Рентгенография на фоне пневмоперитонеума—оценив конфигурацию передн диафр пов-ти печени) Реакция латекс—агглютинации (сорбция Антигенов эхинококка на ионообменной смоле). КТ, МРТ. Ангиография. ЭХО, перитонеоскопия
- 3 опер метод
4. Предопер подгот-ка. ИТТ, атигистамин Доступ—среди лапаротомня (разрез по Федорову от среди линии ниже мечевидн отростка, на 2-3 см ниже реб дуги; Разрез

Курвуазье-выпуклый снизу, угловой разрез по Рио-Бранко- ниже мечев отростка и ведут по средни линии вниз, не доходя неск см до пупка, разрез поворачивают вправо и по слегка дугообр линии направл к концу 11 ребра). Объем операции: удаление паразитарных узлов или—опухоль удаляется почти полностью, а оставшиеся неб участки узлов обрабатыв-т паразитотропными средствами(2-4% формалина, трнпафлавин. тэтам)

5 Особенности ведения послеоперационного периода.

#### **Задача №47**

**Больной И. 56 лет поступил в хирургическое отделение в неотлож порядке с жалобами на наличие болезненного образования в паховой области справа, на тошноту, рвоту, неотхождение газов, Начал, заболевания связывает с физической нагрузкой (перебрасывал снег).**

1. Разлитой перитонит, некроз ущемленного участка тонкого киш-ка
2. Ретроградное ущемление киш петли.
3. Тактические ошибки: при ретроградном ущемлении 2 кишечные петли грыжевом мешке, а которая м\у ними—в брюш полости, хирург ее н. осмотрел—она некротизир-сь
4. Повторная операция, резекция тонкого к-ка в пределах здоровых тканей.

#### **Задача №48**

**Больной И. 38 лет поступил в хирургическое отделение МГБ1 с жалобами на слабость, боли в животе, наличие болезненного образования в пах обл слева, на тошноту, рвоту, высок темпер, ознобы. Заболел на работе (раб строителем)**

1. ущемление кос пах грыжа слева. Острый Перитонит?
2. диф д-з с неврправимой грыжей. Отсут напряж грыж выпячивания, нет резкой бол-ти, сохр-ся кашлев толчок. Общ сост удовл. С пах лимфоаденитом, с капростазом (завзив медленно у б-х пожилого возраста, страд-х растр моторн д-ти ЖКТ, отсут классич с-мы ущемл, боль не интенсив, на 1 месте – зад-ка стула и газов, напряж грыжа выпяч не выраж, с-м кашлевого толчка полоит), с перитонитом, с кистой семенного канатика, с натечным абсцессом, метастазами опухолей, водянкой яичка.
3. хир леч.
4. грыжесечение, резекция уч-ка к-ки в пред здоров ткани, дренаж брюшн полости (пластика по Бассини –укрепл задн стенки –внутр кос попер м-ца с попер фасцией подшив к пах связке. Сверху –семен канатик и затем края наружн апоневроза, нар косой м-цы сшив-ся край в край над семен канатиком).

#### **Задача № 49**

**Больной П. 32 лет обратился в центр амбулаторной хирургии с жалобами на период возник выпяч в пах обл слева при длит ходьбе и физ нагрузке.**

1. Левосторонняя неущемленная косая паховая грыжа.
2. Необходимо определить форму и размеры грыжи. При пальпации определить поверхность, консистенцию грыжевого выпячивания. Необходимо выполнить пальцевое исследование наружного отверстия пахового канала. Подготовка к опер леч-ю.
3. Лечение - хирургическое - пластика пахового канала. Способ пластики зависит от вида грыж. По бассини-укрепл зад стенки- внутр кос попер м-ца с попер фасц подшив к пах связке. Сверху – семен канатик и затем края наруж апоневроза, нар косой м-цы сшив-ся край в край над семен канатиком). Метод шулдайса- укрепл задней стенки дубликатурой поперечной фасции
- 1 Ограничение физической нагрузки в течении 1,5 месяцев.
2. Прогноз заболевания благоприятный.

#### **Задача № 50**

**Обратилась 45-летняя женщина с жалобами в правой голени, головную боль, слабость, разбитость. Более 2 суток, начало заб-я связ с простудн фактором. Темпер по вечерам до 39.**

1.Ds: Рожа. Буллезно - геморрагическая форма .Средняя степень тяжести. (Рожистое воспаление правой голени, эритематозно-булёзная форма. СД 2типа. Ожирение 3 ст (рост 100-15=60 кг, а вес 92 кг больше чем на 50%)

2.Больную следует госпитализировать в инфекционное отделение. При наличии гнойных осложнений в хирургическое отделение. (нет).

3. Лечение - Rp .: Benzylpenicillini - natrii 250 00 ED D.T.d.N12 S. По 3000000 ED в сутки в течении 5-7 дней. Rp.: Tab Acidi acetylsalicylici 0,5 N. 10 D. S. По 1 таблетке 3 раза в день после еды . Rp .: Sol. Suprastini 2 % 1 ml D.t. N 5 in ampull. S. По 1 мл. 1 раз в день внутримышечно .

Участок поражения облучают УФО светом. В период реконвалесценции УВЧ .Для профилактики рецидивов важное значение имеет гигиеническое содержание кожи, лечение грибковых заболеваний кожи , борьба с лимфостазом , венозным стазом .Санация очагов хронической инфекции (миндалины , зубы) ,в некоторых случаях используют бицилинопрофилактику. (высококалорийная диета растит-молоч с высок сод витаминов. Местно – повязка с синтомициновой эмульсией, стрептомициновой суспензией или тетрацикл мазью, иммобилизация, АБГ- полусинт ПЦ, ТЦ).