

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ЗАДАЧИ 5 курс лечебный факультет
(гастрохирургия)

Задача №1

Больной 40 лет доставлен в больницу по экстренным показаниям с жалобами на обильную кровавую рвоту, слабость, головокружение. Заболел внезапно, около часа назад, когда появились вышеописанные жалобы. Из анамнеза выяснено, что длительное время злоупотреблял алкоголем, последний прием алкоголя – накануне вечером. При обследовании: легкие и сердце в пределах возрастной нормы, язык влажный, покрыт желтовато-коричневым налетом, при осмотре живота - печень не пальпируется, обращает на себя внимание увеличенная селезенка.

1. О каком источнике кровотечения можно думать?
2. Какие методы остановки кровотечения можно применить?
3. Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
4. Какими исследованиями можно подтвердить диагноз?
5. Какова дальнейшая тактика?

Задача №2

Больная П., 34 лет, доставлена в клинику с жалобами на увеличение живота в объеме, общую слабость, потерю массы тела. Из анамнеза известно, что в течение 5 лет страдает вирусным гепатитом «С». Впервые отметила увеличение живота около 4-х недель назад, размеры живота постепенно увеличивались. Объективно: живот увеличен в объеме, в отлогих местах живота перкуторно определяется жидкость. Печень расположена на 4 см ниже реберной дуги, край ее плотный.

1. Предварительный диагноз?
2. Какое дообследование необходимо?
3. Развитием какого осложнения опасна данная патология?
4. Лечебная тактика.
5. Принципы медикаментозной терапии при данной патологии.

Задача №3 Больная 28 лет, доставлена в клинику по срочной помощи с жалобами на рвоту кровью, общую слабость, головокружение.

Объективно: язык влажный, обложен коричневатым налетом, живот не вздут, пальпаторно безболезненный, печень увеличена незначительно (на 2 см ниже реберной дуги), перкуторно жидкость в отлогих местах брюшной полости не определяется.

На ФГС определяются варикозно расширенные вены пищевода 3 степени, поступление крови из них.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Что необходимо предпринять в данной ситуации в первую очередь?
3. План дальнейшего обследования.
4. Показания к оперативному лечению.
5. Принципы оперативного вмешательства при данной патологии.

Задача №4

Через 3 года после холецистэктомии по поводу желчнокаменной болезни, хронического калькулезного холецистита у больного П., 34 лет, появились нерезкие боли в правом подреберье. Через 2 дня после появления болей отметил появления желтушности кожных покровов, потемнение мочи. При поступлении жалуется на тянущие боли в правом подреберье, кожный зуд.

1. Предварительный диагноз.

2. Какое обследование необходимо для уточнения диагноза?
3. С какими заболеваниями будет проводиться дифференциальная диагностика?
4. Дальнейшее лечение
5. В каком случае необходимо оперативное лечение?

Задача №5

При внутривенной холецистографии у больной Е., 45 лет, перенесшей холецистэктомию по поводу ЖКБ, хронического калькулезного холецистита 2 года назад, в проекции удаленного желчного пузыря определяется небольшое образование, напоминающее желчный пузырь. В клинике преобладают боли в правом подреберье. Из анамнеза известно, что боли появились около месяца назад, постепенно усиливались.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо применить?
3. План дальнейшего лечения.
4. В каком случае необходимо оперативное лечение?
5. Какую медикаментозную терапию следует назначить в послеоперационном периоде?

Ответ №5

1. ПХЭС, длинная культя пузырного протока.
2. УЗИ, РПХГ.
3. Назначение консервативной терапии: анальгетиков, спазмолитиков
4. При неэффективности консервативной терапии.
5. Послеоперационно- а/б, инфузионную терапию, спазмолитики, анальгетики.

Задача №6

Больного И., 35 лет, через 6 месяцев после ушивания перфоративной язвы 12-перстной кишки стало беспокоить чувство тяжести в эпигастрии после еды, к вечеру для облегчения состояния часто вызывает рвоту. В рвотных массах остатки утренней пищи. При рентгеноскопии желудка через сутки после приема бариевой взвеси остатки ее в межскладочных промежутках желудка. За последние 3 недели отметил потерю в весе на 3 кг.

1. Ваш диагноз?
2. Какова тактика лечения?
3. Какова предоперационная подготовка?
4. Какую медикаментозную терапию необходимо назначить больному после операции?
5. Классификация болезней оперированного желудка (органических).

Ответ №6

1. Язвенная болезнь ДПК, состояние после перфорации, ушивания перфорации, осложненная стенозом в стадии декомпенсации.
2. Оперативное лечение – резекция желудка.
3. Промывание желудка на ночь, инфузионная терапия, коррекция внутренней среды.
4. Инфузионная терапия, антибиотики, анальгетики.
5. Пострезекционные синдромы

Органические (пептическая язва гастроэнтероанастомоза, желудочно-ободочный кишечный свищ, синдром приводящей петли, рубцовые деформации и сужение анастомоза, ошибки в технике операции, пострезекционные сопутствующие заболевания (панкреатит, энтероколит, гепатит).

Задача №7(55a)

У больного Ч., 23 лет, после резекции желудка, произведенной 1,5 года назад по поводу язвенной болезни ДПК, осложненной кровотечением, стали появляться выраженные приступы слабости после приема пищи, особенно сладкой и молочной, слабость продолжается от 30 минут до часа, сопровождается чувством жара, тошнотой, головокружением, иногда умеренными болями в эпигастрии.

1. Ваш диагноз?
2. Какую пробу необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. Какое дообследование необходимо?
4. Лечебная тактика.
5. Классификация болезней оперированного желудка (функциональных).

Ответ №7

1. Болезнь оперированного желудка, демпинг-синдром.
2. Проба с глюкозной нагрузкой.
3. Рентгеноскопия желудка, УЗИ органов брюшной полости, гликемический профиль.
4. При легкой и средней степени – консервативное лечение, при тяжелой степени – реконструктивная резекция желудка.
5. Пострезекционные синдромы
Функциональные(демпинг-синдром, гипогликемический синдром, пострезекционная астения, синдром малого желудка, синдром приводящей петли, гастро-эзофагеальный рефлюкс, щелочной рефлюкс-гастрит, пищевая аллергия)

Задача №8

Больного Р., 28 лет, через 6 месяцев после резекции желудка по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки, осложненной профузным желудочным кровотечением, вновь стали беспокоить боли, связанные с приемом пищи, ниже левого подреберья, изжога. Болевой синдром значительно сильнее по силе, чем до операции, плохо купируется противоязвенными и обезболивающими препаратами. Кроме того, почти после каждого приема пищи, особенно сладкой и молочной, бывают выраженные приступы слабости, укладывающие больного в постель. Слабость после еды иногда продолжается больше часа. Временами бывают поносы. Больной после операции потерял в весе 6 кг.

1. Ваш диагноз?
2. Какое дообследование необходимо?
3. От чего будет зависеть лечебная тактика?
4. Какое медикаментозное лечение возможно?
5. Показания для оперативного лечения?

Ответ №8

1. Болезнь оперированного желудка, демпинг – синдром. Хронический панкреатит. Пептическая язва ГЭА? Болевой синдром.
2. Гликемический профиль, УЗИ органов брюшной полости, ФГС, рентгеноскопия желудка, проба с глюкозной нагрузкой, б/х крови, рН-метрия..
3. От находок при дообследовании(эндоскопической картины, от наличия объемного образования поджелудочной железы (инсулинома), от скорости эвакуации пищевых масс из культи желудка).

4. Спasmалитики, анальгетики, диетотерапия, ферменты поджелудочной железы.
5. Неэффективность консервативной терапии, нарастание болей.

Задача №9(56в)

У больного 32 лет на 5-й день после резекции желудка по поводу прободной язвы 12-перстной кишки после еды появилось чувство тяжести и боли тупого характера в правом подреберье, через 20 минут обильная рвота желчью (более стакана), в последующем рвоты желчью стали повторяться почти после каждого приема пищи. Больной стал терять в весе, так как боялся принимать пищу. При осмотре живот умеренно вздут в правой половине выше пупка, умеренно болезненный при пальпации, здесь определяется шум плеска. При рентгенографии культи желудка несколько растянута, бариевая взвесь заполняет приводящую петлю почти до ушитой культи 12-перстной кишки и долго задерживается здесь. Из культи желудка барий свободно опорожняется по отводящей петле.

1. Предварительный диагноз?
2. Какова лечебная тактика?
3. План дообследования.
4. Показания к оперативному лечению
5. Какие препараты необходимо назначить в послеоперационном периоде?

Ответ№9

1. Болезнь оперированного желудка, синдром приводящей петли.
2. Оперативное лечение – редуоденизация.
3. ОАК, ОАМ, б/х крови.
4. При рентгенологическом исследовании обнаружены признаки стаза в приводящей петле., боль , рвота, потеря массы тела.
5. Антибиотики, инфузионную терапию, анальгетики, спазмолитики.

Задача №10

У больного Г., 40 лет, в течение 10 лет страдавшего язвой пилородуоденального отдела желудка, 4 года назад произведена двухсторонняя стволовая ваготомия с пилоропластикой типа Гейнике-Микулича. Первые 2 года чувствовал себя хорошо, а затем стали вновь появляться боли в эпигастральной области, изжога, отрыжка кислым. Боль связана с приемом пищи, возникает через 40 -50 минут.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие обследования необходимо произвести больному?
3. Принципы медикаментозного лечения.
4. Перечислите показания к оперативному лечению при данной патологии.
5. Принципы хирургического лечения.

Ответ№10

1. Постваготомический синдром. Состояние после двухсторонней ваготомии. Рецидив язвы. Рефлюкс-эзофагит.
2. УЗИ, ФГС, рентгеноскопия желудка, интрагастральная рН-метрия.
3. Антацидные препараты, спазмолитики, антисекреторные препараты.
4. Неэффективность консервативной терапии, рецидив язвы, наличие осложнений язвенной болезни.
5. Резекция желудка в различных модификациях.

Задача №11(55в)

Больной 45 лет, 15 лет назад оперирован по поводу каллезной язвы малой кривизны желудка (сделана резекция 2/3 по Гофмейстер-Финстереру). Все эти годы отмечал большую слабость, быструю утомляемость на работе, временами резкую слабость через 15 минут после еды продолжительностью 10-20 минут, иногда через час после приема пищи также возникала резкая слабость, сопровождающаяся дрожью в руках и ногах и чувством голода. Слабость проходила после любой еды. За последние 3 месяца стал худеть (потерял в весе 5 кг), быстрее устает на работе, приходя домой, сразу ложится в постель, снизился аппетит, беспокоят чувство тяжести в левом подреберье после еды.

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы данному больному для уточнения диагноза?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Тактика при уточнении диагноза?
4. Каковы принципы консервативной терапии?
5. Принципы хирургической коррекции данной патологии.

Ответ№11

1. УЗИ, ФГС, рентгеноскопия желудка, гликемический профиль, б/х крови, глюкозная нагрузка.
2. Болезнь оперированного желудка, синдром агастральной астении. Демпинг-синдром.
3. Консервативная терапия, при безуспешности- оперативное лечение.
4. Диетотерапия, спазмолитическая терапия, коррекция внутренней среды.
5. Реконструктивная резекция желудка, направленная на замедление эвакуации из желудка.

Задача№12

У больного А., 67 лет, около месяца назад постепенно появилась механическая желтуха, при обследовании было выявлено расширение внутрипеченочных желчных протоков, была произведена холангиостомия под УЗ-контролем. Поступает для оперативного лечения. Биохимические показатели крови в пределах нормы. Во время операции несколько увеличен желчный пузырь, холедох расширен до 11 мм, определяется опухоль головки поджелудочной железы диаметром до 2 см, метастазов нет.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой метод интраоперационной верификации диагноза необходим?
3. Какую операцию следует сделать?
4. Какую медикаментозную терапию необходимо назначить больному в послеоперационном периоде?
5. Какие рекомендации следует дать при выписке?

Ответ№12

1. Объемное образование головки поджелудочной железы, механическая желтуха. Состояние после холангиостомии под УЗК.
2. Пункция опухоли поджелудочной железы под УЗК.
3. Панкреатодуоденальную резекцию.
4. Инфузионная терапия, анальгетики, спазмолитики, антибиотики, антиферментные препараты, при назначении энтерального питания – ферменты поджелудочной железы.

5. Соблюдение диеты, ограничение физической нагрузки 6 месяцев, наблюдение и лечение у онколога, УЗИ-контроль каждые 3 месяца.

Задача №13(506)

Во время операции больной А, 78 лет, по поводу механической желтухи обнаружена опухоль поджелудочной железы (высокодифференцированная аденокарцинома), метастазы ее в печень, забрюшинное пространство. Холедох расширен до 1,2 см. Месяц назад больному была произведена холангиостомия под УЗ-контролем. На фистулографии до операции: сброс контраста в ДПК не отмечается.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Каковы дальнейшие действия хирурга?
3. Как тактически необходимо поступить с холангиостомой (удалить во время операции или в послеоперационном периоде)?
4. Какую терапию следует назначить больному в послеоперационном периоде?
5. Какие рекомендации необходимо дать больному при выписке?

Ответ№13

1. Рак головки поджелудочной железы, механическая желтуха, состояние после холангиостомии под УЗ-контролем.
2. Наложение билиодигестивного анастомоза.
3. Оставить для контроля: проведения фистулографии в послеоперационном периоде, при адекватном сбросе контраста в кишечник – удаление.
4. . Инфузионная терапия, анальгетики, спазмолитики, антибиотики, заместительная ферментная терапия при назначении энтерального питания– ферменты поджелудочной железы.
5. Наблюдение у онколога по месту жительства, симптоматическая терапия, ограничение физической нагрузки 6 месяцев, соблюдение диеты, контроль б/х крови.

Задача №14(42a)

Больной Н., 45 лет, поступил в клинику с жалобами на периодически возникающие боли в правом подреберье, эпигастриальной области, возникающие после погрешности в диете. Из анамнеза известно, что впервые подобные боли возникли около года назад, лечился стационарно, при обследовании на УЗИ обнаружены признаки ЖКБ, хронического калькулезного холецистита. В течение года приступы болей повторялись дважды, последнее обострение – 3 месяца назад.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова лечебная тактика?
3. Какую терапию необходимо назначить больному в послеоперационном периоде?
4. Какие рекомендации следует дать больному при выписке?
5. Какие осложнения могут возникнуть в раннем и отдаленном послеоперационном периодах?

Ответ№14

1. ЖКБ, хронический калькулезный холецистит.
2. Плановая лапароскопическая холецистэктомия.
3. Анальгетики, спазмолитики, антибиотики.

4. Ограничение физической нагрузки 2 месяца, соблюдение диеты и режима питания.
5. В раннем – кровотечение из пузырной артерии, истечение желчи из культи пузырного протока, из ложа пузыря, в позднем – постхолецистэктомический синдром.

Задача №15

Больная Ф., 35 лет, поступает в ОКБ№1 в порядке срочной помощи с жалобами на интенсивные боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 37,4°C, сухость во рту, общую слабость. Вышеописанные жалобы появились накануне, после приема жирной пищи. Раньше болей в правом подреберье не отмечала. Мать больной была прооперирована по поводу ЖКБ, калькулезного холецистита в возрасте 42 лет.

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. Какова лечебная тактика?
4. Какие лекарственные препараты необходимо назначить больной?
5. Перечислите возможные варианты оперативного лечения в зависимости от течения заболевания

Ответ№15

1. Острый холецистит (калькулезный?)
2. УЗИ, лейкоциты, амилаза крови.
3. Консервативная терапия, при отрицательной динамике – оперативное лечение (ЛХЭ, при невозможности-открытая операция). При успешности консервативной терапии и наличии конкрементов – ЛХЭ в плановом порядке.
4. Папаверин, анальгин, димедрол, цефазолин, инфузионная терапия.
5. ЛХЭ в срочном порядке в случае отрицательной динамики, ЛХЭ в плановом порядке, открытая холецистэктомия.

Задача №16

Больной П., 56 лет, поступил с жалобами на боли в правом подреберье, эпигастральной области. Боли появились остро, около 3-х дней назад, после физической нагрузки. Около двух дней назад обратил внимание на потемнение мочи. При осмотре: отмечается иктеричность склер. Язык влажный. Живот не вздут, пальпаторно мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Со слов больного, при профосмотре на УЗИ год назад обнаружены конкременты в желчном пузыре.

1. Каков диагноз?
2. Какие исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. Сформулируйте алгоритм лечения больного.
4. Принципы медикаментозной терапии?
5. Какие рекомендации необходимо дать больному при выписке?

Ответ№16

1. Механическая желтуха.
2. УЗИ органов брюшной полости, ФГС, б/х анализ крови, маркеры вирусных гепатитов.
3. 1.РПГХ.2.Лапароскопическая холецистэктомия или открытая холецистэктомия.
4. Спазмолитики, гепатотропная терапия, антибиотики, витаминотерапия.
5. Соблюдение диеты, ограничение физической нагрузки.

Задача №17

Больной Р., 78 лет, поступил в клинику с жалобами на общую слабость, снижение аппетита, кожный зуд, потерю массы тела за последние 6 недель на 4 кг. При осмотре: кожные покровы иктеричные, тургор кожи снижен. Язык влажный. Живот мягкий, в дыхании участвует равномерно, при пальпации в правом подреберье определяется увеличенный, безболезненный желчный пузырь. Перитонеальные симптомы отрицательные. Физиологические отправления не нарушены.

1. Какие данные необходимо уточнить из анамнеза?
2. Какие дополнительные исследования необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. Какой способ лечения необходимо использовать при обнаружении расширения внутрипеченочных желчных протоков?
4. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
5. Какова лечебная тактика?

Ответ №17

1. Динамику появления желтушности, потерю массы тела, снижение аппетита, отвращение к пище.
2. УЗИ, ФГС, б/х крови, маркеры вирусных гепатитов.
3. Холангиостомию под УЗ-контролем.
4. ЖКБ, вирусные гепатиты, рак поджелудочной железы, рак БДС.
5. Постановка холангиостомы, консервативная терапия, оперативное лечение при нормализации б/х крови.

Задача №18

Больной М., 48 лет, в течение 5 лет страдает хроническим панкреатитом, с обострениями 1-2 раза в год. За последние 4 месяца приступы болей участились, периодически на фоне болей отмечалось повышение температуры тела до 37,4°C. При обследовании на УЗИ: структура поджелудочной железы диффузно неоднородная, вирсунгов проток до 9-10 мм в диаметре, имеет «четкообразную» форму, в просвете его лоцируются множественные гиперэхогенные включения 2-4 мм в диаметре.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Показания к оперативному лечению
3. План предоперационной подготовки
4. Какие осложнения могут возникнуть в послеоперационном периоде?
5. Какие рекомендации необходимо дать при выписке?

Ответ №18

1. Хронический калькулезный панкреатит, обострение, гипертензия вирсунгова протока.
2. Болевой синдром, конкременты поджелудочной железы, признаки нарушения оттока из поджелудочной железы (гипертензия вирсунгова протока)
3. Предоперационная подготовка (антибиотики, спазмолитики, анальгетики, инфузионная терапия), дообследование ФГС, анализы крови и мочи.
4. Несостоятельность панкреатоеюноанастомоза, острый панкреатит. В позднем п/о периоде возможно развитие сахарного диабета.
5. Соблюдение диеты, ограничение физической нагрузки, заместительная ферментная терапия (ферменты поджелудочной железы)

Задача №19

Больная К., 26 лет, страдает хроническим панкреатитом около двух лет.

Обострения 2-3 раза в год, как правило, на фоне погрешности в диете. Поступила в клинику с жалобами на жидкий стул 3-4 раза в сутки, вздутие живота после еды, спастические боли диффузно по всему животу, больше к вечеру, потерю массы тела за 4 месяца на 3,5 кг. Вышеописанные жалобы появились около 5 дней назад, после того как больная съела копченую колбасу.

1. Между какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
2. Каков план дообследования?
3. Лечебная тактика.
4. Какие препараты ферментов поджелудочной железы Вы знаете?
5. Какие варианты дальнейшего течения заболевания возможны?

Ответ №19

1. Диф. диагноз между острой кишечной инфекцией, синдромом раздраженного кишечника, спастическим колитом, хроническим панкреатитом.
2. Б/х анализ крови, УЗИ, ФГС, копрограмма.
3. Консервативная терапия (ферменты поджелудочной железы, спазмолитики, диетотерапия)
4. Мезим-форте, панкреатин, панцитрат, креон, пензитал и др.
5. Переход в состояние ремиссии, прогрессирование с развитием кисты поджелудочной железы, возможно развитие калькулезного панкреатита. При прогрессировании процесса может развиваться сахарный диабет.

Задача №20

При УЗИ у больного Р., 42 лет, обнаружена киста поджелудочной железы размерами 25*44 мм в проекции хвоста. Субъективно в течение 5 месяцев беспокоят боли в эпигастрии умеренной интенсивности. Из анамнеза известно, что страдает хроническим панкреатитом в течение 2 лет, год назад на фоне значительного обострения – повышение температуры тела, интенсивных болей в эпигастрии, тошноты – находился на стационарном лечении. После этого диету не соблюдал.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое дообследование необходимо?
3. Какова лечебная тактика?
4. Перечислите показания к оперативному лечению.
5. Какую медикаментозную терапию необходимо назначить больному в случае назначения консервативной тактики?

Ответ №20

1. Хронический кистозный панкреатит (киста в проекции хвоста), обострение.
2. Б/х анализ крови, гликемический профиль, ФГС.
3. Пункция кисты под УЗ-контролем, склерозирующая терапия, УЗ-контроль, при отсутствии положительной динамики – дренирование под УЗК, фистулография.
4. Отсутствие положительной динамики (размеры кисты не уменьшаются), болевой синдром, связь кисты с протоком.
5. Спазмолитики, анальгетики, ферментные препараты поджелудочной железы

Задача №21

Больной П., 43 лет, страдает хроническим панкреатитом около 6 лет, с обострениями до 4 раз в год. 2 месяца назад на УЗИ, произведенному по поводу болей в эпигастрии, обнаружена киста головки поджелудочной железы 2*3 см. Киста была дренирована под УЗ-контролем. Больной поступает с дренажом, отделяемое – светлая жидкость, до 50-70 мл в сутки. Температура тела нормальная, боли в эпигастриальной области на беспокоят.

1. Каков диагноз?
2. Какова лечебная тактика?
3. В каком случае необходимо оперативное лечение?
4. Какую операцию необходимо произвести больному?
5. Какую медикаментозную терапию необходимо назначить больному в послеоперационном периоде?

Ответ №21

1. Хронический кистозный панкреатит, киста головки поджелудочной железы. Состояние после дренирования кисты под УЗК.
2. Фистулография, при уменьшении полости кисты – удаление дренажа, при отсутствии положительной динамики – оперативное лечение.
3. При обнаружении связи с протоком – оперативное лечение.
4. Наложение цистоеюноанастомоза, в случае расширения вирсунгова протока – панкреатоеюноанастомоз.
5. Антибиотики, анальгетики, инфузионную терапию, спазмолитики, при назначении энтерального питания – препараты ферментов поджелудочной железы.

Задача №22

Больной П., 38 лет, обратился в клинику с жалобами на тупые тянущие боли в правом подреберье. Из анамнеза известно, что впервые появление болей отметил около 2 месяцев назад, боли постепенно усиливались.

При обследовании на УЗИ обнаружено в правой доле печени округлое гипозоногенное образование до 60 мм в диаметре, с четкими контурами. Размеры печени не увеличены. Патологии других органов брюшной полости не обнаружено.

1. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие обследования необходимы?
3. Дальнейшая лечебная тактика?
4. Какие осложнения могут возникнуть при хирургическом лечении?
5. Какая медикаментозная терапия необходима больному в до- и послеоперационном периодах?

Ответ №22

1. Диф.диагноз между кистами печени и опухолями.
2. Тест латекс-агглютинации, реакции непрямои гемагглютинации, реакция Кацони, общий анализ крови, необходимо также уточнить анамнез.
3. Пункция образования под УЗ-контролем. Далее возможно хирургическое удаление капсулы кисты.
4. Если киста эхинококковая, то при удалении кисты или ее пункции возможно обсеменение брюшной полости, поэтому сразу при пункции в полость кисты вводится глицерин. При удалении капсулы кисты возможно кровотечение из паренхимы печени.

5. В предоперационном периоде – анальгетики, в послеоперационном периоде – антибиотики, анальгетики, инфузионная терапия.

Задача № 23

При плановом обследовании больной М., 23 лет, на УЗИ обнаружено объемное образование печени в проекции V сегмента округлое, размерами 45*30 мм. Размеры печени не увеличены, эхоструктура и плотность не изменены. Субъективно жалоб на боли, дискомфорт в правом подреберье больная не предъявляет.

1. Каков предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
3. Лечебная тактика.
4. В каком случае необходимо оперативное лечение?
5. Классификация объемных образований печени.

Ответ №23

1. Объемное образование V сегмента печени.
2. Кисты и опухоли печени (добро- и злокачественные).
3. Более детальное УЗ-исследование, если больше данных за гемангиому, то пункция под УЗК не требуется, если образование тканевой плотности, то необходима пункционная биопсия под УЗК. При обнаружении злокачественного новообразования – оперативное лечение (резекция печени или гемигепатэктомия). Если образование доброкачественное, то необходимо наблюдение у хирурга, УЗ – контроль 1 раз в 6 месяцев.
4. В случае подтверждения диагноза злокачественного новообразования (что в данном случае сомнительно, т.к. нет субъективных жалоб), в случае доброкачественной природы – если при УЗ- контроле отмечается быстрое увеличение образования, в случае появления выраженных субъективных жалоб.
5. Классификация объемных образований печени.
Кисты (в том числе паразитарные), абсцессы, опухоли (доброкачественные: гемангиомы, гепатоаденомы, холангиогепатомы; злокачественные: рак печени, саркома, маланома; вторичные опухоли-метастазы из других органов)

Задача №24

Больной В., 68 лет, поступает в клинику с жалобами на тянущие боли в правом подреберье, общую слабость, снижение аппетита, потерю массы тела. Объективно: тургор кожи снижен, кожные покровы бледноватые, язык влажный. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье. При обследовании на УЗИ обнаружено гиперэхогенное образование левой доли печени размерами 54*23 мм, с неровными контурами.

1. Какие данные из анамнеза необходимо уточнить?
2. Каков предварительный диагноз?
3. План дообследования?
4. Каким образом можно верифицировать диагноз?
5. Лечебная тактика.

Ответ №24

1. Необходимо уточнить динамику появления жалоб, скорость потери массы тела, имеется ли тошнота, отвращение к пище.
2. Объемное образование левой доли печени (скорее всего, злокачественное).

3. Пункционная биопсия образования под УЗК, а также общеклиническое обследование (ОАК, ОАМ, б/х крови, рентгеноскопия легких), УЗИ органов брюшной полости, ФГС.
4. Гистологически, цитологически.
5. Если новообразование злокачественное и первичное по локализации в печени, в случае резектабельности – гемигепатэктомия левосторонняя, если обнаруживается первичный очаг, а в печени – метастаз, то при необходимости выполняется паллиативная операция.

Задача №25

Больной К., 36 лет, поступает в клинику в порядке срочной помощи с жалобами на боли в животе, больше слева.

Из анамнеза: получил травму в ДТП около 1 часа назад, подробностей не помнит. Объективно: АД 80/60 мм.рт.ст., гемодинамика нестабильная, со склонностью к гипотонии, кожные покровы бледные, влажные. Живот не вздут, болезненный в левых отделах, где отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки. Перкуторно в левых отделах живота отмечается притупление звука.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Лечебная тактика.
3. В каком случае возможна аутогемотрансфузия?
4. Какая инфузионная терапия необходима больному?
5. Какую медикаментозную терапию следует назначить в послеоперационном периоде?

Ответ №25

1. Закрытая травма брюшной полости. Разрыв селезенки? Внутрибрюшное кровотечение.
2. Лапаротомия, одновременно – стабилизация ОЦК.
3. В случае наличия в брюшной полости негемолизированной крови.
4. Эр.масса, плазма, полиглюкин, плазмозамещающие растворы.
5. Антибиотики, спазмолитики, анальгетики.

Задача №26

Больная Ф., 35 лет, поступила в клинику в плановом порядке с жалобами на тянущие боли в левом подреберье, повышение температуры тела до 38°C. Впервые появление болей отметила около 1 месяца назад, постепенно нарастали, повышение температуры тела – 2 дня назад. На УЗИ: контур селезенки деформирован в проекции верхнего полюса, где определяется округлое образование до 34 мм в диаметре.

1. Какие данные анамнеза необходимо уточнить?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Какова лечебная тактика?
4. В каком случае больной потребует спленэктомию?
5. Какую терапию необходимо назначить в послеоперационном периоде?

Ответ №26

1. Динамику появления жалоб, имелись ли в анамнезе травмы в области селезенки, наличие воспалительных очагов любой локализации.
2. Абсцесс селезенки (нагноившаяся киста селезенки?)
3. Пункция абсцесса селезенки под УЗК, назначение антибиотикотерапии.
4. При нарастании симптомов интоксикации, невозможности пункции под УЗК, при наличии длительного отделения гноя из полости.

5. Антибиотики с учетом чувствительности микрофлоры, анальгетики, инфузионная терапия.

Задача №27

Больной К., находится под наблюдением гематолога в течение 3 лет по поводу гемолитической анемии. Около 2-3 раз в год проходит курсы консервативной терапии в стационаре. За последние 3 месяца отмечается отрицательная динамика: снижение гемоглобина до 50 г/л, выросла общая слабость. При объективном осмотре: кожные покровы бледные, язык влажный. Живот не вздут, в дыхании участвует, в левом подреберье пальпируется увеличенная в размерах селезенка до 17*12 см, слабо болезненная.

1. Какое дообследование необходимо больному?
2. Что такое гиперспленизм?
3. Каким методом можно подтвердить диагноз гиперспленизма?
4. Какую терапию необходимо назначать больным с впервые выявленным гиперспленизмом?
5. В каком случае необходимо оперативное лечение?

Ответ №27

1. УЗИ органов брюшной полости, ФГС, общий анализ крови и мочи, б/х крови.
2. Повышение функции селезенки.
3. Развернутый анализ крови.
4. Гормонотерапия, гемотрансфузии.
5. При неэффективности консервативной терапии, нарастании анемии..

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА № 28

Больная 63 лет обратилась в поликлинику с жалобами на неприятные ощущения и наличие объёмного образования в области шеи. Было рекомендовано пройти обследование, после которого её направили на консультацию к эндокринному хирургу с диагнозом: узловой зоб I степени справа, эутиреоз.

Вопросы:

1. Указать классификацию заболеваний щитовидной железы.
2. Перечислить основные причины возникновения заболеваний щитовидной железы.
3. Какое обследование было рекомендовано больной (основные методы диагностики заболеваний щитовидной железы)?
4. Что означает «онкологическая настороженность» в отношении таких пациентов?
5. Какова будет тактика эндокринного хирурга?

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ №28

1. Классификация заболеваний щитовидной железы (А.П.Калинин, 2004)

I. Врожденные аномалии развития

II. Эндемический зоб

1. По форме: диффузный, узловой, смешанный.

2. По функциональному состоянию: эутиреоидный, гипотиреоидный, гипертиреоидный.

III. Спорадический зоб

1. По форме: диффузный, узловой, смешанный.
2. По функции: а) эутиреоидный; б) гипотиреоидный; в) гипертиреоидный.

IV. Эпителиальные опухоли

- А. Доброкачественные: фолликулярная аденома.
- Б. Злокачественные: папиллярный рак; фолликулярный рак; плоскоклеточный рак; недифференцированный рак; медуллярный рак.

V. Неэпителиальные опухоли: фибросаркома, фиброма, лейомиома, гемангиома.

VI. Смешанные опухоли: карциносаркома, лимфомы, тератомы.

VII. Вторичные (метастатические опухоли)

VIII. Неклассифицируемые опухоли

IX. Аутоиммунные заболевания : хронический аутоиммунный тиреоидит, ДТЗ.

X. Воспалительные заболевания: острый тиреоидит, подострый тиреоидит Де Кервена, тиреоидит Риделя, туберкулезный, сифилитический.

Классификация зоба (ВОЗ, 1994)

Степень	Характеристика
0	Зоба нет
I	Размеры долей больше концевой фаланги большого пальца; зоб пальпируется, но не виден
II	Зоб пальпируется и виден на глаз

2. Основные причины возникновения заболевания щитовидной железы:
 - 1) недостаточное поступление йода с пищей в организм (эндемический зоб);
 - 2) генетические факторы (спорадический зоб, ДТЗ и др.);
 - 3) занос гнойной инфекции гематогенным, лимфогенным или контактным путём из соседних органов (острый тиреоидит);
 - 4) аутоиммунная природа (АИТ, ДТЗ);
 - 5) хронические воспалительные процессы, травмы, рентгеновское облучение области щитовидной железы (рак щитовидной железы).
3. Основные методы диагностики заболеваний щитовидной железы:
 - 1) УЗИ щитовидной железы;
 - 2) Пункция щитовидной железы;
 - 3) Анализ крови на гормоны Т3, Т4, ТТГ.
4. «Онкологическая настороженность» в отношении таких пациентов означает, что больным с узлом 1 см и более показано оперативное лечение.
5. Если узел до 1 см в диаметре, то наблюдение. Если узел более 1 см в диаметре, то операция – гемитиреоидэктомия справа.

ПРОФЕССИОННАЛЬНАЯ ЗАДАЧА № 29

Больная 50 лет, проживающая на территории с недостатком йода в пище обратилась в поликлинику с жалобами на ком в горле, наличие объёмного образования в области шеи. При пальпации щитовидной железы обе доли пальпируются, но не видны при глотании. При УЗИ выявили узел в левой доле щитовидной железы размером 2,5 x 1,2 см, пониженной

эхогенности с гиперэхогенными включениями 1 и 3 мм. Направлена на консультацию к эндохирургу.

Вопросы:

1. Что входит в понятие эндемического зоба?
2. Какова классификация эндемического зоба?
3. С каким предварительным диагнозом была направлена пациентка на консультацию к эндохирургу?
4. Какие дополнительные методы обследования необходимо назначить больной?
5. Какова будет тактика лечения?

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ № 29

1. Эндемический зоб - зоб, в основе патогенеза которого лежит абсолютный или относительный дефицит йода, приводящий к нарушению тиреоидного гормоногенеза и пролиферации тироцитов.
2. Классификация эндемического зоба
 1. По форме: диффузный, узловой, смешанный.
 2. По функции: а) эутиреоидный; б) гипотиреоидный; в) гипертиреоидный (тиреотоксикоз)
3. Узловой зоб I степени слева
4. Пункция щитовидной железы, анализ крови на гормоны Т₃, Т₄, ТТГ.
5. Гемитиреоидэктомия слева.

Профессиональная задача 30.

У больной 54 лет, проживающей на территории с нормальным уровнем йода в пище при пальпации щитовидной железы обе доли пальпируются и видны на глаз. При УЗИ объем щитовидной железы 40,8 мм³ (N 18 мм³). В правой доле анэхогенные образования 2x4 мм и 5x8 мм, 25x40 мм. В левой доле гипохогенные образования 15x10 и 5x6 мм. Т₃ 1,22 нМоль/л (N 1,2 - 3,1), Т₄ 69 нМоль/л (N 65-146), ТТГ 1,2 мкМЕ/мл (N 0,2 - 3,0) . Госпитализирована для оперативного лечения.

Вопросы:

1. Как называется зоб , развивающийся у людей, проживающих на территории с нормальным уровнем йода в пище?
2. Какова классификация этого зоба?
3. Какой еще метод исследования входит в стандарт обследования таких пациентов?
4. Поставить диагноз, используя классификацию ВОЗ.
5. Каков объем оперативного вмешательства?

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ № 30

1. Спорадический зоб.
2. Классификация спорадического зоба:
 - 1) По форме: диффузный, узловой, смешанный.
 - 2) По функции: а) эутиреоидный; б) гипотиреоидный;

в) гипертиреотидный .

3. Пункция щитовидной железы.
4. Многоузловой зоб II степени, эутиреоз.
5. Субтотальная резекция щитовидной железы или тиреоидэктомия.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА № 31

Больная 52 лет обратилась с жалобами на чувство сдавления в области шеи, тремор рук, потливость, нарушение сна, раздражительность, тахикардию. При осмотре кожа влажная, положительные симптомы Штельвага, Кохера, Мебиуса, пульс - 108 ударов в минуту, АД - 140/90 мм рт. зоб пальпируется и виден на глаз. При УЗИ щитовидной железы эхоструктура неоднородная. В правой доле имеется гипоехогенное образование размером 15x20 мм, в области перешейка анэхогенные образования 2x4 мм, 5x6 мм. Заключение: УЗ признаки узлов щитовидной железы на фоне ее диффузного увеличения. После постановки диагноза больная лечилась консервативно, в течение года без эффекта.

Вопросы:

1. Какое дополнительное обследование проведено пациентке для постановки диагноза?
2. Какой был поставлен диагноз (использовать классификацию ВОЗ)?
3. Каковы причины возникновения данного заболевания?
4. В чем заключалась консервативная терапия?
5. Какова дальнейшая тактика лечения?

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ № 31

1. Анализ крови на гормоны Т3, Т4, ТТГ, анализ крови на АМТ, АТГ, пункция щитовидной железы.
2. ДТЗ II степени, тиреотоксикоз средней степени тяжести.
3. ДТЗ - заболевание, возникающее в результате врожденного дефекта иммунного контроля. Провоцирующие факторы: психическая травма, острые и хронические инфекционные заболевания (грипп, ангина), заболевания гипоталамо-гипофизарной области, черепно-мозговая травма, энцефалит, беременность, прием больших доз йода.
4. Поляризующая смесь, мерказолил, анаприлин, преднизалон, седативные препараты.
5. Больной показана операция в объеме - субтотальная субфасциальная резекция обеих долей щитовидной железы по О.В.Николаеву.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА № 32

Больную 58 лет беспокоит чувство сдавления в области шеи, дрожание рук, потливость, выбухание глаз, раздражительность, нарушение сна, учащенное сердцебиение. Объективно: кожа влажная, тремор рук, положительные симптомы Мебиуса и Штельвага, экзофтальм, пульс 122 удара в минуту, АД 160/100 мм рт. ст. При пальпации щитовидная железа четко пальпируется и видна на глаз. УЗИ щитовидной железы: заключение УЗ признаки диффузного увеличения щитовидной железы с однородной эхоструктурой. Т₃ 16 нМоль/л (N

1,2 - 3,1), Т₄ 150 нМоль/л (N 65-146), ТТГ 0,015 мкМЕ/мл (N 0,2 - 3,0), АМТ (+), АТГ (+). Цитологическое заключение после пункции щитовидной железы: на фоне периферической крови клетки пролиферирующего эпителия с признаками дистрофии, лимфоциты разной степени зрелости.

Вопросы:

1. Какой диагноз с учетом классификации ВОЗ?
2. Какой синдром наблюдается при данном заболевании и его классификация.
3. При каких еще заболеваниях наблюдается этот синдром?
4. Какие существуют методы лечения данного заболевания и какой метод показан больной?
5. Выписать препарат, подавляющий продукцию гормонов щитовидной железы.

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ № 32

1. ДТЗ II степени, тиреотоксикоз тяжелой формы. Эндокринная офтальмопатия.
2. Тиреотоксикоз.
Классификация тиреотоксикоза (В.Г.Баранов, 1977 г.)
I степень (легкая форма) – пульс меньше 100 в мин
II степень (средней тяжести) – пульс 100 – 120 в мин
III степень (тяжелая форма) – пульс больше 120 в мин
3. Тиротоксикоз наблюдается при: диффузно-токсическом зобе; многоузловом токсическом зобе; тиротоксической аденоме; подостром тиреоидите (первые 1-2 нед); послеродовом тиреоидите; аутоиммунном тиреоидите («хаситоксикоз»); синдроме нерегулируемой секреции ТТГ; фолликулярном раке ЩЖ и его МТС; избыточном приеме йода (йодбазедов феномен) и т.д.
4. Методы лечения ДТЗ: 1) консервативный, 2) хирургический, 3) радиойодтерапия. Больной показана операция в объеме субтотальной субфасциальной резекции обеих долей щитовидной железы по О.В.Николаеву после проведения предоперационной подготовки.
5. Tab. Mercazolil 0,005 по 2 таблетки 3 раза в день.

Профессиональная задача №33

У больной 67 лет при осмотре выявили увеличенную на глаз и хорошо пальпируемую щитовидную железу с узлами в обеих долях. Проведено обследование. На УЗИ признаки узлов обеих долей щитовидной железы размерами от 0,5 до 1 см в диаметре. АМТ (+), АТГ (+), Т₃ 0,5 нМоль/л (N 1,2 - 3,1), Т₄ 58 нМоль/л (N 65-146), ТТГ 8,7 мкМЕ/мл (N 0,2 - 3,0). Цитологическое заключение после ТИАБ под УЗИ-контролем из узлов обеих долей щитовидной железы: на фоне сиреневого коллоида множество лимфоидных элементов разной степени зрелости, клетки пролиферирующего эпителия.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз с учетом классификации ВОЗ?

2. Какова этиология заболевания и кто чаще страдает данной патологией?
3. Какова клиническая картина заболевания?
4. С какими заболеваниями щитовидной железы следует проводить их диагностику?
5. Какие существуют методы лечения данного заболевания и какой показан больной?

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ № 33

1. Хронический аутоиммунный тиреоидит, зоб II степени, гипотиреоз.
2. Хронический аутоиммунный тиреоидит - это аутоиммунное заболевание. Значительно чаще встречается у женщин, чем у мужчин, соотношение 10-15:1).
3. Заболевание может протекать в три стадии: 1) с клиникой гипертиреоза 2) эутиреоза 3) гипотиреоза. Клиника будет соответствовать этим формам. У данной больной будут жалобы на неприятные ощущения и чувство сдавления в области шеи, слабость, отеки в области глаз, сонливость (т.е. все признаки гипотиреоза).
4. С многоузловым зобом, раком щитовидной железы.
5. Методы лечения: 1) консервативный 2) хирургический.

I. Консервативный метод:

- 1) гормоны ЩЖ (L-тироксин, тиреотом, тиреокOMB, трийодтиронин);
- 2) препараты, влияющие на иммунную систему:
 - иммуностимуляторы (левомизол, препараты тимуса, тиротропин, спленин);
 - иммуномодуляторы (аминокапроновая кислота, озонотерапия).
- 3) эфферентные методы лечения:
 - плазмаферез;
 - магнитотерапия;
 - лазеротерапия.

II. Хирургический метод.

Показания: 1) сочетание АИТ с раком ЩЖ;

2) зоб V степени, затрудняющий дыхание, глотание.

Больной показано консервативное лечение.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА № 34

Больная направлена на консультацию к эндокринному хирургу с жалобами на наличие опухолевидного образования и чувство сдавления в области шеи, снижения, массы тела, осиплость голоса. Объективно при пальпации щитовидная железа увеличена до второй степени, каменистой плотности, практически не смещается при глотании, бугристая. По ходу сосудисто-нервного пучка шеи слева определяются увеличенные лимфатические узлы .

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Перечислите факторы, способствующие развитию данного заболевания.
3. Классификация заболевания.
4. Каков будет объем диагностического обследования?
5. Какова тактика лечения таких пациентов?

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ № 34

1. Рак щитовидной железы.

2. Хронические воспалительные процессы, травмы, рентгеновское облучение области щитовидной железы, длительное лечение J^{131} и другие.
3. Рак щитовидной железы - злокачественная эпителиальная опухоль ЩЖ различной степени дифференцировки из А-, В- или С-клеток.

Дифференцированный рак щитовидной железы — папиллярная, фолликулярная аденокарциномы, происходящие из эпителия фолликулов ЩЖ.

Медуллярный рак щитовидной железы) — опухоль, исходящая из С-клеток (парафолликулярных) ЩЖ. имеющих нейроэкто-дермальное происхождение, являющихся частью APUD-системы (диффузной нейроэндокринной системы).

Недифференцированный (анапластический) рак щитовидной железы — гигантоклеточный, мелкоклеточный, веретенчатый варианты опухолей из А- и В-клеток ЩЖ, отличающихся чрезвычайно агрессивным течением.

Международная классификация по системе TNM (четвертое издание)

T — первичная опухоль

TX — недостаточно данных для оценки первичной опухоли.

T0 — первичная опухоль не определяется.

T1 — опухоль до 1 см в наибольшем измерении, ограничена капсулой щитовидной железы.

T2 — опухоль до 4 см в наибольшем измерении, ограничена капсулой щитовидной железы.

T3 — опухоль более 4 см в наибольшем измерении, ограничена капсулой щитовидной железы.

T4 — опухоль любого размера, распространяющаяся за пределы капсулы щитовидной железы.

N — регионарные лимфатические узлы (NX — недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов, N0 — нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов., N1 — имеется поражение регионарных лимфатических узлов метастазами)

M — Отдаленные метастазы (MX — недостаточно данных для определения отдаленных метастазов, M0 — нет признаков отдаленных метастазов, M1 — имеются отдаленные метастазы)

4. УЗИ щитовидной железы, пункций щитовидной железы, анализ крови на гормоны Т3, Т4, ТТГ, рентгенография передне-верхнего средостения, осмотр гинеколога.
5. Оперативное лечение в онкологическом диспансере, предположительно в объеме тиреоидэктомии с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА № 35

Больная К. обратилась с жалобами на ухудшение памяти, мышечную слабость, похудание, запоры, боли в костях. Из an vitae: 2 года назад холецистэктомия, в прошлом году перелом правой н/к, около 5-ти лет страдает язвенной болезнью желудка. При обследовании общий кальций в крови 2,84 ммоль/л (N до 2,6 ммоль/л), фосфор 0,7 ммоль/л (N от 0,9 ммоль/л), повышение активности щелочной фосфатазы в крови, уровень паратгормона 120 (N 1 - 84).

Вопросы:

1. Патологию какого органа необходимо заподозрить?
2. Для какого синдрома характерны вышеуказанные изменения?
3. При каких заболеваниях наблюдается данный синдром?
4. Какие инструментальные методы следует назначить данной больной?

5. Какова тактика лечения?

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ № 35

1. Патология паращитовидных желез.
2. Первичный гиперпаратиреоз.
3. При доброкачественной опухоли паращитовидной железы (аденоме), при раке паращитовидной железы и при гиперплазии паращитовидных желез.
4. УЗИ шеи, КТ шеи, сцинтиграфия.
5. Хирургическое удаление опухоли. Если опухоль злокачественная (рак паращитовидной железы), то удаление опухоли с соответствующей долей щитовидной железы, клетчаткой, лимфоузлами паратрахеального пространства.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА № 36

Больная 56 лет страдает повышением АД до 250/120 мм рт.ст. Прием различных медикаментозных препаратов оказывает незначительный и кратковременный эффект. После обследования выявили наличие объемного образования в области правого надпочечника размером 35x42 мм. Направлена на консультацию к эндокринному хирургу.

Вопросы:

1. Чем обусловлено повышение артериального давления у больной?
2. Какова классификация опухолей надпочечников?
3. Какое обследование было проведено?
4. Поставьте предварительный диагноз.
5. Какой метод лечения показан данной больной?

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ № 36

1. Повышение АД обусловлено избыточной выработкой адреналина и норадреналина гормональной активной опухолью надпочечников (феохромоцитомой).
2. Классификация опухолей надпочечников.
 - I. Доброкачественные.
 - II. Злокачественные (первичные и вторичные)
 - 1) Гормональнонеактивные.
 - 2) Гормональноактивные:
 - кортикостерома
 - альдостерома
 - феохромоцитома
 - феминизирующие опухоли
 - андростерома
3. УЗИ и КТ надпочечников. Анализ крови на кортизол, 17 - КС, 17- ОКС, наличие ванилилминдальной кислоты в моче.
4. Феохромоцитома правого надпочечника.
5. Адреналэктомия.

ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ЗАДАЧА № 37

Больная 48 лет поступила в отделение хирургической эндокринологии для дообследования и лечения и с диагнозом: хронический аутоиммунный тиреоидит, зоб II степени. После проведенного обследования рекомендовано консервативное лечение.

Вопросы:

1. Какое обследование было выполнено?
2. Показано ли больной озонотерапия?
3. В чем будет заключаться консервативная терапия?
4. Перечислить эфферентные методы лечения, используемые в комплексном лечении хронического аутоиммунного тиреоидита.
5. В каких областях хирургии применяется озонотерапия?

ОТВЕТЫ НА ПРОФЕССИОНАЛЬНУЮ ЗАДАЧУ № 37

1. УЗИ щитовидной железы, пункция щитовидной железы, анализ крови на Т3, Т4, ТТГ, кровь на АМТ, АТГ.
2. Да.
3. L-тироксин 100, озонотерапия.
4. Эфферентные методы лечения:
 - плазмаферез;
 - магнитотерапия;
 - лазеротерапия
5. Сердечно-сосудистая хирургия, торакальная хирургия, гастрохирургия и другие.

Торакальная хирургия

Профессиональная задача 38

Мужчина при падении с высоты около 2 метров ударился правой половиной грудной клетки. При беседе предъявляет жалобы на боли в грудной клетке, чувство нехватки воздуха инспираторного характера, объективно – состояние средней тяжести, ограничивает движения из-за боязни усиления болевого синдрома, деформация правой половины грудной клетки за счет эмфиземы мягких тканей и подкожно-межмышечной гематомы, распространяющейся на поясничную область справа, ЧДД=18-20, поверхностное, резкая болезненность в области 7-8-9 ребер по средне-подмышечной линии, здесь же осаднение неправильной формы на участке до 2 x 3 см, справа дыхание резко ослаблено по всем легочным полям, тимпанический перкуторный звук, ЧСС=90.

Вопросы:

1. Ваш предварительный клинический диагноз и его обоснование ?
2. Какое обследование и в какой последовательности необходимо провести больному ?
3. Какие манипуляции и каким образом следует выполнить для купирования болевого синдрома в грудной клетке ?
4. Специфическую профилактику какого заболевания необходимо провести ?

Ответы:

1. Закрытый перелом 7-8-9 ребер справа, болевой синдром. Разрыв и коллабирование правого легкого, эмфизема мягких тканей грудной клетки справа, ДН 0-1. Обширная гематома грудной стенки справа с переходом на поясничную область. Ссадины грудной клетки справа.
2. Исследование крови (алкоголь, тесты кровопотери, группа крови, резус-фактор), исследование мочи (алкоголь, осадок мочи), обзорная рентгенография грудной

клетки, УЗИ брюшной полости, паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства (справа) на предмет свободной жидкости и очагов контузии.

3. Спирт-новокаиновая межреберная блокада по общепринятой методике.
4. Столбняк.

Профессиональная задача 39

К приемное отделение доставлен молодой человек с жалобами на наличие раны грудной клетки слева; кровохарканье, чувство нехватки воздуха категорически отрицает. Состояние ближе к удовлетворительному, положение активное, окраска покровов и слизистых физиологическая, обе половины грудной клетки участвуют в дыхании, эмфиземы тканей не выявлено, дыхание везикулярное по всем легочным полям. Рана в 5 межреберье по задне-подмышечной линии размерами 3,0 x 0,5 см с ровными краями и острыми углами, без признаков продолжающегося кровотечения, визуальное инородных тел не выявлено. При рентгеноскопии грудной клетки легкие расправлены, воздуха и жидкости в плевральных полостях нет, легкие без очаговых и инфильтративных теней, средостение обычной конфигурации, диафрагма не изменена.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз при поступлении больного.
2. Какие обследования должны быть дополнительно проведены при поступлении больного в стационар?
3. Охарактеризуйте основные принципы обработки ран груди.
4. Необходимость в назначении каких лекарственных препаратов имеется в данной ситуации?

Ответы:

1. Непроницающее ранение грудной клетки слева.
2. Исследование крови (алкоголь, тесты кровопотери, группа крови, резус-фактор), УЗИ плевральных синусов слева на предмет наличия свободной жидкости.
3. Стремление к «герметизации» ран во избежание возникновения открытого пневоторакса, отказ от пальцевой или инструментальной ревизии ран в отсутствие визуально определяемых инородных тел, кровотечения и прочих условий, в виду высокого риска повреждения париетальной плевры с переходом ранения из разряда непроницающих в разряд проникающих.
4. Ненаркотические анальгетики, седативные средства, специфическая профилактика столбняка, антибактериальная монотерапия профилактически дозами.

Профессиональная задача 40

Молодой человек 18 лет обратился в службу скорой медицинской помощи с жалобами на боли в грудной клетке справа тупого распирающего характера, чувство нехватки воздуха, невозможность нахождения в горизонтальном положении. Травму грудной клетки категорически отрицает. Вышеперечисленные ощущения появились внезапно около 3 часов назад во время выполнения тяжелой физической нагрузки.

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Назовите наиболее частые предрасполагающие и провоцирующие факторы для возникновения подобных состояний.

3. С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз ?
4. Какова тактика ведения больного ?

Ответы:

1. Первичный правосторонний спонтанный пневмоторакс справа.
2. Наиболее частыми предрасполагающими факторами являются буллезная болезнь легких, туберкулез легких, бластомы с повреждением листков плевры. Провоцирующие факторы – факторы, обуславливающие внезапный подъем давления в трахеобронхиальном дереве при закрытой голосовой щели (тяжелая физическая нагрузка, хронические обструктивные заболевания легких с упорным кашлем).
3. Диффдиагноз проводится среди заболеваний, которые могли явиться провоцирующим фактором развития спонтанного пневмоторакса.
4. Пункция плевральной полости в типичной точке, при отсутствии герметизма - постановка дренажа в правую плевральную полость. При неэффективности данной процедуры – видеоторакоскопическая ревизия правой плевральной полости и правого легкого.

Профессиональная задача 41

У больного 48 лет около 2 месяцев назад при клиническом обследовании была диагностирована правосторонняя нижнедолевая пневмония, подтвержденная данными рентгенографии грудной клетки в соответствующих проекциях. В связи с поливалентной аллергией, преимущественно на антимикробные препараты, лечился в основном физиотерапевтическими средствами. Через 3 недели возобновилась лихорадка с гектическими размахами, проливными потами, болью в грудной клетке при форсированном дыхании, перемене положения тела. Утром в день обращения за медицинской помощью появился приступ кашля, сопровождавшийся отхождением обильного количества зловонной мокроты коричневого цвета с прожилками крови темного цвета, после чего температура нормализовалась, болевой синдром в грудной клетке практически разрешился.

Вопросы:

1. Как следует сформулировать диагноз при поступлении ?
2. С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз ?
3. Перечислите диагностические мероприятия, необходимые для уточнения диагноза.
4. Укажите на современные подходы в лечении больных данной категории.

Ответы:

1. Хронический абсцесс нижней доли правого легкого, синдром эндогенной интоксикации, 2 ст., гнойно-резорбтивная лихорадка.
2. Рак легкого (полостная форма), киста легкого (стадия обострения).
3. Рентгенография грудной клетки обзорная и в правой боковой проекции, анализ мокроты на атипичные клетки, специфическую и неспецифическую микрофлору, ВК, общий анализ, бронхоскопия.
4. Дренирование двухпросветными трубками для настройки промывной системы в полости абсцесса антисептическими растворами, эндобронхиальные заливки и эндоскопические санации, эндоскопическая санация полости абсцесса, системная озонотерапия в дополнении экстракорпоральной детоксикацией и иммуностимуляцией.

Профессиональная задача 42

Женщина 27 лет обратилась к пульмонологу в поликлинике по месту жительства с жалобами на кашель со скудным количеством гнойной мокроты, общую слабость. Из анамнеза известно, что больная с детства состояла на диспансерном учете по поводу хронического деформирующего бронхита с выраженным нарушением дренажной функции бронхов. После перевода во взрослый кабинет на профосмотры не являлась. Обострения сезонные весна-осень, сопровождающиеся нарастанием одышки, увеличения количества экспекторируемой мокроты. Во время последнего обострения отметила появление прожилок темной крови вплоть до появления плевков, целиком окрашенных кровью. При осмотре состояние ближе к удовлетворительному – средней тяжести, умеренный цианоз губ, грудная клетка бочкообразной формы, изменение пальцев рук по типу «барабанных палочек», коробочный оттенок перкуторного звука, рассеянные сухие хрипы.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный клинический диагноз.
2. Укажите план обследования больной и прокомментируйте целесообразность проведения каждого из исследований.
3. Что будет определять дальнейшую тактику ведения и лечения ?
4. Существуют ли хирургические способы коррекции ?

Ответы:

1. Бронхоэктатическая болезнь. Кровохарканье.
2. Обзорная рентгенография грудной клетки, компьютерная томография грудной клетки, бронхоскопия, анализы мокроты.
3. Преимущественная локализация патологического процесса, источник кровопотери.
4. В качестве меры хирургической коррекции следует рассматривать удаление ткани легкого с преимущественной локализацией патологического процесса.

Профессиональная задача 43

У больного 78 лет, находившегося на лечении в палате интенсивной терапии неврологического отделения по поводу острого нарушения мозгового кровообращения отмечено появление лихорадки с гектическими размахами и проливными потами, ослабление дыхания в средних и нижних легочных полях справа. С целью дифференциально-диагностического поиска произведена обзорная рентгенография грудной клетки в положении «лежа», при этом выявлено коллабирование правого легкого на 1/3 объема, наличие жидкости в правой плевральной полости и наличие полостного образования в нижней доле диаметром до 6,5-7,0 см.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование ?
2. Каков наиболее вероятный генез данного образования ?
3. Обоснуйте свою тактику дальнейшего ведения и лечения больного.
4. Следует ли каким-то образом корригировать предыдущую схему лечения больного ?

Ответы:

1. Острый абсцесс нижней доли правого легкого с прорывом в плевральную полость и развитием пиопневмоторакса справа.
2. Следует думать о наличии аспирационного синдрома на фоне острого нарушения мозгового кровообращения с развитием острого аспирационного абсцесса правого легкого.
3. Дренирование правой плевральной полости с настройкой промывной системы, при расправлении легкого – попытка дренирования полости абсцесса.

4. Необходимо расширить объем инфузионно-трансфузионной терапии с целью детоксикации, метаболической поддержки, назначить комбинированную неспецифическую антимикробную полихимиотерапию.

Профессиональная задача 44

При очередном флюорографическом обследовании работников крупной скотоводческой фермы у мужчины 32 лет обнаружено овальной формы образование размерами 3 x 4 см с четким ровным наружным контуром без перифокальной инфильтрации, симптом «расщепления контура» (+) положительный. Медиастинальной лимфаденопатии не выявлено. Жалоб не предъявляет.

Вопросы:

1. Укажите предварительный клинико-рентгенологический диагноз.
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз ?
3. Существуют ли какие-либо методы лабораторной верификации ?
4. Какое лечение следует рекомендовать пациенту ?

Ответы:

1. Паразитарная киста легкого.
2. Непаразитарные кисты легкого, опухоли легкого, артериовенозные аневризмы.
3. Выявление эозинофилии в периферической крови, реакция латекс-агглютинации.
4. Оперативное лечение в объеме удаления кисты легкого.

Профессиональная задача 45

К хирургу поликлиники на прием явился больной 34 лет. Из анамнеза известно, что около 5 суток назад в бытовой ссоре он получил удар в область шеи. Чувствовал себя относительно удовлетворительно, однако к вечеру вторых суток появилась тугоподвижность шеи, температура тела повысилась до 38,4° С, присоединились боли в шее, а к 4-ым суткам – боли в грудной клетке тупого распирающего характера. Объективно: состояние тяжелое, занимает вынужденное положение с приведением головы к груди, покровы лица и шеи умеренно гиперемированы, склеры слабо инъецированы, на передней области шеи справа на уровне нижней трети грудино-ключично-сосцевидной мышцы продольно ориентированная рана размерами 1,5 x 0,5 см со скудным гноетечением, вокруг раны плотный инфильтрат размерами 10 x 15 см, переходящий на заднюю область шеи и надключичную область, здесь эе эмфизема тканей, поколачивание по грудиने резко болезненно.

Вопросы:

1. Установите диагноз и дайте его обоснование.
2. Укажите возможные причины эмфизема тканей шеи у данного больного.
3. Показана ли данному больному госпитализация, если да, то в каком порядке и в какое лечебное учреждение?
4. Перечислите объем требуемых лечебно-диагностических мероприятий для данного больного.

Ответы:

1. Посттравматическая флегмона передней области шеи справа, острый контактный передне-верхний медиастинит. Эмфизема тканей шеи (генез требует уточнения).
2. Ранение полого органа шеи (шейный отдел трахеи, шейный отдел пищевода), апикального сегмента правого легкого и/или эмфизема как маркер инфицирования клетчаточных пространств анаэробной микрофлорой.
3. Госпитализация в экстренном порядке в многопрофильный хирургический стационар (отделения торакальной хирургии, оториноларингологии).

4. Эндоскопические исследования (трахеобронхоскопия, эзофагоскопия), клинико-лабораторный минимум, обзорная рентгенография грудной клетки с последующим оперативным вмешательством в объеме вскрытия, ревизии и дренирования вовлеченных в патологический процесс клетчаточных пространств шеи и средостения.

Профессиональная задача 46

Слов родственников, мужчина 70 лет заболел около 2 месяцев назад, когда впервые пожаловался на умеренные постоянные боли в грудной клетке слева, кашель со скудной мокротой с прожилками крови алого цвета, нарастание одышки при незначительной физической нагрузке. В течение последних двух дней кашель сопровождается отхаркиванием сгустков крови темного цвета в количестве до 100,0 мл в сутки. В анамнезе около 25 лет назад находился на лечении по поводу инфильтративного туберкулеза верхней доли левого легкого, снят с диспансерного учета, в течение последних 2 лет флюорографические исследования не проходил. При объективном исследовании состояние тяжелое, резко истощен, покровы бледные, дыхание с участием вспомогательных мышц, справа дыхание жесткое с сухими свистящими хрипами, слева - не выслушивается, ЧДД=28, ЧСС-100/1 мин., живот спокоен, отправления сохранены. При обзорной рентгенографии грудной клетки ателектаз левого легкого, симптом «ампутации» левого главного бронха, девиация трахеи дугой влево, лимфаденопатия передне-верхнего и передне-среднего средостения, множественные разновеликие инфильтративные тени по всем полям правого легкого.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование ?
2. Что явилось предрасполагающим фоном для развития заболевания ? Приведите примеры других возможных предрасполагающих факторов.
3. Считаете ли Вы данный случай запущенным ? Прокомментируйте свое мнение.
4. Какое лечение следует назначить пациенту ?

Ответы:

1. Центральный рак левого легкого, осложненный ателектазом и синдромом смещения органов средостения.
2. Патоморфологические изменения в легочной ткани на фоне инфильтративного туберкулеза. Прочие факторы: курение, инородные тела трахеи-бронхов-легких, детренированность, хронические обструктивные заболевания легких и др.
3. Случай следует признать запущенным в виду местной распространенности процесса и наличием метастазов в противополодном легком.
4. Симптоматическая терапия, на момент данного обращения – гемостатическая терапия.

Профессиональная задача 47

В поликлинике на приеме у хирурга больной пожаловался на боли в левом плечевом суставе постоянного ноющего характера. Травмы, а также поражение каких-либо других суставов категорически отрицает. При объективном исследовании обнаружены явления синдрома Бернара-Горнера, гипотрофия мышц верхней конечности слева, каких-либо других отклонений по системам органов не выявлено. На обзорной рентгенограмме грудной клетки – затемнение в области верхушки правого легкого с узурацией I-II ребер.

Вопросы:

1. Какое заболевание у больного ?
2. Дайте обоснование выявленных отклонений.
3. Укажите ориентировочный план дообследования больного.

4. Дайте прогноз для жизни и здоровья и его обоснование.

Ответ:

1. Периферический рак верхней доли левого легкого (субплевральная опухоль – рак Пэнкоста).
2. Болевой синдром и описанная рентгенологическая картина объясняются инфильтрирующим ростом опухоли с вовлечением плечевого сплетения, прилежащих передних отрезков I-II ребер.
3. Компьютерная томография грудной клетки, трахеобронхоскопия, пункционная трансторакальная биопсия ткани верхней доли правого легкого с целью морфологической верификации диагноза.
4. Прогноз неблагоприятный. Основанием для подобного заключения является обширная местная распространенность процесса. О чем свидетельствуют синдром Бернара-Горнера, признак вовлечения в неопластический процесс прилежащих ребер, плечевого сплетения.

Профессиональная задача 48

Женщина 60 лет больна около 6 месяцев, дважды проводилось лечение в условиях пульмонологического отделения по поводу рецидивирующей нижнедолевой пневмонии справа. Ухудшение состояния в течение последних двух дней, за счет появления кашля со скудным количеством мокроты с прожилками крови алого цвета, появилась одышка инспираторного характера в покое, повысилась температура тела до 37,5 °С, появились ранее не беспокоившие больную боли постоянного характера в области 6-7-го ребер. Рентгенологически в нижней доле правого легкого выявлено округлое образование до 6 см в диаметре с нечетким прерывающимся наружным контуром, небольшим уровнем жидкости и фестончатым внутренним контуром, инфильтрация нервномерно распространяется на среднюю и верхнюю доли правого легкого, корень легкого уплотнен и расширен, узурация задних отрезков 6-7 ребер справа.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз и дайте его обоснование.
2. Классифицируйте описанную форму заболевания.
3. Укажите перечень обязательного дообследования.
4. Прокомментируйте возможные варианты лечения.

Ответы:

1. Злокачественная опухоль нижней доли правого легкого с прорастанием в грудную стенку, метастазами в лимфатические узлы корня.
2. Данная клиничко-рентгенологическая картина может соответствовать полостной форме периферического рака легкого.
3. Бронхоскопия с забором материала на цитологическое и гистологическое исследование, УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства на предмет метастазов, ирригография, колоноскопия, консультация гинеколога.
4. Пульмонэктомия с трансперикардальной обработкой элементов корня, лимфодиссекцией, резекцией фрагмента грудной стенки и завершающим реконструктивно-пластическим этапом.

Профессиональная задача 49

Больной 33 лет в течение четырех месяцев находился на стационарном лечении по поводу правосторонней нижней билобарной пневмонии с кавитацией, острого абсцесса легкого, осложненного пиопневмотораксом, проводилось чрескожное дренирование с

последующей санацией полости абсцесса через дренаж антисептическими растворами. После купирования острого периода был выписан с рекомендациями продолжения лечения по месту жительства. При контрольном обследовании у больного сохраняется бронхо-плевроторакальный свищ со скудным отделяемым, субфебрилитет. При обзорной рентгенографии грудной клетки и в боковой проекции – массивные паракостальные плевральные наложения, не позволяющие детально визуализировать ткань легкого.

Вопросы:

1. Какое дообследование необходимо назначить больному ?
2. Перечислите современные методы экстракорпоральной детоксикации и иммуностимуляции, которые могут быть рекомендованы больным данной группы.
3. Какие методы местного лечения могут быть рекомендованы в данной ситуации ?
4. Назовите, какой объем хирургического вмешательства будет радикальным в данной ситуации ?

Ответы:

1. Рентген-компьютерная томография грудной клетки, бронхоскопия.
2. Лазерная обработка крови, магнитная обработка крови, ультрафиолетовая обработка.
3. Эндоскопическая диатермокоагуляция бронхиального свища, эндобронхиальные заливки антисептических растворов.
4. Радикальным следует считать вмешательство, в ходе которого будет удалена часть легкого, несущая свищ, с декорткацией легкого.

Профессиональная задача 50

К хирургу поликлиники обратилась девушка 22 лет с жалобами на затрудненную проходимость жидкой пищи с сохраненной проходимостью грубой пищи, тупые боли после еды за грудиной, обильное срыгивание пищи с неприятным запахом, появляющееся спустя несколько часов после приема пищи. Указанные явления отмечает в течение последних четырех лет, за квалифицированной помощью ранее не обращалась. В анамнезе отмечает ряд тяжело протекавших инфекционных заболеваний.

Вопросы:

1. Для какой группы заболеваний пищевода характерны вышеперечисленные жалобы ?
2. Укажите на возможные предрасполагающие и провоцирующие факторы для возникновения подобной симптоматики.
3. Укажите наиболее необходимые диагностические процедуры для уточнения диагноза и порядок их выполнения.
4. Как меняется врачебная тактика в зависимости от стадии заболевания ?

Ответы:

1. Группа нервно-мышечных заболеваний пищевода.
2. Врожденное недоразвитие сплетений метасимпатической нервной системы пищевода, её перерождение при тяжелых инфекционных заболеваниях, интоксикациях, глубоких гиповитаминозах; провоцирующим фактором выступают психо-эмоциональные стрессы.
3. Эзофагогастроскопия, эзофаготонометрия, рентгенологическое исследование пищевода с контрастированием бариевой взвесью.
4. Стадии 1-2 по классификации Б.В.Петровского позволяют проведение консервативного лечения, стадии 3-4 требуют оперативного вмешательства.

Профессиональная задача 51

За медицинской помощью обратился больной через 10 суток после случайного приема небольшого количества аккумуляторной кислоты с жалобами на невозможность

полноценного питания, боли за грудиной и верхней трети живота. Объективно: состояние средней тяжести, положение активное, однако движения ограничивает ввиду общей слабости, видимые слизистые суховаты, умеренная бледность кожных покровов, тургор кожи снижен, дыхание жесткое с обеих сторон, ЧДД=16, пульс - 88 уд./мин, АД – 130/70 мм рт. ст., температура тела субфебрильная. Язык суховат, густо обложен белым налетом, живот не вздут, участвует в дыхании, перитонеальных знаков нет, стул задержан до 5 суток, газы отходят.

Вопросы:

1. Какую тактику следует выбрать для данного больного: лечение на амбулаторно-поликлиническом этапе или госпитализация ?
2. Какие основополагающие диагностические мероприятия необходимо провести ?
3. Прокомментируйте технику раннего профилактического бужирования пищевода.
4. Назовите виды бужирования по технике проведения и их возможные осложнения.

Ответы:

1. Госпитализация для дообследования и решения вопроса о дальнейшей тактике ведения и лечения.
2. Эзофагоскопия, рентгенологическое исследование пищевода, желудка и ДПК с контрастированием бариевой взвесью.
3. Раннее профилактическое бужирование проводится с 7-10-го дня мягким желудочным зондом с использованием жирно-озонированных (жиро-гормональных) повязок на пищевод.
4. Прямое и ретроградное в модификациях, основным осложнением является перфорация пищевода с развитием острого медиастинита.

1. .

Профессиональная задача 52

Больную 52 лет в течение года беспокоило нарастающее затруднение при проходимости пищи, исчезновение аппетита, похудание, субфебрилитет, общая слабость. В течение последнего месяца принимала только жидкую пищу. Однако около недели назад отметила неожиданное облегчение глотания, проходимость пищи полностью восстановилась. В анамнезе около 15 лет назад обширное повреждение пищевода инородным телом (кость) с исходом в стеноз пищевода с дисфагией 0-1 степени.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно думать в данной ситуации ?
2. Чем можно объяснить восстановление пассажа пищи по пищеводу ?
3. Что понимают под синдромом «малых признаков» ?
4. С какими заболеваниями и клиническими синдромами необходимо проводить дифференциальный диагноз ?

Ответы:

1. Злокачественная опухоль пищевода.
2. Восстановление пассажа пищи можно объяснить распадом опухоли.
3. Похудание, общеанемические симптомы, субфебрилитет, астеновегетативный синдром.
4. Сдавление пищевода извне, доброкачественные опухоли пищевода, эрозивно-язвенный эзофагит и др.

Профессиональная задача 53

Больной 49 лет двое суток назад перенес оперативное вмешательство в объеме нижней лобэктомии слева по поводу гигантской посттравматической внутрилегочной гематомы. Состояние соответствует тяжести перенесенного вмешательства, самочувствие страдает за счет умеренных болей в послеоперационной ране, усиливающихся при кашле с затрудненным отхождением вязкой мокроты, покровы физиологической окраски, на вторые сутки отмечен подъем температуры тела в вечернее время до 38 °С, в центральных отделах крупнопузырчатые хрипы, уменьшающихся после кашля. Гемодинамика стабильна.

Вопросы:

1. Укажите пневмотропные антибактериальные препараты для профилактики инфекционных осложнений после вмешательств в легочной хирургии.
2. Назовите мероприятия по профилактике и купированию болевого синдрома в периоперационном периоде.
3. Укажите количество дренажей плевральной полости и характер аспирации.
4. Какие процедуры следует назначить для облегчения работы мукоцилиарного клиренса ?

Ответы:

1. Амоксициллин, фторхинолоны 1 поколения, цефалоспорины 3-4 поколений.
2. Интраоперационная спирт-новокаиновая межреберная блокада; повтор межреберной блокады, вагосимпатическая блокада по А.А. Вишневскому, наркотические анальгетики.
3. Традиционным считается постановка двух дренажей – первого к куполу плевральной полости для аспирации газа, второго – ориентированного к синусу – для аспирации газа, с активной аспирацией газа из плевральной полости.

Профессиональная задача 54

Больной 55 лет около 10 лет назад перенес химический ожог пищевода кислотой с исходом в ограниченную стриктуру нижней трети пищевода, неоднократно находился на стационарном лечении, во время которого проводились курсы прямого бужирования пищевода «по струне». Необходимость в повторных курсах бужирования привычно возникала с интервалом в 1,5 месяца, что не позволяло за столь короткие промежутки ликвидировать клинически значимые расстройства питания.

Вопросы:

1. Укажите наиболее частые причины рубцовых стенозов пищевода.
2. Какие осложнения возможны при рубцовой послеожоговой стриктуре пищевода в отдаленном периоде ?
3. Каков план очередного контрольного обследования больного ?
4. Что является показанием к пластике рубцово суженного пищевода ?

Ответы:

1. Инородные тела пищевода, эзофагиты, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и др.
2. Малигнизация, перфорация пищевода в области стриктуры и др.
3. Эзофагогастрокопия, контрастирование пищевода-желудка бариевой взвесью, клинико-лабораторный минимум.
4. Полная облитерация просвета пищевода; неоднократные неудачные попытки проведения бужа через стриктуру; быстрое рецидивирование рубцовых стриктур после повторных бужирований и др.
Повторные перфорации пищевода при бужировании.

Профессиональная задача 55

Женщина 42 лет поступила в диагностическое отделение в плановом порядке. Больна в течение 9 лет, когда впервые родственниками были отмечены эпизоды появления гнусавости голоса, произвольные движения правого глазного яблока. Неоднократно проходила курсы стационарного лечения в неврологических отделениях, проводилась ноотропная терапия с кратковременным положительным эффектом. Спустя 2 года от начала заболевания стала отмечать немотивированную общую слабость, поперхивание, затруднения при проглатывании пищи, жидкости, а иногда даже слюны, невозможность выполнения точных движений пальцами кистей рук за счет выраженной слабости в верхних конечностях. При компьютерной томографии выявлено дополнительное образование передне-верхнего средостения, прозериновая проба (+) положительна.

Вопросы:

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие препараты следует назначить больной в периоперационном периоде ?
3. С какими заболеваниями или клинически синдромами целесообразно провести дифференциальный диагноз ?
4. Какой доступ следует избрать при проведении хирургического вмешательства ?

Ответы:

1. Миастения, генерализованная форма.
2. Прозерин парентерально.
3. Дифференциальный диагноз можно проводить с новообразованиями средостения с миастеническим синдромом.
4. Продольная срединная стернотомия.

КАРДИОХИРУРГИЯ

Задача №56. При отсутствии существенных жалоб у пациента 48 лет выявлены высокие цифры артериального давления, особенно диастолического. Гипотензивная терапия неэффективна. У родителей больного гипертонии нет. При аускультации около пупка выслушивается систолический шум. При исследовании глазного дна выявлен ангиоспазм. Функциональная способность почек хорошая, отсутствуют изменения в моче.

Вопросы.

- 1) Какой генез артериальной гипертензии можно предположить в данном случае?

Обоснование.

- 2) Какие дополнительные методы обследования показаны на начальном этапе?
- 3) Какое исследование является решающим в диагностике?
- 4) Этиологические факторы, приводящие к этой форме артериальной гипертензии.
- 5) Методы и способы лечения данного вида артериальной гипертензии.

Ответы к задаче №56.

1) На основании клинических данных можно предположить вазоренальную гипертензию.

2) а) внутривенная урография, б) ультразвуковое исследование почек, в) УЗДГ почечных артерий, г) радиоизотопная ренография.

3) ангиография почечных артерий.

4) а) стенозирующий атеросклероз почечных артерий, б) постэмболические стенозы и окклюзии почечных артерий, г) фибромускулярная дисплазия, д) аортоартериит, е) сдавление извне.

5) а) открытые методы: эндартерэктомия, резекция с анастомозом «конец-в-конец», резекция с протезированием, шунтирование; б) эндоваскулярные методы: баллонная дилатация, баллонная дилатация со стентированием, прямое стентирование.

Задача №57. У юноши 16 лет впервые при медосмотре в военкомате обнаружили высокие цифры артериального давления: увеличение систолического и пульсового АД. Жалобы на головную боль, головокружение, сердцебиение, зябкость и похолодание нижних конечностей, быструю утомляемость ног при ходьбе.

При осмотре: хорошо развит верхний плечевой пояс, в яремной ямке – напряженная пульсация. Границы сердца увеличены влево, верхушечный толчок усилен. Интенсивный систолический шум в межлопаточной области, во 2 межреберье справа, на сосудах шеи. Пульсация артерий нижних конечностей не определяется.

Вопросы.

- 1) Предварительный диагноз?
- 2) Электрокардиографические и рентгенологические симптомы, подтверждающие диагноз.
- 3) При каком исследовании могут быть получены достоверные диагностические данные.
- 4) Методы и способы лечения.

Ответы к задаче №57.

- 1) Коарктация аорты.
- 2) а) ЭКГ - гипертрофия левых отделов с перегрузкой, б) Рентген - симптом «тройки», узурация нижних краев ребер.
- 3) Аортография.
- 4) а) открытые методы: резекция с анастомозом «конец-в-конец», резекция с протезированием; истомопластика; б) эндоваскулярные методы: баллонная дилатация, баллонная дилатация со стентированием, прямое стентирование.

Задача №58. У пациента 32 лет, в молодости болевшего туберкулезом легких, появилась и быстро нарастает одышка, имеются цианоз, тахикардия. При осмотре: отсутствие верхушечного толчка сердца, Набухание шейных вен, глухость сердечных тонов, увеличение печени и объема живота, низкое систолическое и малое пульсовое давление. При рентгенологическом исследовании размеры сердца небольшие, пульсация сердца значительно снижена. Патологии легких нет. На ЭКГ – уплощение зубцов.

Вопросы.

- 1) Предварительный диагноз.
- 2) Достоверные рентгенологические и эхокардиографические диагностические признаки.
- 3) Этиология этого заболевания.
- 4) Лечебная тактика.
- 5) Результаты лечения.

Ответы к задаче №58

- 1) Констриктивный (слипчивый) перикардит.
- 2) Рентген признаки – большие размеры сердца, ослабленная пульсация и наличие участков обизвествления. ЭХОКГ – утолщение и плотность структур перикарда, симптомы сдавления сердца.

3) вирусные, бактериальные, инфекционно-аллергические, специфические, иммунологические, протозойные, грибковые.

4) лечение основного заболевания, открытая субтотальная перикардэктомия из торакотомного или стернотомного доступа.

5) после хирургического лечения нередко наблюдается быстрый регресс проявлений сердечной недостаточности, однако заболевание может рецидивировать. В стадии хронического перикардита с полиорганной недостаточностью операция менее эффективна.

Задача №59. В приемное отделение по скорой помощи доставлен пациент 28 лет. Со слов родственников, 30 минут назад ему был нанесен удар ножом. По информации врача скорой помощи, кровопотеря составила около 500 мл. В сознании, заторможен. Кожа бледная АД 90/60 мм рт. ст. Пульс 110 в мин., слабого наполнения. Аускультативно: Сердечные тоны глухие, дыхание ослаблено ниже середины лопатки слева. Имеется колото-резаная рана грудной клетки слева в 5 межреберье по парастернальной линии 1,5 x 0,5 см без интенсивного отделения крови.

Вопросы.

1) Экстренные мероприятия, необходимые для лечения и уточнения диагноза и место их проведения.

2) Перечень необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

3) Варианты хирургического вмешательства.

4) Возможные осложнения.

Ответы к задаче 59.

1) 1. Срочно: а) кровь на группу и резус-фактор; б) тесты кровопотери; в) катетеризация центральной вены с измерением ЦВД.

2) ЭКГ, рентгенография грудной клетки, эхо-КГ

3) а) пункция плевральной полости при гемотораксе, б) пункция перикарда при подозрении на гемоперикард, в) торакотомия, ревизия органов, остановка кровотечения (ушивание раны сердца, легкого). Показаниями к срочной торакотомии являются: большой и тотальный гемоторакс с продолжающимся кровотечением, ранение сердца, магистральных сосудов и полых органов. Необходимо проведение стандартной передне-боковой торакотомии в 4-5 межреберье слева. При ранении сердца справа возможно поперечное пересечение грудины или продольная срединная стернотомия.

4) а) рецидив кровотечения, б) повреждение внутрисердечных структур (острая недостаточность клапана, ДМПП, ДМЖП), в) нарушения ритма и проводимости (полная а-в блокада), г) инфекционные осложнения (гнойный перикардит, эмпиема плевры).

Задача №60 Мальчик 12 лет перенес острую двустороннюю стафилококковую пневмонию. На фоне направленной антибиотикотерапии воспалительные проявления начали снижаться, однако усиливалась одышка, появились боли в области сердца, отеки нижних конечностей. При осмотре цианоз губ, частота дыхания 25 в мин., четко контурируются вены шеи. ЧСС 100 в минуту, АД 100/70 мм рт.ст., дыхание жесткое, прослушивается по всем полям, тоны сердца глухие. Печень выступает из-под края реберной дуги на 5 см, край ровный. На ЭКГ синусовый ритм, снижен вольтаж зубцов. На рентгенограмме грудной клетки имеется значительное расширение тени сердца в обе стороны со сглаженностью контуров.

Вопросы.

- 1) Дополнительные методы диагностики.
- 2) Предварительный диагноз, дифференциальный диагноз.
- 3) Лечебная тактика. Малоинвазивные лечебно-диагностические вмешательства.

Ответы к задаче №60.

1) а) рентгеноскопия грудной клетки, рентгенография сердца в 3 проекциях; б) эхокардиография.

2) Экссудативный перикардит. Дифференциальный диагноз с травматическим гемоперикардом, миокардитом, дилатационной кардиомиопатией, проявлениями полиорганной недостаточности при другой патологии.

3) Показана лечебно-диагностическая пункция перикарда, в современных условиях – под контролем УЗИ. При рецидивирующем процессе возможна постановка дренажа в полость перикарда на несколько дней, субтотальная перикардэктомия.

Задача №61.

Больной 29 лет доставлен бригадой скорой помощи с улицы, где 30 минут назад неизвестным нанесено ранение грудной клетки острым предметом. Со слов врача скорой помощи, при транспортировке пострадавшего АД 80/90, перелито 500 мл полиглюкина.

При осмотре: больной в сознании, но заторможен, покрыт холодным потом. Жалобы на слабость, боли в правой половине грудной клетки, одышку, сердцебиение.

В 4 межреберье по парастернальной линии у края грудины рана 1,5 x 2,0 см с ровными краями, умеренно кровоточит.

Дыхание поверхностное, шадящее, выслушивается только на верхушке, в остальных отделах справа практически не выслушивается, притупление легочного звука до 3 межреберья.

Границы сердца смещены на 3-4 см влево, тоны резко приглушены. PS. 112 уд в мин. Слабого наполнения, напряжения. АД – 80/50 мм рт. ст.

Живот мягкий безболезненный. Печень по краю реберной дуги, селезенка не пальпируется.

Вопросы:

1. Где, как срочно и какие дополнительные методы исследования Вам необходимы для уточнения диагноза?
2. Особенности проведения первичной хирургической обработки раны грудной клетки?
3. Классификация гемоторакса. Тактика и лечение. Показания и противопоказания к реинфузии крови.
4. Показания к операции и операционный доступ.
5. Окончательный клинический диагноз. Лечение прогноз для жизни и трудоспособности.

Ответ к задаче №61

1. Срочно: а) группа крови Rh-фактор, б) тесты кровопотери Hb – 80 г/л, в) катетеризация подключичной вены с измерением ЦВД. При высоком ЦВД, приглушенных тонах у больного с подозрением на ранение сердца и большом гемотораксе все дальнейшие исследования проводятся на операционном столе, с одновременной подготовкой к срочной операции, г) на ЭКГ низкий вольтаж.

Необходимо проведение плевральной пункции, а при подозрении на ранение сердца – пункция перикарда.

2. ПХО раны грудной клетки предусматривает иссечение только загрязненных краев кожи, без дальнейшей ревизии раны. О проникающем характере раны можно судить по наличию пневмоторакса, гемоторакса, п/к эмфиземы или кровохарканья.

Показания к реинфузии: кровопотеря более 1000 мл. Противопоказания: если с момента травмы прошло более 6 часов.

3. Классификация гемоторакса: малый, объемом до 500 мл, средний – до 1000 мл, большой и тотальный свыше 1000 мл. Свернувшийся гемоторакс.

4. Показаниями к срочной торакотомии являются: большой и тотальный гемоторакс с продолжающимся кровотечением, а так же ранения сердца, магистральных сосудов и полых органов.

Стандартная торакотомия переднебоковая в 4-5 межреберьях. При ранении сердца с права и невозможности ушивания раны из правосторонней торакотомии возможно поперечное пересечение грудины.

5. Клинический диагноз: проникающее ранение грудной клетки справа, осложненное ранением сердца, большим гемотораксом.

Лечение: антибиотики, обезболивающие, сердечные гликозиды, переливание эритроцитарной массы, с плазмой.

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

Задача №62

Проникающая колото-резаная рана по среднеключичной линии в 3 межреберье слева, нанесенная 30 мин. назад. Больной бледен, лицо с цианотичным оттенком, набухшие шейные вены, слабый пульс, тоны сердца едва прослушиваются.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз обоснование.
2. Тактика хирурга.
3. Какие два синдрома сопровождают ранение сердца?
4. Как проводится пункция полости перикарда?
5. «Стандартный» способ торакотомии при ранении сердца.

Ответы к задаче 62.

У пострадавшего типичная картина ранения сердца с синдромом «тампонады» сердца. Показана немедленная торакотомия, перикардотомия, ушивание раны сердца. До начала операции можно сделать пункцию перикарда, чтобы устранить сдавление сердца.

Задача 63

У больного на 3 день после ушивания раны сердца имеются симптомы недостаточности кровообращения по большому и малому кругам кровообращения, а при аускультации сердца определяется грубый систолический шум вдоль левого края грудины.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз, его обоснование.
2. Дополнительные методы исследования.
3. Как проводится зондирование полостей сердца? Необходимо ли оно в данном случае?

4. Какое лечение показано больному при подтверждении диагноза?

Ответы к задаче № 63.

1. У больного, по-видимому, имеется травматический дефект межжелудочковой перегородки. Для подтверждения диагноза надо провести ЭХО-КГ с доплеровским исследованием, а затем зондирование полостей сердца с левой вентрикулографией. В дальнейшем показана операция – закрытие ДМЖП в условиях искусственного кровообращения или его ушивание или пластика синтетической заплатой.

Профессиональные задачи по сосудистой хирургии

Задача №64.

Больную 35 лет беспокоит чувство тяжести в левой нижней конечности, наличие варикозно расширенных вен. Варикоз появился около 10 лет назад, начался с бедра и верхней трети голени, чувство тяжести появилось около года назад. При объективном исследовании обнаружен магистральный тип варикозного расширения большой подкожной вены. По данным УЗДГ - патологический вено-венозный рефлюкс в области устья большой подкожной вены.

1. Диагноз?
2. лечебная тактика?
3. Классификация ХВН?
4. Этапы флебэктомии?
5. Рекомендации?

Ответ:

1. Варикозная болезнь с высоким венозным сбросом, ХВН 1 степени по Савельеву, 2 класс по СЕАР.
2. Показана кроссэктомия, стриппинг ствола БПВ на бедре и голени. Эластическое бинтование конечности 2 недели непрерывно, 2 месяца – в дневное время.
3. По Савельеву, СЕАР.
4. Кроссэктомия, стриппинг варикозных вен, стриппинг ствола БПВ.
5. Эластическое бинтование 2 нед. Постоянно.

Задача №65.

Больную 30 лет беспокоят выраженные боли, тяжесть в левой нижней конечности, особенно при вертикальном положении, преходящий отек. Около 3 месяцев назад появились варикозно расширенные вены на внутренней поверхности голени. При УЗДГ обнаружена несостоятельность клапанов большой подкожной вены и перфорантных вен на голени.

- Диагноз?
- Лечебная тактика?
- Классификация ХВН?
- Этапы флебэктомии?
- Рекомендации?

Ответ:

1. Варикозная болезнь с низким горизонтальным вено-венозным сбросом. ХВН 2 класса СЕАР.
2. Показано: кроссэктомия, операция Бэбкокка, перевязка перфорантов по Коккетту.
3. По Савельеву, СЕАР.

4. Кроссэктомия, стриппинг варикозных вен, стриппинг ствола БПВ.
5. Эластическое бинтование 2 нед. Постоянно.

Задача №66.

У больной 23 лет диагностирован илео-фemorальный флеботромбоз, беременность 39 недель. При ретроградной илеокаваграфии обнаружен флоттирующий тромб подвздошной вены. Имплантация кава-фильтра в инфраренальный отдел аорты невыполнима.

-Методы диагностики ТЭЛА

-Лечебная тактика?

-Методы профилактики и лечения ТЭЛА?

-Эндоваскулярные вмешательства при риске развития ТЭЛА?

Ответ:

1. Пульмонангиография, обзорная рентгенография грудной клетки
2. лапаротомия, кесарево сечение, пликация нижней полой вены механическим швом.
3. Антикоагулянтная терапия, чрезпредсердная тромбэктомия, подключично-легочный анастомоз.
4. Имплантация кава-фильтра.

Задача №67.

У больной 29 лет на 5-е сутки после кесарева сечения внезапно появились боли за грудиной, удушье, потеря сознания, кратковременная асистолия. Состояние больной крайне тяжелое. Цианоз лица и верхних конечностей, набухание шейных вен. Одышка до 30 в минуту. В легких дыхание проводится с обеих сторон. Отмечается отек правой нижней конечности до паховой складки, усиление венозного сосудистого рисунка на бедре. При ангиопульмонографии в легочном стволе и устье правой легочной артерии обнаружены дефекты контрастирования. Легочно-артериальное давление - до 60 мм.рт.ст. Диагноз, лечебная тактика?

-Диагноз?

-Методы диагностики ТЭЛА

-Лечебная тактика?

-Методы профилактики и лечения ТЭЛА?

-Эндоваскулярные вмешательства при риске развития ТЭЛА?

Ответ:

1. Острый илеофemorальный флеботромбоз справа, ТЭЛА.
2. Пульмонангиография, обзорная рентгенография грудной клетки
3. Показана эмболэктомия из легочной артерии в условиях ИК, чрезпредсердная имплантация кава-фильтра.
4. Антикоагулянтная терапия, чрезпредсердная тромбэктомия, подключично-легочный анастомоз.
5. Имплантация кава-фильтра.

Задача №68

У больной 40 лет появились резкие боли в правой нижней конечности, ее отек и цианоз. При осмотре: болезненность по ходу магистрального сосудистого пучка на бедре и голени, в подвздошной области справа.

-Диагноз?

- Лечебная тактика?
- Антикоагулянтная терапия при ТГВ?
- Осложнения ТГВ?
- Методы профилактики и лечения ТЭЛА?

Ответ:

1. Тотальный илео-феморо-поплитеальный флеботромбоз.
2. Показана илеокаваграфия, при отсутствии эмбологенно опасного тромба - консервативная терапия, в противном случае - постановка кава-фильтра в инфраренальный отдел.
3. Согласно стандарту.
4. ТЭЛА
5. Антикоагулянтная терапия, чрезпредсердная тромбэктомия, подключично-легочный анастомоз.

Задача №69

У больного 48 лет внезапно появились боли в подколенной области, отек голени справа. Присоединился цианоз кожи голени. Конечность пальпаторно теплая, мягкие ткани уплотнены, в подколенной области и икроножной мышце определяется болезненность.

- Диагноз?
- Лечебная тактика?
- Антикоагулянтная терапия при ТГВ?
- Осложнения ТГВ?
- Методы профилактики и лечения ТЭЛА?

Ответ:

1. У больного тромбоз подколенной вены справа.
2. Необходима УЗДГ вен нижней конечности справа для подтверждения диагноза.
3. Согласно стандарту.
4. ТЭЛА.
5. Эластическая компрессия, антикоагулянтная терапия.

Задача №70

У больной 45 лет 3 дня назад появились острые боли в верхней трети правой голени. К моменту обращения беспокоят боли и в правом бедре. Объективно: гиперемия кожи и резкая болезненность по ходу варикозно расширенных вен голени и нижней трети бедра.

- Диагноз?
- Лечебная тактика?
- Классификация ХВН?
- Этапы флебэктомии?
- Рекомендации?

Ответ:

1. варикозная болезнь правой нижней конечности, осложненная острым восходящим тромбофлебитом большой подкожной вены.
2. Показана экстренная кроссэктомия (перевязка сафено-бедренного соустья с коллатеральями большой подкожной

- вены), стриппинг (удаление из отдельных разрезов) варикозных вен.
3. По Савельеву, СЕАР
 4. Стриппинг ствола БПВ, варикозных вен.
 5. Эластическое бинтование конечности 2 недели непрерывно, 2 месяца – в дневное время.

Задача №71

Больной 53 лет поступил с жалобами на отек левой нижней конечности, расширение венозной сети на бедре и нижней части живота, трофическая язва внутренней поверхности левой голени. Жалобы появились около 3 лет назад, когда после аппендэктомии появился отек и цианоз левой нижней конечности.

- Диагноз?
- Классификация ХВН?
- Лечебная тактика?
- Прогноз?
- Реабилитация больных ПТФБ?

Ответ:

1. Посттромбофлебитическая болезнь левой нижней конечности в стадии трофических расстройств.
2. По Савельеву, СЕАР
3. Венотоники (детралекс, венорутон и др.), компрессионное лечение (эластическое бинтование, компрессионный трикотаж 2-3 классов).
4. Неблагоприятный в отношении выздоровления.
5. Работа, несвязанная с тяжелым физическим трудом, постоянная эластическая компрессия.

Задача №72

Больной 55 лет жалуется на боли в левой икроножной мышце, возникающие при ходьбе на расстояние 50 м. Давность заболевания - около 1 года. Объективно: левая стопа холоднее правой, Пульсация на общих бедренных артериях отчетливая, на подколенной артерии слева отсутствует, справа отчетливая. На артериях стопы слева пульсация не определяется.

- Диагноз?
- Инструментальные методы исследования?
- Консервативная терапия?
- Лечебная тактика?
- Прогноз?

Ответ:

1. Атеросклероз, окклюзия поверхностной бедренной артерии слева, ишемия стадии ПБ по Фонтейну-Покровскому.
2. УЗДГ артерий нижних конечностей, ангиография левой нижней конечности.
3. Лечение атеросклероза по стандарту, дезагреганты – пожизненно.
4. При состоятельности дистального русла - реконструктивная операция - бедренно-подколенное шунтирование.
5. Прогноз благоприятный.

Задача №73.

Больной 34 лет жалуется на боли в обеих икроножных мышцах, в 1 пальце стопы. Давность заболевания - 4 месяца. Объективно: мраморная окраска голеней, дистальные отделы стопы - синюшно-багровые. На первом пальце - участок некроза размерами 2х3 см. Пульс на артериях стопы отсутствует, на подколенной артерии - ослаблен.

-Диагноз?

-Инструментальные методы исследования?

-Консервативная терапия?

-Хирургическая тактика?

-Прогноз?

Ответ:

1. Облитерирующий тромбангиит IV стадии. В дальнейшем - диспансерное наблюдение.
2. УЗДГ артерий нижних конечностей, ангиография левой нижней конечности.
3. Противовоспалительная терапия, дезагреганты
4. Поясничная симпатэктомия, экзартикуляция 1 пальца, консервативная терапия.
5. Прогноз неблагоприятный.

Задача №74.

Больной 58 лет жалуется на боли в нижних конечностях при ходьбе на расстояние до 50 м, похолодание конечностей. Болеет около 2 лет. Объективно: пульсация на общих бедренных артериях и дистальнее отсутствует. Нижние конечности прохладные. Плече-лодыжечный индекс с обеих сторон в пределах 0,32-0,34.

-Диагноз?

-Инструментальные методы исследования?

-Консервативная терапия?

-Хирургическая тактика?

-Прогноз?

Ответ:

1. Атеросклероз: синдром Лериша, окклюзия подвздошных артерий с обеих сторон, ишемия ст. ПБ.
2. УЗДГ, транслюмбальная аортография
3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно.
4. Рекомендовано - транслюмбальная аортография для решения вопроса об эффективности оперативного вмешательства. При удовлетворительном состоянии дистального артериального русла - оперативное лечение - аорто-бедренное бифуркационное протезирование. При невыполнимости - симпатэктомия - поясничная или периаортальная.
5. Прогноз зависит от состоятельности дистального русла

Задача №75.

Больной 57 лет жалуется на боли в обеих нижних конечностях при ходьбе на расстояние до 1000 м, болеет 4 года. На общих бедренных артериях слабый систолический шум, пульсация - на всех уровнях отчетливая. На УЗДГ плече-лодыжечный индекс слева 0,87, справа 0,81.

-Диагноз?

-Инструментальные методы исследования?

-Консервативная терапия?

-Хирургическая тактика?

-Прогноз?

- Ответ: 1. Атеросклероз, синдром Лериша, ишемия ст. 1 по Фонтейну - Покровскому.
2. УЗДГ, определение плече-лодыжечного индекса.
 3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно.
 4. Оперативное лечение не показано. Консервативная терапия, диспансерное наблюдение.
 5. Прогноз благоприятный

Задача №76.

У больного 49 лет диагностирован синдром Лериша ст ПА. На аортограмме - стеноз правой почечной артерии. Артериальное давление - 220/130 мм.рт.ст.

-Диагноз?

-Инструментальные методы исследования?

-Консервативная терапия?

-Хирургическая тактика?

-Прогноз?

Ответ: 1. Атеросклероз, синдром Лериша, стеноз правой почечной артерии. Вазоренальная гипертензия.

2. Аортография по Сельдингеру, УЗДГ
3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно
4. Показано аорто-бедренное бифуркационное шунтирование с пластикой почечной артерии.
5. Прогноз благоприятный.

Задача 77.

Больной 28 лет жалуется на головокружение, головную боль в теменно-затылочной области. А/Д - 200/120 мм.рт.ст., гипотензивная терапия неэффективна. Болен уже 4 года. По параректальной линии живота слева выслушивается систолический шум.

-Диагноз?

-Инструментальные методы исследования?

-Консервативная терапия?

-Хирургическая тактика?

-Прогноз?

Ответ: 1. Вазоренальная гипертензия.

2. Необходимо провести диф. диагностику между вазоренальной гипертензией и другими видами гипертензий. УЗДГ почечных артерий, определение ВМК в моче.
3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно
4. При подтверждении диагноза - почечная ангиография для выбора метода оперативного лечения.
5. Прогноз благоприятный.

Задача №78.

Больной 56 лет жалуется на периодические приступы головокружения, пошатывание при ходьбе, слабость левой руки. Резкое снижение пульсации на артериях левой верхней конечности, грубый систолический шум в проекции подключичной артерии. На реоэнцефалограмме - признаки недостаточности кровообращения в вертебробазилярной системе слева.

- Диагноз?
- Инструментальные методы исследования?
- Консервативная терапия?
- Хирургическая тактика?
- Прогноз?

Ответ: 1. Атеросклероз, подключично-позвоночный синдром слева, стадия субкомпенсации.

2. Необходима аортография дуги аорты по Сельдингеру для решения вопроса о дальнейшей лечебной тактике и выбора метода реконструктивной операции.

3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно

4. см 2.

5. В зав-ти от данных ангиографии.

Задача №79.

Больной 82 лет жалуется на боли в левой голени и стопе, в покое. При осмотре пальцы стопы с элементами некроза, пульс общей бедренной, подколенной артериях и дистальнее не определяется. Справа пульс на общей бедренной и подколенной артериях определяется, ослаблен.

- Предварительный диагноз?
- Диагностическая тактика?
- Консервативная терапия?
- Хирургическая тактика?
- Показано ли диспансерное наблюдение?

Ответ:

1. Атеросклероз, синдром Лериша, окклюзия подвздошной артерии слева. Ишемия ст. IV по Фонтейну – Покровскому.
2. Определение ПЛИ.
3. Лечение атеросклероза, дезагреганты пожизненно
4. Показана первичная ампутация конечности, консервативное лечение атеросклероза.
5. Наблюдение у хирурга поликлиники по месту жительства.