

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»

Пособие рассчитано на самостоятельную внеаудиторную работу, во время которой студент с помощью учебника и дополнительной литературы должен усвоить основные сведения об изучаемой патологии. В каждой из тем представлены ключевые моменты этиологии и патогенеза, диагностики, способов лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, относящихся к компетенции хирурга и составляющие комплекс обязательных знаний. Поскольку основная цель преподавания клинических дисциплин заключается в получении студентами практических навыков постановки диагноза и решения вопросов лечебной тактики, в каждом разделе приведен перечень необходимых умений.

В составе электронной библиотечной системы «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» (www.studmedlib.ru/extra) размещены интерактивная история болезни, варианты тестового контроля, ситуационные задачи, с помощью которых студенты смогут самостоятельно проверить свои знания.

Пособие предназначено студентам медицинских вузов по специальности «лечебное дело» по дисциплине «хирургические болезни».

- Заболевания пищеварительного тракта
- Заболевания гепатопанкреатобилиарной зоны
- Заболевания щитовидной железы
- Заболевания молочной железы
- Заболевания легких, плевры и средостения
- Острые и хронические заболевания сосудов
- Заболевания сердца
- Неотложные состояния в абдоминальной хирургии

ISBN 978-5-9704-2039-3



9 785970 420393 >

**Хирургические
болезни**

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГОУ ВПО «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И. М. Сеченова» для студентов
учреждений высшего профессионального образования,
обучающихся по специальности 060101.65 «Лечебное дело»
по дисциплине «Хирургические болезни»

Регистрационный номер рецензии 060 от 17 февраля 2011 г.
ФГУ «Федеральный институт развития образования»



ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2011

УДК 616-089(076)(086.76)(075.8)

ББК54.5я73-5

X50

Авторский коллектив:

д-р мед. наук, чл.-кор. РАМН, проф. кафедры факультетской хирургии лечебного факультета ГОУВПО «Российский государственный медицинский университет им. Н.И. Пирогова» (РГМУ им. Н.И. Пирогова) *А. И. Кириенко*; д-р мед. наук, проф., зав. кафедрой факультетской хирургии № 2 лечебного факультета ГОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» (Первый МГМУ им. И.М. Сеченова) *А.М. Шулутко*; д-р мед. наук, проф. кафедры факультетской хирургии № 2 лечебного факультета ГОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» *В.И. Семиков*; канд. мед. наук, доц. кафедры факультетской хирургии лечебного факультета ГОУ ВПО «РГМУ им. Н.И. Пирогова» *В. В. Андрияшкин*.

X50 Хирургические болезни : учеб.-метод. пособие /А. И. Кириенко, А. М. Шулутко, В. И. Семиков, В. В. Андрияшкин. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 192с.

ISBN 978-5-9704-2039-3

Пособие рассчитано на самостоятельную внеаудиторную работу, во время которой студент с помощью учебника и дополнительной литературы должен усвоить основные сведения об изучаемой патологии. В каждой из тем представлены ключевые моменты этиологии и патогенеза, диагностики, способов лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, относящихся к компетенции хирурга и составляющие комплекс обязательных знаний. Поскольку основная цель преподавания клинических дисциплин заключается в получении студентами практических навыков постановки диагноза и решения вопросов лечебной тактики, в каждом разделе приведен перечень необходимых умений.

В составе электронно-библиотечной системы «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» (www.studmedlib.ru/extra) размещены интерактивная история болезни, варианты тестового контроля, ситуационные задачи, с помощью которых студенты смогут самостоятельно проверить свои знания.

УДК 616-089(076)(086.76)(075.8)

ББК54.5я73-5

Права на данное издание принадлежат ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».

© Коллектив авторов, 2011

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2011

ISBN 978-5-9704-2039-3

© ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», оформление, 2011

СОДЕРЖАНИЕ

Зведение.	5
Предисловие.	6
Сак работать с пособием?.	7
Хирургические болезни. Номенклатура модулей.	8
МОДУЛЬ 1. ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА .	11
Заболевания пищевода.	11
Осложнения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.	13
Опухоли ободочной и прямой кишки.	22
Хронические воспалительные заболевания кишечника.	24
Неопухолевые заболевания анального канала и перианальной области.	25
Острый аппендицит и его осложнения.	27
МОДУЛЬ 2. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЮНЫ .	31
Желчно-каменная болезнь.	31
Острый холецистит.	33
Острый панкреатит.	34
Хронический панкреатит.	37
Новообразования.	38
Механическая желтуха.	40
МОДУЛЬ 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .	42
Доброкачественные заболевания щитовидной железы.	42
МОДУЛЬ 4. ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ .	46
Рак молочной железы.	47
МОДУЛЬ 5. ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ, ПЛЕВРЫ И СРЕДОСТЕНИЯ .	49
Нагноительные заболевания легких и плевры.	49
Рак легкого.	51
Опухоли и кисты средостения.	52
МОДУЛЬ 6. ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДОВ.	55
Острая артериальная непроходимость.	55
Хронические облитерирующие заболевания аорты и ее ветвей.	57
Аневризмы аорты и магистральных артерий.	59
Острые венозные тромбозы.	61

Тромбоэмболия легочных артерий	63
Хроническая венозная недостаточность	65
Острые нарушения мезентериального кровообращения	67
Нарушения мозгового кровообращения	69
МОДУЛЬ 7. ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА	72
Врожденные пороки	72
Приобретенные пороки	74
Хирургическое лечение нарушений коронарного кровотока	76
МОДУЛЬ 8. НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ	
В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ	78
Перитонит	78
Острая кишечная непроходимость	80
Желудочно-кишечные кровотечения	83
МОДУЛЬ 9. НАРУЖНЫЕ БРЮШНЫЕ ГРЫЖИ	
И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ	86
Осложнения грыж	87
Приложение	90
Схема истории болезни	90
Ситуационные задачи по изучаемым модулям	106

ВВЕДЕНИЕ

Уважаемые студенты, дорогие коллеги!

Небольшая книга, которую вы открыли, представляется мне очень важной и нужной для студентов, изучающих курс хирургических болезней в медицинском вузе. В настоящее время вышли из печати и стали доступными несколько учебников, ряд руководств и многочисленные монографии по различным вопросам клинической хирургии. Но ориентироваться в этом обилии специальной литературы начинающему медику очень сложно. Какие сведения принципиально важны и их нужно запомнить на всю свою врачебную жизнь, а что второстепенно и может измениться уже в ближайшие годы? Важно, что авторы акцентируют внимание обучающихся на главных, узловых вопросах, предлагают широкий набор программ для самоконтроля. С их помощью студент может объективно оценить уровень своих познаний, подготовиться к экзамену. Конечно, успешная сдача экзамена не самоцель, но опыт показывает — прочный институтский багаж знаний абсолютно необходим для успешной врачебной практики.

Это пособие — результат совместной работы двух коллективов авторов, двух кафедр факультетской хирургии лечебного факультета: Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова и Российского государственного медицинского университета им. Н.И. Пирогова. Многолетние товарищеские отношения и деловое сотрудничество связывают работников этих кафедр. Они возникли еще в то время, когда кафедре Сеченовского института возглавлял мой большой друг, замечательный хирург, ученый и педагог профессор Генрих Ильич Лукомский. Я рад, что наши дружеские связи помогли студентам. Уверен, коллективный труд представителей двух хирургических школ будет востребован студентами-медиками, он также станет полезным пособием преподавателям, позволяя им оптимизировать занятия со студентами.

*Руководитель клиники
факультетской хирургии
им. С.И. Спасокукоцкого РГМУ
академик В.С. Савельев*

ПРЕДИСЛОВИЕ

Учебно-методическое пособие «Хирургические болезни» призвано помочь студентам в изучении курса факультетской хирургии. Для успешного овладения этой важной клинической дисциплиной, помимо учебника и дополнительных учебных материалов (руководств, монографий, анатомических и хирургических атласов), необходима своеобразная «лоция», которая бы точно указывала, что будущий врач должен знать, какими практическими навыками ему следует овладеть, где найти необходимую информацию. Именно эти сведения представлены в данном пособии. Составляющей частью пособия служит приложение, размещенное в составе электронной библиотечной системы «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» (www.studmedlib.ru/extra) с помощью которого студент сможет написать курсовую историю болезни, самостоятельно проверить усвоение учебного материала путем ответа на специальные тесты и решения ситуационных задач. Подготовиться к экзамену по хирургии помогут варианты тестовых экзаменационных работ с автоматически проставляемой оценкой. Авторы надеются, что предлагаемое пособие позволит активизировать самостоятельную работу студентов для получения глубоких знаний и приобретения необходимых практических навыков по хирургии.

Особую благодарность авторы приносят своим коллегам-преподавателям, без участия которых невозможно было бы появление этого пособия: профессорам А.О. Вирганскому, В.А. Петухову, М.И. Филимонову и О.О. Ясногородскому, доцентам В.Г. Агаджанову, Н.В. Антроповой, В.Е. Васильеву, А.Ю. Моисееву, Ф.Н. Насирову и П.В. Подачину, ассистентам А.В. Андрияшкину, А.В. Балашову, С.Г. Гаврилову, А.В. Миронову, Е.И. Селиверстову, ДА. Сону, СМ. Юмину.

КАК РАБОТАТЬ С ПОСОБИЕМ?

Эта книга не заменяет учебник, она должна быть использована вместе с ним. Во время подготовки к занятиям сначала целесообразно ознакомиться с перечнем главных вопросов по разбираемой теме и практическими навыками, которыми вы должны овладеть. Затем, читая пособие, следует в соответствующем разделе найти ответы на эти вопросы. Если вы не смогли разобраться в каком-то из них или захотели получить более широкую информацию по заинтересовавшей вас проблеме, вам необходимо воспользоваться дополнительной литературой. Ее список помещен в конце каждого раздела. После того как вы сочли, что узнали достаточно, вы можете проверить свои знания с помощью тестов и ситуационных задач, тексты которых приведены в печатном виде, и в он-лайн приложении. Тесты и задачи помогут вам объективно оценить уровень своей подготовки и понять, что из изучаемого материала вы не усвоили.

Курсовую работу по истории болезни вам поможет написать специальный файл в интернете (www.studmedlib.ru/extra). Для этого вы должны отвечать на вопросы, помещенные в этом разделе. При распечатке документа эти вопросы не будут отражены в тексте.

Подготовиться к экзамену вам помогут варианты тестовых экзаменационных работ. Компьютерная программа не только выставит вам оценку, но и отметит неправильные ответы.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. НОМЕНКЛАТУРА МОДУЛЕЙ

(Организационные формы реализации программы)

№	Название модуля, модульные единицы	Лекции, часы	Занятия прак- тические, часы
1. Заболевания пищеварительного тракта			
	Модульная единица	2	6
	1.1. Заболевания пищевода		
	1.2. Заболевания желудка	4	18
	1.3. Заболевания кишечника	4	18
	1.3.1. Заболевания ободочной кишки		
	1.3.2. Заболевания прямой кишки		
	1.4. Острый аппендицит	2	6
2. Заболевания гепатобилиарной зоны			
	Модульная единица	4	6
	2.1. Заболевания печени и желчных путей. ЖКБ. Острый холецистит		
	2.2. Заболевания поджелудочной железы. Острый панкреатит	2	6
3. Заболевания щитовидной железы		4	12
4. Заболевания молочной железы		2	12
5. Заболевания легких, плевры и средостения			
	Модульная единица	1	6
	5.1. Неспецифические заболевания легких		
	5.2. Неспецифические заболевания плевры	1	6
	5.3. Рак легкого	2	6
	5.4. Заболевания средостения	2	6
6. Острая и хроническая окклюзия кровеносных сосудов			
	Модульная единица	2	6
	6.1. Заболевания артерий		
	6.2. Заболевания вен	2	6
7. Заболевания сердца		2	6
8. Неотложные состояния в хирургии			
	Модульная единица	2	6
	8.1. Перитонит		

№	Название модуля, модульные единицы	Лекции, часы	Занятия практические, часы
	8.2. Кишечная непроходимость	2	12
	8.3. Желудочно-кишечные кровотечения	2	6
9. Грыжи		2	12
	Курация больных		18
Всего		44	180

Модуль 1

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

Необходимо знать

Рак пищевода. Строение слизистой оболочки пищевода, объясняющее развитие эпидермоидной карциномы и возможность метаплазии с возможным развитием аденокарциномы. Синтопия пищевода с позиций возможного поражения окружающих структур. Характер дисфагии при раке пищевода. Полная дисфагия как ургентное состояние. Очевидные признаки инкурабельности (осиплость голоса, синдромы Горнера и верхней полой вены, симптомы пищеводно-бронхиального свища и др.). Типичная рентгенологическая и эндоскопическая картина. Понятие о паллиативном (гастростомия, стентирование) и радикальном (эзофагэктомия с пластикой) оперативном лечении, лучевой и химиотерапии.

Лейомиома. Поперечно-полосатый и гладкомышечный сегменты стенки пищевода, типичная локализация опухоли. Клиническая картина, рентгенологическая и эндоскопическая картина опухоли. Принципы хирургического лечения.

Дивертикулы. Понятие о пульсионном (Ценкера, эпифренальный) и тракционном (Рокитанского) дивертикулах. Анатомические предпосылки возникновения дивертикулов. Рентгенодиагностика. Показания и противопоказания к операции в зависимости от вида дивертикула.

Кардиоспазм. Патолого-анатомические и патофизиологические аспекты заболевания. Особенности дисфагии (парадоксальная, интермиттирующая). Рентгенологическая и эндоскопическая диагностика. Показания к пневмокардиодилатации и операции Геллера.

Рефлюксная болезнь пищевода. Естественные антирефлюксные механизмы и их нарушение при скользящей грыже пищеводного отверстия диафрагмы. Клиническая картина рефлюкс-эзофагита, его легочные и местные осложнения. Пищевод Барретта и возможность малигнизации. Медикаментозное лечение и показания к операции Ниссена и другим антирефлюксным операциям. Отличия скользящих и параэзофагеальных грыж, различия в показаниях к операции при них.

Послеожоговая рубцовая стриктура. Экстренные мероприятия при химическом ожоге пищевода. Показания к гастростомии, бужированию и пластике пищевода.

Повреждения пищевода (в том числе ятрогенные) и спонтанный разрыв пищевода (синдром Борхаава). Клиническая картина и рентгендиагностика. Возможность консервативного лечения и показания к операции.

Необходимо уметь

1. Определить тактику при полной дисфагии (срочная госпитализация, парентеральное питание, гастростомия).
2. Отличить рвоту пищеводную (регургитацию) от желудочной.
3. Предположить характер заболевания пищевода в зависимости от характера и истории дисфагии, рентгенологической и эндоскопической картины.
4. Определить объем неотложной помощи при химическом ожоге пищевода.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 26-55; 56-68.

Евтихов Р.М., Путин М.Е., Шулуто А.М. Клиническая хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - С. 349-372.

Дополнительные источники информации

Черноусов А.Ф., Богопольский И.М., Хоробрых Т.В. Доброкачественные заболевания пищевода. Рак пищевода: клиническая хирургия: нац. рук.: в 3 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 299-262.

ОСЛОЖНЕНИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

Необходимо знать

Частота и место язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки среди других хронических заболеваний органов брюшной полости.

Клиническая анатомия, морфология и физиологии желудка и двенадцатиперстной кишки. Физиология желудочной секреции. Особенности моторно-эвакуаторной функции желудка.

Кровотечение

Общие вопросы. Частота развития гастродуоденальных кровотечений язвенной природы. Типичная локализация кровоточащих язв.

Клиническая картина и диагностика. Особенности клинической симптоматики кровотечения из язв, локализующихся в желудке и двенадцатиперстной кишке. Симптомы острой кровопотери в зависимости от ее объема и длительности заболевания; степени тяжести кровопотери. Данные физикального обследования больного. Лабораторная и инструментальная диагностика, эндоскопическая характеристика источника кровотечения и угрозы рецидива по классификации Форреста. Клинико-лабораторные и эндоскопические критерии высокой угрозы рецидива кровотечения.

Дифференциальная диагностика. Дифференциально-диагностические признаки, позволяющие отличить кровотечения язвенной природы от других заболеваний: 1) синдром Мэллори—Вейса; 2) варикозное расширение вен пищевода; 3) рак желудка; 4) эрозивный и геморрагический гастрит; 5) кровотечение из верхних дыхательных путей и легких.

Лечение. Тактика врача при кровотечении язвенной этиологии. Консервативная терапия — показания, задачи; ее компоненты. Эндоскопические способы остановки кровотечения. Экстренные и срочные операции; показания к ним. Виды операций в зависимости от анамнеза, возраста и тяжести состояния больного, локализации язвы; показания к ним.

Результаты консервативного и хирургического методов лечения больных с язвенным кровотечением.

Необходимо уметь

1. Собрать анамнез у больного с желудочно-кишечным кровотечением, выяснить жалобы, характерные для язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Провести физикальное обследование больного с выявлением признаков острой кровопотери, оценить ее тяжесть.
3. Выполнить зондирование желудка с последующей оценкой характера желудочного содержимого (цвета «кофейной гущи», примесь свежей крови); пальцевое ректальное исследование с оценкой полученных данных.
4. Поставить предварительный диагноз и составить план лабораторных и инструментальных исследований.
5. Правильно интерпретировать клиническую симптоматику, данные инструментальных и лабораторных методов исследования.
6. Провести дифференциальную диагностику причин желудочно-кишечного кровотечения.
7. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый диагноз.

Перфорация гастродуоденальных язв

Необходимо знать

Общие вопросы. Частота возникновения прободных язв желудка и двенадцатиперстной кишки, зависимость ее от возраста и пола больного, времени года.

Этиология, патогенез, классификация. Факторы, провоцирующие прободение язвы. Характер воздействия гастродуоденального содержимого на брюшину, пути его распространения по брюшной полости. Различные формы прободения язв: в свободную брюшную полость, прикрытые и атипичные перфорации; периоды течения типичной перфорации.

Клиническая картина и диагностика. Клиническая симптоматика прободной язвы в зависимости от фазы развития перитонита. Характеристика болевого синдрома, частоты пульса и артериального давления. Данные визуального осмотра, перкуссии, пальпации и аускультации живота в динамике развития заболевания. Значение пальцевого исследования прямой кишки и пахового канала. Инструментальная (УЗИ и рентгенологическое исследование брюшной полости) и лабораторная диагностика. Лапароскопия, показания к ней.

Особенности клинического течения прикрытой и атипичной прободной язвы.

Дифференциальная диагностика. Дифференциально-диагностические признаки, позволяющие отличить перфоративную язву от следующих заболеваний: 1) острый аппендицит; 2) острый холецистит; 3) острый панкреатит; 4) острая кишечная непроходимость; 5) прободение злокачественной опухоли желудка. Значение лабораторных и специальных методов исследования в дифференциальной диагностике этих заболеваний.

Лечение. Хирургическая тактика при прободных гастродуоденальных язвах, ее обоснование. Анестезия, оперативный доступ. Радикальные (резекция желудка, пилоропластика и ваготомия) и паллиативные (ушивание перфорации, тампонада язвы прядью сальника — метод Поликарпова) операции; показания к ним. Техника ушивания прободной язвы. Эндоскопический метод ушивания перфорации.

Ведение послеоперационного периода. Компоненты интенсивной инфузионной и медикаментозной терапии больных с ушитой язвой и резекцией желудка. Профилактика раневых и внутрибрюшных воспалительных осложнений; профилактика и лечение пареза желудочно-кишечного тракта. Ближайшие и отдаленные результаты после радикальных и паллиативных операций.

Консервативное лечение прободных язв (метод Тейлора), показания.

Необходимо уметь

1. Правильно собрать анамнез у больного с подозрением на прободную язву.

2. Провести осмотр больного с предполагаемым диагнозом «прободная язва» с выявлением характерных для заболевания специальных симптомов.

3. Выполнить ректальное исследование и оценить полученные данные.

4. Поставить предварительный диагноз.

5. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

6. Правильно интерпретировать клиническую симптоматику, данные инструментальных и лабораторных методов исследования. Выявлять рентгенологический симптом пневмоперитонеума.

7. Аргументированно провести дифференциальную диагностику на основании анамнеза, жалоб, проведенного осмотра боль-

ного, выполненных инструментальных и лабораторных методов исследования.

8. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз (с указанием возможной локализации язвы, периода заболевания).

Пилородуоденальный стеноз

Необходимо знать

Общие сведения. Частота развития пилородуоденального стеноза язвенной природы, зависимость ее от возраста и пола больного.

Этиология, патогенез и классификация. Факторы, способствующие развитию пилородуоденального стеноза. Характеристика морфологических и функциональных изменений желудка в динамике развития заболевания. Стадии пилородуоденального стеноза и их критерии: клинические, анатомические и функциональные. Характер метаболических нарушений (водного, электролитного и белкового обмена), в каждой стадии стеноза.

Клиническая картина и диагностика. Характер болевого синдрома и диспепсических явлений в различные стадии стеноза. Общее состояние больного, масса его тела, состояние кожного покрова, а также данные осмотра живота, перкуссии, пальпации, аускультации и сукуссии в динамике развития заболевания. Симптомы обезвоживания и водно-электролитных нарушений. Симптомы Труссо («рука акушера») и Хвостека (подергивание мышц лица при поколачивании в области лицевого нерва).

Лабораторная диагностика: показатели гематокрита; содержание в крови общего белка, натрия и калия, кальция, хлора; кислотно-основного состояния.

Инструментальные методы: рентгенологическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки с бариевой взвесью; оценка моторной и эвакуаторной функции желудка; эзофагогастродуоденоскопия; оценка моторной функции желудка; ультразвуковое исследование брюшной полости.

Дифференциальная диагностика: 1) пилороспазм; 2) стенозирующая опухоль выходного отдела желудка; 3) рак головки поджелудочной железы, прорастающий в двенадцатиперстную кишку.

Лечение. Общие принципы. Предоперационная подготовка больных к плановому оперативному вмешательству. Выбор метода опера-

тивного вмешательства в зависимости от стадии стеноза и степени нарушения моторной функции желудка, а также степени операционного риска. Показания к классической резекции желудка, антрумэктомии в сочетании с ваготомией, дренирующим желудок операциям в сочетании с ваготомией; к гастроэнтеростомии как к окончательному способу лечения. Лапароскопическая стволовая ваготомия с пилоропластикой из мини-доступа; показания к ней.

Ведение послеоперационного периода, профилактика, диагностика и лечение послеоперационных осложнений (парез желудка с нарушением эвакуаторной функции; недостаточность швов анастомоза и культи двенадцатиперстной кишки, послеоперационный острый панкреатит).

Необходимо уметь

1. Правильно собрать анамнез при подозрении на язвенный пилорoduodenальный стеноз с учетом основных клинических симптомов заболевания, стадии стеноза и развившихся метаболических нарушений.

2. Провести осмотр пациента с предполагаемым пилорoduodenальным стенозом, выявить характерные для различных стадий стеноза симптомы нарушения моторной и эвакуаторной функции желудка (видимая перистальтика желудка; «шум плеска», симптомы Труссо, Хвостека).

3. Поставить предварительный диагноз.

4. Составить план необходимых лабораторных и инструментальных исследований.

5. Правильно интерпретировать клиническую симптоматику, результаты лабораторных и инструментальных исследований.

6. Аргументированно провести дифференциальную диагностику с пилороспазмом и стенозом выходного отдела желудка при раке.

7. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз.

Пенетрация

Необходимо знать

Общие сведения. Морфологическая характеристика пенетрирующей язвы, преимущественная локализация.

Клиническая картина и диагностика. Характеристика болевого синдрома; изменение интенсивности боли, иррадиации ее и связи с

сезонностью заболевания. Клиническая симптоматика в зависимости от пенетрации язвы в головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку, печень и малый сальник. Инструментальная и лабораторная диагностика.

Дифференциальная диагностика. Дифференциальная диагностика пенетрирующей язвы от хронического панкреатита, хронического холецистита, рака желудка.

Лечение. Лечебная тактика при пенетрирующей язве. Выбор метода оперативного вмешательства при пенетрации язвы в головку поджелудочной железы, печеночно-двенадцатиперстную связку, малый сальник. Послеоперационные осложнения и их профилактика.

Необходимо уметь

1. Целенаправленно собрать анамнез при подозрении на пенетрацию язвы с учетом клинических симптомов вовлечения в патологический процесс того органа, который становится «дном язвы».

2. Провести осмотр пациента с предполагаемым диагнозом «пенетрирующая язва» с выявлением характерных для заболевания поражений других органов (поджелудочной железы, желчного пузыря, малого сальника).

3. Поставить предварительный диагноз.

4. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

5. Правильно интерпретировать клиническую симптоматику и результаты инструментальных и лабораторных методов исследования.

6. Аргументированно провести дифференциальную диагностику.

7. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз.

Малигнизация

Общие сведения. Морфологическая основа малигнизации язвы и ее локализация.

Клиника и диагностика. Клиническая симптоматика осложнений. Изменение характера болевого синдрома и его связи с приемом пищи. Инструментальная и лабораторная диагностика.

Лечение. Хирургическая тактика. Принципы хирургического лечения малигнизированной язвы.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 222-254.

Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. — М.: Медицина, 2002. — С. 301-317.

Дополнительные источники информации

Кириенко А.И., Матюшенко А.А. Прободная язва. Клиническая хирургия: нац. рук.: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 298-316.

Панцырев Ю.М., Михалев А.И. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии: клиническая хирургия: в 2 т.: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — С. 317-340.

Панцырев Ю.М. Язвенный пилородуоденальный стеноз. Клиническая хирургия: в 2 т.: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - С. 573-578.

Яицкий Н.А., Седов В.М., Морозов В.П. Язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. — СПб., 2002.

Рак желудка

Необходимо знать

Общие сведения. Анатомия и физиология желудка. Три основных отдела желудка. Пути оттока крови из желудка и лимфы в лимфатические коллекторы. Частота развития рака желудка у жителей РФ и в других странах мира. Место рака желудка в структуре злокачественных опухолей другой локализации. Возрастные особенности и половые различия в заболеваемости раком желудка.

Этиология, патогенез, классификация. Современные теории этиологии и патогенеза рака желудка. Предраковые заболевания. Роль диспансеризации больных с предраковыми заболеваниями в выявлении рака желудка в ранней стадии заболевания.

Международная гистологическая классификация рака желудка (пять разновидностей). Макроскопическая классификация рака желудка. Динамика роста злокачественных опухолей желудка (медленно- и быстрорастущие формы). Феномен «первичной» и «вторичной» гибели раковых клеток.

Пути метастазирования рака желудка: лимфогенный, гематогенный, контактный. Отдаленные (дистантный) и регионарные метастазы. Лимфогенное метастазирование: метастазы в перигастральные лимфатические узлы — региональные и отдаленные (парааортальные, паракавальные и корня брыжейки). Экстраабдоминальные лимфогенные метастазы — Вирхова и Айриша. Контактные (имплантационные) метастазы: Крукенберга, Шнитцлера; «метастаз сестры Мэри Джозеф».

Клиническая классификация рака желудка по системе TNM. Прогностическая значимость стадии заболевания.

Клиника и диагностика. Клинические признаки в зависимости от локализации опухоли и стадии заболевания. Клинические признаки «синдрома малых признаков» и «желудочного дискомфорта». Данные визуального осмотра больного и физикального исследования зон метастазирования рака желудка; перкуссии и пальпации живота. Значение вагинального и ректального исследований. Лабораторные методы исследования в диагностике рака желудка и определении тяжести заболевания.

Инструментальные методы диагностики рака желудка и его метастазов (фиброгастроскопия, гастробиопсия; рентгенологическое исследование желудка; УЗИ брюшной полости; КТ органов грудной клетки и брюшной полости).

Дифференциальная диагностика. Принципы и методы дифференциальной диагностики рака желудка с другими заболеваниями желудка и опухолями экстрагастральной локализации: хронический гиперпластический гастрит (болезнь Менетрие), полипы желудка, хроническая язва желудка, рак желчного пузыря, рак поджелудочной железы, киста поджелудочной железы.

Лечение. Принципы лечения рака желудка. Хирургическое лечение. Показания и противопоказания к оперативному вмешательству. Виды радикальных, расширенных и комбинированных операций. Лимфаденэктомия в хирургическом лечении рака желудка. Оперативные доступы. Паллиативные операции при раке желудка; виды операции. Показания к ним.

Основы до- и послеоперационного ведения больных с опухолями желудка. Особенности предоперационной подготовки в зависимости от локализации опухоли. Химиотерапия рака желудка. Показания к химиотерапии и принципы ее проведения.

Результаты хирургического лечения рака желудка и зависимость их от стадии заболевания. Прогноз течения заболевания.

Необходимо уметь

1. Правильно собрать анамнез у больного раком желудка; выявить жалобы, характерные для той или иной локализации злокачественной опухоли.
2. Провести осмотр больного раком желудка с исследованием анатомических зон отдаленного метастазирования опухоли (левой надключичной и левой подключичной областей; пупочная область); провести пальпацию и перкуссию живота и правильно оценить их результаты.
3. Выполнить вагинальное и ректальное исследования и оценить полученные данные.
4. Поставить предварительный диагноз, включая локализацию опухоли и стадию заболевания.
5. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.
6. Правильно интерпретировать клиническую симптоматику, результаты инструментальных и лабораторных методов исследования.
7. Аргументированно провести дифференциальную диагностику рака желудка с предраковыми и другими заболеваниями желудка.
8. Сформулировать и обосновать окончательный клинический диагноз с указанием локализации злокачественной опухоли, предполагаемой стадии заболевания.
9. Обосновать выбор основного метода лечения; определить показания к хирургическому вмешательству и его объему (субтотальная резекция желудка, проксимальная резекция желудка, гастрэктомия); в зависимости от локализации опухоли и стадии заболевания.
10. Составить план подготовки больного к операции с учетом клинической симптоматики, результатов лабораторных и инструментальных методов исследования.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 1. - С. 490-518.

Дополнительные источники информации

Давыдов М.И., Тер-Ованесов М.Д. Опухоли желудка. Клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. -1.2. - С. 579-600.

Черноусов А.Ф., Поликарпов С.А., Черноусов Ф.А. Хирургия рака желудка. - М.: ИздАТ, 2004. - С. 60-84; 123-217.

ОПУХОЛИ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Необходимо знать

Общие сведения. Особенности анатомического строения и расположения различных отделов ободочной кишки, их кровоснабжения, венозного и лимфатического оттока. Дуга Риолана. Абсорбирующая функция ободочной кишки. Различие в отделяемом из илео- и сигмостомы. Принципиальные отличия анального канала и ампулярного отдела прямой кишки в плане венозного оттока и вариантов органного метастазирования (печень или другие органы), лимфооттока (паховые или подчревные лимфоузлы), строения слизистой оболочки (эпидермоидный рак или аденокарцинома) и иннервации (наличие или отсутствие болевой чувствительности). Синтопия прямой кишки у мужчин и женщин. Пальцевое исследование прямой кишки как основа проктологического обследования. Аноскопия, ректо- и ректороманоскопия, колоноскопия, ирригоскопия. Их место в обследовании толстой кишки.

Опухоли ободочной кишки

Полипы как предраковое заболевание. Разновидности полипов. Понятие об облигатном (диффузный семейный полипоз) и факультативном (железистые, ворсинчатые полипы, синдром Пейтца—Егерса) предраке. Необходимость эндоскопической или хирургической эксцизии; тактика в зависимости от результатов гистологического исследования.

Рак. Общие вопросы. Частота локализации рака в различных отделах толстой кишки. Особенности гистологического строения. Осложнения. Классификация.

Диагностика. Типичная клиническая манифестация (кровотечение, анемия, пальпируемая опухоль, кишечная непроходимость). Зависимость клинических проявлений от характера роста и локализации опухоли. Изменение привычного характера испражнений как один из ранних симптомов и настоятельное показание к колоноскопии. Диагностические возможности эндоскопических и рентгеновских методов исследования. Выявление регионарных и отдаленных метастазов.

Дифференциальная диагностика. Отличительные признаки рака, дивертикулярной болезни, ишемического колита, хронических воспалительных заболеваний кишечника (неспецифический язвенный колит, болезнь Крона).

Лечение. Экстренные, срочные и плановые операции; типичные, комбинированные и расширенные. Характер планового оперативного вмешательства в зависимости от локализации опухоли (резекция, право- и левосторонняя гемиколэктомия). Экстренные вмешательства (колостомия, операция Гартмана, резекция с первичным анастомозом). Двух- и трехмоментные оперативные вмешательства.

Опухоли прямой кишки

Виллезная аденома как факультативный предрак и непереносимое показание к удалению.

Рак. Диагностика. Ректальное кровотечение как основной симптом заболевания прямой кишки и безусловный повод для исключения рака этой локализации. Другие возможные клинические проявления. Возможности наружного осмотра, пальцевого исследования и ректоскопии с биопсией в плане верификации диагноза.

Лечение. Показания к экстирпации (операция Кеню—Майлса) и сфинктеросохраняющим операциям (передняя резекция и брюшно-анальная резекция с низведением). Возможности и типы органосохраняющих операций. Показания к лучевой и химиотерапии.

Необходимо уметь

1. Отличать ректальное кровотечение от изменений стула в случае кровотечения из других отделов кишечника и желудка.
2. Заподозрить рак ободочной и прямой кишки.
3. Установить показания к плановой и экстренной госпитализации.
4. Поставить показания к разным видам инструментального обследования толстой кишки на основании типичных жалоб.
5. Оценить ирригограммы, выявить рентгенологические признаки рака ободочной кишки.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. -1.2. - С. 519-533.

Воробьев Г.И. Рак толстой кишки: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 666-679.

Дополнительные источники информации

Воробьев Г.И. Основы колопроктологии: учеб. пос. — Ростов н/Д.: Феникс, 2001.

Одарюк Т.С., Воробьев Г.И., Шелыгин Ю.А. Хирургия рака прямой кишки. — М.: Дедалус, 2005.

Яицкий Н.А., Седов В.М., Васильев С.В. Опухоли толстой кишки. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. — 372 с.

ХРОНИЧЕСКИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КИШЕЧНИКА

Неспецифический язвенный колит

Необходимо знать

Общие вопросы. Патоморфология язвенного колита, локализация и глубина поражения кишечной стенки. Клиническая классификация.

Диагностика. Клиническая симптоматика: местная и общая. Критерии тяжести заболевания. Системные и местные осложнения. Характерные признаки заболевания, выявляемые при эндоскопии и ирригоскопии. Дифференциальная диагностика с болезнью Крона и ишемическим колитом.

Лечение. Тактика лечения. Медикаментозная терапия, профилактика рецидива. Показания к хирургическому лечению. Операция выбора, этапы оперативного лечения.

Болезнь Крона

Общие вопросы. Особенности патоморфологии заболевания, характер и локализация поражения кишечной стенки. Отличия от язвенного колита.

Диагностика. Клиническая симптоматика в зависимости от локализации поражения. Местные и общие симптомы, внекишечные проявления. Осложнения.

Лечение. Возможности консервативной терапии. Цель хирургического лечения. Характер операций на тонкой и толстой кишке.

Необходимо уметь

1. На основании клинических признаков заподозрить неспецифический язвенный колит и болезнь Крона.

2. Определить показания к проведению колоноскопии и ирригоскопии.

3. На основании клинической симптоматики, лабораторных данных и результатов специальных исследований оценить тяжесть течения заболеваний.

4. Определить показания к экстренной и плановой госпитализации.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 535-560.

Болезнь Крона. Язвенный колит с позиций хирурга: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 703-721.

Дополнительные источники информации

Воробьев Г.И. Основы колопроктологии: учеб. пос. — Ростов н/Д.: Феникс, 2001.

НЕОПУХОЛЕВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ПЕРИ АНАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

Необходимо знать

Общие вопросы. Строение анального канала, анатомия сфинктера прямой кишки и клетчаточных пространств таза.

Геморрой

Трактовка заболевания как патологии кавернозных телец. Клиническая симптоматика хронического геморроя в зависимости от стадии заболевания. Дифференциальная диагностика с раком прямой кишки. Консервативное и хирургическое лечение. Возможности малоинвазивных методов лечения (склерооблитерация, лигирование латексными кольцами, электрокоагуляция).

Осложнения геморроя. Степени острого геморроя. Способы консервативного лечения. Показания к госпитализации. Показания и методы хирургического лечения.

Анальная трещина

Определение. Причины возникновения, локализация. Острая и хроническая трещина (клинические и макроскопические признаки). Дифференциальная диагностика с неполными внутренними свищами прямой кишки. Терапевтические и хирургические способы лечения.

Острый парапроктит

Причины возникновения. Возможная локализация гнойника и гнойного хода. Клинические проявления заболевания в зависимости от локализации поражения. Исходы острого парапроктита. Значение пальцевого ректального исследования в диагностике. Принципы лечения.

Хронический парапроктит

Определение патологического состояния и особенности патоморфологии. Причины формирования. Классификация в зависимости от расположения свищевого хода. Клинические проявления, возможные осложнения. Клиническая и инструментальная диагностика. Методы хирургического лечения.

Эпителиальный копчиковый ход

Морфологические особенности. Клинические проявления. Способы хирургического лечения в зависимости от выраженности воспаления.

Необходимо уметь

1. Обоснованно заподозрить наличие хронического и острого геморроя.
2. Выявить признаки трещины прямой кишки и парапроктита.
3. Обосновать необходимость специального обследования и консультации проктолога.
4. Назначить местное и общее лечение хронического и острого геморроя.
5. Определить показания к экстренной госпитализации.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 561-587.

Воробьев Г.И., Благодарный Л.А. Неопухолевые заболевания анального канала и перианальной области: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 2. — С. 680-702.

Дополнительные источники информации

Воробьев Г.И. Основы колопроктологии: учеб. пос. — Ростов н/Д.: Феникс, 2001.

Благодарный Л.А. Геморрой: 80 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. — М.: Литтерра, 2008. — С. 539-547.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ И ЕГО ОСЛОЖНЕНИЯ

Необходимо знать

Общие сведения. Анатомия передней брюшной стенки, слепой кишки и червеобразного отростка. Отличительные признаки слепой и сигмовидной кишки. Типичные и атипичные варианты расположения червеобразного отростка. Частота и место данной патологии среди других хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Классификация (клинико-морфологическая) острого аппендицита. Макро- и микроскопические изменения в червеобразном отростке при катаральном, флегмонозном, гангренозном и перфоративном аппендиците. Эмпиема червеобразного отростка. Характеристика микробной флоры.

Клиника и диагностика. Характеристика болевого синдрома, диспепсических явлений, последовательность их возникновения и динамика развития. Симптом Кохера—Волковича. Характерные изменения частоты пульса и температуры. Изменения со стороны языка. Данные визуального осмотра, перкуссии, пальпации и аускультации живота. Признаки раздражения брюшины. Симптом Щеткина—Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского, Бартомье—Михельсона, Образцова и др. Значение вагинального и ректального исследований. Лабораторная диагностика. Признаки, позволяющие клинически дифференцировать различные формы острого аппендицита. Причины несоответствия клинической картины морфологическим изменениям червеобразного отростка при остром аппендиците.

Особенности течения острого аппендицита в зависимости от варианта расположения червеобразного отростка (подпеченочное,

тазовое, ретроцекальное, ретроперитонеальное, левостороннее), при беременности, у детей и пациентов пожилого возраста.

Дифференциальная диагностика. Дифференциально-диагностические признаки (жалобы, анамнез, данные физикального и инструментальных исследований), позволяющие отличить острый аппендицит от следующих групп заболеваний:

1) других хирургических заболеваний органов брюшной полости: перфоративная язва; острый холецистит; острый панкреатит; кишечная непроходимость; воспаление дивертикула Меккеля; терминальный илеит (болезнь Крона); перфорация кишки; рак слепой кишки и др.

2) острых урологических заболеваний: почечная колика; пиелонефрит; паранефрит;

3) острых заболеваний женской половой сферы: прерванная внематочная беременность; апоплексия яичника; перекрут или разрыв кисты яичника; воспалительные поражения (аднексит, метрозендометрит, пиосальпинкс, пельвеоперитонит);

4) прочих заболеваний: острый гастрит; энтероколит; пищевая токсикоинфекция; правосторонняя плевропневмония и др.

Лечение. Хирургическая тактика при остром аппендиците. Анестезия. Оперативные доступы (Волковича—Дьяконова, Ленандера, нижнесрединная лапаротомия). Техника аппендэктомии. Ретроградная аппендэктомия. Показания к ревизии терминального отдела тонкой кишки и органов малого таза. Показания к дренированию и тампонаде брюшной полости.

Ведение послеоперационного периода. Положение Фовлера. Профилактика и диагностика послеоперационных осложнений.

Осложнения острого аппендицита

Аппендикулярный инфильтрат. Определение понятия, механизм образования, время возникновения от начала острого приступа. Динамика развития симптомов аппендицита до момента образования инфильтрата. Объективные данные при осмотре больного. Дифференциальная диагностика аппендикулярного инфильтрата от опухолей слепой кишки и половых органов. Течение и возможные исходы аппендикулярного инфильтрата, их клинические проявления и диагностика. Тактика и методика лечения. Дальнейшая тактика лечения при рассасывании инфильтрата.

Периаппендикулярный абсцесс. Клинические (общие и местные) проявления. Характер температурной кривой. Инструментальная

и лабораторная диагностика. Хирургическая тактика. Методика и объем оперативного вмешательства. Дальнейшее ведение больного.

Абсцессы брюшной полости. Причины, локализация, время возникновения, клинические (общие и местные) признаки. Инструментальная и лабораторная диагностика. *Тазовый* (дугласова пространства) *абсцесс.* Диагностическое значение вагинального и ректального исследований. Техника вскрытия тазового абсцесса. *Поддиафрагмальный абсцесс.* Диагностическое значение рентгенологического исследования грудной клетки и брюшной полости. Техника вскрытия поддиафрагмального абсцесса. *Межкишечный абсцесс.* Особенности диагностики.

Пилефлебит. Причины возникновения. Клиническая симптоматика. Меры предотвращения.

Перитонит — см. Модульную единицу «Перитонит».

Необходимо уметь

1. Целенаправленно собрать анамнез при подозрении на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости с учетом основных клинических симптомов острого аппендицита, особенностей течения заболевания, возраста и пола пациента.

2. Провести осмотр пациента с предполагаемым диагнозом «острый аппендицит» с выявлением характерных для заболевания специальных симптомов (Щеткина—Блюмберга, Ровзинга, Ситковского, Бартомье—Михельсона, Образцова).

3. Выполнить вагинальное и ректальное исследования и оценить полученные данные.

4. Поставить предварительный диагноз.

5. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

6. Аргументированно провести дифференциальную диагностику на основании анамнеза, жалоб, проведенного осмотра пациента, выполненных инструментальных и лабораторных методов исследования.

7. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 162-184.

Дополнительные источники информации

Неотложная хирургия органов брюшной полости: руководство / под ред. В.С. Савельева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2004.

Кригер А.Г., Федоров А.В., Воскресенский/Т.К., Дронов А.Ф. Острый аппендицит. — М.: Медпрактика-М, 2002. — 244 с.

Модуль 2

ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЕПАТОПАНКРЕАТОБИЛИАРНОЙ ЗОНЫ

Необходимо знать

Общие вопросы. Анатомо-физиологические сведения о печени, желчных путях и поджелудочной железе. Частота и место патологии этих органов среди хирургических заболеваний органов брюшной полости.

ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ

Необходимо знать

Этиология и патогенез. Факторы камнеобразования — литогенность желчи, гипокинезия желчного пузыря, инфицирование (воспаление). Холестериновый и пигментный компоненты конкремента, кальцинация.

Диагностика. Классификация желчно-каменной болезни (ЖКБ). Клинические проявления (формы) ЖКБ: латентная, диспепсическая, болевая. Симптоматика желчной колики. Инструментальная диагностика холелитиаза, значения ультразвуковых, рентгеновских и эндоскопических методов. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями желчного пузыря (хронический бескаменный холецистит, лямблиоз и описторхоз, холестероз, рак) и поражением других органов (хронический гепатит, хронический панкреатит, язвенная болезнь, гастрит, мочекаменная болезнь с правосторонней почечной коликой, опухоль правой половины ободочной кишки).

Лечебная тактика. Обоснование необходимости проведения холецистэктомии большинству больных. Технологии холецистэктомии — открытая (прямая), видеолaparоскопическая, открытая из мини-доступа. Альтернативные методы лечения ЖКБ (лито-

трипсия, лизирующая терапия желчными кислотами, контактное растворение конкрементов), их эффективность и возможности клинического использования.

Осложнения

Холедохолитиаз. Частота и причины возникновения. Клинические проявления. Дооперационная и интраоперационная диагностика. Принципы лечения: холедохолитотомия, холедоходуоденостомия, эндоскопические вмешательства, литотрипсия.

Гнойный холангит. Причины возникновения, осложнения и исходы. Клиническая симптоматика — триада Шарко и другие симптомы. Характер неотложных лечебных мероприятий, роль декомпрессии желчных путей, антимикробной терапии и детоксикации.

Рубцовые стриктуры большого дуоденального сосочка и желчевыводящих путей. Причины развития. *Клинические* проявления. Возможности хирургической коррекции, значение эндоскопических и рентгенохирургических методов.

Внутренние и наружные желчные свищи. Причины возникновения. Способы выявления до операции и во время оперативного вмешательства. Возможности лечения.

Острый калькулезный холецистит и механическая желтуха — см. ниже.

Необходимо уметь

1. Целенаправленно собрать жалобы и анамнез с учетом основных клинических симптомов желчно-каменной болезни.

2. Провести физикальное обследование больного желчно-каменной болезнью и ее осложнениями.

3. Поставить предварительный диагноз и на его основании составить рациональный план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

4. Оценить результаты инструментальных методов исследования (ультразвуковая сканограмма, холангиограммы, РПХГ).

5. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз и тактику лечения.

Источники информации

См. ниже.

ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Необходимо знать

Этиология и патогенез. Причины развития, значение обструкции пузырного протока, пути инфицирования. Морфологические изменения желчного пузыря, возможные последствия.

Диагностика. Классификация острого холецистита: клинико-анатомические формы и осложнения. Клиническая симптоматика в зависимости от формы воспалительного поражения желчного пузыря. Специфические симптомы заболевания: Ортнера, Мерфи, Кера, Мюсси—Георгиевского. Значение симптома Щеткина—Блюмберга. Инструментальные методы диагностики: ультразвуковые, эндоскопические. Клинические и УЗИ-признаки деструктивного холецистита. Дифференциальная диагностика острого холецистита с заболеваниями органов брюшной полости (печеночная и почечная колика, обострение язвенной болезни, прободная язва, острый аппендицит, острый панкреатит) и грудной клетки (опоясывающий лишай, правосторонняя нижнедолевая пневмония, инфаркт миокарда).

Лечение. Принципы лечебной тактики, показания к экстренной и срочной операции. Методы консервативной терапии. Выбор способа оперативного лечения, методы прямой холецистэктомии (от шейки и от дна), возможности лапароскопического вмешательства, значение холецистостомии.

Профилактика. Значение плановой хирургической санации больных, страдающих желчно-каменной болезнью.

Необходимо уметь

1. Целенаправленно собрать жалобы и анамнез с учетом основных проявлений острого холецистита.
2. Провести физикальное обследование больного с подозрением на острый холецистит. Определить симптомы Ортнера, Мерфи, Кера, Мюсси—Георгиевского.
3. Поставить предварительный диагноз и составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.
4. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз с указанием формы острого холецистита и его возможных осложнений.
5. Обосновать тактику лечения конкретного больного острым холециститом.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 185-201; 410-429.

Дополнительные источники информации

Дадвани С.А., Ветшев П.С., Шулутко А.М., Прудков М.И. Желчно-каменная болезнь. — М.: Видар-М, 2000. — 144 с.

Гальперин Э.И., Ветшев П.С. Руководство по хирургии желчных путей. — М.: Видар-М, 2006.

Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002.

ОСТРЫЙ ПАНКРЕАТИТ

Необходимо знать

Общие вопросы. Клиническая эпидемиология, частота встречаемости среди заболеваний желудочно-кишечного тракта и в неотложной абдоминальной хирургии.

Этиология и патогенез. Основные причинные факторы. Ведущая роль ферментной агрессии в начале заболевания. Две фазы патогенеза острого панкреатита: ранняя (доинфекционная) и поздняя (септическая). Роль эндогенной транслокации кишечных бактерий и их токсинов в развитии септической фазы деструктивного панкреатита. Патоморфология поджелудочной железы при остром панкреатите.

Классификация (клинико-морфологическая): формы заболевания и распространенность поражения, местные осложнения в асептическую фазу и в фазу инфицированного панкреонекроза, внебрюшные осложнения.

Клиническая симптоматика. Плевривисцеральность клинических проявлений острого панкреатита. Триада Мондора. Синдром системной воспалительной реакции при остром панкреатите. Данные визуального осмотра, перкуссии, пальпации и аускультации живота. Симптомы Воскресенского, Мейо—Робсона, Кертэ, Мондора, Грея—Тернера, Грюнвальда. Особенности течения некротического панкреатита в зависимости от клинико-патоморфологической формы и фазы заболевания.

Лабораторная диагностика. Синдром «уклонения ферментов» в системный кровоток. Активность амилазы и липазы в крови, амилазы в моче в зависимости от сроков заболевания и формы острого

панкреатита. Специфичность и диагностическая ценность уровня амилаземии при других заболеваниях и травмах органов брюшной полости. Диагностическая и прогностическая значимость определения в крови С-реактивного белка и прокальцитонина.

Инструментальная диагностика. Комплекс обязательных (ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства, обзорная рентгенография органов брюшной полости, компьютерная томография) и дополнительных (лапароскопия, контрастная компьютерная томография, эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография, магнитно-резонансная томография, эхо-эндоскопическое исследование) методов инструментальных обследований. Диагностические возможности и обнаруживаемые изменения. Показание к лапароскопическому исследованию, лечебное значение лапароскопии. Показания к ретроградной холангиопанкреатографии при остром панкреатите.

Дифференциальная диагностика. Признаки (жалобы, анамнез, данные объективного и специальных исследований), позволяющие отличить острый панкреатит от следующих заболеваний: перфоративной язвы желудка или двенадцатиперстной кишки, пенетрирующей гастродуоденальной язвы, острой кишечной непроходимости, острого холецистита, острого аппендицита, острой окклюзии мезентериальных сосудов, разрыва аневризмы брюшной аорты, острого инфаркта миокарда, пищевой токсикоинфекции, отравления суррогатами алкоголя, острого гастродуоденита. Дифференциально-диагностическое значение лабораторных и инструментальных методов исследования в верификации заболевания, формы и фазы течения острого панкреатита.

Лечение. Дифференцированный подход в выборе тактики комплексного лечения больных с острым панкреатитом в зависимости от клинико-патоморфологической формы заболевания, фазы развития воспалительного и некротического процесса и степени тяжести состояния больного. Основные принципы интенсивной консервативной терапии. Роль методов малоинвазивной хирургии (пункционно-дренирующие вмешательства под УЗИ и/или КТ-контролем, видео-лапароскопически ассистированные операции) в хирургическом лечении различных форм острого панкреатита. Показания и противопоказания к прямому (лапаротомному) оперативному вмешательству. Резекционные и органосохраняющие операции при некротическом панкреатите (абдоминализация поджелудочной железы, некрэктомия, секвестрэктомия). Показания к холецистэктомии и холецистостомии

при панкреонекрозе. Показания к «открытым», «закрытым» и «полу-открытым» дренирующим операциям. Виды «открытых» оперативных вмешательств и способы завершения операции.

Прогноз и исход заболевания. Факторы неблагоприятного исхода острого панкреатита. Обстоятельства, определяющие качество жизни пациента, перенесшего острый панкреатит. Программа реабилитационных и профилактических мероприятий.

Необходимо уметь

1. Правильно собрать анамнез заболевания, выбрать из жалоб больного и хронологии изложения событий характерные для острого панкреатита признаки с учетом возраста пациента и предполагаемого этиологического фактора.

2. При физикальном обследовании пациента выявить признаки системной воспалительной реакции и характерные для острого панкреатита симптомы (триаду Мондора, симптомы Воскресенского, Мейо—Робсона, Кертэ, Мондора, Грея—Тернера, Грюнвальда, «мышечной защиты»).

3. Поставить предположительный диагноз острого панкреатита.

4. Составить план необходимых лабораторных и инструментальных методов обследования пациента.

5. Правильно интерпретировать результаты лабораторных и основных инструментальных методов (ультрасонография, обзорная рентгенография брюшной полости и грудной клетки, компьютерная томография).

6. Аргументированно провести дифференциальную диагностику на основании жалоб, анамнеза, физикального обследования, данных специальных методов обследования.

7. На основании результатов комплексной диагностики обосновать окончательный развернутый клинический диагноз — верифицировать клиническую форму острого панкреатита, оценить степень тяжести состояния больного.

8. Определить показания к консервативному и хирургическому методам лечения.

9. Назначить адекватный форме острого панкреатита и степени тяжести состояния пациента объем консервативной (интенсивной) терапии.

Основные источники информации

Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни: учебник: в 2 т. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 202-221.

Дополнительные источники информации

Затевахин И. И., Цицаишвили М.Ш., Будурова М.Д., Алтунин А.И. Панкреонекроз. — М.: Литературная Россия, 2007. — 223 с.

Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Острый панкреатит: клиническая хирургия: нац. рук./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 196-228.

Савельев В.С., Филимонов М.И., Бурневич С.З. Панкреонекрозы. — М.: МИА, 2008. - 259 с.

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Необходимо знать

Этиология и патогенез. Причины развития и варианты морфологических изменений поджелудочной железы.

Диагностика. Классификация: клинические формы заболевания и его осложнения. Клиническая семиотика в зависимости от внешне-секреторной и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы; состояния внепеченочных желчных протоков, двенадцатиперстной кишки и портального кровотока. Лабораторные и инструментальные методы, характеризующие функциональное состояние поджелудочной железы, состояние ее паренхимы, протоковой системы и окружающих органов. Дифференциальная диагностика с другими заболеваниями поджелудочной железы (острый панкреатит, злокачественное образование) и окружающих органов (хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, рак желудка, хронические заболевания кишечника, хронический холецистит, желчно-каменная болезнь).

Лечение. Принципы консервативного и хирургического лечения с учетом основных этиологических факторов, морфологических и функциональных последствий поражения поджелудочной железы и соседних органов. Оперативные вмешательства (прямые и эндоскопические) на желчных протоках, поджелудочной железе (дренирующие, резекционные, на вегетативной нервной системе).

Профилактика. Роль социальных и своевременных лечебных мероприятий в предотвращении развития и рецидива болезни.

Необходимо уметь

1. Выяснить жалобы и собрать полноценный анамнез с учетом возможных этиологических факторов развития хронического панкреатита.

2. На основании клинической симптоматики заподозрить наличие хронического панкреатита, наметить план необходимого обследования.

3. Правильно трактовать результаты лабораторных и инструментальных методов обследования, выявлять признаки внешнесекреторной и внутрисекреторной недостаточности поджелудочной железы.

4. Сформулировать окончательный диагноз с указанием клинической формы заболевания и его осложнений.

5. Предложить лечебную тактику у конкретного больного хроническим панкреатитом.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 446-472.

Дополнительные источники информации

Евтихов Р.М., Журавлев В.А., Шулутко А.М. и др. Механическая желтуха. Хронический панкреатит. — М.: — Иваново—Киров, 1999. — С. 6-153.

Кубышкин В.А. Хронический панкреатит: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 495-512.

НОВООБРАЗОВАНИЯ

Опухоли печени и желчных протоков

Необходимо знать

Общие вопросы. Варианты неопластического поражения печени, связь с вирусными гепатитами В и С. Первичное и вторичное (метастатическое) злокачественное поражение этого органа. Гепатоцеллюлярный рак как наиболее часто встречающаяся эпителиальная злокачественная опухоль печени. Этиологическое значение цирроза печени. Наиболее частые источники метастатического поражения печени. Метастазы синхронные и метакронные, солитарные и множественные. Дистальный и проксимальный варианты опухолевого поражения желчных протоков.

Диагностика. Время появления и специфичность симптомов. Значение анамнеза. Физикальное распознавание запущенных стадий злокачественного поражения печени и желчных протоков. Лабораторная диагностика: значение уровня альфа-фетопротеина (АФП), канцероэмбрионального антигена (СЕА), карбоангидратного антигена (CA19-9 и CA125). Визуализационные методы обнаружения новообразований печени: УЗИ, КТ, МРТ, ангиография, контрастные методы исследования желчных путей. Какую диагностическую информацию можно получить с их помощью?

Лечение. Хирургическое лечение доброкачественных и злокачественных опухолей, показания и характер оперативных вмешательств, значение портальной эмболизации и локального воздействия на опухоль. Паллиативные вмешательства при нарушениях пассажа желчи.

Опухоли поджелудочной железы

Необходимо знать

Общие вопросы. Наиболее частые формы опухолей и их локализация в органе. Предрасполагающие факторы их возникновения. Особенности роста опухолей, вовлечение в процесс соседних органов, характер метастазирования.

Диагностика. Клинические проявления в зависимости от характера, локализации и стадии опухолевого процесса. Особенности симптоматики нейроэндокринных опухолей — инсуломы, гастриномы. Физикальное исследование, синдром Курвуазье. Лабораторные исследования — определение онкомаркеров, иммунореактивного инсулина, гастрина. Диагностическое значение визуализационных методов диагностики (УЗИ, КТ, МРТ, лапароскопия) и тонкоигольной биопсии.

Лечение. Показания к радикальным и паллиативным хирургическим вмешательствам, методы оперативного лечения.

Необходимо уметь

(по модульной единице в целом)

1. Целенаправленно собрать жалобы и анамнез с учетом основных клинических симптомов опухолевого поражения печени, желчных протоков и поджелудочной железы.

2. Провести физикальное обследование больного с выявлением поздних симптомов и осложнений опухолевых поражений.

3. Поставить предварительный диагноз и на его основании составить рациональный план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

4. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз и тактику лечения.

Основные источники информации

Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни: учебник: в 2 т. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 430-445.

Дополнительные источники информации

Кубышкин В.А. Опухоли поджелудочной железы: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 513-539.

Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. — М., 2002.

МЕХАНИЧЕСКАЯ ЖЕЛТУХА

Необходимо знать

Общие вопросы. Причины развития желтух; доброкачественные и злокачественные заболевания, вызывающие синдром механической желтухи.

Диагностика. Клинические проявления обтурационной желтухи разной природы. Лабораторная диагностика и инструментальные методы, подтверждающие механический характер желтухи и уточняющие ее природу. Дифференциальная диагностика механической, паренхиматозной и гемолитической желтухи. Оценочные критерии тяжести печеночной недостаточности.

Лечение. Задачи лечебных мероприятий при механической желтухе. Значение и содержание этапного лечения этого патологического состояния. Способы купирования печеночной недостаточности. Характер дополнительных лечебных назначений. Методы декомпрессии желчных путей: эндоскопические, рентгенохирургические, пункционные и прямые оперативные. Оптимальная лечебная тактика. Оперативное пособие при доброкачественной и злокачественной природе механической желтухи: холедохолитотомия, наружное и

внутреннее дренирование холедоха, обходные анастомозы, радикальные вмешательства при злокачественных новообразованиях.

Прогноз и профилактика. Зависимость прогноза для жизни пациента от причины обтурационной желтухи. Значение своевременной диагностики и лечения заболеваний, которые могут стать причиной механической желтухи.

Необходимо уметь

1. Выяснить жалобы и собрать анамнез, которые позволили бы обоснованно заподозрить механический характер желтухи и ориентировочно судить о ее причине.
2. Провести физикальное исследование, которое может подтвердить диагноз, определить синдром Курвуазье.
3. Наметить план обследования больного с подозрением на механическую желтуху.
4. Правильно оценить результаты лабораторных и инструментальных методов исследования.
5. Сформулировать окончательный диагноз, разработать план неотложных лечебных мероприятий.

Основные источники информации

Савельев В.С., Кириенко А.И. Хирургические болезни: учебник: в 2 т. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 473-489.

Шаповальянц С.Г. Механическая желтуха и гнойный холангит: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 163-187.

Дополнительные источники информации

Евтихов Р.М., Журавлев В.А., Шулутко А.М. и др. Механическая желтуха. Хронический панкреатит. — М. — Иваново—Киров, 1999. — С. 6-153.

Шерлок Ш., Дули Дж. Заболевания печени и желчных путей. — М.: ГЭОТАР-Мед, 2002.

Модуль 3

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Необходимо знать

Общие вопросы. Анатомия и физиология щитовидной железы. Морфологическое строение в норме и при различных заболеваниях. Синтез, секреция и механизмы действия тиреоидных гормонов. Регуляция функции щитовидной железы. Клиническая и морфологическая классификация заболеваний органа. Степени увеличения щитовидной железы, форма зоба (диффузный, узловой и смешанный), функциональное состояние (эутиреоз, гипотиреоз, тиреотоксикоз), степени тяжести тиреотоксикоза. Правила формулировки диагноза в соответствии с классификациями.

ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Эндемический и спорадический зоб

Необходимо знать

Общие вопросы. Эпидемиология зоба. Этиология и патогенез. Механизмы компенсаторной гипертрофии щитовидной железы. Значение проживания в биогеохимических провинциях, эндемичных по зобу. Роль врожденных и приобретенных изменений метаболизма йода. Узловой и диффузный зоб. Различие между клиническим и морфологическим понятиями узлового зоба.

Клиническая симптоматика. Жалобы и анамнез. Клинические признаки в зависимости от степени увеличения железы, локализации и формы зоба, его функциональной активности. Методика пальпации щитовидной железы.

Лабораторная и инструментальная диагностика. Определение содержания гормонов (T_3 , T_4 и ТТГ) и антител в сыворотке крови.

Диагностические возможности УЗИ, радионуклидного исследования, рентгенологических методов, КТ, МРТ, тонкоигольной пункционной биопсии.

Дифференциальная диагностика различных морфологических форм узлового зоба и с аутоиммунным тиреоидитом.

Лечение. Показания к хирургическому лечению, объем и техника оперативного вмешательства. Послеоперационные осложнения, их профилактика и лечение. Заместительная послеоперационная гормональная терапия. Рецидивный зоб, его причины, диагностика и лечение.

Профилактика эндемического зоба.

Тиреотоксический зоб

Необходимо знать

Общие вопросы. Базедова болезнь (диффузный токсический зоб) как генетически детерминированное аутоиммунное заболевание. Этиология и патогенез болезни. Тиреотоксическая аденома щитовидной железы.

Клиническая картина тиреотоксикоза. Симптомы поражения центральной и периферической нервной системы, сердечно-сосудистой системы и пищеварения, глазной синдром. Изменение функции других желез внутренней секреции, синдром метаболических нарушений, претибиальная микседема.

Лабораторные и инструментальные методы. Исследование уровня тиреоидных гормонов, ТТГ и специфических антител. Значение УЗИ с доплеровским картированием, радионуклидного исследования.

Лечение. Комплексная консервативная терапия: тиреостатики, профилактика их зобогенного эффекта. Симптоматическое лечение. Показания к назначению глюкокортикоидов. Лечение радиоактивным йодом: методика, показания и противопоказания. Хирургическое лечение: показания, предоперационная подготовка, методика операции. Послеоперационные осложнения.

Тиреоидит Хасимото и Риделя

Необходимо знать

Общие вопросы. Этиология и патогенез, значение наследственного фактора, аутоиммунный характер поражения. Эпидемиология.

Диагностика. Клинические признаки гипотиреоза. Характер изменений щитовидной железы. Компрессионный синдром. Определение уровня Т₄, ТТГ, аутоантител к тиреоглобулину и тиреоидной пероксидазе. Ультразвуковое и цитологическое исследование.

Лечение. Значение пожизненной заместительной гормонотерапии. Хирургические вмешательства при компрессионном синдроме, его объем.

Рак щитовидной железы

Необходимо знать

Общие вопросы. Значение ионизирующей радиации, недостатка йода и гипотиреоза в генезе заболевания. Связь с предшествующим зобом. Факторы риска развития рака в узловом зобе. Эпидемиология. Классификация морфологическая. Метастазирование, наиболее частая локализация отдаленных метастазов. Международная клиническая классификация TNM.

Диагностика. Клиническая симптоматика, связанная с развитием опухолевого узла в железе и прорастанием его в окружающие ткани, обусловленная регионарным и отдельным метастазированием. Значение анамнеза. Особенности течения заболевания в зависимости от особенностей гистологического строения опухоли. Физикальное определение опухоли и метастазов. Значение ультразвукового исследования и тонкоигольной аспирационной пункционной биопсии, скинтиграфии органа. Определение уровня тиреоглобулина и кальцитонина.

Лечение. Общие подходы к лечебной тактике. Выбор объема операции. Осложнения хирургического вмешательства. Послеоперационное лечение: супрессорная гормональная терапия и лечение радиоактивным йодом.

Прогноз в зависимости от морфологии опухоли, стадии заболевания, возраста и пола больных.

Необходимо уметь (по модулю в целом)

1. Правильно интерпретировать жалобы больного и целенаправленно собрать анамнез у больного с предполагаемым заболеванием щитовидной железы с учетом функционального состояния органа (гипотиреоз, тиреотоксикоз) и особенностей его течения.

2. Провести осмотр и физикальное обследование пациента с заболеванием щитовидной железы, включая пальпацию органа, выявление типичных синдромов и симптомов заболеваний.

3. Заподозрить злокачественную опухоль этого эндокринного органа.

4. Оценить выявленные при обследовании патологические изменения и сформулировать предварительный диагноз заболевания щитовидной железы.

5. Составить план лабораторных и инструментальных исследований пациента и правильно трактовать их результаты.

6. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз заболевания с учетом современных классификаций. На основании результатов обследования аргументированно провести дифференциальную диагностику.

7. Выбрать и обосновать метод лечения заболевания, определить показания к оперативному лечению и прогноз заболевания.

8. Выбрать и обосновать мероприятия по профилактике рецидива заболевания.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 446-472.

Ольшанский В.О., Чиссов В.И. Рак щитовидной железы: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 15-39.

Шулутко А.М., Семиков В.И. Доброкачественные заболевания щитовидной и паращитовидных желез: клиническая хирургия: нац. рук./ под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 15-39.

Дополнительные источники информации

Браверманн Л.И. Болезни щитовидной железы / пер. с англ. — М.: Медицина, 2000. — 432 с.

Брейдо И.С. Хирургическое лечение заболеваний щитовидной железы. — СПб.: Гиппократ, 1998. — 336 с.

Калинин А.П., Майстренко Н.А., Ветшев П.С Хирургическая эндокринология: рук. — СПб.: Питер, 2004. — 960 с.

Модуль 4

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Необходимо знать

Общие вопросы. Анатомию, физиологию и морфологическое строение молочной железы. Кровоснабжение и пути лимфооттока.

Дисгормональные заболевания молочных желез

Необходимо знать

Общие сведения. Сущность заболевания. Клинико-морфологическая характеристика дисгормональных гиперплазии. Причины развития. Эпидемиология.

Классификация по форме (диффузная и узловая мастопатия, фиброаденома и аденома) и степени пролиферации.

Клинические проявления и диагностика. Характер жалоб, особенности анамнеза. Методика физикального обследования больной. Зависимость симптоматики от формы мастопатии. Значение лабораторных (исследование гормонального фона) и цитологических методов. Возможности маммографии и ультразвукового исследования, пункционной биопсии. Дифференциальная диагностика с раком молочной железы и хроническими формами мастита.

Лечение. Методы консервативного лечения мастопатии. Воздействие на экзогенные и эндогенные факторы ее развития. Характер питания, неспецифической и гормонотерапии. Показания к хирургическому лечению. Его характер.

Гинекомастия как дисгормональное заболевание грудной железы у мужчин. Этиология. Связь с заболеваниями надпочечников, яичек, гипофиза, печени, приемом лекарственных препаратов. Ложная и истинная гинекомастия. Морфология, диагностика, клиническая картина, лечение. Показания к операции.

Профилактика фиброзно-кистозной мастопатии (первичная и вторичная).

РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Необходимо знать

Общие вопросы. Распространенность рака молочной железы с учетом возраста и места жительства. Этиологические факторы и предраковые заболевания. Патоморфология рака молочной железы.

Классификация рака молочной железы по системе TNM и клиническим стадиям.

Клиническая симптоматика. Типичные признаки рака в зависимости от формы опухоли (узловая, диффузная, рак соска, метастатическая), выявляемые при осмотре и пальпации молочных желез. Необходимость исследования больной в разных позициях и пальпации зон регионарного метастазирования.

Диагностика. Значение рентгеновской маммографии, ультразвукового исследования, цитологического метода. Необходимость инструментального обследования печени, грудной клетки, радионуклидной визуализации скелета для обнаружения метастазов. Роль исследования внутренних половых органов женщины. Прогностическое значение определения опухолевых маркеров. Принципы ранней диагностики рака молочной железы.

Дифференциальная диагностика с доброкачественными заболеваниями молочных желез — различными формами мастопатии, липомами, липогранулемами, ангиоматозными опухолями, маститом.

Лечение. Хирургический метод. Радикальная мастэктомия по Холстеду, модифицированная радикальная мастэктомия по Пэйти—Дайсону, расширенная и сверхрадикальная мастэктомия, простая мастэктомия. Органосохраняющие операции — радикальная резекция железы. Выбор объема операции. Реконструкция молочной железы (одномоментная и отсроченная). Использование аутоотканей и эндопротезов. Лучевая терапия (пред- и послеоперационная). Показания к ней. Химио- и гормонотерапия. Выбор комбинированного и комплексного лечения в зависимости от стадии заболевания, возраста больных, наличия в ткани опухоли эстрогеновых и прогестероновых рецепторов. Рак грудной железы у мужчин. Частота развития. Этиология, диагностика, лечение и прогноз.

Прогноз. Ближайшие и отдаленные результаты лечения в зависимости от стадии заболевания.

Необходимо уметь (по модулю в целом)

1. Целенаправленно собирать анамнез при подозрении на заболевание молочных желез с учетом основных клинических симптомов, психологического статуса и возраста пациентки.
2. Правильно провести осмотр пациентки, выполнить пальпацию молочных желез и региональных лимфоузлов.
3. Научить пациентку методике самообследования молочных желез.
4. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.
5. Поставить показания к выполнению пункционной биопсии при заболеваниях молочной железы.
6. Анализировать и интерпретировать данные осмотра и обследования.
7. Аргументированно провести дифференциальную диагностику.
8. Решить вопрос о методе лечения.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 361-394.

Дополнительные источники информации

Высоцкая КВ., Кушлинский Н.Е., Погодина ЕМ. и др. Практическая маммология / под ред. М.И. Давыдова, В.П. Летягина. — М.: Практическая медицина, 2007. — 272 с.

Кижяев Е.В. Дигормональные заболевания молочных желез: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 19-48.

Чиссов В.И., Пак Д.Д., Сарибекян Э.К. Рак молочной железы: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 49-86.

Модуль 5

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ, ПЛЕВРЫ И СРЕДОСТЕНИЯ

Необходимо знать

Общие сведения. Хирургическая анатомия легких и плевры, особенности физиологии кровообращения в малом круге. Методы обследования больных с заболеваниями легких и плевры: рентгеноскопия, рентгенография, компьютерная томография, бронхоскопия (ригидная и фибробронхоскопия), ангиопульмонография, бронхография, торакоскопия, цитологическое исследование мокроты и плевральной жидкости.

НАГНОИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ И ПЛЕВРЫ

Острый абсцесс и гангрена легкого

Необходимо знать

Общие сведения. Определение понятий абсцесса и гангрены легкого. Классификация по причинам развития, клинико-морфологической характеристике и наличию осложнений. Этиология и патогенез. Значение социального статуса, иммунных расстройств, нарушения сознания и проходимости бронхиального дерева. Наиболее частые штаммы микроорганизмов.

Клиническая симптоматика. Жалобы и анамнез. Отличия характера мокроты и выраженности признаков интоксикации. Положение и внешний вид больных. Данные перкуссии и аускультации в зависимости от того, дренируется гнойник в бронхиальное дерево или нет. Клинические проявления осложнений: эмпиемы плевры, легочного кровотечения, аспирационного воспаления противоположного легкого, пневмогенного тяжелого сепсиса и септического шока.

Лабораторная и инструментальная диагностика. Типичные изменения общего анализа крови. Рентгенологическая симптоматика. Значение КТ, УЗИ, бронхоскопии.

Дифференциальная диагностика с деструктивными формами туберкулезного процесса, распадающимся периферическим раком легкого (полостная форма опухоли), аспергиллемой и эхинококкозом.

Лечение. Консервативные мероприятия — значение антибиотикотерапии, восстановления бронхиального дренажа, методов детоксикации, селективной санации гнойника через дренирующий бронх, парахирургических процедур (чрескожное дренирование гнойника, дренирование плевральной полости при эмпиеме, селективная окклюзия свищесущего бронха, эндоваскулярная окклюзия бронхиальной артерии при легочном кровотечении). Эффективность консервативного лечения. Показания и методы хирургического лечения.

Хронический абсцесс легкого

Сроки формирования, морфологическая характеристика, причины развития. Клиническая симптоматика в зависимости от фазы течения абсцесса (ремиссия или обострение). Признаки хронической гипоксии и интоксикации. Возможность развития амилоидоза внутренних органов. Рентгенологические и эндоскопические данные. Особенности лечения — необходимость резекции легкого после предоперационной подготовки. Профилактика хронического легочного абсцесса.

Хроническая эмпиема плевры

Причины развития. Морфологическая характеристика. Диагностика на основании анамнеза, жалоб, осмотра больных, данных лабораторных исследований, рентгеновских методов, КТ. Характер предоперационной подготовки. Методы хирургического лечения: декорткация легкого, плеврэктомия, резекция легкого или пневмонэктомия.

Бронхоэктатическая болезнь

Определение понятия, этиология и патогенез, классификация (первичные, приобретенные, врожденные, вторичные бронхоэктазы). Клиническая картина бронхоэктазов (характерное волнообразное течение болезни, основные симптомы). Диагностика (физикальные

методы обследования, рентгенография в двух проекциях, компьютерная томография, бронхоскопия, бронхография). Дифференциальная диагностика (деформирующий бронхит, мелкие воздушные бронхиальные кисты, кистозная гипоплазия). Методы консервативной терапии (антибактериальная, ингаляционная терапия, эндоскопическая санация бронхиального дерева). Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Предоперационная подготовка. Виды операций (нижняя лобэктомия, нижняя лобэктомия с удалением язычковых сегментов, билобэктомия, пневмонэктомия).

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 67-90.

Дополнительные источники информации

Гостищев В.К. Инфекции в торакальной хирургии: руководство. — М., 2004. - 583 с.

Григорьев Е.Г. Нагноительные заболевания легких и плевры: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 126-152.

Лукомский Г.И., Шулутко М.Л., Виннер М.Г., Овчинников А.А. Бронхопульмонология. — М.: Медицина, 1982. — 400 с.

РАК ЛЕГКОГО

Необходимо знать

Общие вопросы. Этиология: роль курения и неблагоприятных факторов внешней среды в развитии заболевания. Эпидемиология рака легкого. Гистологическая структура опухолей. Пути метастазирования. Клинико-анатомическая классификация. Международная классификация TNM.

Клиническая симптоматика. Зависимость клинических проявлений и времени их появления от формы рака (центральная, периферическая, медиастинальная и диссеминированная), характера роста опухоли и ее локализации. Данные физикального исследования при центральном и периферическом раке.

Инструментальная диагностика. Способы рентгеновского исследования в диагностике рака легкого. Рентгенологическая картина различных форм рака. Возможности КТ и МРТ. Цитологическое

исследование мокроты. Роль бронхологического исследования в подтверждении диагноза и получения материала для гистологического и цитологического исследования: биопсия, соскоб или смыв из бронхиального дерева, транстрахеобронхиальная пункция. Диагностическая торакотомия.

Дифференциальная диагностика с хронической неспецифической пневмонией, нагноительными заболеваниями легких, туберкулезом, очаговым пневмосклерозом, метастазами опухолей другой локализации.

Лечение. Хирургическая тактика в зависимости от морфологического типа опухоли, стадии заболевания, функциональных показателей жизненно важных органов и систем. Принципы хирургического лечения. Показания и противопоказания к оперативному вмешательству. Виды операций. Показания и методы лучевого лечения и химиотерапии.

Прогноз в зависимости от морфологии опухоли, стадии заболевания и вида лечения.

Профилактика рака легкого первичная и вторичная.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 91-120.

Перельман М.И. Рак легкого: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 87-102.

Дополнительные источники информации

Триппи М.А. Патофизиология легких. — М.: Бином, 1997.

Евтихов Р.М., Путин М.Е., Шулушко А.М. Клиническая хирургия. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. - С. 45-94.

ОПУХОЛИ И КИСТЫ СРЕДОСТЕНИЯ

Необходимо знать

Общие сведения. Границы средостения и анатомические структуры, соответствующие схеме деления на отделы. Органо- и гистогенез первичных новообразований средостения. Данные о наиболее частой их локализации, эпидемиологии. Классификация первичных новообразований средостения.

Клиническая симптоматика. Стадии бессимптомного течения и выраженных клинических проявлений. Варианты клинического течения:

медиастинальный синдром (симптомы сдавления органов средостения), инфильтрирующий рост опухолей с переходом на органы средостения, симптомы, обусловленные продукцией биологически активных веществ, прорывом кист в дыхательные пути или их нагноением.

Лабораторная и инструментальная диагностика. Исследование крови и биологических жидкостей. Ведущее значение лучевых методов диагностики: рентген, КТ, МРТ, УЗИ. Способы эндоскопической и морфологической диагностики.

Лечение. Хирургические вмешательства как приоритетный метод лечения. Противопоказания к оперативному лечению. Основные виды операций. Хирургические доступы.

Основные источники информации

Шойхет Я.Н. Опухоли и кисты средостения: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 3. — С. 153-173.

Дополнительные источники информации

Вишневский А.А., Адамян А.А. Хирургия средостения. — М.: Медицина, 1977. — 400 с.

Торакальная хирургия: руководство / под ред. Л.Н. Бисенкова. — СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2004. — 928 с.

Необходимо уметь (по модулю в целом)

1. Правильно интерпретировать жалобы больного и целенаправленно собрать анамнез у больного с предполагаемым заболеванием легких, плевры и средостения с учетом основных клинических симптомов заболеваний, особенностей их течения.

2. Провести осмотр и физикальное исследование пациента с заболеванием легких, плевры и средостения, включая перкуссию и аскультацию, выявить типичные симптомы и синдромы заболеваний, заподозрить рак легкого.

3. Оценить выявленные при обследовании симптомы и сформулировать предварительный диагноз.

4. Составить план лабораторных и инструментальных исследований пациента и трактовать их результаты. Правильно интерпретировать рентгенограммы и компьютерные томограммы больных с заболеваниями легких, плевры и средостения.

5. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз заболевания с учетом современных классифи-

каций. На основании результатов обследования аргументированно провести дифференциальную диагностику.

6. Выбрать и обосновать метод лечения заболевания, определить показания к оперативному лечению и прогноз заболевания.

Модуль 6

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ СОСУДОВ

Необходимо знать

Общие вопросы. Анатомия магистральных артерий и вен большого круга кровообращения. Строение артериальной и венозной стенки. Особенности артериального и венозного кровотока. Анатомия и физиология малого круга кровообращения. Бронхиальный кровоток, его значение в норме и патологии.

ОСТРАЯ АРТЕРИАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Необходимо знать

Основные черты патологии. Определение понятия «острая артериальная непроходимость». Основные причины синдрома. Принципиальные отличия острого тромбоза артерии от ее эмболической окклюзии. Источники тромбоэмболии артерий большого круга кровообращения (эмбологенные заболевания). Типичная локализация эмболических окклюзий. Факторы, приводящие к развитию артериального тромбоза. Варианты дальнейшего развития патологического процесса: вторичный продолженный тромбоз, фрагментация тромбоэмбола. Патогенез ишемических расстройств в тканях пораженной конечности. Понятие о постишемическом синдроме.

Классификация острой артериальной непроходимости в зависимости от причин ее развития, степени ишемии пораженной конечности и характера ее течения.

Клиническая симптоматика. Симптомы ишемии конечности и физикальное определение локализации острой артериальной окклюзии. Зависимость клинических проявлений от локализации окклюзии.

Инструментальная диагностика. Значение ультразвукового и ангиографического исследования. Показания и оценка результатов.

Дифференциальная диагностика причин острой артериальной непроходимости и отличие ее от патологии центральной и периферической нервной системы на основании жалоб, анамнеза, данных физикального и инструментального обследования.

Лечебная тактика. Выбор способа лечения в зависимости от причины острой артериальной непроходимости и степени выраженности ишемии пораженной конечности. Принципы и способы консервативного лечения. Особенности лечебных мероприятий при остром артериальном тромбозе и тромбоэмболической окклюзии. Значение антикоагулянтной и тромболитической терапии.

Хирургическое лечение. Виды восстановительных операций в зависимости от характера артериальной окклюзии. Прямая и непрямая эмболэктомия, доступы и методы. Тромбинтимэктомия, шунтирующие операции. Особенности оперативного вмешательства при выраженной ишемии конечности. Гибридные оперативные вмешательства (сочетание прямых и эндоваскулярных операций). Показания к первой ампутации.

Профилактика. Способы предотвращения возникновения и рецидива тромбоэмболии артерий большого круга кровообращения. Особенности профилактики острого артериального тромбоза.

Необходимо уметь

1. Целенаправленно выяснить жалобы и собрать анамнез больного с подозрением на острую артериальную непроходимость.
2. Определить пульсацию артерий на различных уровнях верхних и нижних конечностей.
3. Установить уровень артериальной окклюзии.
4. На основании клинической симптоматики дифференцировать эмболическую и тромботическую окклюзию магистральных артерий.
5. Оценить результаты ультразвукового и ангиографического исследований.
6. Определять показания к хирургическому и консервативному лечению острой артериальной непроходимости.
7. Назначить медикаментозное лечение на догоспитальном этапе.
8. Разработать план профилактики рецидива острой артериальной непроходимости у конкретного больного.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 179-195.

Затевахин И.И., Цицашвили М.Ш., Золкин В.Н., Матюшкин А.В. Экстренная хирургия аорты и ее ветвей: 80 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. — М.: Литтерра, 2008. — С. 78-89.

Дополнительные источники информации

Затевахин И.И., Цицашвили М.Ш., Золкин В.Н. Острая артериальная непроходимость: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 3. — С. 701-732.

ХРОНИЧЕСКИЕ ОБЛИТЕРИРУЮЩИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ АОРТЫ И ЕЕ ВЕТВЕЙ

Необходимо знать

Основные черты патологии. Особенности поражения артериального русла при облитерирующем атеросклерозе, облитерирующем тромбангиите и неспецифическом аортоартериите. Причины развития. Предрасполагающие факторы. Роль оксида азота и эндотелиальной дисфункции в развитии атеросклероза. Наиболее значимые регионы поражения. Патогенетическая и клиническая взаимосвязь хронической ишемии нижних конечностей, ишемического инсульта и ишемической болезни сердца. Отличия в течении (прогрессирование и/или рецидивирование) различных облитерирующих заболеваний. Частота их в общей популяции, распространенность в различных возрастных группах, тендерные отличия.

Классификация в зависимости от локализации и характера поражения, стадии заболевания по Фонтейну—Покровскому. Понятие о критической ишемии.

Клинические проявления хронической артериальной недостаточности. Характеристика болевого синдрома и других проявлений хронической ишемии конечностей. Патогенез симптома перемежающейся хромоты. «Высокая» и «низкая» хромота. Характер трофических расстройств, исходы прогрессирующей ишемии. Особенности клинических проявлений синдрома Лериша, окклюзии бедренных и подколенных артерий. Значение пальпации и аускультации артерий.

Инструментальная диагностика. Возможности ультразвуковых методов, определение регионарного систолического давления и лодыжечно-плечевого индекса. Методы ангиографического исследо-

вания, ангиографическая симптоматика хронических облитерирующих заболеваний.

Дифференциальная диагностика причин синдрома хронической артериальной недостаточности нижних конечностей по локализации поражения, полу и возрасту пациентов, анамнезу, течению заболевания и лабораторным показателям.

Лечебная тактика. Задачи лечения хронической артериальной недостаточности нижних конечностей. Лечебная тактика в зависимости от стадии заболевания, типа патологии, локализации поражения. Общие принципы и направления консервативного лечения. Особенности лечебных мероприятий при различных облитерирующих заболеваниях.

Хирургическое лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению. Эндovasкулярные вмешательства: основные принципы, виды. Показания к бужированию, ангиопластике, внутрипросветному стентированию. Открытые операции: виды вмешательств (эндартерэктомия, шунтирование, протезирование), использование различных видов шунтов и протезов. Непрямые методы реваскуляризации. Показания к ампутации. Профилактика послеоперационных осложнений. Прогноз реконструктивно-восстановительных вмешательств при хронической ишемии нижних конечностей.

Необходимо уметь

1. Целенаправленно выявить жалобы и собрать анамнез при подозрении на хроническую ишемию нижних конечностей с учетом основных клинических симптомов облитерирующих поражений артерий различного генеза и стадий заболевания.

2. Провести осмотр пациента с предполагаемым заболеванием «хроническая ишемия нижних конечностей» с определением характерных для этого заболевания симптомов. Определить наличие и локализацию поражения артериального русла с помощью пальпации. Выполнить аускультацию основных артериальных магистралей и оценить звуковые феномены.

3. Поставить предварительный нозологический диагноз и определить степень ишемии конечности.

4. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

5. Аргументированно провести дифференциальную диагностику на основании жалоб, анамнеза и данных физикального обследования.

6. Правильно оценить результаты ультразвукового исследования.
7. Сформулировать и обосновать развернутый клинический диагноз.
8. Наметить план лечебных мероприятий у конкретного больного.
9. Дать рекомендации больному по изменению образа жизни, питанию, физическим нагрузкам.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И.Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 196-210.

Дополнительные источники информации

Затевахин И.И., Юдин Р.Ю., Комраков В.Е. Облитерирующий тромбангиит. — М., 2002.

Покровский А.В. Облитерирующие заболевания аорты и артерий нижних конечностей: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 641-700.

Покровский А.В. Клиническая ангиология: руководство для врачей: в 2 т. — М.: Медицина, 2004.

Покровский А.В. Что могут сегодня сосудистые хирурги?: 80 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. — М.: Литтерра, 2008. - С. 62-75.

АНЕВРИЗМЫ АОРТЫ И МАГИСТРАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ

Необходимо знать

Основные черты патологии. Определение понятия «аневризма». Причины возникновения. Отличия истинных и ложных аневризм. Варианты клинического течения, осложнения аневризм: тромбоз, разрыв, расслоение, образование внутренних свищей.

Классификация в зависимости от строения (происхождения) аневризм, локализации, формы и вариантов клинического течения.

Клиническая картина. «Классические» признаки аневризм, особенности клинического проявления в зависимости от локализации и возможных осложнений. Возможности физикального выявления аневризм.

Инструментальная диагностика. Возможности УЗИ, КТ и МРТ в выявлении неосложненных аневризм и различных их осложнений.

Дифференциальная диагностика с различными новообразованиями и заболеваниями, которые могут иметь определенное сходство с аневризмами либо с симптоматикой развившихся осложнений. Значение клинического и инструментального исследования.

Лечение. Показания к хирургическому лечению неосложненных и осложненных аневризм. Особенности оперативной техники в зависимости от локализации поражения и наличия осложнений. Возможности эндоваскулярных методов.

Прогноз в зависимости от локализации и размеров аневризмы, естественного течения и после хирургического лечения в плановом и экстренном порядке.

Необходимо уметь

1. Заподозрить аневризму на основании жалоб, анамнеза и результатов физикального обследования больного.

2. Наметить план обследования пациента с подозрением на аневризму.

3. Оценить данные УЗИ и КТ, выполненные у больных с аневризмами.

4. Определить показания к экстренной госпитализации в хирургический стационар.

5. Назначить необходимое медикаментозное лечение при развитии осложнений.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 211-226.

Дополнительные источники информации

Белов Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии с атласом оперативной техники. — М.: ДеНово, 2000. — 447 с.

Белое Ю.В. Аневризмы восходящего отдела, дуги и торакоабдоминальной аорты: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. — С. 763—788.

Затевахин И.И., Цицашвили М.Ш., Золкин В.Н., Матюшкин А.В. Аневризмы абдоминальной аорты и периферических артерий: клини-

ческая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 789-811.

Казанчян И.О., Попов В.А. Осложнения в хирургии аневризм брюшной аорты. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002.

Покровский А.В. Клиническая ангиология: руководство. — М., 2004. - Т. 2. - С. 23-39.

Спиридонов А.А., Тутов Е.Г., Аракелян В.С. Хирургическое лечение аневризмы брюшной аорты. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева,

ОСТРЫЕ ВЕНОЗНЫЕ ТРОМБОЗЫ

Необходимо знать

Общие вопросы. Частота и место данной патологии среди других острых хирургических заболеваний. Значение для общей клинической практики. Понятие о системе гемостаза (факторы коагуляции и фибринолиза, функции форменных элементов крови). Антикоагулянты прямого и непрямого действия и фибринолитические средства.

Основные черты патологии. Механизмы тромбообразования. Триада Вирхова. Клиническое значение повреждения венозной стенки (прямое и не прямое), замедление венозного кровотока (вынужденная иммобилизация, сдавление вен опухольями, «синдром экономкласса», варикозное расширение вен) и нарушений коагуляции в ответ на травму и хирургическую агрессию. Понятие о тромбофилических состояниях (врожденных и приобретенных), физиологическая гиперкоагуляция у беременных. Типичные локализации тромбоза в системе нижней и верхней полых вен. Венозный тромбоз как источник тромбоэмболии легочных артерий. Последствия венозного тромбоза.

Классификация венозного тромбоза в зависимости от локализации, распространения, характера и степени выраженности гемодинамических расстройств, наличия осложнений.

Клиническая симптоматика. Характеристика болевого синдрома, отека и признаков венозного полнокровия пораженной конечности в зависимости от локализации (глубокие вены голени, подвздошно-бедренный сегмент, нижняя и верхняя полые вены, подключичная вена — болезнь Педжета—Шреттера). Возможность бессимптомного поражения.

Лабораторная и инструментальная диагностика. D-димер-тест. Значение исследования параметров коагуляции. Топическая диагностика венозного тромбоза. Роль ультразвукового дуплексного ангиосканирования, дистальной и проксимальной (ретроградная илиокаваграфия) флебографии. Применение других инструментальных методов (эндоскопия, КТ, МРТ) для исключения злокачественных новообразований как одной из причин возникновения венозного тромбоза.

Дифференциальная диагностика. Симптомы, отличающие острый венозный тромбоз от сходных по клинике заболеваний: острого лимфостаза, сдавления магистральных вен, отеков конечностей при сердечной недостаточности, травме, синдроме длительного раздавливания.

Лечение. Задачи лечения. Консервативные методы: значение эластической компрессии, принципы и методы антикоагулянтной терапии (лечение нефракционированным и низкомолекулярными гепаринами, непрямыми антикоагулянтами, способы контроля эффективности и безопасности лечения). Хирургическая тактика: абсолютные и относительные показания к операции. Методы восстановления кровотока в тромбированных венах: тромбэктомия (прямая и непрямая — катетером Фогарти, эндоваскулярные методы реканализации тромбированных вен). Способы хирургической профилактики тромбоза легочных артерий (перевязка вен, пликация нижней полой вены, имплантация кава-фильтра). Тромболитическая терапия. Причины, ограничивающие применение тромболитических средств. Особенности лечения тромбозов в системе верхней полой вены и варикотромбофлебита.

Профилактика венозного тромбоза у больных высокого риска его развития и рецидива заболевания.

Необходимо уметь

1. Заподозрить венозный тромбоз, собрав жалобы и анамнез больного.

2. Провести физикальное исследование больного с подозрением на венозный тромбоз, проверить симптом Хоманса, пробу Мозеса.

3. На основании клинических признаков установить диагноз варикотромбофлебита.

4. Разработать план обследования больного острым венозным тромбозом.

5. Оценить результаты D-димер-теста, ультразвукового сканирования и рентгеноконтрастной флебографии.

6. Назначить и контролировать антикоагулянтную терапию (АЧТВ, МНО).

7. Определить необходимые меры консервативного лечения варикотромбофлебита.

8. Определить показания и средства профилактики венозного тромбоза у госпитального контингента больных.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 227-260.

Дополнительные источники информации

Кириенко А.И., Кошкин В.М., Богачев В.Ю. Амбулаторная ангиология: рук. — М.: Литтерра, 2007. — 328 с.

Кириенко А.И., Матюшенко А.А., Андрияшкин В.В. Острый тромбофлебит: уч. пос. — М.: Литтерра, 2006. — 108 с.

Савельев В.С. Флебология: руководство. — М.: Медицина, 2001.

Савельев В.С., Андрияшкин В.В., Кириенко А.И. Острый венозный тромбоз: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 853-899.

Чуриков Д.А., Кириенко А.И. Ультразвуковая диагностика болезней вен. — М.: Литтерра, 2006. — 96 с.

ТРОМБОЭМБОЛИЯ ЛЕГОЧНЫХ АРТЕРИЙ

Необходимо знать

Общие вопросы. Определение понятия. Распространенность тромбоэмболии легочных артерий (ТЭЛА), значение для клинической практики.

Этиология и патогенез. Источники ТЭЛА, причины развития. Патогенез и характер гемодинамических расстройств и нарушений дыхания, обусловленных ТЭЛА. «Судьба» тромбоэмболов в сосудистом русле легких, причины и сроки развития инфарктной пневмонии. Понятие об остром и хроническом легочном сердце, хронической постэмболической легочной гипертензии.

Клиническая симптоматика. Зависимость клинических проявлений от распространенности эмболической окклюзии легочного сосуда.

дистого русла и исходного кардиореспираторного статуса больного. Значение выявления источника ТЭЛА.

Инструментальная диагностика. Возможности рутинных методов — ЭКГ и обзорной рентгенографии грудной клетки. Перфузионная сцинтиграфия легких как метод скрининга ТЭЛА. Значение УЗИ (эхокардиографии и ультразвукового сканирования вен), ангиопульмонографии, зондирования правых отделов сердца и контрастной КТ в диагностике ТЭЛА, ее последствий и осложнений.

Дифференциальная диагностика. Отличия ТЭЛА от инфаркта миокарда, пневмонии, позиционного (длительного сдавления) синдрома, гемо- и гидроперикарда, септического шока.

Классификация ТЭЛА в зависимости от уровня эмболической окклюзии, степени нарушения перфузии легких, характера гемодинамических расстройств в большом и малом круге кровообращения, наличия осложнений.

Лечение. Консервативные мероприятия, необходимые у больных с ТЭЛА; значение и возможности антикоагулянтной и тромболитической терапии. Показания и методы хирургического лечения массивной легочной эмболии.

Профилактика (первичная и вторичная) ТЭЛА, значение антикоагулянтных средств и хирургических методов (прямых и эндоваскулярных).

Необходимо уметь

1. Целенаправленно собрать жалобы и анамнез больного с подозрением на ТЭЛА.

2. Наметить план необходимого обследования для подтверждения диагноза ТЭЛА, определения тяжести поражения легочного сосудистого русла и выраженности гемодинамических расстройств, выявления источника эмболии.

3. Интерпретировать данные ЭКГ, эхокардиографии, перфузионной сцинтиграфии, ангиопульмонографии и контрастной КТ.

4. Назначить необходимые лабораторные исследования для контроля эффективности и безопасности лечения гепарином (нефракционированным или низкомолекулярным) и непрямыми антикоагулянтами.

5. Определить целесообразные меры профилактики ТЭЛА и ее рецидива у терапевтического и хирургического контингента госпитальных больных.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 261-282.

Дополнительные источники информации

Савельев В.С. Флебология: руководство. — М.: Медицина, 2001. — 664 с.

Савельев В.С., Матюшенко А.А., Леонтьев С. Г. и др. Тромбоэмболия легочных артерий: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 3. - С. 900-921.

Савельев В.С., Яблоков Е.Г., Кириенко А.И. Массивная эмболия легочных артерий. — М.: Медицина, 1990. — 336 с.

ХРОНИЧЕСКАЯ ВЕНОЗНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ**Необходимо знать**

Общие сведения. Определение понятия «хроническая венозная недостаточность» (ХВН). Причины развития. Статистические данные, характеризующие заболеваемость. Особенности венозного оттока из нижних конечностей. Роль клапанного аппарата и мышечно-венозной помпы.

Основные черты патологии. Характеристика заболеваний, приводящих к ХВН. Факторы, предрасполагающие и провоцирующие развитие этого патологического состояния. Роль гравитационного фактора, ортостаза, флебостаза и венозной гипертензии. Значение «лейкоцитарной агрессии» в поражении клапанного аппарата вен и развитии трофических изменений тканей нижних конечностей. Понятие о венозном рефлюксе (по глубоким, перфорантным и подкожным венам). Его роль в патогенезе трофических расстройств — возникновении целлюлита, липодерматосклероза и трофической язвы.

Клиническая классификация хронических заболеваний вен (международная по СЕАР). Отечественная классификация варикозной болезни, учитывающая локализацию поражения, вид венозного рефлюкса, характер (класс) поражения, выраженность ХВН и наличие осложнений.

Клиническая симптоматика. Субъективные (жалобы больных) и объективные симптомы ХВН. Характеристика болевого, отеочного,

судорожного и варикозного синдрома. Выраженность и особенности появления симптомов варикозной и посттромботической болезней, венозной дисплазии. Физикальное определение состояния подкожных, перфорантных и глубоких вен.

Инструментальная диагностика. Задачи, которые должны быть решены с помощью специального инструментального исследования. Информация, предоставляемая ультразвуковыми, радионуклидными и рентгеноконтрастными методами. Показания к их применению, возможности в определении причин ХВН.

Дифференциальная диагностика причин ХВН. Отличия этого синдрома от острого венозного тромбоза, хронической артериальной недостаточности; отека при недостаточности кровообращения, почечной недостаточности и лимфостазе; поражений суставов нижних конечностей и позвоночника; врожденных и приобретенных артериовенозных свищей.

Лечение. Цели и основные направления лечения ХВН. Коррекция образа жизни, ограничение статических нагрузок. Значение и методы компрессионной терапии, применения фармакологических средств. Флебосклерозирующее лечение — показания и методы. Показания к хирургическому лечению варикозной болезни. Операции разобщения глубоких и подкожных вен: перевязка и пересечение большой и малой подкожных вен в области соустья, надфасциальная и субфасциальная диссекция перфорантных вен (прямая — операция Линтона и эндоскопическая). Способы оперативного устранения варикозных подкожных вен: операция Бебкокка, лазерная и радиочастотная облитерация, операция Нарата, мини-флебэктомия. Возможности хирургического лечения посттромботической болезни и венозных дисплазий.

Лечение осложнений. Неотложные мероприятия при кровотечении из варикозных вен. Консервативное лечение трофических язв. Особенности фармакотерапии и местного лечения в зависимости от фазы раневого процесса. Современные перевязочные средства. Оперативные вмешательства на венозной системе и пластическое закрытие язв. Особенности консервативного и хирургического лечения варикотромбофлебита.

Прогноз в отношении жизни и трудоспособности при различных хронических заболеваниях вен.

Необходимо уметь

1. Выяснить жалобы и правильно собрать анамнез у больного ХВН.

2. Клинически обследовать больного с хроническими заболеваниями вен и правильно оценить результаты физикального обследования.
3. Обосновать необходимость выполнения различных специальных методов обследования и правильно оценить их результаты.
4. Сформулировать и обосновать диагноз.
5. Провести дифференциальную диагностику заболеваний, приводящих к ХВН.
6. Обосновать лечебную тактику и определить объем операции у больных ХВН.
7. Назначить в нужном объеме консервативную терапию.
8. Дать рекомендации по профилактике заболевания.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 283-309.

Дополнительные источники информации

Савельев В.С., Золотухин И.А. Посттромбофлебитическая болезнь: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 922-938.

Богачев В.Ю., Стойко Ю.М., Гаврилов С.Г., Кириенко А.И. Варикозная болезнь: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 939-977.

Кириенко А.И., Кошкин В.М., Богачев В.Ю. Амбулаторная ангиология. — М.: Литтерра, 2007. — 327 с.

Чуриков Д.А., Кириенко А.И. Ультразвуковая диагностика болезней вен. — М.: Литтерра, 2006. — 93 с.

ОСТРЫЕ НАРУШЕНИЯ МЕЗЕНТЕРИАЛЬНОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Необходимо знать

Общие вопросы. Кровоснабжение тонкой и толстой кишки. Венозный отток из этих отделов пищеварительного тракта.

Основные черты патологии. Причины и последствия нарушения кровотока по сосудам кишечника. Заболевания и патологические

состояния, приводящие к мезентериальному тромбозу. Значение тромбофилий. Патогенез инфаркта кишечника. Особенности формирования венозного инфаркта. Время формирования артериального и венозного инфарктов кишечника. Зависимость локализации и распространенности поражения кишечника от уровня сосудистой окклюзии.

Классификация по механизмам (причинам) развития, состоянию кровообращения кишки и стадиям заболевания.

Клиническая симптоматика. Особенности симптоматики различных стадий заболевания (ишемии, инфаркта, перитонита). Ориентировочная их продолжительность. Характеристика болевого синдрома, рвоты, стула. Данные исследования сердечно-сосудистой системы, осмотра, пальпации и аускультации живота, ректального исследования. Клинические отличия эмболии и тромбоза брыжеечных артерий, венозного мезентериального тромбоза.

Лабораторная и инструментальная диагностика. Характеристика показателей белой крови. Значение и возможности абдоминальной аортоартериографии, ультразвукового исследования, лапароскопии. Диагностическая лапаротомия как последний этап диагностики при обоснованном подозрении на инфаркт кишечника.

Дифференциальная диагностика от острой кишечной непроходимости, печеночной и почечной колики, острого панкреатита, пищевой токсикоинфекции.

Лечение. Хирургическая тактика. Оперативные способы восстановления мезентериального кровотока. Операции на кишечнике: резекция с анастомозом, обструктивная резекция, колостомия. Значение назоинтестинальной интубации, программируемой релапаротомии, интенсивной терапии в пред- и послеоперационном периодах. Отказ от хирургических манипуляций при тотальном поражении кишечника. Профилактика послеоперационных осложнений. Прогноз хирургических вмешательств, выполненных по поводу острых нарушений мезентериального кровообращения.

Необходимо уметь

1. Целенаправленно собрать анамнез при подозрении на острое нарушение мезентериального кровообращения с учетом особенностей течения патологического процесса.

2. Провести осмотр пациента с предполагаемым заболеванием «острое нарушение мезентериального кровообращения» с определением характерных для этого заболевания симптомов.

3. Поставить предварительный диагноз, определить показания к экстренной госпитализации в хирургический стационар.

4. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.

5. Аргументированно провести дифференциальную диагностику с другими заболеваниями, которые могут привести к перитониту.

6. Сформулировать и обосновать развернутый клинический диагноз.

7. Составить предварительный план возможного хирургического вмешательства.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 1. - С. 324-337.

Дополнительные источники информации

Савельев В.С., Андрияшкин В.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. Инфаркт кишечника: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 279-297.

Савельев В.С., Спиридонов И.В. Острые нарушения мезентериального кровообращения. — М.: Медицина, 1978. — 232 с.

НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Необходимо знать

Общие вопросы. Анатомия сосудов головного мозга. Понятие о хронической сосудисто-мозговой недостаточности. Эпидемиология ишемического инсульта.

Этиология и патогенез ишемических расстройств мозгового кровообращения. Атеросклероз как наиболее частая причина ишемического инсульта. Значение патологической деформации сонных артерий, фиброзно-мышечной дисплазии, экстравазальной компрессии, травматического и спонтанного расслоения интимы. Роль виллизиева круга в компенсации кровотока по мозговым сосудам. Критическая величина редукции мозгового кровотока.

Классификация. Степени хронической сосудисто-мозговой недостаточности по А.В. Покровскому.

Клиническая симптоматика. Общемозговые и очаговые неврологические признаки нарушения кровообращения и развития недо-

статочности кровоснабжения определенных отделов головного мозга. Понятие о транзиторных ишемических атаках. Ишемический инсульт как стадия сосудисто-мозговой недостаточности. Малый и большой (стойкий или завершённый) инсульт. Асимптомное поражение. Пальпаторное и аускультативное выявление нарушений проходимости брахиоцефального ствола и сонных артерий.

Инструментальная диагностика. Возможности и роль ультразвуковых (доплерография, дуплексное сканирование, транскраниальная доплерография) и рентгеновских (ангиография, контрастная КТ) исследований, МРТ.

Дифференциальная диагностика с опухолями головного мозга, эпилепсией, гипертонической энцефалопатией.

Лечение. Показания и противопоказания к хирургическому лечению окклюзирующих поражений внутренней сонной артерии и патологических ее деформаций. Необходимость операции при поражении позвоночных артерий и брахиоцефального ствола. Методы хирургического лечения — прямые и эндоваскулярные вмешательства на сонных, подключичных и позвоночных артериях, брахиоцефальном стволе. Послеоперационные осложнения.

Прогноз оперированных больных (по сравнению с неоперированными), дальнейшее их ведение.

Необходимо уметь

1. На основании жалоб и физикального исследования заподозрить хронические нарушения мозгового кровообращения.
2. Определить показания к дополнительному инструментальному обследованию и направлению на консультацию к сосудистому хирургу.
3. Назначить необходимые для профилактики ишемического инсульта медикаментозные средства.
4. Заподозрить наличие рестеноза мозговых артерий.

Основные источники информации

Казанчян П.О. Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность с точки зрения хирурга: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 3. — С. 731-762.

Дополнительные источники информации

Гусев Е.И., Скворцова В.И., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в России // Инсульт, 2003. — № 8. — С. 4—9.

Казанчян И.О., Валиков Е.А. Патологические деформации внутренних сонных и позвоночных артерий. — М.: МЭИ, 2005.

Покровский А.В., Белоярцев Д.Ф. Хроническая сосудисто-мозговая недостаточность (окклюзионное поражение ветвей дуги аорты) // Клиническая ангиология, 2004. — Т. 1. — С. 734-804.

Суслина З.А., Варакин Ю.Я., Верещагин Н.В. Сосудистые заболевания головного мозга. — М.: Мед-Пресс-информ, 2006.

Модуль 7

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЦА

Необходимо знать

Общие вопросы. Анатомия сердца, его камер и коронарного русла. Основные механизмы и физиологические параметры работы сердца.

ВРОЖДЕННЫЕ ПОРОКИ

Необходимо знать

Общие вопросы. Определение понятия. Частота возникновения. Классификация по наличию и характеру аномального сброса крови, состоянию малого круга кровообращения. Принципы инструментальной диагностики. Стратегия лечения.

Открытый артериальный проток

Морфология и гемодинамическая сущность порока. Клиническая картина и диагностика с использованием неинвазивных и инвазивных процедур.

Лечение: операции прямые и эндоваскулярные.

Прогноз: при естественном течении и после хирургического лечения.

Дефект межпредсердной перегородки

Морфология и гемодинамическая сущность порока. Клиническая картина и диагностика с использованием неинвазивных и инвазивных процедур.

Лечение: характер и условия проведения прямых операций. Возможности транскатетерного закрытия дефекта.

Прогноз: при естественном течении и после хирургического лечения.

Дефект межжелудочковой перегородки

Морфология и гемодинамическая сущность порока. Клиническая картина и диагностика.

Лечение: показания и противопоказания к хирургическому лечению; характер оперативных вмешательств.

Прогноз: при естественном течении и после хирургического лечения.

Тетрада Фалло

Морфология и гемодинамическая сущность порока. Клиническая картина: внешний вид детей, особенности клинического течения порока и диагностики.

Лечение: операции радикальные и паллиативные.

Прогноз: при естественном течении и после хирургического лечения.

Коарктация аорты

Морфология и гемодинамическая сущность порока. Клиническая симптоматика и инструментальная диагностика. Важность исключения порока у больных молодого возраста с тяжелой артериальной гипертензией.

Лечение: характер прямых операций, возможности эндоваскулярной коррекции.

Прогноз: при естественном течении и после хирургического лечения.

Необходимо уметь

1. На основании жалоб, анамнеза и физикального исследования заподозрить порок развития сердца.
2. Предложить план обследования больного.
3. Мониторировать состояние больных, перенесших оперативное лечение.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 121-136.

Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. — М.: Медицина, 2002. - С. 473-489.

Дополнительные источники информации

Бокерия Л.А., Хасан А. Врожденные пороки сердца: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 3. - С. 447-486.

Внутренние болезни: учебник / под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. - Т. 1. - С. 146-166.

ПРИБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ

Необходимо знать

Общие вопросы. Что считать приобретенным пороком сердца. Основные причины формирования. Возможности профилактики.

Митральный стеноз

Морфология и гемодинамическая сущность порока. Классификация по стадиям развития порока. Клиническая симптоматика, осложнения. Инструментальные методы диагностики.

Лечение: показания и противопоказания к хирургическому лечению. Операции прямые (закрытые и открытые) и эндоваскулярные.

Прогноз: при естественном течении и после хирургического лечения.

Недостаточность митрального клапана

Морфология и гемодинамическая сущность порока. Клиническая картина и диагностика.

Лечение: характер и условия проведения прямых операций. Показания к хирургическому лечению. Протезирование и клапано-сохраняющие операции. Послеоперационное ведение больных.

Прогноз: после хирургического лечения.

Пороки аортального клапана

Морфология и гемодинамическая сущность стеноза и недостаточности аортального клапана. Клиническая симптоматика, особенности течения остро развившейся аортальной недостаточности. Возможности компенсации, осложнения. Методы уточняющей диагностики. Показания к коронарографии.

Лечение: показания к оперативному лечению аортального стеноза и недостаточности. Методы хирургического лечения; использование механических и биологических протезов. Особенности послеоперационного ведения больных.

Прогноз: при естественном течении и после хирургического лечения.

Пороки трехстворчатого клапана

Морфология и гемодинамическая сущность порока. Частота изолированного и сочетанного поражения. Клиническая симптоматика и инструментальная диагностика. Подходы к хирургической коррекции.

Хирургические аспекты инфекционного эндокардита

Условия, необходимые для развития септического эндокардита. Основные причины повреждения эндокарда и бактериемии. Значение иммунного статуса. Критерии диагностики. Показания и принципы лечения. Методы хирургической санации камер сердца и коррекции внутрисердечной гемодинамики. Профилактика возникновения и рецидива.

Необходимо уметь

1. На основании жалоб, анамнеза и физикального исследования заподозрить порок развития сердца.
2. Предложить план обследования больного.
3. Своевременно направить больного с пороком сердца в кардио-хирургический стационар.
4. Объективно оценить состояние больных, перенесших оперативное вмешательство на клапанах сердца.
5. Корректировать дозу не прямых антикоагулянтов у пациентов после клапанного протезирования.
6. На основании жалоб и анамнеза заподозрить септический эндокардит и назначить необходимое обследование.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. /под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 137-155.

Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. — М.: Медицина, 2002. - С. 489-496.

Дополнительные источники информации

Бокерия Л.А. Приобретенные пороки сердца: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — Т. 3. — С. 487-533.

Бокерия Л.А. Лекции по сердечно-сосудистой хирургии. — 2-е изд., доп. и перераб.: в 2 т. — М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2001.

Внутренние болезни: учебник / под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. — Т. 1. — С. 115-145.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ КОРОНАРНОГО КРОВотоКА

Необходимо знать

Основные черты патологии. Факторы риска, причины развития, осложнения. Понятие о критическом стенозе и атеротромбозе. Клиническая симптоматика. Методы уточняющей диагностики.

Лечение: показания и способы восстановления коронарного кровотока. Прямая и непрямая реваскуляризация миокарда. Материалы для коронарного шунтирования, виды эндоваскулярных стентов. Хирургическая тактика при остро развивающемся инфаркте миокарда. Возможности тромболизиса и эндоваскулярных вмешательств. Хирургическое лечение постинфарктной аневризмы левого желудочка.

Необходимо уметь

1. Предложить план дополнительного обследования больного с хронической ишемической болезнью сердца.

2. Определить показания к проведению коронарографии.

3. Своевременно направить больного с хронической ишемической болезнью сердца в кардиохирургический стационар для планового оперативного лечения.

4. Определить показания для экстренной госпитализации в кардиохирургическое отделение при остром коронарном синдроме.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. — Т. 2. — С. 166-171.

Акчурин Р.С. Хирургическое лечение ишемической болезни сердца — история и современность: 80 лекций по хирургии / под ред. В.С. Савельева. - М.: Литтерра, 2008. — С. 41-48.

Дополнительные источники информации

Внутренние болезни: учебник / под ред. А.И. Мартынова, Н.А. Мухина, В.С. Моисеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2002. — Т. 1. — С. 11-52.

Модуль 8

НЕОТЛОЖНЫЕ СОСТОЯНИЯ В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

ПЕРИТОНИТ

Необходимо знать

Общие вопросы. Анатомия и морфология брюшины¹, ее функции. Определение понятия «перитонит». Значимость данной патологии среди других хирургических заболеваний органов брюшной полости.

Этиология и патогенез. Источники развития. Особенности микробного пейзажа и распространения воспалительного процесса по брюшной полости в зависимости от источника перитонита. Патогенез распространенного перитонита. Значение энтеральной недостаточности, нарушений внутриполостной микробиологической экосистемы и эндогенной интоксикации. Роль и характер изменений всасывательной способности брюшины. Причины обезвоживания и потери электролитов, гипо- и диспротеинемии, изменений КОС. Влияние интоксикации и обменных нарушений на функцию сердечно-сосудистой системы, печени, почек. Понятие о системной воспалительной реакции, полиорганной недостаточности и сепсисе.

Классификация перитонита по этиологии, распространенности поражения брюшины, характеру экссудата, тяжести (фазе) течения процесса (наличие сепсиса и его тяжесть).

Клиническая симптоматика. Признаки дегидратации и эндотоксикоза. Исследование живота: внешний осмотр, данные аускультации, перкуссии и пальпации. Симптомы раздражения брюшины. Признаки пневмоперитонеума и наличия свободной жидкости в брюшной полости, изменения перистальтики. Значение вагинального и ректального исследований. Общие и местные проявления перитонита в зависимости от стадии заболевания. Признаки тяжелого сепсиса и инфекционно-токсического шока.

Лабораторная и инструментальная диагностика. Характер изменений гемоглобина, белой крови, лейкоцитарного индекса интоксикации. Определение в плазме крови концентрации прокальцитонина и С-реактивного белка. Выявление лабораторных признаков печеночно-почечной недостаточности, гипопроотеинемии. Значение лучевых методов диагностики (ультразвуковое и рентгенологическое исследование, КТ, ЯМРТ), лапароскопии, диагностического лаважа, пункции заднего свода влагалища. Преимущества и недостатки указанных методов. Роль диагностической лапаротомии (релапаротомии).

Дифференциальная диагностика гнойного перитонита от другой хирургической патологии органов брюшной полости (острый панкреатит, кишечная непроходимость, нарушения мезентериального кровообращения); острых урологических и гинекологических заболеваний (прерванная внематочная беременность, апоплексия яичника, аднексит). Отличия от прочих болезней (острый гастрит, энтероколит, пищевая токсикоинфекция, плевропневмония, разрыв аневризмы брюшной аорты).

Лечение. Основные принципы лечения разлитого гнойного перитонита. Показания к проведению и основные направления предоперационной подготовки. Правило «трех катетеров». Хирургическое лечение: обезболивание и операционный доступ. Основные этапы операции: ликвидация или изоляция источника перитонита, санация брюшной полости. Показания и методы декомпрессии тонкой кишки, технологии дренирования брюшной полости. Показания к этапному хирургическому лечению разлитого перитонита, технологии этапных реопераций и санаций брюшной полости. Ведение послеоперационного периода. Положение Фовлера. Антибактериальная терапия, детоксикация, медикаментозная коррекция нарушений гомеостаза; нормализация транспорта кислорода. Профилактика и диагностика послеоперационных осложнений.

Необходимо уметь

1. Целенаправленно выяснить жалобы и собрать анамнез у больного с подозрением на острое хирургическое заболевание органов брюшной полости с учетом основных клинических симптомов перитонита.

2. Провести осмотр пациента с предполагаемым диагнозом «перитонит» с выявлением характерных для заболевания специальных симптомов.

3. Выполнить вагинальное и ректальное исследование и оценить полученные данные.
4. Поставить предварительный диагноз.
5. Составить план необходимых инструментальных и лабораторных исследований.
6. Правильно интерпретировать данные инструментальных и лабораторных методов исследования.
7. Аргументированно провести дифференциальную диагностику на основании анамнеза, жалоб, проведенного осмотра пациента, выполненных инструментальных и лабораторных методов исследования.
8. Сформулировать и обосновать окончательный развернутый клинический диагноз.
9. Определить рациональную тактику интенсивной предоперационной подготовки и хирургического лечения.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. /под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 370-409.

Савельев В.С., Подачин П.В., Кириенко А.И. Перитонит: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т 2. - С. 434-477.

Дополнительные источники информации

Абдоминальная хирургическая инфекция: клиника, диагностика, антимикробная терапия: практ. рук. / под ред. В.С. Савельева, Б.Р. Гельфанда. — М.: Литтерра, 2006. — 168 с.

Ерьюхин И.А. Перитонит: руководство по неотложной хирургии органов брюшной полости / под ред. В.С. Савельева. — М.: Триада-Х, 2004. - С. 463-522.

ОСТРАЯ КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ

Необходимо знать

Общие вопросы. Острая кишечная непроходимость (ОКН) как патологическое состояние, осложняющее течение различных заболеваний органов брюшной полости. Частота и место данной патологии среди других хирургических болезней.

Этиология и патогенез. Понятие о динамической и механической ОКН. Предрасполагающие и производящие факторы развития механической кишечной непроходимости. Причины динамической кишечной непроходимости. Характер расстройств кровоснабжения и всасывания в кишечнике. Патогенез гуморальных расстройств, эндотоксикоза, нарушений моторной и секреторно-резорбтивной функций кишечного тракта. Патоморфологические изменения кишечника.

Классификация по виду непроходимости, механизму развития механической непроходимости и уровню препятствия, стадиям патологического процесса.

Клиническая симптоматика. Характеристика болевого синдрома: интенсивность, характер, периодичность и локализация болей в зависимости от вида ОКН и стадии заболевания. Рвота: время возникновения, частота, характер рвотных масс в зависимости от уровня препятствия и стадии патологического процесса. Задержка стула и газов как патогномоничный признак кишечной непроходимости. Время появления и выраженность этого симптома при высокой и низкой кишечной непроходимости. Роль анамнеза для диагностики (ранее перенесенные оперативные вмешательства, синдром «малых признаков», воспалительные заболевания органов брюшной полости, характер питания и стула, глистные инвазии).

Объективные признаки: поведение и вид больных, общее состояние, признаки дегидратации и эндотоксикоза в зависимости от вида и стадии кишечной непроходимости. Симптом «токсических ножниц». Осмотр живота. Необходимость осмотра грыжевых ворот. Данные осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации. Симптомы Валя, Склярова, Шимана, Тэвенара, Спасокукоцкого—Вильмса. Диагностическое значение ректального исследования. Симптомы Обуховской больницы и Цеге—Мантейфеля.

Инструментальная и лабораторная диагностика. Рентгенологические признаки ОКН. Методы рентгеноконтрастного исследования кишечника. Значение УЗИ и колоноскопии. Роль мониторинга ЦВД и диуреза, общеклинических методов обследования (общий анализ крови, биохимический анализ крови, КОС, электролиты крови) для выявления степени дегидратации и интоксикации.

Дифференциальная диагностика между странгуляционной и obturационной, высокой и низкой ОКН, динамической и механической ее разновидностями. Признаки, отличающие ОКН от других

острых заболеваний органов брюшной полости и забрюшинного пространства (острый аппендицит, прободная язва, острый холецистит, острый панкреатит, почечная колика, забрюшинная гематома).

Лечение. Организационно-тактические принципы лечения ОКН. Показания к экстренной операции. Лечебное и диагностическое значение комплекса консервативных лечебных мероприятий, его роль в подготовке больных к оперативному лечению. Основные компоненты консервативного лечения. Общие принципы хирургического лечения. Обезболивание и операционные доступы. Основные этапы операции. Признаки жизнеспособности кишки. Принципы резекции кишечника и способы ее завершения, обходные анастомозы. Методы удаления токсичного содержимого кишечника. Особенности оперативного пособия при спаечной и опухолевой ОКН, завороте кишечника, инвагинации и узлообразовании. Послеоперационное ведение больных: компенсация потерь жидкости, электролитов, белка, разрешение пареза кишечника, методы экстракорпоральной и энтеральной детоксикации.

Профилактика возникновения и рецидива ОКН.

Необходимо уметь

1. Осознанно выяснять жалобы и собирать анамнез у больных с подозрением на острую кишечную непроходимость.
2. Провести физикальное исследование живота с определением основных симптомов кишечной непроходимости: визуальных, пальпаторных, перкуторных и аускультативных.
3. Определить показания к экстренной госпитализации больных в хирургический стационар.
4. Выбрать необходимые лабораторные и инструментальные исследования для подтверждения диагноза ОКН, определения ее вида и объективного определения состояния больного.
5. Оценить изменения лабораторных показателей, данных инструментальных методов исследования.
6. Назначить комплекс консервативного лечения ОКН, уметь определить его эффективность.
7. Поставить показания к оперативному лечению ОКН.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 300-323.

Кириенко А.И., Матюшенко А.А. Острая кишечная непроходимость: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 229-256.

Дополнительные источники информации

Ерюхин И.А., Пертов В.П., Ханевич М.Д. Кишечная непроходимость. — СПб.: Питер, 1999. — 443 с.

Плечев В.В., Пашков С.А., Латыпов Р.З. и др. Острая спаечная кишечная непроходимость (проблемы, решения). — Уфа.: Башбиомед, 2004. — 280 с.

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Необходимо знать

Общие сведения. Анатомия пищеварительного тракта, висцеральных ветвей брюшной аорты и портальной системы. Физиология пищеварения. Частота желудочно-кишечных кровотечений (общая и основных его причин).

Этиология и патогенез. Причины кровотечений из верхних и нижних отделов пищеварительного тракта. Факторы, способствующие их возникновению. Особенности патогенеза острой кровопотери.

Классификация (клиническая) тяжести кровопотери. Классификация язвенных кровотечений в желудочно-кишечный тракт по локализации источника, степени тяжести кровопотери, характеру (продолжается или нет, угроза рецидива). Классификация портальной гипертензии по этиологии, характеру нарушений портального кровотока и осложнениям.

Клиническая симптоматика. Общие признаки кровопотери. Основные симптомы кровотечений в желудочно-кишечный тракт различной интенсивности. Клинические особенности кровотечений из варикозных вен пищевода, язв желудка и двенадцатиперстной кишки, распадающегося рака желудка. Отличительные черты симптоматики кровотечений при острых язвах желудка и эрозивном гастрите, синдроме Мэллори—Вейса, опухолях тонкой и толстой кишки, неспецифическом язвенном колите и дивертикулезе толстой кишки. Значение ректального исследования.

Лабораторная и инструментальная диагностика. Особенности изменений гематологических показателей и Ht в зависимости от объ-

ема кровопотери и длительности кровотечения. Реакция Грегерсена. Оценка тяжести кровопотери с использованием показателей ЦВД, ОЦК, КОС. Ведущая роль эндоскопии в диагностике кровотечений из верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта. Возможности рентгеноконтрастных исследований (абдоминальная аортоартериография, спленопортография).

Дифференциальная диагностика. Признаки, позволяющие отличить желудочно-кишечные кровотечения от кровотечений из верхних дыхательных путей и легких; истинную мелену от ложной, когда черная окраска кала обусловлена приемом медикаментов. Дифференциация различных причин кровотечений в желудочно-кишечный тракт на основании жалоб, анамнеза, данных физикального и инструментального обследования.

Лечение (общие принципы). Стратегические подходы. Способы и методы консервативного лечения. Диетотерапия (диета Мейленграхта при язвенных кровотечениях), гемостатические средства, тактика внутривенных инфузий (солевые растворы, коллоиды, препараты крови). Лекарственная терапия язвенных и других кровотечений. Способы снижения портальной гипертензии. Эндоскопические методы остановки кровотечений из желудочно-кишечного тракта (коагуляция, орошение спиртом, склерооблитерация, пленкообразование). Использование зонда Блэкмора для остановки кровотечений из варикозных вен пищевода.

Хирургическое лечение. Показания к экстренному оперативному лечению у больных с кровотечениями в желудочно-кишечный тракт. Особенности оперативных вмешательств у больных с язвенными кровотечениями, кровотечениями из варикозных вен пищевода, синдромом Мэллори—Вейса, раком желудка и кишечника.

Профилактика возникновения и рецидива кровотечений при различных заболеваниях.

Необходимо уметь

1. Собрать анамнез у больного с признаками желудочно-кишечного кровотечения.
2. Обследовать больного и правильно оценить результаты физикального обследования.
3. Составить план обследования, включая лабораторные и специальные инструментальные методы обследования; правильно оценить их результаты.
4. Сформулировать и обосновать полный клинический диагноз.

5. Провести дифференциальную диагностику с кровотечениями из верхних дыхательных путей.
6. Обосновать лечебную тактику у больных с различными видами кровотечений в ЖКТ.
7. Назначить в нужном объеме консервативную терапию.
8. Дать рекомендации по профилактике рецидива кровотечения.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - Т. 2. - С. 54-82; 231-247; 534-560.

Ерамишанцев А.К., Шерцжгер А.Г., Киценко Е.А. Портальная гипертензия: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 626-665.

Панцырев Ю.М., Михалев А.И. Гастродуоденальные кровотечения язвенной этиологии: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 317-340.

Дополнительные источники информации

Воробьев Г.И. Язвенный колит с позиций хирурга: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 2. - С. 714-721.

Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т. Кровотечения: основы клинической хирургии / под ред. Н.А. Кузнецова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 360-391.

Савельев В.С., Кузнецов Н.А. Диагностика и лечение кровотечений: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т. 1. - С. 231-252.

НАРУЖНЫЕ БРЮШНЫЕ ГРЫЖИ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ

Необходимо знать

Общие сведения. Распространенность заболевания. Значение своевременного оперативного лечения грыж в снижении летальности пациентов пожилого и старческого возраста. Анатомо-физиологические сведения о слабых местах передней брюшной стенки.

Основные черты патологии. Определение понятия «брюшная грыжа». Составные части грыжи. Характер и особенности грыжевых ворот, грыжевого мешка и грыжевого содержимого. Оболочки грыжи. Отличие от эвентрации и выпадения (пролапса) органов. Анатомические особенности скользящей грыжи.

Этиология и патогенез. Местные и общие (предрасполагающие и производящие) факторы в генезе грыжевой болезни. Механизм образования грыж.

Классификация грыж по этиологии, локализации, клиническому течению, характеру осложнений.

Диагностика. Особенности выявления жалоб и анамнеза у пациентов с грыжами. Характеристика болевого синдрома. Методика осмотра пациентов при подозрении на грыжу. Данные физикального исследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация), выявляемые при этом заболевании. Симптом кашлевого толчка. Рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта и УЗИ для определения характера грыжевого содержимого. Выявление заболеваний (аденома простаты, хронический колит, бронхиальная астма) и патологических состояний (недостаточность кровообращения, асцит), выступающих в качестве предрасполагающих и производящих факторов образования грыж.

Дифференциальная диагностика с новообразованиями брюшной стенки и брюшной полости, метастазами опухолей, увеличенными лимфоузлами.

Принципы лечения. Возможности консервативного лечения грыж. Показания и противопоказания к плановому оперативному лечению.

Открытые и закрытые (эндохирургические) вмешательства. Этапы открытого грыжесечения. Особенности пластики грыжевых ворот. Понятие о ненатяжной герниопластике. Аллопластические материалы, используемые для пластики грыжевых ворот. Тромбоопасность пациентов, подвергающихся хирургическому лечению наружных брюшных грыж. Профилактика послеоперационных венозных тромбоэмболических осложнений (неспецифическая и специфическая).

Профилактика возникновения и рецидива грыж.

Прогноз в зависимости от своевременности планового и экстренного (при ущемлении) оперативного лечения.

ОСЛОЖНЕНИЯ ГРЫЖ

Ущемление как основная опасность грыженосительства. Типы ущемления, отличия в механизме и времени развития. Патогенез и быстрота развития необратимых изменений ущемленной кишки. Морфологические признаки ущемления. Флегмона грыжевого мешка — результат неустраненного ущемления. Особые виды ущемления — ретроградное и пристеночное (грыжа Рихтера). Анатомические особенности и клиническое значение.

Диагностика. Клиническая симптоматика в зависимости от ущемленного органа и длительности ущемления. Особенности клинических проявлений флегмоны грыжевого мешка. Отличия от невправимой грыжи. Ложное ущемление.

Лечение. Необходимость экстренного оперативного вмешательства во всех случаях. Особенности проведения операции (в отличие от вправимой грыжи). Оценка жизнеспособности ущемленной кишки. Двухэтапный характер хирургического вмешательства при флегмоне грыжевого мешка. Операция Грекова при флегмоне грыжевого мешка, возникающей в результате ущемленной пупочной грыжи. Тактика в случае самопроизвольного вправления.

Невправимость. Определение понятия. Принципиальные отличия от ущемления. Особенности клинического проявления. Дифференциальная диагностика с ущемленной грыжей. Значение и симптомы кашлевого толчка. Необходимость и трудности оперативного лечения.

Копростаз в грыже. Патогенез осложнения. Клиническое проявление. Клинические отличия от ущемления грыжи. Возможность развития «калового» ущемления. Лечебные мероприятия, направленные на купирование и предупреждение осложнения.

Воспаление грыжи изнутри и снаружи. Особенности клинического проявления. Отличия в хирургической тактике.

Отдельные виды грыж

Грыжа белой линии живота. Особенности клинического течения. Стадии грыжи. Предоперационное обследование (УЗИ органов брюшной полости, эзофагогастродуоденоскопия). Принципы хирургического лечения.

Пупочная грыжа. Особенности клинического течения. Характер предоперационного обследования. Дифференциальная диагностика (липома, киста урахуса, метастаз рака в пупок). Принципы хирургического лечения (пластика по Мейо, Сапежко, использование сетчатых протезов). Особенности лечебной тактики у детей.

Паховая грыжа. Строение пахового канала. Анатомические особенности прямых и косых паховых грыж. Особенности диагностики. Дифференциальная диагностика (паховый крипторхизм, бедренная грыжа, паховый лимфаденит, киста круглой связки матки, гидроцеле, варикоцеле, туберкулезный натечник). Принципы пластики пахового канала; операции Бассини, Мак Вея, Постемпского, Шаулдайса). Использование сетчатых протезов (операция Лихтенштейна), лапароскопическая герниопластика. Особенности операции при врожденной паховой грыже, пахового грыжесечения у женщин.

Бедренная грыжа. Анатомические предпосылки формирования бедренных грыж. Особенности клинического проявления и течения. Дифференциальная диагностика (паховые грыжи, паховый лимфаденит, венозный узел, туберкулезный натечник). Хирургическое лечение: операции Бассини, Руджи—Парлавачио. Выбор способа экстренного грыжесечения (при ущемленной грыже).

Послеоперационные грыжи. Причины возникновения. Меры предупреждения. Особенности предоперационной подготовки. Принципы хирургического лечения. Необходимость аллопластики в большинстве случаев. Операции без уменьшения объема брюшной полости.

Необходимо уметь

1. Собрать анамнез заболевания — длительность, эпизоды ущемления, перенесенные операции, осложнения, сопутствующие заболевания, физические нагрузки, факторы повышенного внутрибрюшного давления, причины отказа пациента от оперативного лечения.

2. Провести осмотр пациента стоя, лежа, с физической нагрузкой, натуживанием. Пальпация, перкуссия и аускультация грыжевого выпячивания, определение размеров грыжевых ворот, вправимость грыжи, симптом каш левого толчка.

3. Интерпретировать данные ультразвукового и рентгенологического исследования содержимого грыжевого выпячивания.

4. Выяснить наличие сопутствующих заболеваний и оценить их влияние на исход оперативного лечения (сердечно-сосудистые заболевания, патология легочной системы, сахарный диабет, аденома предстательной железы, онкологические заболевания и др.).

5. Интерпретировать данные ректального исследования у мужчин относительно заболеваний предстательной железы.

6. Составить план предоперационного обследования больного.

7. Грамотно интерпретировать клиническую симптоматику и данные инструментальных и лабораторных исследований.

8. Аргументированно провести дифференциальную диагностику на основании анамнеза, жалоб, осмотра больного и данных обследования.

9. Сформулировать и обосновать окончательный клинический диагноз.

10. Избрать тактику и методы лечения грыж живота.

Основные источники информации

Хирургические болезни: учебник: в 2 т. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. - С. 255-299.

Хирургические болезни: учебник / под ред. М.И. Кузина. — М.: Медицина, 2002. - С. 248-270.

Дополнительные источники информации

Егиев В.Н., Лядов К.В., Воскресенский П.К. Атлас оперативной хирургии грыж. — М.: Медпрактика-М, 2003. — 228 с.

Савельев В.С., Кузнецов Н.А. Грыжи передней брюшной стенки: клиническая хирургия: нац. рук. / под ред. В.С. Савельева, А.И. Кириенко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т 2. - С. 722-773.

Тоскин К.Д., Жебровский В.В. Грыжи брюшной стенки. — М., 1990. - С. 6-64, 80-248.

Приложение

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

I. Паспортные данные

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Возраст.
3. Адрес.
4. Профессия.
5. Дата поступления больного в клинику.
6. Дата курации.

II. Жалобы

В этот раздел вносят жалобы больного, обусловленные тем основным заболеванием, по поводу которого он госпитализирован в хирургическую клинику. Жалобам следует дать детальную характеристику и изложить их во временной и логической последовательности. Беседуя с больным, необходимо *активно* выявлять те жалобы, которые могут иметь место при данном заболевании и которые больной по какой-либо причине не упомянул. Следует учитывать, что часть жалоб больного может быть связана как с основным, так и с сопутствующими заболеваниями. Такие жалобы необходимо выносить в соответствующие разделы истории болезни (система органов дыхания, кровообращения и пр.).

Если за время пребывания в клинике (до момента начала курации) жалобы изменились, необходимо выделить два подраздела: *«жалобы при поступлении»* и *«жалобы на момент курации»*.

III. История настоящего заболевания {*Anamnesis morbi*}

В этой части необходимо подробно описать начало, течение и развитие настоящего заболевания от первых его проявлений до момента

осмотра больного куратором. При этом нужно стремиться выявить те факторы, которые могли играть роль в этиологии и патогенезе заболевания, а также показать динамику клинических симптомов, появление осложнений, эффективность лечения и пр.

Кроме того, следует активно выявлять те симптомы, которые прошли для больного незамеченными или он сам считает несущественными.

Таким образом, этот раздел истории болезни не должен быть простой записью рассказа больного о своей болезни. Все полученные от больного сведения должны быть подвергнуты критической оценке и изложены в свете правильного понимания механизма развития данного заболевания.

IV. История жизни больного {*Anamnesis vitae*}

Краткие биографические данные. В этот раздел вносят в хронологическом порядке краткие биографические сведения, начиная от рождения больного до поступления его в клинику: местожительство и семья, в которой родился больной, развитие в раннем детстве, образование.

Семейно-половой анамнез. Начало менструаций, семейное положение, беременности, роды, аборт. Состояние здоровья детей. Дата последней менструации.

Бытовой анамнез. Жилищно-бытовые, санитарно-гигиенические и условия для отдыха. Занятие физической культурой и спортом. Проживание в экологически неблагоприятных районах.

Питание. Качественная и количественная характеристика питания, его структура и регулярность.

Трудовой анамнез. Возраст начала трудовой деятельности. Дальнейший трудовой анамнез. Продолжительность рабочего дня, условия труда, наличие длительного статического и психоэмоционального напряжения, ночных смен. Профессиональные вредности. Профессия и должность в настоящее время.

Вредные привычки. Употребление алкоголя, табака и наркотиков.

Перенесенные заболевания. Заболевания, травмы, операции. Проводившееся лечение. Осложнения заболеваний. Нахождение на диспансерном учете. Инфекционные и венерические заболевания. Контакт с инфекционными больными в последнее время. Выезды за границу, в том числе в эпидемиологически неблагополучные страны.

Аллергический анамнез. Пищевая и лекарственная аллергии. Наличие аллергических заболеваний у родственников.

Страховой анамнез. Трудоспособность. Временная нетрудоспособность за последний год. Наличие инвалидности и ее причина.

Наследственность. Возраст родителей и состояние их здоровья. Наличие в семье болезней обмена, гемо- и тромбофилий, злокачественных новообразований, психических заболеваний, туберкулеза, сифилиса, алкоголизма, наркомании и пр.

V. Настоящее состояние (*Status praesens*)

Общее состояние больного. Удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое. Сознание. Ориентация во времени и пространстве. Выражение лица. Кожные покровы лица. Наличие экзофтальма.

Телосложение, конституционный тип, осанка, походка. Температура тела, рост, вес, индекс массы тела.

Положение больного. Активное, пассивное, вынужденное.

Кожа и видимые слизистые оболочки. Окраска (нормальная, бледная, желтушная, «землистая», синюшная), пигментация, депигментация, рубцы, расчесы, геморрагии, высыпания, сосудистые звездочки. Наличие послеоперационных рубцов. Наличие язв и пролежней. Тургор, эластичность и влажность кожи. Тип оволосения. Окраска и влажность видимых слизистых оболочек и склер. Окраска зева, размер миндалин, наличие налетов. Форма ногтей, их окраска.

Подкожная жировая клетчатка. Ее развитие (умеренное, слабое, чрезмерное), тип ожирения. Места наибольшего отложения жира. Толщина кожной складки у нижнего угла лопатки. Наличие пастозноеTM и отеков, их локализация и распространенность. Болезненность при пальпации подкожной жировой клетчатки. Наличие очаговых уплотнений.

Лимфатические узлы. Пальпация затылочных, околоушных, подчелюстных, шейных, надключичных, подключичных, подмышечных, локтевых и паховых лимфатических узлов. При увеличении узлов — определение величины, консистенции, болезненности, подвижности, сращения их между собой и кожей.

Мышцы. Степень их развития (слабая, умеренная, хорошая). Тонус мышц, его симметричность. Болезненность мышц при пальпации и активных движениях.

Кости. Наличие деформаций скелета. Болезненность костей при пальпации и перкуссии. Утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног по типу барабанных палочек.

Суставы. Изменение их конфигурации. Гиперемия кожи в области суставов. Объем активных и пассивных движений в суставах. Болезненность и хруст при движении.

Осмотр и пальпация щитовидной и молочных желез. Форма и размеры. Изменение кожных покровов. Пальпируемые опухолевидные образования, их размеры, связь с кожей и мышцами. Наличие выделений из сосков. Наличие болезненности при пальпации. Состояние регионарных лимфатических желез.

При заболеваниях щитовидной или молочных желез эти органы подробно описываются в разделе «местный статус».

VI. Система органов дыхания

Жалобы

Боли в грудной клетке: интенсивность, характер, иррадиация, связь с дыханием.

Одышка: характер, время возникновения, продолжительность, приступы удушья.

Кашель: время появления, сила, продолжительность, характер (сухой, с мокротой).

Мокрота: время ее появления, количество, цвет, запах, примесь крови. Зависимость отделения мокроты от положения больного.

Носовые и легочные кровотечения: частота появления, продолжительность.

Осмотр

Дыхание: носом, ртом, свободное, затрудненное. Тип, глубина, ритм. Число дыхательных движений в одну минуту. Наличие отделяемого из носа.

Голос: охриплость, афония.

Грудная клетка: форма, симметричность, деформация, участие в дыхании, окружность. Форма над- и подключичных ямок. Дыхательная экскурсия грудной клетки. Отставание одной из половин грудной клетки. Ширина межреберных промежутков. Эпигастральный угол. Расширение поверхностных венозных коллатералей грудной клетки.

Пальпация

Выявление болезненных участков. Определение эластичности и резистентности грудной клетки. Определение голосового дрожания на симметричных участках.

Перкуссия

1. *Топографическая перкуссия*: а) определение верхней границы легких: высота верхушек над ключицами (в сантиметрах); сзади — по отношению к остистому отростку VII шейного позвонка. Перкуссия полей Кренига и их измерение; б) определение нижней границы легких по линиям: срединно-ключичной, передней подмышечной, лопаточной, околопозвоночной. Слева исследование проводится, начиная от передней подмышечной линии. Подвижность нижнего края легких определяется по средней и задней подмышечным линиям с обеих сторон грудной клетки.

2. *Сравнительная перкуссия*. Характер перкуторного звука: ясный легочный, тимпанический, тупой, коробочный.

Аускультация

Характер дыхания: везикулярное, бронхиальное, амфорическое и т.д.

Хрипы: сухие, влажные (мелко-, средне-, крупнопузырчатые).

Крепитация. Шум трения плевры.

Исследование бронхофонии на симметричных участках грудной клетки.

Функциональные пробы

Пробы с задержкой дыхания: Штанге и Саабразе.

VII. Система органов кровообращения

Жалобы

Одышка: ее характер, время возникновения.

Сердцебиение, ощущение перебоев: время возникновения, продолжительность, способы купирования.

Боли в области сердца и за грудиной: их характер, продолжительность, иррадиация.

Осмотр

Осмотр шеи: выявление состояния артерий и вен, их патологической пульсации.

Осмотр области сердца: выявление сердечного «горба» и патологической пульсации в области сердца. Верхушечный толчок и его свойства. Сердечный толчок, его местоположение и характер.

Пальпация

Пальпация верхушечного и сердечного толчка, их локализация и характеристика. Определение зон пальпаторной болезненности и дрожания в области сердца. Определение эпигастральной пульсации.

Перкуссия

Определение правой, левой и верхней *границ относительной тупости сердца* в сантиметрах.

Определение правой и левой *границ абсолютной тупости сердца*. Конфигурация сердца. Размеры поперечника сосудистого пучка.

Аускультация

Тоны сердца: громкие, приглушенные, глухие.

Детальная характеристика тонов сердца:

- а) на верхушке сердца;
- б) аорте;
- в) легочном стволе;
- г) трехстворчатом клапане;
- д) точке Боткина.

Нарушения ритма: тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия и пр.

Шумы и их характеристика: место наилучшего выслушивания шумов и их проводимость. Изменение характера и силы шума в зависимости от положения больного и физической нагрузки. Шум трения перикарда.

Исследование сосудов. Свойства пульса

Состояние сосудистой стенки периферических артерий: эластичность, извитость, видимая пульсация.

Свойства пульса на лучевых артериях: синхронность, частота, ритм, напряжение, наполнение. Дефицит пульса.

Исследование пульса на сонных, бедренных, подколенных артериях, артериях стоп. Наличие систолического шума. Артериальное давление.

Исследование вен нижних конечностей: наличие варикозной трансформации подкожных вен, определение пораженного бассейна.

Определение несостоятельных перфорантных вен. Болезненность в проекции подкожных и глубоких венозных магистралей. Симптомы Хоманса и Мозеса.

У больных с заболеваниями артерий и вен конечностей подробное описание конечностей производится в разделе «местный статус».

VIII. Система органов пищеварения

Жалобы

Чувство горечи во рту, запах изо рта.

Аппетит (удовлетворительный, плохой, извращенный, отвращение к пище).

Глотание (затрудненное, болезненное).

Боли в животе: локализация, характер, иррадиация, зависимость от приема пищи, продолжительность, связь с актом дыхания, физической нагрузкой; средства, способствующие их стиханию.

Вздутие живота.

Диспепсические явления: тошнота, изжога, отрыжка. Рвота, время ее появления, характер рвотных масс (примесь желчи, свежей крови, содержимого цвета «кофейной гущи», наличие в рвотных массах остатков пищи, съеденной накануне).

Стул: понос, запор, задержка стула и газов.

Характер каловых масс: дегтеобразный стул, с примесью крови и слизи, выделение крови, не смешанной с калом. Форма каловых масс («лентовидный», «овечий» кал).

Осмотр полости рта

Язык: окраска, влажность, наличие налетов, глоссита, трещин, язв.

Состояние зубов: пошатывание, кариозные изменения, протезы и пр.

Десны: окраска, разрыхленность, изъязвление, некрозы.

Состояние мягкого и твердого нёба: окраска, налеты и пр. Нёбные миндалины.

Осмотр живота

Форма живота, его величина, наличие послеоперационных рубцов, грыжевых выпячиваний, расхождения прямых мышц, видимых опухолевидных образований. Участие в акте дыхания, асимметрия,

развитие венозных коллатералей, видимая перистальтика желудка и кишечника.

Измерение окружности живота на уровне пупка.

Определение локальной болезненности в животе при помощи симптома «кашлевого толчка».

Пальпация

Поверхностная ориентировочная пальпация: определение области наибольшей болезненности, напряжения мышц живота (диффузного и ограниченного), выявление грыж и расхождения прямых мышц живота (если у больного основным заболеванием является грыжа передней брюшной стенки, она описывается в разделе «местный статус»).

Глубокая пальпация: характеристика различных отделов ободочной кишки, большой кривизны желудка и привратника (расположение, болезненность, подвижность, консистенция и пр.). При выявлении в брюшной полости опухолевидного образования необходимо подробное его описание (локализация, размеры, характер поверхности, консистенция, смещаемость, болезненность и пр.).

При острых хирургических заболеваниях органов брюшной полости глубокую пальпацию начинают с той области живота, где менее всего выражена болезненность. Область локализации наибольшей болезненности исследуют в последнюю очередь, определяют наличие и степень выраженности симптома Щеткина—Блюмберга, его локализацию и распространенность. Исследуют симптомы Ровзинга, Ситковского, Образцова, Воскресенского (при подозрении на острый аппендицит), Мейо—Робсона и Воскресенского (при остром панкреатите) и др.

Перкуссия

Характер перкуторного звука. Наличие свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости), свободной или осумкованной жидкости. Зона высокого тимпанита (симптом Валя). Определение нижней границы желудка.

Аускультация

Определение характера перистальтики (усиленная, вялая, звонкая, резонирующая).

Сукуссия

Определение «шума плеска» (в желудке, кишечнике).

Печень и желчный пузырь

Осмотр: наличие ограниченного или диффузного выбухания, пульсация. Ограничение дыхательной экскурсии брюшной стенки в данной области.

Перкуссия: определение границ печени по Курлову (верхняя граница; нижняя граница — по правой срединно-ключичной линии, передней срединной линии и по левой реберной дуге). Симптом поколачивания по правой реберной дуге (Ортнера).

Пальпация: определение нижней границы печени. Край печени (форма, консистенция), поверхность (гладкая, бугристая, зернистая). Размеры печени по Курлову: по правой срединно-ключичной линии, по передней срединной линии, по левой реберной дуге. Пальпация области желчного пузыря. При его увеличении определение размеров, консистенции, болезненности.

Аускультация: шум трения брюшины в правом подреберье.

Исследование симптомов Мерфи, Кера, Мюсси—Георгиевского (френикус-симптом).

Селезенка

Осмотр: наличие диффузного или ограниченного выбухания.

Перкуссия: измерение поперечника и продольного размера.

Пальпация: край селезенки (тонкий, округлый), поверхность (гладкая, бугристая).

IX. Система органов мочевого выделения

Жалобы

Дизурические явления: учащенное, болезненное мочеиспускание, непроизвольное мочеиспускание, задержка мочи и пр.

Боли в области поясницы.

Изменение окраски мочи.

Осмотр

Припухлость и гиперемия кожи в поясничной и надлобковой областях.

Перкуссия

Симптом поколачивания по поясничной области. Притупление перкуторного звука в надлобковой области.

Пальпация

Пальпация почек в положении стоя и лежа. Опушение, увеличение, болезненность почек. Пальпация в реберно-позвоночных точках и по ходу мочеточников. Пальпация мочевого пузыря.

Х. Нейропсихическая сфера

Жалобы

Головные боли, головокружение, шум в ушах.

Нарушения в двигательной, чувствительной и вегетативно-трофической сферах.

Высшие корковые функции: память, внимание, интеллект, эмоциональная сфера, поведение, сон.

Неврологическое исследование

Сознание: ясное, спутанное.

Настроение: спокойное, подавленное, тревожное, эйфория и пр.

Реакция зрачков на свет.

Симптомы поражения черепно-мозговых нервов.

Параличи, парезы.

Характер дермографизма.

Психические нарушения: бред, галлюцинации, дезориентация и пр.

Состояние зрения и слуха.

ХI. Местный статус

Местный статус описывается при тех нозологических формах, когда имеется визуализируемый локальный патологический очаг: наружные брюшные грыжи, заболевания щитовидной и молочных желез, острые и хронические заболевания артерий и вен конечностей, аневризмы, геморрой и пр.

Следует последовательно и подробно описать данные осмотра, пальпации, перкуссии и аускультации, а также симптомы и результаты специальных проб, применяемых в диагностике данного заболевания (симптом «кашлевого толчка» при грыже, функциональные

пробы при хронических заболеваниях вен, симптомы «плантарной ишемии» и «белого пятна» при хронической артериальной недостаточности, глазные симптомы при тиреотоксическом зобе и пр.).

XII. Влагалищное и ректальное исследования

Проводятся в обязательном порядке с целью дифференциальной диагностики у больных с заболеваниями органов брюшной полости и малого таза, наружными брюшными грыжами, при патологии прямой кишки; для исключения бластоматозного процесса как причины тромбообразования у больных с тромботическим поражением вен; для выявления отдаленных метастазов при онкопатологии.

Влагалищное исследование

Развитие наружных половых органов. Форма и величина влагалища, шейки матки, болезненность при ее смещении. Пальпация сводов (выбухание, болезненность). Пальпация придатков и тела матки (бимануальное исследование). Выделения из половых путей.

Ректальное исследование

Осмотр области заднего прохода. Тонус сфинктера (нормальный, повышенный, парез сфинктера). Предстательная железа (размеры, поверхность, болезненность).

Пальпация стенок прямой кишки (опухолевидные образования, нависание и болезненность передней стенки).

Осмотр следов кала на перчатке (свежая кровь, слизь, «дегтеобразный» кал, обесцвеченный кал).

XIII. Предварительный диагноз

Формулируется предварительный диагноз, который может быть поставлен на основании жалоб, анамнеза, данных проведенного объективного исследования. Предварительный диагноз выставляют на основании клинического осмотра больного, *до использования лабораторных и инструментальных методов диагностики*. В последующем возможно его уточнение и детализация, либо он будет выступать и в виде окончательного диагноза. Необходимость предварительного диагноза состоит *в определении направления дальней-*

шего диагностического поиска с использованием дополнительных методов исследования.

План обследования

После этого определяют план обследования, те лабораторные и инструментальные исследования, которые нужны для постановки окончательного полного клинического диагноза и определения тактики лечения больного. Следует обязательно учитывать, что обследование больного не должно являться самоцелью, при экстренной хирургической патологии диагностические исследования проводятся в условиях острого дефицита времени и поэтому должны выполняться лишь те из них, *которые необходимы для выбора метода и тактики лечения* (оперативного или консервативного, экстренного или планового). Потеря времени на исследования, не влияющие на выбор хирургической тактики (например, лапароскопия при клинике перитонита, когда заранее очевидна необходимость в хирургическом вмешательстве) может самым негативным образом отразиться на судьбе больного. Кроме того, инвазивные методы диагностики небезопасны и имеют свои осложнения. Следует учитывать и экономический фактор, поскольку ряд исследований относится к категории дорогостоящих и их выполнение должно быть оправданно. Всегда следует исходить из того, что *больному необходимо не обследование само по себе, а избавление от того или иного заболевания.*

Стандартное общеклиническое обследование (общие анализы крови и мочи, группа крови и резус-фактор, биохимический анализ крови, RW, ЭКГ, R-графия органов грудной клетки и пр.) у больных с экстренной хирургической патологией зачастую проводится после оперативного вмешательства, тем не менее оно должно быть запланировано.

XIV. Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования

В этот раздел в развернутом виде вносят данные лабораторных анализов и протоколы и заключения инструментальных методов исследования. Необходимо указывать дату проведения исследования, поскольку ряд из них повторяют с целью динамического наблюдения за ходом патологического процесса или послеоперационного периода.

XV. Обоснование диагноза

Для обоснования диагноза должны быть последовательно проанализированы жалобы, данные анамнеза, объективного исследования, а также результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики. Из всего многообразия полученной в результате осмотра и обследования больного информации необходимо выделить те, которые свидетельствуют об имеющемся у больного заболевании. Раздел необходимо оформить следующим образом.

Диагноз поставлен на основании:

- *жалоб*: перечислить, каких именно, поскольку не все из них необходимы для постановки диагноза;
- *anamnesis morbi*: что именно свидетельствует о том или ином заболевании;
- *anamnesis vitae*: какие особенности семейного, трудового, бытового анамнеза способствовали развитию заболевания;
- *данных объективного исследования*: каких именно из всего многообразия полученной информации;
- *данных лабораторных исследований*: каких именно, выделить те, которые способствовали постановке диагноза;
- *данных инструментальных исследований*: каких исследований и какая информация помогла поставить диагноз.

Этот раздел не может состоять из простого перечисления симптомов, характерных для данного заболевания, а *должен отражать ход клинического мышления*. Если какой-либо из симптомов, обнаруженных у больного, не укладывается в классическую клиническую картину данного заболевания, не следует обходить его молчанием; напротив, нужно попытаться объяснить его происхождение.

Необходимо последовательно и четко обосновать не только диагноз заболевания, но также стадию процесса и имеющиеся осложнения.

В заключении раздела формулируется **полный развернутый клинический диагноз**, после чего перечисляются *сопутствующие заболевания* (без отдельного обоснования).

XVI. Дифференциальная диагностика

Основой дифференциальной диагностики являются клинические проявления заболевания, которые наблюдаются у курируемого больного, после чего перечисляются нозологические формы, имеющие сходную *клиническую* картину. Нет, как правило, необходи-

мости дифференцировать хронические заболевания, протекающие месяцы и даже годы, с экстренной хирургической патологией и наоборот. Затем в результате последовательного сопоставления и сравнения клинических симптомов выявляют дифференциально-диагностические признаки, которые позволяют исключить у курируемого больного каждое из вышеперечисленных заболеваний.

Следует избегать простого перечисления дифференциально-диагностических признаков, описанных в литературе. В дифференциальной диагностике необходимо основываться на той клинической картине заболевания, которая имеется у курируемого больного.

XVII. Этиология и патогенез

В этом разделе приводятся основные теоретические положения относительно этиологии и патогенеза данного заболевания. Обязательно должны быть проанализированы его *осложнения* и *причины*, способствующие их развитию.

Основное внимание должно быть уделено современным теориям. В заключение, используя данные истории болезни, следует подчеркнуть те факторы, которые могли явиться причиной развития заболевания у курируемого больного.

XVIII. Лечение

Этот раздел, несмотря на его порядковый номер, по сути, является *важнейшим в истории болезни*, поскольку, как говорилось выше, больной обращается к врачу не для проведения многочисленных диагностических исследований, а с целью избавиться от страданий, обусловленных тем или иным заболеванием, либо, по крайней мере, минимизировать его клинические проявления. В этом разделе необходимо осветить все те современные принципы и методы лечения данной патологии, которые в настоящее время создала мировая медицинская наука. Следует четко выделить консервативные и оперативные методы лечения, включая открытые, мини-инвазивные, видео-хирургические, эндовазальные и прочие вмешательства. Должны быть проанализированы сильные и слабые стороны этих методик, показания и противопоказания к каждому из них.

Описывая оперативный метод лечения, нужно остановиться на предоперационной подготовке больного, технике хирургических вме-

шательств (радикальных и паллиативных), ведении послеоперационного периода, ближайших и отдаленных осложнениях.

В заключение, основываясь на вышеперечисленных данных, *следует определить оптимальную, на ваш взгляд, лечебную тактику по отношению к курируемому больному* и описать тот комплекс лечебных мероприятий, который показан в данном конкретном случае. Не является ошибкой предложение иного метода лечения больного, чем тот, который был применен лечащим врачом, поскольку он действовал в конкретной ситуации, не всегда предполагающей доступность самых современных инструментальных и фармакологических методик. Однако в такой ситуации куратор обязан аргументированно показать преимущества предлагаемого им метода.

XIX. Дневник наблюдения за больным

В течение периода курации, до момента сдачи истории болезни преподавателю, куратор должен ежедневно записывать данные о состоянии больного, отражая в дневнике динамику течения заболевания, эффективность проводимого лечения.

Запись производится соответственно следующей схеме:

Пульс Температура: — утренняя; — вечерняя	Дневник наблюдения за больным	Назначения: 1) режим; 2) стол; 3) лечебные назначения с конкретными дозировками и кратностью введения пре- паратов; 4) анализы
--	----------------------------------	---

Если в течение периода курации больному произведена операция, то ее протокол, взятый из клинической истории болезни, вписывается после дневника за соответствующее число.

XX. Эпикриз

Эпикриз — это *краткое* содержание истории болезни, в котором должны в лаконичном виде найти отражение следующие позиции: с какими жалобами больной поступил, что выявлено при обследовании, проведенное лечение, его эффективность, состояние больного к моменту окончания курации. Эпикриз, соответственно, может быть

либо *этапным*, либо *выписным*. Обязательно в нем должно найти отражение, что далее планируется сделать для лечения и реабилитации больного, представлены *рекомендации для амбулаторного этапа лечения*. Эпикриз не должен представлять собой многословное повторение истории болезни, его пишут для коллеги, не обладающего на рабочем месте избытком свободного времени, и поэтому в нем следует отразить самую суть сделанного для лечения больного.

В заключение необходимо определить *прогноз основного заболевания, прогноз для жизни и трудоспособности больного*.

XXI. Литература

Написать полноценную историю болезни, основываясь только на данных, представленных в учебнике, практически невозможно. Объективно необходимо использование дополнительной литературы и иных источников информации. В этом разделе перечисляются монографии, руководства, журнальные статьи, сайты Интернета, которыми пользовался куратор при написании истории болезни, с указанием фамилий авторов и выходных данных использованных работ.

Ситуационные задачи по изучаемым модулям

Коллеги! Попытайтесь сами решить эти задачи. Правильность своих ответов на вопросы вы можете определить, сравнив их с эталонами ответов, размещенных в составе электронной библиотечной системы «Консультант студента. Электронная библиотека медицинского вуза» (www.studmedlib.ru/extra).

Ситуационные задачи по теме «Острый аппендицит»

Задача 1

Больная, 56 лет, оперирована по поводу острого аппендицита на третьи сутки от начала заболевания. На операции обнаружено, что в правой подвздошной области имеется воспалительный конгломерат размером 10х10х15 см, состоящий из слепой кишки, петель тонкой кишки и большого сальника. Червеобразный отросток не найден.

1. С каким осложнением вы встретились?
2. Какова должна быть дальнейшая тактика?
3. Какие варианты дальнейшего течения заболевания возможны?
4. В зависимости от этого, каковы должны быть ваши дальнейшие действия?

Задача 2

У больного, оперированного по поводу острого флегмонозно-гангренозного аппендицита, осложненного диффузным перитонитом, доступом в правой подвздошной ямке, на 20-е сутки после операции при рентгенографии грудной клетки и брюшной полости заподозрен правосторонний поддиафрагмальный абсцесс.

1. Что могло послужить вероятной причиной формирования абсцесса?
2. Какими дополнительными методами инструментальной диагностики следует подтвердить диагноз?
3. Как лечить больного?

Задача 3

Больному, 33 года, 4 нед назад выполнена операция вскрытия, санации, тампонады и дренирования полости периаппендикулярно-

го абсцесса. Несмотря на то что червеобразный отросток обнаружен в полости абсцесса, аппендэктомия произведена не была. К моменту выписки состояние больного удовлетворительное, рана зажила вторичным натяжением, лабораторные показатели в пределах нормы.

1. Оцените действия оперирующего хирурга.
2. Какие рекомендации вы обязаны дать больному при выписке?

Задача 4

У больной с аппендикулярным инфильтратом в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При пальпации живота отмечены некоторое увеличение размера инфильтрата и усиление его болезненности. Консистенция инфильтрата неравномерная. По вечерам наблюдается повышение температуры тела до 38 °С. В анализе крови лейкоцитов $17 \times 10^9/\text{л}$.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какие методы инструментальной диагностики позволят его подтвердить?
3. В чем состоит лечебная тактика?

Задача 5

У больной, 59 лет, 4 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые сместились затем в правую подвздошную область. Дважды была рвота, температура тела повышалась до 37,5 °С. Больная принимала тетрациклин и анальгин. Боли несколько стихли и в последующем отмечались только при движении или кашле.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. Температура тела 37,4 °С, пульс 88 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. В правой подвздошной области пальпируется образование размером 12х10х8 см плотноэластической консистенции, неподвижное, с четкими границами, умеренно болезненное. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. В общем анализе крови лейкоцитов $11 \times 10^9/\text{л}$.

1. Какими заболеваниями может быть обусловлена данная клиническая картина?
2. Какие дополнительные исследования показаны больной?
3. Как вы будете ее лечить?

Задача 6

У больной, 17 лет, оперируемой по поводу распространенного перитонита, при ревизии установлено, что в брюшной полости около

1000,0 мл гнояного выпота. Париетальная и висцеральная брюшина резко отечна, гиперемизована, с массивными наложениями фибрина. Тонкая кишка дилатирована до диаметра 6–7 см, не перистальтирует. Червеобразный отросток черно-багрового цвета, покрыт фибрином, у основания его перфорация, диаметром около 0,5 см, из которой поступают гной и кишечное содержимое.

1. Каков ваш диагноз?
2. Каковы дальнейшие действия хирурга в этой ситуации?

Задача 7

Больной, 29 лет, оперирован по поводу острого аппендицита на второй день от начала заболевания. На операции обнаружены флегмонозно-измененный червеобразный отросток и мутный выпот в правой подвздошной области. Хирург ограничился только удалением червеобразного отростка. На шестой день после операции у больного появились умеренные боли в прямой кишке, болезненное мочеиспускание. При ректальном исследовании выявлено выбухание передней стенки прямой кишки, плотное и болезненное. В анализе крови лейкоцитов $13 \times 10^9/\text{л}$, температура тела — 37,8 °C.

1. О каком осложнении острого аппендицита можно думать?
2. Чем можно объяснить его развитие?
3. Как лечить больного?

Задача 8

Вы оперируете больного с диагнозом «перитонит нижних отделов живота». Из анамнеза известно, что 9 дней назад появились боли в верхних отделах живота, которые затем сместились в правую подвздошную область. На фоне самостоятельного лечения (антибиотики, аспирин, но-шпа) боли несколько утихли, однако появились гипертермия до 39 °C, ознобы. 5 часов назад внезапно появились сильные боли в нижних отделах живота.

Произведя нижнесрединную лапаротомию, вы установили, что в нижнем этаже брюшной полости около 500 мл гноя, который поступает из перфорации плотного инфильтрата правой подвздошной ямки, состоящего из петель тонкой кишки, слепой кишки и большого сальника. При ревизии в центре инфильтрата обнаружена полость диаметром около 10 см, из которой поступает гной.

1. Каков ваш диагноз?
2. Каковы должны быть ваши дальнейшие действия?

Задача 9

У больного, 33 года, на 7-й день после операции аппендэктомии, выполненной по поводу острого флегмонозно-гангренозного аппендицита, появились озноб, боли в прямой кишке, тенезмы, учащенное и болезненное мочеиспускание.

При ректальном исследовании обнаружен инфильтрат в малом тазу. Через 3 дня после проведенного лечения, включающего теплые ромашковые клизмы и антибиотики, состояние больного не улучшилось. При повторном ректальном исследовании отмечено размягчение инфильтрата малого таза. Температура тела приняла гектический характер.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какие методы инструментальной диагностики необходимы для его подтверждения?
3. В чем состоит лечебная тактика?

Задача 10

У больного, 55 лет, 2 дня назад появились боли в эпигастральной области, которые затем сместились в правую подвздошную область. Были тошнота, однократная рвота. Больной принимал анальгин и прикладывал к животу грелку, после чего боли стихли. На вторые сутки боли возобновились, распространились по всему животу, появилась многократная рвота. При осмотре состояние больного тяжелое, сознание спутанное, эйфоричен. Пульс 128 в минуту, артериальное давление 80/60 мм рт.ст. Язык сухой, живот напряжен и болезнен во всех отделах, но больше справа, симптом Щеткина-Блюмберга определяется во всех отделах живота. Симптомы Ровзинга и Ситковского не определяются. Температура тела — 37,0 °С, в анализе крови лейкоцитов $19 \times 10^9/\text{л}$.

1. Чем обусловлена данная клиническая картина?
2. Какие лечебные мероприятия необходимо выполнить?

Задача 11

При пальпации живота у больного, 66 лет, на дому вы обнаружили неподвижное, плотное малоболезненное образование диаметром около 10 см, расположенное в правой подвздошной области. Самостоятельных болей в животе и тахикардии на момент осмотра нет, температура тела — 37,3 °С. Ранее в течение недели отмечал боли в нижних отделах живота, больше справа, задержку стула.

1. Чем может быть обусловлена данная клиническая картина?

2. Каковы ваши дальнейшие действия?
3. Какое обследование вы назначите больному?

Задача 12

У больного, оперированного по поводу перфоративного аппендицита с местным перитонитом, на 7-е сутки после аппендэктомии появились боли в правой половине грудной клетки, легкий кашель, озноб. При осмотре отмечено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно нижняя граница легких несколько приподнята, определяется болезненность в правом подреберье и по ходу IX—X межреберья. При рентгеноскопии грудной клетки обнаружены жидкость в правом плевральном синусе, подъем правого купола диафрагмы и ограничение его подвижности, увеличение размеров тени печени. Температура тела — 38,5 °С, лейкоцитоз — $21 \times 10^9/\text{л}$.

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?
3. Какова лечебная тактика?

Ситуационные задачи по теме «Осложнения язвенной болезни»

Задача 13

Больной, 70 лет, в течение 5 лет наблюдался по поводу язвы желудка, расположенной в антральном отделе. От оперативного лечения отказывался. В течение последних 3 мес боли в эпигастральной области приняли постоянный характер, появилось отвращение к мясным продуктам, снизилась работоспособность, похудел.

1. О каком осложнении заболевания можно думать?
2. Как установить точный диагноз?
3. Какие дополнительные методы исследования нужны для выбора способа лечения?
4. Какова тактика лечения?

Задача 14

Больного, 32 года, беспокоят боль натошак, чувство тяжести после приема пищи. При сукуссии «шум плеска» не определяется. При гастродуоденоскопии обнаружена язва передней стенки двенадцатиперстной кишки диаметром 8 мм. При рентгенографии желудка

выявлена деформация выходного отдела желудка, начальная эвакуация из желудка ускорена, однако в последующем отмечается задержка бариевой взвеси в желудке более 6 ч, через 12 ч бариевой взвеси в желудке нет.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Нужно ли больного оперировать?
3. Если вы считаете «да», то какой вариант хирургического вмешательства является, на ваш взгляд, оптимальным в данной ситуации?

Задача 15

К вам поступил больной, 37 лет, с направительным диагнозом «острый аппендицит». При осмотре предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области и эпигастрии. Из анамнеза известно, что 4 ч назад появились сильные боли в эпигастральной области, которые в последующем значительно уменьшились и сместились в правую подвздошную область. В течение ряда лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с частыми обострениями. Объективно состояние больного средней тяжести. Пульс 96 в минуту. Язык сухой. Живот при пальпации болезненный в эпигастрии и правой подвздошной области, где также определяются напряжение мышц и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптомы Ровзинга, Ситковского отрицательные. Лейкоциты крови — $13,2 \times 10^9/\text{л}$.

1. Каков ваш предположительный диагноз?
2. Что необходимо предпринять для его уточнения?

Задача 16

Больного, 48 лет, беспокоят чувство тяжести в эпигастральной области после приема пищи, отрыжка тухлым, рвота пищей, съеденной накануне.

При осмотре состояние средней тяжести, больной пониженного питания. При пальпации отмечаются болезненность в эпигастральной области, «шум плеска натошак». Имеется гиперсекреция желудка с низким значением кислотности. При рентгенографии желудка отмечается деформация и сужение выходного отдела желудка, задержка бариевой взвеси в просвете желудка более 24 ч.

После предоперационной подготовки больной в плановом порядке оперирован. Во время операции обнаружено, что двенадцатиперстная кишка деформирована, имеются резкое сужение ниже привратника,

рубец на передней стенке на месте бывшей язвы. Желудок резко дилатирован, атоничен.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Как вы думаете, в чем заключалась предоперационная подготовка?
3. Как долго она продолжалась?
4. Укажите критерии, указывающие на готовность больного к операции.
5. Укажите оптимальный вариант хирургического вмешательства.

Задача 17

У больного, 47 лет, страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, за последнее время боли стали носить постоянный характер с иррадиацией в поясницу. При эзофагогастродуоденоскопии выявлена глубокая язва задней стенки луковицы двенадцатиперстной кишки диаметром около 1,5 см. При рентгенографии обнаружена ниша задней стенки двенадцатиперстной кишки, выходящая за контур стенки, эвакуация из желудка не нарушена.

1. О каком осложнении заболевания следует думать?
2. Ваша лечебная тактика?

Задача 18

У больного, 43 года, страдающего язвой двенадцатиперстной кишки, внезапно появились «кинжальные» боли в животе, затем они стихли. Осмотрен через 8 ч с момента заболевания.

Состояние удовлетворительное. Пульс 86 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания. При пальпации определяется умеренная болезненность в области правого подреберья. Симптомов раздражения брюшины нет. Печеночная тупость сглажена. При рентгенографии брюшной полости определяется скопление газа в виде серпа под правым куполом диафрагмы. Температура тела 37,3 °С, лейкоцитоз — $ЮхЮ^9$ /л.

1. Поставьте правильный диагноз.
2. Какова тактика лечения?
3. Если больного нужно оперировать, какие возможны варианты хирургического вмешательства?

Задача 19

У больного, 29 лет, 7 ч назад появились резкая слабость, головокружение, рвота алой кровью.

Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты липким потом. Пульс ПО в минуту, слабого наполнения. АД 90/60 мм рт.ст. При гастродуоденоскопии установлено, что в просвете желудка кровь, на задней стенке двенадцатиперстной кишки имеется язва с крупным кровоточащим сосудом. НЬ — 70 г/л.

1. Оцените характер кровотечения.
2. Какую тактику лечения вы выберете?
3. Какие варианты оперативного лечения возможны в подобных случаях?

Задача 20

Осматривая больного на дому, вы выявили, что пациента, 32 года, в течение 3 нед беспокоили боли в правом подреберье натошак, изжога. Три дня назад появились черный дегтеобразный стул, слабость. Рвоты не было.

При осмотре состояние больного удовлетворительное, кожные покровы бледные. Пульс 105 в минуту. АД 110/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, незначительно болезненный в эпигастрии, симптомов раздражения брюшины нет.

1. Каков ваш диагноз?
2. Каковы должны быть ваши действия?

Задача 21

У больного, 19 лет, 3 ч назад внезапно начались «кинжальные» боли в эпигастральной области, а затем по всему животу. В течение полумесяца беспокоили изжога, боли в эпигастральной области натошак и по ночам.

Состояние больного средней тяжести. Живот втянут, в дыхании не участвует. При пальпации отмечаются резкая болезненность по всему животу, разлитое мышечное напряжение, положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Печеночная тупость сглажена. Температура тела — 36,7 °С, лейкоцитов 7×10^9 /л. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен симптом «серпа».

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какова лечебная тактика?
3. Если пациента нужно оперировать, какая операция показана?

Задача 22

Больной, 52 года, поступил в клинику через 18 ч от начала заболевания. На операции выявлена перфоративная язва двенадцатиперст-

ной кишки. В подпеченочном пространстве, латеральных каналах, между петель кишечника имеются мутный выпот с хлопьями фибрина, наложения фибрина на печени, желудке, петлях кишечника.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Обоснуйте выбор необходимого хирургического вмешательства и его объема.

Задача 23

Во время путешествия на байдарках по рекам Северного Урала у одного из участников похода внезапно появились резкие боли в верхних отделах живота. В анамнезе «голодные» боли, изжога. При осмотре — положение больного вынужденное, на правом боку с поджатыми ногами, выражение лица — страдальческое. Больной доставлен в поселковый медпункт. Вертолет санитарной эвакуации будет не ранее чем через 9 ч. Вы находитесь среди участников похода. В медпункте у фельдшера имеются медикаменты и некоторое простейшее медицинское оборудование.

1. Поставьте диагноз.
2. Перечислите лечебные мероприятия, которые необходимо провести в этой нестандартной ситуации.

Задача 24

У больного, 48 лет, имеется язва на малой кривизне желудка диаметром 10 мм. Язвенный анамнез — 12 лет. В анамнезе дважды эпизоды желудочного кровотечения. В течение последнего полугодия больной отмечает нарушение суточного ритма боли. Лечился в стационаре 4 нед, боли перестали беспокоить, однако при гастроскопии язвенный дефект сохраняется. При исследовании желудочного сока — анацидное состояние.

1. Чем может быть обусловлено изменение характера болевого синдрома?
2. Какую тактику дальнейшего лечения вы выберете?

Задача 25

Больной, 50 лет, при осмотре предъявляет жалобы на «кинжальные» боли в верхних отделах живота, появившиеся 4 ч назад.

Положение больного вынужденное с приведенными ногами. Пульс 64 в минуту. Язык влажный. Живот «ладьевидный», в дыхании не участвует. При пальпации он болезненный и напряжен во

всех отделах. Положительный симптом Щеткина—Блумберга. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен газ под правым куполом диафрагмы.

1. Поставьте диагноз.
2. Больному предложено экстренное оперативное лечение, от которого он отказался. Как следует поступить в данной ситуации?

Задача 26

У больного, 48 лет, сутки назад появились рвота цвета кофейной гущи, слабость, была мелена. При гастроскопии выявлена язва тела желудка диаметром 15 мм, с инфильтрированными краями, с крупным тромбированным сосудом в дне язвы. В желудке следы крови. Состояние больного средней тяжести. АД 130/30 мм рт.ст., НЬ — 96 г/л.

1. Какую тактику лечения вы выберете?
2. Обоснуйте ее.

Задача 27

У больного, 36 лет, при обследовании обнаружены язва двенадцатиперстной кишки и язва желудка. Страдает язвой двенадцатиперстной кишки в течение 9 лет. Год назад появились признаки стеноза привратника. При обследовании выявлены гиперсекреция желудка с высоким значением кислотности, снижение моторно-эвакуаторной функции. Язва желудка размером 12 мм, расположена в теле желудка по малой кривизне.

1. Укажите причину возникновения язвы желудка.
2. Какова ваша лечебная тактика?

Задача 28

У больного, 72 года, за сутки до поступления в клинику появились слабость, головокружение, была кратковременная потеря сознания, затем многократный дегтеобразный стул.

Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 112 в минуту. АД 90/60 мм рт.ст., НЬ — 90 г/л. При экстренной гастродуоденоскопии в желудке следы малоизмененной крови. В антральном отделе желудка — язва диаметром 10 мм с кровоточащим сосудом в дне. Произведена диатермокоагуляция дна язвы, однако вскоре вновь возникло кровотечение.

1. Какова лечебная тактика в данном случае?
2. Если больному показана операция, то укажите ее характер.

Задача 29

Больной, 56 лет, страдает язвенной болезнью желудка в течение 4 лет. Обострение заболевания возникает ежегодно, осенью и весной. При гастроскопии обнаружена язва тела желудка, диаметром 15 мм. Биопсия подтвердила доброкачественный характер язвы. Исследование желудочного сока показало нормоцидное состояние секреции. В течение 1,5 мес больному проводилось консервативное лечение, однако болевой синдром сохраняется. При контрольной гастроскопии язвенный дефект без существенной динамики.

1. Нужно ли больного оперировать или следует продолжить противоязвенную терапию?
2. Если показана операция, то укажите оптимальный вариант оперативного вмешательства.

Ситуационные задачи по теме «Рак желудка»**Задача 30**

Больной, 46 лет, предъявляет жалобы на постоянные боли в эпигастриальной области, стихающие на короткое время после еды. Боли в животе беспокоят 6 мес. Больному произведена гастроскопия, при которой в области угла желудка выявлена шаровидная опухоль на ножке размером 1,5х1,5 см. Стенка желудка эластичная, слизистая оболочка обычного цвета.

1. Каков ваш диагноз?
2. Как уточнить характер образования в желудке?

Задача 31

У больного, 54 года, длительное время страдающего язвенной болезнью желудка, при очередной диспансерной гастроскопии выявлены признаки обострения заболевания. При этом произведенная биопсия обнаружила явления выраженной атипии клеток слизистой оболочки желудка в краях язвенного дефекта, расположенного в антральном отделе желудка.

1. Какой диагноз вы поставите?
2. Какое лечение показано больному?

Задача 32

Больной, 45 лет, поступил в клинику с жалобами на сильные боли в верхних отделах живота, которые появились за 2 ч до поступления. Больной в течение 10 лет страдает язвенной болезнью желудка.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные. Пульс 60 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не участвует в дыхании, резко напряженный и болезненный в верхних отделах, где определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга. С диагнозом «прободная язва желудка» больной экстренно взят на операцию. Выполнена лапаротомия. При ревизии обнаружено, что в брюшной полости около 500 мл прозрачного выпота с незначительной примесью фибрина и желудочного содержимого. Париетальная и висцеральная брюшина в верхних отделах живота гиперемирована, без налета фибрина. По передней стенке антрального отдела желудка имеется опухолевидный инфильтрат 7х7 см с перфорацией в центре; в малом сальнике увеличенные лимфатические узлы до 1,5 см, плотные.

1. Сформулируйте развернутый диагноз заболевания.
2. Какова дальнейшая тактика хирурга?

Задача 33

Больной, 62 года, поступил в клинику с жалобами на чувство тяжести после еды, отрыжку тухлым, часто возникающую рвоту, резкое похудание.

При осмотре состояние больного удовлетворительное. Истощен. Кожные покровы бледные. Пульс 86 в минуту. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. В левой надключичной области пальпируется плотный увеличенный лимфатический узел.

При рентгеноскопии желудка выявлены наличие жидкости натошак, ригидность стенок, отсутствие перистальтики и сужение просвета в антральном отделе желудка. Барий задерживается в желудке до 18 ч.

1. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
2. Какое лечение показано больному?

Задача 34

У больного, направленного в стационар врачом поликлиники с диагнозом «пупочная грыжа», хирург обнаружил в области пупочного кольца плотное малоподвижное округлое образование диаметром 2 см, не вправляющееся в брюшную полость. Симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Из анамнеза установлено, что больной за последние 6 мес значительно похудел. Испытывает отвращение к мясной пище, беспокоят отрыжка, чувство тяжести после еды.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какими инструментальными методами можно установить характер заболевания?

Задача 35

Больной, 74 года, поступил в клинику с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, постоянную отрыжку, резкое похудание.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Истощен. Пульс 80 в минуту. Язык сухой, обложен. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Диурез снижен.

При рентгеноскопии с барием установлены сужение абдоминального отдела пищевода, изъеденность контуров кардиального отдела желудка и отсутствие перистальтики в этой зоне. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в печени обнаружены множественные узловые образования от 1 до 3 см в диаметре.

1. Дайте развернутый диагноз заболевания.
2. Какое лечение показано больному?

Задача 36

У больного, 50 лет, диагностирован рак тела желудка. Больной в плановом порядке оперирован. На операции обнаружено, что опухоль размером 5х5 см расположена в теле желудка, прорастает все слои его стенки; прорастания опухоли в соседние органы не выявлено. Метастазов в печени нет. Увеличены единичные парааортальные лимфатические узлы.

1. Укажите стадию заболевания.
2. Какая операция показана больному?

Задача 37

У больного, 52 года, при гастроскопии обнаружен полип антрального отдела желудка. Выполнена эндоскопическая полипэктомия. При гистологическом исследовании удаленного полипа обнаружена аденокарцинома.

1. В каком лечении нуждается больной?
2. Если нужна операция, каков должен быть ее объем?

Задача 38

Больная, 72 года, поступила в клинику с жалобами на резкую слабость, головокружение, черный стул. Была однократная рвота цвета кофейной гущи.

При осмотре обращает на себя внимание резкое истощение больной. Кожные покровы бледные. Пульс 120 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень увеличена, бугристая. Определяется асцит. При экстренной гастроскопии обнаружено, что у больной имеются распадающаяся опухоль верхней трети тела желудка, продолжающееся кровотечение из опухоли.

1. Укажите характер и стадию заболевания.
2. Какое лечение показано больной?

Задача 39

Больная, 76 лет, поступила в клинику с жалобами на сильные боли по всему животу, которые появились 8 ч тому назад. В последние месяцы значительно похудела.

Объективно состояние тяжелое. Кожные покровы бледные; истощена. Пульс 112 в минуту. АД 100/70 мм рт.ст. Язык сухой. Живот вздут, в акте дыхания не участвует, при пальпации имеются напряжение мышц и симптом Щеткина—Блюмберга по всему животу.

Больная экстренно оперирована. На операции обнаружено, что в брюшной полости до 500 мл мутного выпота с неприятным запахом. По малой кривизне желудка имеется опухоль с перфорацией.

1. Укажите полный диагноз.
2. Что следует предпринять хирургу?

Задача 40

Больной, 60 лет, оперирован по поводу рака антрального отдела желудка. На операции обнаружена опухоль 8 см в диаметре, прорастающая все слои желудка. Имеются единичные увеличенные лимфатические узлы в малом сальнике. Метастазов в других органах не найдено.

1. Какая стадия заболевания (TNM)?
2. Какая операция показана больному?
3. Укажите объем оперативного вмешательства.

Ситуационные задачи по теме «Острый холецистит и желчно-каменная болезнь»

Задача 41

Больная, 48 лет, поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на сильные постоянные боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры тела до 38 °С.

Состояние больной тяжелое, число дыханий 30 в минуту, пульс ПО в минуту, язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяются симптом Щеткина—Блюмберга, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси. Количество лейкоцитов в крови — $18 \times 10^9/\text{л}$.

Больной назначено консервативное лечение. Через 6 ч от поступления внезапно появились сильные боли в животе, выступил холодный пот, пульс 120 в минуту, живот резко болезненный и напряженный, положительный симптом Щеткина—Блюмберга во всех отделах.

1. С каким заболеванием поступила больная в стационар?
2. Какое осложнение основного заболевания развилось у больной?
3. Что следует предпринять в этой ситуации?

Задача 42

Больная, 57 лет, поступила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры тела до 38°C . Страдает бронхиальной астмой с явлениями дыхательной недостаточности.

Состояние больной тяжелое, число дыханий 30 в минуту, пульс ПО в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяются симптом Щеткина—Блюмберга, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси. Количество лейкоцитов в крови — $18 \times 10^9/\text{л}$.

1. Поставьте правильный диагноз.
2. Какое лечение показано больной?
3. Если больную надо оперировать, то какое оперативное вмешательство следует произвести?
4. Под каким обезболиванием?

Задача 43

У больного, 68 лет, 3 дня назад был приступ резких болей в правом подреберье, который быстро самостоятельно купировался. Через 10 ч вновь появились боли в правом подреберье, принявшие постоянный и нарастающий характер. Была повторная рвота желчью. Температура тела повысилась до 38°C . Ранее при холецистографии были выявлены конкременты в желчном пузыре.

Состояние больного средней тяжести, пульс 98 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот резко напряжен и болезнен в правом подреберье. Симптомы Ортнера и Мюсси положительные, симптом Щеткина—Блюмберга положительный только в правом подреберье.

1. Поставьте правильный диагноз.
2. Укажите лечебную тактику.

Задача 44

Во время операции по поводу острого флегмонозного холецистита хирург отметил, что ширина общего желчного протока равна 15 мм, в нем пальпаторно определяются 2 конкремента. При интраоперационной холангиографии отмечен хороший сброс контрастного вещества в двенадцатиперстную кишку. После удаления желчного пузыря из культи пузырного протока выделилась мутная желчь с хлопьями фибрина.

1. Как следует расценить имеющиеся изменения в общем желчном протоке?
2. Что в связи с этим должен предпринять хирург?

Задача 45

Больная, 50 лет, потупила в клинику на третий день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желудочным содержимым, повышение температуры тела до 38 °С, желтушность кожных покровов и склер.

Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые оболочки иктеричные. Число дыханий 24 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина—Блюмберга, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси. Количество лейкоцитов крови — $18 \times 10^9/\text{л}$. Билирубин крови: 82 (общий), 65 (прямой), 17 (непрямой) мкм/л.

Проводимая консервативная терапия оказалась неэффективна. Влечения перитонита прогрессируют.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Нужно ли больную оперировать?
4. Если да, то укажите объем оперативного вмешательства.

Задача 46

Больная, 68 лет, поступила в клинику на 3-й день от начала заболевания. Заболела остро, когда после погрешности в диете появились сильные боли в правом подреберье, принявшие постоянный характер. Боли иррадиировали в правую лопатку, сопровождались тошнотой и повторной рвотой желчью. Температура тела повысилась до 38,4 °С.

Проведена интенсивная инфузионно-детоксикационная терапия. На фоне этого лечения отметила снижение интенсивности болей в правом подреберье, уменьшение слабости и сухости во рту, исчезновение гипертермии. Однако в последние 4 дня отметила появление вечерних ознобов с проливными потами, на фоне повышения температуры тела до 38 °С.

При осмотре состояние больной средней тяжести, пульс 88 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Симптомы Ортнера и Мюсси положительные, симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Количество лейкоцитов в крови — $14 \times 10^9/\text{л}$.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какими исследованиями можно его подтвердить?
3. Как следует лечить больную?

Задача 47

Больная, 52 года, поступила в клинику через сутки от начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье и эпигастральной области с иррадиацией в спину, тошноту, повторную рвоту желчью, не приносящую облегчения, повышение температуры тела до 37,5 °С.

Указанные симптомы развились после приема алкоголя, острой и жирной пищи. Подобные приступы были и раньше.

При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы чистые, лицо и отлогие места живота с цианотичным оттенком. Число дыханий 28 в минуту, пульс 100 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации болезненный и напряженный в правом подреберье и эпигастральной области, при глубокой пальпации выявляется болезненность левого подреберья и левой поясничной области. Дно желчного пузыря не пальпируется, симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный, положительный симптом Ортнера, симптомы Мерфи, Мюсси сомнительные. По данным ранее проведенной холецистографии, в желчном пузыре — множественные конкременты. Количество лейкоцитов крови — $12 \times 10^9/\text{л}$.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие исследования и лабораторные показатели помогут установить правильный диагноз?

Задача 48

Больную, 38 лет, оперируют по поводу острого холецистита, осложненного механической желтухой. При ревизии подпеченочного пространства обнаружен резко увеличенный, синюшно-багрового цвета желчный пузырь с обширными наложениями фибрина. Общий желчный проток диаметром 1,5 см. Пальпаторное его обследование затруднено из-за выраженной воспалительной инфильтрации тканей печеночно-двенадцатиперстной связки.

1. Какая форма острого холецистита обнаружена?
2. Какая операция будет выполнена в данном случае?
3. Какие интраоперационные исследования следует предпринять?

Задача 49

У больного, 60 лет, 2 дня назад был приступ резких болей в правом подреберье, который быстро самостоятельно купировался. Через 10 ч вновь появились боли в правом подреберье, принявшие постоянный характер. Была однократная рвота желчью. Температура тела повысилась до 37,4 °С. Ранее при ультрасонографии выявлены конкременты в желчном пузыре. Состояние больного удовлетворительное, пульс 92 в минуту. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, где не определяется каких-либо объемных образований. Симптомы Ортнера и Мюсси положительные, симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Количество лейкоцитов в крови — $10 \times 10^9/\text{л}$.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Укажите лечебную тактику.

Задача 50

Больная, 56 лет, поступила в клинику на 3-й день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желудочным содержимым, повышение температуры тела до 38 °С, желтушность кожных покровов и слизистых оболочек.

Состояние больной средней тяжести. Кожные покровы и слизистые оболочки иктеричны. Число дыханий 24 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен

и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяется симптом Щеткина—Блюмберга, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси. Количество лейкоцитов в крови — $18 \times 10^9/\text{л}$.

Проводимая консервативная терапия привела к улучшению состояния больной. Явления перитонита регрессировали. Болевой синдром купировался. Желчный пузырь уменьшился в размере, однако его дно продолжает определяться при глубокой пальпации. Сохраняется интенсивная желтушность кожных покровов и слизистых оболочек. Билирубин крови — 120-90-30 мкм/л.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Если больную нужно оперировать, то укажите объем оперативного вмешательства.

Задача 51

У больной, 49 лет, срочно оперированной по поводу острого флегмонозного холецистита и механической желтухи, на операции обнаружено расширение общего желчного протока до 13 мм, из просвета его через культю пузырного протока поступает мутная желчь с хлопьями фибрина и желчным песком. При интраоперационной холангиографии отмечена хорошая проходимость терминального отдела общего желчного протока.

1. Какой патологический процесс имеется во внепеченочных желчных протоках?
2. Что следует предпринять в связи с его наличием?

Задача 52

Больная, 48 лет, поступила в клинику на 3-й день заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, повторную рвоту желчью, повышение температуры тела до 38°C .

Состояние больной средней тяжести. Число дыханий 24 в минуту, пульс 90 в минуту. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот напряжен и резко болезнен в правом подреберье, где пальпируется дно желчного пузыря. Там же определяются симптом Щеткина—Блюмберга, положительные симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси. Количество лейкоцитов крови — $16 \times 10^9/\text{л}$. На фоне проводимой консервативной терапии болевой синдром уменьшился, гипертермия исчезла. Однако в последующие 3 дня появились озноб,

температура тела вновь повысилась до $38,5^{\circ}\text{C}$, стала нарастать желтуха. Боли в животе не усилились, явления перитонита не нарастали. Билирубин крови — 80 мкм/л , лейкоциты крови — $18 \times 10^9/\text{л}$.

1. О каком осложнении острого холецистита можно думать?
2. Если больную нужно оперировать, то укажите объем оперативного вмешательства.

Задача 53

Больная, 78 лет, поступила в клинику на 3-й день заболевания, когда появились сильные постоянные боли в правом подреберье, неоднократная рвота. Боль иррадиировала в правую надключичную область. Температура тела повысилась до 38°C . Ранее подобных приступов не было.

Состояние больной тяжелое. Кожные покровы чистые. Акроцианоз. На обеих голених имеется умеренный отек. Частота дыхательных движений 26 в минуту. В легких при аускультации дыхание жесткое, единичные влажные хрипы. Частота сердечных сокращений 120 в минуту. Проба Штанге — менее 10 с. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот при пальпации болезненный и напряженный в правом подреберье, где определяется дно желчного пузыря. Печень увеличена и выступает из-под реберной дуги на 6 см. Симптом Щеткина—Блюмберга положительный в правом подреберье. Количество лейкоцитов крови — $18 \times 10^9/\text{л}$.

Интенсивная инфузионная и медикаментозная терапия оказалась неэффективной.

1. Поставьте правильный диагноз.
2. Нужно ли больную оперировать?
3. Если да, то в каком объеме оперативного вмешательства она нуждается?

Ситуационные задачи по теме «Острый панкреатит»

Задача 54

У 18-летней больной, страдающей семейной гиперлипидемией 5-го типа, после приема жирной пищи появились боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Длительность заболевания — 12 ч.

При осмотре состояние средней тяжести. Кожные покровы сухие, обычной окраски. Пульс 88 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. на обеих руках. Язык сухой, обложен. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, болезненный в верхних отделах. Симптомы Мейо—Робсона и Воскресенского положительные. Симптом Ортнера отрицательный. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Мочеиспускание не нарушено.

В лабораторных анализах: лейкоциты крови — $10 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин — 131 г/л. В анализе мочи: белок — 0,033 г/л; глюкоза, кетоновые тела, эритроциты и лейкоциты отсутствуют. Диастаза мочи 1024 ЕД. Билирубин крови — 19 ммоль/л.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какой диагностический метод необходимо применить в первую очередь?
3. Нужно ли больную экстренно оперировать?
4. Если нет, то какие лечебные мероприятия вы будете проводить?

Задача 55

У больной, 68 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно появились сильные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота желчью, гипертермия до $37,6^\circ\text{C}$, озноб. После приема но-шпы интенсивность болей уменьшилась. Через сутки появилась желтушность кожных покровов, боли в животе оставались.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы и склеры желтушны. Пульс 90 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальных симптомов нет. Желчный пузырь не пальпируется. Лейкоциты — $10,2 \times 10^9/\text{л}$. Билирубин крови — 60 мкмоль/л. Диастаза мочи 512 ЕД.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Выберите оптимальные методы инструментальной диагностики.
3. Выберите метод лечения.

Задача 56

У больного, 60 лет, во время операции по поводу острого флегмонозного калькулезного холецистита установлено, что на большом и малом сальнике имеются бляшки жирового некроза, пропитыва-

ние желудочно-ободочной связки желчью, в брюшной полости прозрачный серозный выпот. При интраоперационной холангиографии патологии не выявлено.

1. Какое сопутствующее заболевание развилось у больного?
2. Какие мероприятия необходимо произвести для уточнения диагноза?
3. Укажите возможный объем операции.

Задача 57

У больной, 35 лет, страдающей желчно-каменной болезнью, после погрешности в диете внезапно появились боли в верхних отделах живота, многократная рвота.

При осмотре состояние больной тяжелое. Кожные покровы несколько бледные. Склеры субиктеричны. Пульс 120 в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белесоватым налетом. Живот несколько вздут, резко болезненный в верхних отделах, где определяется ригидность мышц передней брюшной стенки, в отлогих местах живота — притупление перкуторного звука. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Перистальтика кишечника ослаблена. Стула не было.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные исследования вы выполните больному для уточнения диагноза?

Задача 58

У больного, 50 лет, оперируемого по поводу перитонита, через 2 нед от начала заболевания установлено, что во всех отделах брюшной полости имеется гнойный экссудат с массивными наложениями фибрина на париетальной и висцеральной брюшине. При вскрытии сальниковой сумки обнаружены множественные очаги некроза поджелудочной железы и гнойный экссудат. В области корня брыжейки тонкой кишки и в забрюшинном пространстве по ходу левой половины ободочной кишки имеется флюктуирующий инфильтрат, распространяющийся до левой подвздошной области. При рассечении париетальной брюшины в этих зонах выделилось значительное количество гноя и некротических тканей. Другой патологии не выявлено.

1. Укажите основное заболевание и его осложнения.
2. Выберите рациональную хирургическую тактику.

Задача 59

У больной, 62 года, страдающей желчно-каменной болезнью, холедохолитиазом, выполнены эндоскопическая папиллотомия, литоэкстракция конкремента диаметром 0,6х0,8 см из терминального отдела общего желчного протока. Через 12 ч после операции появились боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, рвота с примесью желчи, задержка стула и газов.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, склеры субиктеричны. Пульс 92 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, сухой. Живот умеренно вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Симптомы Ортнера, Кера, Щеткина—Блюмберга отрицательные, Мейо—Робсона и Воскресенского — положительные. Кишечные шумы выслушиваются. Диурез не нарушен. Лейкоциты крови $10 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин — 118 г/л, палочкоядерные лейкоциты — 6%; диастаза мочи — 512 ЕД. Общий билирубин — 21 ммоль/л.

1. Какое осложнение развилось у больной?
2. Какое дополнительное исследование целесообразно выполнить?
3. Укажите лечебную тактику.

Задача 60

У больного, 33 года, перенесшего полгода назад жировой панкреонекроз, в эпигастрии и левом подреберье появилось опухолевидное образование размером 15х20 см, малоблезненное. Температура тела не повышалась. При рентгеноскопии желудка установлено, что желудок оттеснен кпереди, петля двенадцатиперстной кишки развернута.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какова должна быть программа обследования больного?
3. От каких заболеваний необходимо дифференцировать это патологическое состояние?
4. Какое лечение показано больному?

Задача 61

У больного, 40 лет, оперируемого через 4 сут от начала заболевания по поводу перитонита неясной этиологии, во время операции установлено, что в брюшной полости имеется до 150 мл прозрачного выпота в верхних отделах. В области двенадцатиперстной кишки определяются отек забрюшинной клетчатки с желчным пропитыванием тканей и бляшки стеатонекроза; желчный пузырь увеличен в размерах, тонкостенный, несколько напряжен, сероза его гипе-

ремирована без наложений фибрина, пальпаторно конкрементов нет. Общий желчный проток тонкостенный, диаметром 0,7 см, конкрементов не содержит. При ревизии полости сальниковой сумки выявлено до 30 мл светло-желтого выпота, головка поджелудочной железы увеличена в размерах до 4 см, с очагами стеатонекроза. Другой патологии не выявлено.

1. Укажите диагноз.
2. Каков должен быть объем операции?

Задача 62

Больного, 52 года, перенесшего год назад жировой панкреонекроз с формированием ложной кисты поджелудочной железы, в течение 3 дней беспокоят тупые боли в эпигастрии, гипертермия до 39 °С, озноб, однократная рвота, отсутствие аппетита.

Состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, сухие. В легких жесткое дыхание, хрипов нет. Пульс 100 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Язык чистый, суховат. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, где нечетко пальпируется объемное образование 10х10 см. Перитонеальных симптомов нет. Кишечные шумы выслушиваются. «Шум плеска» в желудке натошак не определяется. Склонность к запору. Дизурии нет. В общем анализе крови лейкоциты — $13 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерные лейкоциты — 12%, гемоглобин — 112 г/л, калий 3,5 мэкв/л, общий белок — 59 г/л, диастаза мочи — 64 ЕД. При обзорной рентгенографии грудной клетки и брюшной полости патологии не выявлено.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие инструментальные диагностические методы следует использовать?
3. Какова должна быть лечебная тактика?

Задача 63

У больного, 45 лет, перенесшего 3 мес назад панкреонекроз, имеются жалобы на тупые боли в верхних отделах живота после приема пищи.

Состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Пульс 78 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, участвует в акте дыхания всеми отделами. В верхних отделах живота определяется объемное образование, умеренно болезненное, неподвижное. Перитонеальных явлений нет. Перистальтика отчетливая. Общий анализ крови и мочи, биохимический анализ крови в пределах нормы.

1. Укажите предварительный диагноз.

2. Какие инструментальные методы следует использовать для обследования больного?
3. Если больного необходимо оперировать, укажите оптимальный вариант оперативного вмешательства.

Задача 64

У больного, 38 лет, после приема алкоголя появились выраженные боли в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, многократная рвота. Принимал но-шпу без эффекта.

Состояние тяжелое. Кожные покровы лица гиперемированы, сухие. В легких жесткое дыхание, ослаблено слева. Пульс 120 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Язык сухой, обложен бурым. Живот увеличен в объеме, участвует в акте дыхания ограниченно в верхних отделах, болезненный в эпигастрии, где определяются ригидность мышц и симптом Щеткина—Блюмберга. Перистальтика кишечника отсутствует. Стула не было.

При УЗИ установлено, что поджелудочная железа увеличена в размерах, контуры ее неровные с очагами повышенного отражения. В сальниковой сумке небольшое количество жидкости. Желчный пузырь не изменен. Гепатикохоледох обычных размеров. В брюшной полости определяется свободная жидкость.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие анализы и инструментальные методы целесообразно выполнить?
3. Какова должна быть лечебная тактика?

Задача 65

У больного, 30 лет, находящегося на лечении по поводу деструктивного панкреатита на 14-е сутки заболевания появились гектическая лихорадка, озноб, пульс 120 в минуту, рвота, болезненный инфильтрат в эпигастрии. Лейкоциты крови $15 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных элементов 16%, общий белок крови — 59 г/л, гипокальциемия.

1. Укажите предварительный диагноз.
2. Какие методы топической инструментальной диагностики развившегося осложнения следует использовать?
3. Выберите оптимальную лечебную тактику.

Задача 66

Больному с подозрением на «острый живот» выполнена лапароскопия, при которой выявлены геморрагический выпот в объеме 600 мл и множественные бляшки стеатонекроза на большом сальнике и брюшине.

1. Укажите диагноз и форму заболевания.
2. Какую лечебную тактику выберите в этой ситуации?

Задача 67

У больного, 40 лет, с 6-летним анамнезом язвенной болезни двенадцатиперстной кишки, остро возникли боли в эпигастрии опоясывающего характера, многократная рвота. При поступлении в стационар имелись следующие лабораторные показатели: лейкоциты — $10 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобин — 145 г/л, билирубин — 21,7 ммоль/л, диастаза мочи — 1024 ЕД.

1. О каком заболевании необходимо думать?
2. Какова предположительно форма заболевания?
3. Выберите необходимые исследования для уточнения диагноза.

Ситуационные задачи по теме «Заболевания щитовидной железы»

Задача 68

У больной, 28 лет, после недавно перенесенной фолликулярной ангины появились раздражительность, утомляемость, повышенное потоотделение, стало беспокоить учащенное сердцебиение, в течение месяца похудела на 18 кг.

При осмотре обнаружены диффузное увеличение обеих долей щитовидной железы, заметное на глаз, выраженный экзофтальм, положительные глазные симптомы Кохера и Мебиуса, неустойчивость в позе Ромберга. Щитовидная железа при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненная, диффузно увеличена до III степени по О.В. Николаеву, узлы в ней не пальпируются. Больная резко пониженного питания, кожные покровы влажные и горячие на ощупь, тремор рук и всего тела (синдром «телеграфного столба»). Пульс 120 в минуту, мерцательная аритмия. Выслушивается систолический шум на верхушке сердца.

1. С каким заболеванием вы встретились?
2. Какие другие заболевания щитовидной железы, проявляющиеся тиреотоксикозом, следует исключить?
3. Какова степень тяжести тиреотоксикоза в данном случае?
4. Какие исследования необходимо выполнить для подтверждения диагноза, и какие результаты этих исследований вы ожидаете получить?

5. Как лечить больную, и какие возможны пути развития заболевания на фоне лечения?
6. В случае необходимости оперативного лечения какую операцию следует выполнить?

Задача 69

У 30-летнего мужчины вы впервые выявили диффузный токсический зоб IV степени в сочетании с эндокринной офтальмопатией. Тиреотоксикоз тяжелого течения. При УЗИ щитовидная железа увеличена в размере, трахея смещена одной из долей, объем щитовидной железы составляет 69 мл. Концентрация ТТГ = 0, десятикратное повышение титра антител к рецептору ТТГ.

1. Какой метод лечения и почему следует предпринять?
2. Если необходима операция, то в какие сроки следует оперировать больного?
3. Какой должен быть объем оперативного вмешательства и почему?

Задача 70

При профилактическом осмотре у больной, 32 года, обнаружено опухолевидное образование в левой доле щитовидной железы размером 5х4х3 см, плотноэластической консистенции. Образование деформирует шею и смещает трахею. Шейные лимфоузлы не увеличены. Состояние удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Клинически эутиреоз.

1. Каков будет ваш рабочий клинический диагноз?
2. Какие исследования и для чего необходимо выполнить в первую очередь?
3. Какие результаты вы вероятнее всего ожидаете получить при цитологическом исследовании биоптата?
4. Если при цитологическом исследовании будет верифицирован пролиферирующий коллоидный зоб, какой метод лечения и почему следует выбрать?

Задача 71

Больной, 39 лет, по поводу диффузного тиреотоксического зоба произведена операция — субтотальная резекция щитовидной железы. После операции больная стала беспокойной, появились парестезии в области кончиков пальцев рук, чувство ползания мурашек, подергивание мышц лица, симптом «руки акушера», положительный

симптом Хвостека. Голос осипший, «лающий» кашель, беспокоит поперхивание при глотании жидкостей.

1. Какие осложнения оперативного вмешательства случились?
2. Какие методы исследования следует выполнить в данной ситуации, и каких результатов этих исследований следует ожидать?
3. В чем заключаются первоочередные и последующие лечебные мероприятия?
4. Каковы дальнейшие перспективы?

Задача 72

У больной, 28 лет, через несколько дней после перенесенного гриппа вновь повысилась температура до субфебрильных цифр, появились боли в области щитовидной железы с иррадиацией в ухо. При осмотре щитовидная железа увеличена до **III** степени, резко болезненная при пальпации. Имеются клинические признаки легкого тиреотоксикоза. При УЗИ щитовидной железы отмечается выраженная неоднородность и гипоехогенность ткани долей.

1. Нужны ли дополнительные методы исследования для постановки диагноза, и какие, или диагноз вам полностью ясен?
2. Что является причиной заболевания?
3. Чем объясняется тиреотоксикоз?
4. Какой метод лечения больной вы выберете?
5. Какие возможны исходы лечения?
6. Каков прогноз в отдаленные сроки?

Задача 73

У больной, 29 лет, при профилактическом ультразвуковом обследовании выявлено узловое образование правой доли щитовидной железы размером 1,5х2х1 см. На ультразвуковой сканограмме контуры узла нечеткие, волнистые, структура гипоехогенная, неоднородная, отмечается микрокальцификация. При пальпации образование плотное, безболезненное, лимфатические узлы на шее не пальпируются. Клинически эутиреоз. Эндокринолог назначил исследование крови на гормоны и сцинтиграфию щитовидной железы с Тс-99. Концентрация T_4 и ТТГ в крови в пределах нормы, на сцинтиграмме — «холодный узел» в правой доле щитовидной железы. Эндокринолог предписал прием L-тироксина. При повторном УЗИ, выполненном через 6 мес, обнаружено увеличение размеров узла в 1,5 раза. Больная обратилась к хирургу, который выполнил пункционную

биопсию узлового образования. При цитологическом исследовании пунктата образования видны клетки фолликулярного эпителия, строящие сосочковые структуры, единичные лимфоциты.

1. Какие ошибки совершил эндокринолог?
2. Какой гистологический тип опухоли диагностирован?
3. Как вы будете лечить больную?
4. В каком объеме следует выполнить операцию?

Задача 74

У больной, 45 лет, при пальпации выявлено узловое образование диаметром 2 см в правой доле щитовидной железы. Клинически выражены симптомы повышения функции щитовидной железы. На скintiграмме с Tc-99 в правой доле щитовидной железы определяется очаг высокого накопления радиофармпрепарата — «горячий» узел, контралатеральная доля не накапливает радионуклида совсем.

1. Достаточно ли информации для постановки диагноза или необходимо выполнить дополнительные методы исследования?
2. Вы поставили правильный диагноз. Как следует лечить эту больную?
3. Что необходимо сделать перед началом лечения?

Задача 75

Больная, 25 лет, обратилась к хирургу в связи с объемным образованием в области шеи. При осмотре в правой доле щитовидной железы пальпируется плотный, смещающийся при глотании узел размером 3х4х3 см. Выполнена тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия. Цитологическое заключение свидетельствует о фолликулярной неоплазии.

1. Какие два заболевания следует иметь в виду в данной ситуации?
2. Можно ли до операции на цитологическом уровне исследования точно определить характер процесса?
3. В каком объеме следует выполнить операцию?

Задача 76

На прием к эндокринологу пришла женщина, 54 года, которой два месяца тому назад была выполнена субтотальная резекция щитовидной железы по поводу многоузлового токсического зоба IV степени. Результат гистологического исследования — коллоидный, в разной степени пролиферирующий зоб с регрессивными изменениями, в

правой доле щитовидной железы инкапсулированная папиллярная микрокарцинома размером 0,4х0,5х0,3 см. Опухоль явилась случайной гистологической находкой. Больная жалуется на сухость кожи, отеки на лице, вялость, сонливость, выпадение волос. При осмотре послеоперационный рубец без признаков воспаления, шейные лимфоузлы не увеличены. При УЗИ с обеих сторон от трахеи визуализируются небольших размеров тиреоидные остатки (0,5х0,5х0,5 см) без узловых образований.

1. Какая стадия рака щитовидной железы у больной?
2. Нужно ли удалять остатки тиреоидной ткани?
3. Чем обусловлены жалобы больной, и что необходимо сделать?

Задача 77

Больная, 35 лет, обратилась с жалобами на опухолевидное образование на передней поверхности шеи, которое быстро увеличилось в размере. Температура тела не повышалась. Около 15 лет назад проживала в регионе с повышенным радиоактивным фоном. Несколько месяцев тому назад при УЗИ щитовидной железы в правой доле выявлено узловое образование размером 0,3х0,4 см. При осмотре в области шеи, впереди от правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы пальпируется плотный, безболезненный лимфатический узел размером 2х2,5х1,5 см. Щитовидная железа не увеличена, пальпаторно в ней узловые образования не определяются. При повторном УЗИ в центре правой доли щитовидной железы определяется узловое образование размером 1х1х0,5 см, гипоехогенное, без четких контуров, с микрокальцификатами.

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Что нужно для верификации диагноза?
3. В каком объеме нужно выполнить операцию?

Ситуационные задачи по теме «Заболевания молочных желез»

Задача 78

У пациентки, 60 лет, в проекции верхненаружного квадранта левой молочной железы определяется малоподвижное, безболезненное, плотное, округлое образование размером 3х2х2 см. Кожные покровы в проекции новообразования изменены по типу «лимонной корки». Кроме того, по переднеподмышечной линии, в третьем межреберье

слева определяется плотное, округлое, безболезненное, подвижное! образование диаметром около 1 см. Патологических выделений из! соска и асимметрии молочных желез нет. На рентгенограмме легких—! слева определяются незначительный гидроторакс и несколько мел-! ких округлых теней в паренхиме.

1. С каким заболеванием вы встретились?
2. Как трактовать пальпируемое образование в подмышечной обла-! сти?
3. О чем могут свидетельствовать изменения легких и плевры?
4. Как верифицировать диагноз?
5. Каков прогноз заболевания?

Задача 79

Пациентка, 25 лет, кормящая мать, обратилась с жалобами на боли в правой молочной железе, покраснение кожи над ней и повышение температуры тела до 39,0 °С. Визуально определяется покраснение кож-! ных покровов в области нижненаружного квадранта правой молочной! железы. Пальпаторно выявляются инфильтрация и флюктуация в этой! зоне. Кожа в области правого соска мацерирована, шелушится.

1. С каким заболеванием вы встретились?
2. Какова его вероятная причина?
3. Какие должны быть тактика и метод лечения?
4. Укажите прогноз заболевания.

Задача 80

Пациентка, 32 года, обратилась с жалобами на наличие пальпи-! руемого «узелка» в правой молочной железе, болезненные ощущения! в зоне этого образования во время месячных. При осмотре молочные! железы симметричны, кожные покровы нормальной окраски, соски! без видимой патологии. Пальпаторно, в области верхненаружного! квадранта, определяется плотное, подвижное, безболезненное обра-! зование, диаметром около 8 мм. Патологических выделений из соска! нет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

1. С каким заболеванием вероятнее всего вы встретились?
2. Какие мероприятия необходимы прежде всего для верификации! диагноза?
3. Какова тактика лечения?
4. Какие варианты развития ситуации возможны, и о чем необхо-! димо предупредить пациентку?

Задача 81

Пациентка, 40 лет, обратилась с жалобами на наличие пальпируемого «узелка» в правой молочной железе, болезненные ощущения в области «узелка» и покраснение кожи над ним. При внешнем осмотре молочные железы симметричны, кожные покровы нормальной окраски, соски без видимой патологии. Пальпаторно, в области нижненаружного квадранта, определяется мягкоэластическое, подвижное, болезненное образование, диаметром около 10 мм. Патологических выделений из соска нет. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

1. С каким заболеванием вы вероятнее всего встретились?
2. Какие мероприятия необходимы прежде всего для уточнения диагноза?
3. Какова тактика лечения?
4. Насколько целесообразно выполнение МРТ молочной железы в данном случае?

Задача 82

У пациентки, 70 лет, в проекции нижненаружного квадранта левой молочной железы определяется малоподвижное, безболезненное, плотное образование размером 5х4х3 см. Кожные покровы в проекции новообразования изменены по типу «лимонной корки». Кроме того, имеет место умбиликация соска. Патологических выделений из соска нет.

1. С каким заболеванием вы встретились?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для решения вопроса о характере лечения пациентки?
3. Как верифицировать диагноз?
4. От чего зависит прогноз заболевания?
5. Какой вариант лечения предполагается в данном случае?

Задача 83

У пациентки, 65 лет, на границе наружных квадрантов определяются инфильтрация с размягчением в центре и гиперемия кожи. Температура тела 38,0 °С. При диагностической пункции инфильтрата в области размягчения получен гной.

1. Какие заболевания могут иметь подобную клиническую картину?
2. Какова тактика лечения?
3. От чего зависит тактика лечения в данном случае?

4. При необходимости хирургического лечения в каком направлении должен быть выполнен кожный разрез?

Задача 84

В больницу доставлена пациентка, 45 лет, с объемным образованием правой молочной железы, занимающим оба верхних квадранта. Кожные покровы над новообразованием с множественными изъязвлениями, участками некроза мягких тканей и с признаками продолжающегося кровотечения из области одного из изъязвлений. Пальпируются увеличенные безболезненные подключичные и подмышечные лимфатические узлы справа. Пациентка в сознании. Кожные покровы бледные. АД 110/70 мм рт.ст., пульс 78 в минуту. Гемоглобин — 95 г/л, гематокрит — 30%. Известно, что около года назад пациентка самостоятельно обнаружила объемное образование в правой молочной железе, но к врачам не обращалась даже тогда, когда появились изъязвления и некроз тканей молочной железы.

1. С каким заболеванием вы столкнулись?
2. Какова тактика ваших действий в данной ситуации?
3. Какой характер будет носить лечение данной пациентки?
4. О какой стадии процесса идет речь?
5. В случае необходимости хирургического лечения какая операция показана этой больной?

Ситуационные задачи по теме «Заболевания легких, плевры и средостения»

Задача 85

У больного, находящегося в стационаре по поводу острого панкреатита, на третьи сутки при аускультации выявлено ослабление дыхания в задненижних отделах грудной клетки слева. При рентгенографии обнаружены признаки наличия жидкости в плевральной полости слева.

1. Чем осложнилось течение панкреатита?
2. Каковы ваши действия?

Задача 86

У больного диагностирован абсцесс легкого. Лечащим доктором выполнена пункция полости абсцесса с целью эвакуации гноя. При контрольной рентгенографии через сутки выявлен коллапс легкого

с горизонтальным уровнем жидкости в плевральной полости. При осмотре больного — выраженный отек, болезненность и инфильтрация мягких тканей грудной клетки в зоне пункции.

1. Согласны ли вы с тактикой лечащего доктора?
2. Каковы причины развития указанного осложнения?
3. Каковы ваши действия?

Задача 87

Больная доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение в тяжелом состоянии с жалобами на боли за грудиной. При осмотре отмечаются фебрильная лихорадка, озноб, тахикардия, бледность кожных покровов, одышка. Из анамнеза выяснено, что больная накануне во время обеда ела рыбу.

1. Каков ваш предположительный диагноз?
2. Каковы ваши диагностические действия?
3. Какова ваша лечебная тактика?

Задача 88

Больному выполнена операция на органах брюшной полости под эндотрахеальным наркозом. На вводном наркозе было несколько попыток интубации трахеи из-за анатомических особенностей. Тотчас после завершения вмешательства и экстубации у больного появилась крепитация мягких тканей в верхних отделах груди и в области передней поверхности шеи.

1. Что означает появление крепитации?
2. Каковы причины указанного осложнения?
3. Каковы ваши действия (в зависимости от результатов диагностики)?

Задача 89

Больной находится в стационаре по поводу абсцесса верхней доли правого легкого. На фоне проводимого лечения (муколитики, ингаляции, санационные бронхоскопии, антибактериальная терапия) возникло интенсивное кровохарканье.

1. Как вы расцениваете ситуацию?
2. Каковы ваши действия?

Задача 90

Больной, 26 лет, госпитализирован с жалобами на кашель с мокротой, лихорадку, слабость, потливость, боли в левых отделах грудной

клетки. Болен в течение многих лет, отмечает ежегодные сезонные обострения болезни с усилением кашля и увеличением количества мокроты. На обзорных рентгенограммах отмечается объемное уменьшение нижней доли левого легкого.

1. Каков ваш предположительный диагноз?
2. Каковы ваши диагностические действия?
3. Какой должна быть лечебная тактика?

Задача 91

Больной, 45 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на боли в правой половине грудной клетки, лихорадку, кашель с гнойной мокротой. Заболел три недели назад, лечился амбулаторно по поводу ОРВИ у участкового терапевта, без особого улучшения самочувствия. В течение этого времени рентгеновское обследование не проводилось. При осмотре в приемном отделении обращают на себя внимание одышка в покое, тахикардия, резкое ослабление дыхания справа, отчетливое притупление перкуторного звука в правых отделах груди.

1. Каков ваш предположительный диагноз?
2. Что нужно предпринять для подтверждения диагноза?
3. Какими должны быть ваши дальнейшие действия?

Задача 92

Больной, 18 лет, обратился в приемное отделение с жалобами на боли в левых отделах грудной клетки, ощущение нехватки воздуха (возникли два часа назад). При осмотре обращает на себя внимание ослабление дыхания слева (при аускультации) и тимпанит (при перкуссии).

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Что нужно предпринять для подтверждения диагноза?
3. Какими лечебными мероприятиями вы воспользуетесь?

Задача 93

Больной, 44 года, в течение 22 дней находится в стационаре по поводу правосторонней нижнедолевой плевропневмонии. Проводится антибактериальная терапия, однако выраженной положительной динамики не наблюдается. На контрольной рентгенограмме определяется жидкость, осумкованная у задней стенки грудной клетки справа. В стационаре продолжена антибактериальная терапия.

1. Каков ваш диагноз?
2. Каковы ваши дальнейшие действия?

Задача 94

32-летняя женщина в течение 10 дней самостоятельно лечилась антибиотиками. Беспокоили выраженная слабость, повышение температуры тела до 38,6 °С, кашель, вначале сухой, затем продуктивный со слизисто-гнойной мокротой. К врачу не обращалась. Состояние прогрессивно ухудшалось. Два дня назад во время кашля одномоментно «полным ртом» выделилось до 150 мл зловонной гнойной мокроты, после чего больная отметила значительное улучшение состояния, понизилась температура. Сегодня утром внезапно во время кашля у больной появились резкие боли в правой половине грудной клетки с иррадиацией в правое подреберье, одышка. Бригадой скорой помощи доставлена в стационар.

При осмотре состояние пациентки тяжелое: одышка до 40 в минуту, холодный пот, акроцианоз, тахикардия до 120 в минуту. Правая половина грудной клетки отстаёт при дыхании, при перкуссии справа над верхними отделами легкого — коробочный звук, ниже угла лопатки — резкое укорочение перкуторного звука. Дыхание справа ослаблено. Патологии слева не выявлено.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо произвести в первую очередь?
3. Какова лечебная тактика?

Задача 95

Пациент, 51 год, длительное время выкуривающий более 20 сигарет в день и страдающий хроническим бронхитом, жалуется на изменение характера кашля — малопродуктивный надсадный, резистентный к терапии; иногда в мокроте появляются прожилки крови.

При осмотре: состояние больного удовлетворительное. Кожа обычной окраски. Больной умеренного питания. Периферических отеков нет. Доступные пальпации лимфатические узлы не увеличены. ЧДД 18 в минуту, пульс 76 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Аускультативно: дыхание ослаблено над верхними отделами правого легкого, где отмечается укорочение перкуторного звука.

На рентгенограммах легкого: прозрачность верхней доли правого легкого снижена, доля уменьшена в объеме.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какие другие заболевания могут проявляться малопродуктивным кашлем и кровохарканьем?
3. Какое исследование необходимо выполнить для верификации диагноза?

4. Что поможет вам определить правильную лечебную тактику?
5. Какая операция целесообразна в случае необходимости оперативного лечения?

Задача 96

Больной, 57 лет, длительное время злоупотребляет табакокурением (более 20 сигарет в день). Жалобы на боли в левом плечевом суставе и левом надплечье.

При осмотре выявляются: синдром Горнера слева (птоз, миоз, энофтальм), атрофия мышц левой кисти и левого предплечья, мышечная слабость левой руки.

На рентгенограммах легких: полость распада в верхушке левого легкого.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо выполнить для верификации диагноза?
3. Ваша лечебная тактика.

Задача 97

Пациент, 59 лет, выкуривает более 20 сигарет в день, страдает хроническим бронхитом, брат умер от рака гортани. Жалуется на постепенно нарастающую одышку, осиплость голоса, стойкий сухой кашель.

На рентгенограммах легких: тотальное затенение левого легочного поля, тень гомогенная, тень органов средостения смещена влево.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо выполнить для верификации диагноза?
3. Какой должна быть лечебная тактика?

Задача 98

Пациент, 58 лет, длительное время на производстве контактировал с асбестом, курит. Беспокоит стойкий малопродуктивный кашель, эпизодически в мокроте появляются прожилки крови, в течение 3 мес субфебрильная лихорадка.

На рентгенограммах легких: в средней доле правого легкого имеется шаровидная тень, 3 см в диаметре с неровным контуром и просветлением в центре.

1. Ваш предварительный диагноз.

2. Какое исследование необходимо выполнить для верификации диагноза?
3. Ваша лечебная тактика.

Задача 99

Больной, 61 год, курит с подросткового возраста. За последний год четыре раза перенес острую левостороннюю верхнедолевую пневмонию в язычковых сегментах. Лечился стационарно, но бронхоскопическому обследованию ранее не подвергался. В настоящий момент жалуется на постепенно нарастающую одышку, стойкий кашель.

На рентгенограммах легких: тотальное интенсивное гомогенное затемнение левого гемиторакса, тень органов средостения смещено вправо.

1. Ваш предварительный диагноз.
2. Какое исследование необходимо выполнить для верификации диагноза?
3. Какой должна быть лечебная тактика?

Ситуационные задачи по теме «Острые нарушения мезентериального кровообращения»

Задача 100

Пациента, 76 лет, оперируют по поводу перитонита. Во время операции хирург обнаружил некроз всей тонкой кишки, начиная от связки Трейтца, и правой половины толстой кишки.

1. Что послужило причиной некроза кишечника?
2. Предположите длительность заболевания.
3. Какую тактику предпочтет хирург во время операции?

Задача 101

У больной, страдающей мерцательной аритмией, внезапно возникли интенсивные боли в животе, сопровождающиеся однократным жидким стулом. Доставлена в приемное отделение через 2 ч с момента заболевания, осмотрена хирургом. Установлено, что пульс достигает 90 в минуту, аритмичный; артериальное давление 190/100 мм рт.ст. Язык влажный, живот не вздут, участвует в акте дыхания равномерно всеми отделами, перистальтические шумы ослаблены. При пальпации в области мезогастрия выявлен болезненный отдел, перитонеальные симптомы не определяются.

1. Предположите диагноз.
2. Назовите наиболее вероятную причину заболевания.
3. Определите наиболее достоверные методы диагностики заболевания.

Задача 102

Пациент, 73 года, страдающий постинфарктным кардиосклерозом, мерцательной аритмией, обратился к врачу-терапевту с жалобами на сильные боли в животе без четкой локализации, однократную рвоту, трехкратный жидкий стул. Врач обследовал пациента через 2 ч с момента заболевания и через «скорую помощь» направил его на госпитализацию в инфекционное отделение с диагнозом «острый гастроэнтерит».

В инфекционном отделении боли в животе у пациента постепенно утихли, однако через 24 ч от момента госпитализации вновь усилились, появились сухость во рту, тахикардия. Дежурный врач обследовал пациента и обнаружил напряжение мышц передней брюшной стенки, количество лейкоцитов достигло $24 \times 10^9/\text{л}$. Пациента перевели в хирургическое отделение.

1. Какое заболевание должен был заподозрить терапевт при первичном осмотре?
2. Почему в начале заболевания не было отмечено симптомов раздражения брюшины?
3. С каким диагнозом (дать полную расшифровку) пациента перевели в хирургию?

Ситуационные задачи по теме «Острая артериальная непроходимость»

Задача 103

Вы врач скорой помощи, осматриваете больную, 71 год, страдающую ишемической болезнью сердца, мерцательной аритмией. За 3 ч до вашего осмотра у пациентки внезапно появились резкие боли в обеих нижних конечностях.

Общее состояние тяжелое. Число дыханий 42 в минуту. В легких большое количество влажных хрипов. Число сердечных сокращений 144 в минуту, пульс аритмичный, дефицит пульса 32 в минуту, АД 240/120 мм рт.ст.

Кожные покровы обеих нижних конечностей, передней брюшной стенки, ягодиц бледные, «мраморного рисунка», холодные на ощупь. Отеков конечностей нет. Активные движения в суставах отсутствуют, пассивные сохранены. Пульсация артерий не определяется на всем протяжении обеих нижних конечностей.

1. Чем обусловлены симптомы со стороны нижних конечностей?
2. Что послужило причиной этого синдрома?
3. Почему ухудшилось общее состояние больной?
4. Какие неотложные мероприятия вы должны предпринять?
5. Какой должна быть дальнейшая тактика лечения?

Задача 104

Больной, 58 лет, поступил в клинику через 7 ч с момента появления резких болей в обеих нижних конечностях. Страдает ишемической болезнью сердца, мерцательной аритмией.

Общее состояние больного средней тяжести. Обе нижние конечности бледные, «мраморного рисунка», холодные на ощупь. Активные движения в суставах пальцев, голеностопных и коленных отсутствуют, пассивные сохранены.

При ангиографии получено изображение брюшной аорты до бифуркации. Контур ее ровные. Бифуркация аорты, подвздошные и бедренные артерии не контрастируются. Коллатеральная сеть слабо выражена.

1. Какой диагноз вы поставите?
2. Какова должна быть лечебная тактика?
3. Если больного следует оперировать, то какую операцию следует произвести?

Задача 105

У больной, 26 лет, перенесшей 3 дня назад эмболэктомию из правой плечевой артерии с хорошим восстановлением кровотока, внезапно повторно возникли ишемия правой руки, ишемия IБ степени. Анамнестических и клинических признаков заболевания сердца не выявлено.

1. Что могло послужить причиной повторной артериальной эмболии?
2. Какие исследования нужно произвести для выявления эмбологического заболевания?
3. Какова тактика лечения больной?

Задача 106

Больной, 57 лет, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в правой нижней конечности, чувство ее онемения и похолодания.

Из анамнеза известно, что в течение последних 6 лет беспокоили боли в левой голени, возникающие при ходьбе, сначала через 1000-2000 м, а потом через каждые 100-200 м. Три года назад больному было выполнено сосудистое вмешательство на левой нижней конечности (какое — больной не знает), после чего он стал ходить без ограничений. Однако последние 1,5 года стали беспокоить бол* в правой ягодице и правом бедре, возникающие при ходьбе сначала через 500 м, а последнее время через каждые 25—50 м. Больной был обследован сосудистым хирургом и готовился к госпитализации в сосудистое отделение в плановом порядке. Однако сутки назад у больного появились резкая боль, онемение и похолодание правой нижней конечности, по поводу чего был госпитализирован в хирургическое отделение в экстренном порядке.

При осмотре: состояние тяжелое, температура тела — 36,6 °С, в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, пульс 84 в минуту, АД 145/90 мм рт.ст., язык влажный, чистый, живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Левая нижняя конечность: обычного цвета и формы, не отечна, пальпация сосудистого пучка безболезненна, симптомы Мозеса и Хоманса отрицательные. Артериальная пульсация снижена, однако отчетливая на всем протяжении, активные и пассивные движения в полном объеме, чувствительность не изменена.

Правая нижняя конечность: обычной формы, не отечна, отмечается ее бледность. Пальпация сосудистого пучка безболезненна, симптомы Мозеса и Хоманса отрицательные, артериальная пульсация на всем протяжении не определяется, активные движения отсутствуют, пассивные движения во всех суставах сохранены. Отмечается отсутствие тактильной чувствительности в области стопы, голени и нижней трети бедра.

1. Что обусловило возникновение ишемии 2Б степени правой нижней конечности?
2. Осложнением какого заболевания явилась острая артериальная непроходимость?
3. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?
4. Какова должна быть лечебная тактика?

5. Какие варианты восстановления магистрального кровотока вы можете предложить в данном случае?
6. Чем определяется конкретная лечебная тактика?

Задача 107

Больной, 50 лет, перенесший год назад инфаркт миокарда, поступил с жалобами на резкие боли в левой ноге, появившиеся внезапно за сутки до поступления.

Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы левой стопы и голени до верхней трети бледные, с «мраморным рисунком», холодные на ощупь. Отека голени нет. Активные движения в суставах пальцев, голеностопном суставе отсутствуют, пассивные — сохранены. Пульсация определяется на бедренной артерии под паховой складкой, на подколенной и артериях стопы — отсутствует.

1. Какой развернутый диагноз заболевания вы поставите?
2. Как лечить больного?

Задача 108

У больной, 75 лет, сутки назад возникли интенсивные боли в левой половине живота, резкая слабость. Дважды отмечалось непродолжительное снижение давления до уровня 60/20 мм рт.ст.

В момент осмотра состояние больной тяжелое. Выраженная бледность кожных покровов. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. В мезогастрии и левой половине живота определяется больших размеров пульсирующее опухолевидное образование. Верхний полюс образования определяется. С момента возникновения болей выделилось около 100 мл мочи. НБ — 74 г/л.

1. Какой предварительный диагноз вы поставите?
2. Как можно подтвердить диагноз?
3. Какой должна быть лечебная тактика?

Задача 109

Больная, 65 лет, поступила в клинику с жалобами на боли в левой нижней конечности, чувство онемения, похолодания в стопе, голени, боли в животе.

Заболела остро 11 ч назад, когда появились резкие боли в левой нижней конечности, онемение, похолодание стопы, голени. Прежде боли в нижних конечностях не беспокоили. Вскоре боли в левой нижней конечности уменьшились, но через 5 ч с момента заболевания

внезапно появились резкие боли в животе, позывы на дефекацию, тошнота.

Известно, что ранее перенесла инфаркт миокарда. Длительное время страдает гипертонической болезнью.

Объективно. Общее состояние тяжелое. Одышка. Число дыханий 26 в минуту. Пульс 132 в минуту, аритмичный, дефицит пульса 20 в минуту. АД 180/100 мм рт.ст.

Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный во всех отделах. Печень у края реберной дуги. В отлогих местах живота перкуторно определяется притупление перкуторного звука. Перистальтика не выслушивается. Симптомов раздражения брюшины нет.

Кожные покровы левой стопы и голени до средней трети бледные, на ощупь холоднее симметричных участков правой нижней конечности. Активные движения в суставах сохранены в полном объеме. Поверхностная чувствительность на стопе несколько снижена, глубокая — сохранена. Пульсация бедренной артерии под паховой складкой четкая, на подколенной и артериях стопы — отсутствует.

1. С чем связаны боли в левой ноге?
2. Чем обусловлены боли в животе?
3. Какие исследования могут уточнить диагноз?
4. Нужно ли оперировать больную?
5. Если да, то какое вмешательство следует выполнить в первую очередь?

Задача ПО

Больной, 63 года, поступил в клинику с жалобами на резкие боли в животе, поясничной области, слабость, головокружение. Заболел остро за 10 ч до поступления, когда внезапно появились резкие боли в животе, больше в мезогастрии, слабость, головокружение. Боли носили постоянный характер, иррадиировали в спину, бедра. Тошноты, рвоты не было. Длительное время страдает гипертонической болезнью, перенес резекцию желудка по поводу опухоли год назад.

Общее состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Одышка — ЧДД 32 в минуту. В легких рассеянные сухие и влажные хрипы. Пульс 120 в минуту, ритмичный, АД 90/40 мм рт.ст. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в мезогастрии, больше слева, где пальпируется опухолевидное образование размером 18x12x10 см, плотное, пульсирующее, неподвижное. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика живая, притупления перкуторного звука в

отлогих местах живота нет. Обе нижние конечности теплые, движения в полном объеме. Пульсация артерий определяется на всем протяжении.

1. Укажите диагноз.
2. Какие методы обследования необходимы для его уточнения?
3. Какова тактика лечения?

Задача 111

Больная, 32 года, поступила в клинику с жалобами на боли, чувство онемения, похолодания в левой верхней конечности, боли по всему животу, двукратную рвоту.

Заболела остро 5 ч назад, когда внезапно появились резкие боли, онемение, похолодание левой верхней конечности. Вскоре боли уменьшились, но полностью не стихли, оставалось чувство онемения, «ползания мурашек» в левой кисти, предплечье. Через 3 ч от начала заболевания внезапно возникли резкие боли по всему животу, тошнота, двукратная рвота желудочным содержимым. Обратилась за медицинской помощью и была госпитализирована.

В течение 20 лет больная страдает ревматическим митральным пороком сердца. Год назад появилась мерцательная аритмия.

Общее состояние тяжелое. Стонет от болей в животе. Одышка. Число дыханий 30 в минуту. В легких выслушиваются влажные хрипы в задне-нижних отделах. Тоны сердца ясные, диастолический шум на верхушке, небольшой акцент II тона над легочной артерией. Число сердечных сокращений 112 в минуту, дефицит пульса 12 в минуту. АД 250/120.

Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Живот умеренно вздут, при пальпации мягкий, резко болезненный в правой половине. Печень у края реберной дуги: притупления перкуторного звука в отлогих местах живота нет. Перистальтика не выслушивается. Симптомов раздражения брюшины нет.

Кожные покровы левой кисти, предплечья до средней трети бледные, прохладные на ощупь. Активные движения в полном объеме. Отмечается отсутствие поверхностной чувствительности на кисти и до средней трети предплечья.

1. Пульсация артерий определяется лишь в подмышечной ямке, дистальнее — отсутствует.
2. Ваш предварительный диагноз?
3. Какими дополнительными методами исследования можно подтвердить диагноз?
4. Какова тактика лечения в зависимости от возможных результатов обследования?

1

Задача 112

У больного, 68 лет, сутки назад возникли резкие боли в левой половине живота и левой поясничной области. При осмотре выявлено пульсирующее опухолевидное образование в мезогастрии размером 20x15x10 см, над которым определяется систолический шум. В течение последних трех часов артериальное давление регистрируется на уровне 90/50 мм рт.ст. Пульсация на бедренных артериях сохранена, гемоглобин — 80 г/л. При катетеризации мочевого пузыря получено около 300 мл мочи.

1. Какое заболевание следует заподозрить?
2. Что следует предпринять для уточнения диагноза?
3. Какова должна быть лечебная тактика?

Ситуационные задачи по теме «Острые венозные тромбозы, тромбоэмболия легочных артерий»**Задача 113**

У больной, 65 лет, находящейся в гинекологическом отделении, на 4-е сутки после удаления матки по поводу кровоточащей миомы больших размеров появился отек левой голени и бедра с разницей периметра +3 см. Пациентка отметила возникновение болей распирающего характера в вертикальном положении и при ходьбе. Симптомы Мозеса и Хоманса положительные. В эти сроки послеоперационного периода больная получала только обезболивающие средства.

1. Какое осложнение развилось у больной после операции?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какая ошибка послеоперационного ведения больной была допущена?
4. Какие меры предотвращения указанного послеоперационного осложнения и как долго больная должна была получать?

Задача 114

У больного, 33 года, диагностирован правосторонний подвздошно-бедренный венозный тромбоз. При ретроградной илиокаваграфии выявлен флотирующий тромб нижней полой вены размером 1,2x1,2x15 см.

1. Нуждается ли больной в хирургическом лечении?
2. Какими способами у него можно предотвратить развитие тромбоэмболии легочных артерий?

3. От чего зависит выбор способа лечения?
4. Какое лечение должно быть назначено этому больному на длительный период?

Задача 115

У больной, 26 лет, страдающей варикозной болезнью нижних конечностей, на 8-й день после срочных неосложненных родов появились боль, гиперемия и уплотнение по ходу большой подкожной вены до уровня верхней трети правого бедра.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Нужны ли какие-либо дополнительные лабораторные или инструментальные методы исследования?
3. Какой должна быть лечебная тактика?

Задача 116

Больной, 50 лет, страдающий варикозной болезнью вен нижних конечностей, жалуется на боли, покраснение и уплотнение по ходу поверхностных вен на левом бедре, гипертермию, которые появились 5 дней назад. Состояние больного удовлетворительное. Отека и цианоза левой нижней конечности нет. На внутренней поверхности левого бедра по ходу варикозно расширенных вен определяется гиперемия и пальпируется болезненный тяж до средней трети бедра. По данным ультразвукового исследования глубокие магистральные вены ноги полностью проходимы.

1. Нужно ли больного оперировать?
2. Если да, то каким должен быть объем хирургического вмешательства?
3. Нужно ли назначить пациенту антибактериальную терапию?

Задача 117

Больной, 68 лет, обратился в приемное отделение вашей больницы с жалобами на выраженный отек левой ноги. Заподозрен тромбоз глубоких вен.

1. С какими заболеваниями или патологическими состояниями вам нужно проводить дифференциальную диагностику?
2. Какие лабораторные или инструментальные методы могут подтвердить диагноз?

Задача 118

У мужчины, 30 лет, на 2-е сутки после ушиба мягких тканей левой голени появились ее отек и распирающие боли. При осмо-

тре определяются умеренный отек голени, пальпация икроножных мышц болезненна.

1. Есть ли причина заподозрить тромбоз глубоких вен?
2. Нужно ли сразу до обследования назначить больному антикоагулянты?
3. С каким в первую очередь патологическим состоянием следует проводить дифференциальную диагностику?
4. Какой метод позволит вам уточнить диагноз?

Задача 119

У больной, 20 лет, страдающей варикозной болезнью, с беременностью 38 нед, 2 сут назад по медиальной поверхности левой голени и бедра появился плотный болезненный тяж с гиперемией кожи над ним. При ультразвуковом ангиосканировании глубокие вены нижних конечностей проходимы. Просвет большой подкожной вены слева содержит тромботические массы. Проксимальная часть тромба доходит до сафенофemorального соустья, и на протяжении 1,5 см тромб пролабирует в бедренную вену.

1. Нужно ли больную оперировать?
2. Если да, то какую операцию следует предпринять?
3. Нужно ли прервать беременность?
4. Необходимо ли назначение антикоагулянтов?

Задача 120

Больной, 30 лет, при катании на сноуборде в Альпах получил травму — перелом медиальной лодыжки левой голени. Пациенту была выполнена иммобилизация с помощью быстротвердеющего пластика. На 6-е сутки отметил появление болей распирающего характера в поврежденной голени. На 7-е сутки больной возвратился на самолете в Москву и в здании аэропорта возникли выраженная одышка, сердцебиение, был эпизод кратковременной потери сознания.

При осмотре в приемном отделении больницы, куда он был доставлен из аэропорта, состояние больного тяжелое. Отмечаются одышка в покое, АД 90/50 мм рт.ст., пульс 120 в минуту. В легких дыхание проводится равномерно с обеих сторон, хрипов нет. Отмечается акцент II тона на легочной артерии. Пальпация сосудистого пучка на бедре выше иммобилизирующей повязки болезненна.

1. Чем, по вашему мнению, обусловлено значительное ухудшение состояния больного, перенесшего относительно небольшую травму?

2. В чем причина этого патологического состояния?
3. Как подтвердить диагноз, который вы заподозрили?
4. Какие неотложные назначения вы сделаете?
5. С помощью каких методов можно оценить выраженность гемодинамических расстройств?
6. О каком лечении скорее всего пойдет речь?
7. Где лечить больного?

Задача 121

В приемное отделение к кардиологу поступила больная, 38 лет, у которой 5 ч назад появились одышка, учащенное сердцебиение. Пациентка в течение 6 мес пользуется гормональной контрацепцией.

При осмотре состояние средней тяжести. ЧДД 25 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст., пульс 100 в минуту. Аускультативно определяется акцент II тона на легочной артерии. Нижние конечности не отечны, болезненности при пальпации икроножных мышц и зон проекции сосудисто-го пучка на бедрах нет. На ЭКГ выявлен синдром Мак-Джин—Уайта.

1. Как бы вы сформулировали предварительный диагноз?
2. Имеется ли связь развившегося патологического состояния с приемом эстрогенов?
3. Почему врач обследовал нижние конечности?
4. О чем свидетельствуют изменения на ЭКГ?
5. Может ли какой-то лабораторный тест отвергнуть предполагаемый вами диагноз?
6. Что необходимо предпринять для уточнения диагноза?

Ситуационные задачи по теме «Нарушения мозгового кровообращения»

Задача 122

Больная, 75 лет, внезапно почувствовала онемение правой верхней и нижней конечностей, слабость в них, невозможность сжать руку в кулак. Все это сопровождалось головной болью. Симптомы регрессировали через 2,0—2,5 ч самостоятельно. Подобное состояние возникло впервые. При аускультации над левой сонной артерией выслушивается грубый систолический шум.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какие исследования могут выявить причину описанного синдрома?

3. Судя по клиническим данным, следует ли вызвать на консультацию сосудистого хирурга?
4. Какая операция способна предотвратить развитие ишемического инсульта?

Задача 123

К вам на амбулаторный прием обратилась больная, 65 лет, которая перенесла острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу 2 года назад. Двигательные и речевые функции полностью восстановлены. По данным ультразвукового исследования сонных артерий слева выявлен стеноз общей сонной артерии на 80%, внутренней сонной — на 75%, наружной сонной — на 50%; справа стеноз общей сонной артерии на 56%, внутренней сонной — на 30%, наружной сонной — на 25%.

1. Какова причина ишемического инсульта, который перенесла больная?
2. Как вы полагаете, какие лечебные мероприятия позволят уменьшить опасность повторного ишемического инсульта?
3. Направите ли вы больную на консультацию к сосудистому хирургу?
4. Если да, то, как вы считаете, предложит ли он больной операцию?
5. Если да, то какой вариант оперативного вмешательства он скорее всего использует?

Задача 124

Больной, 65 лет, перенесший 4 года назад острое нарушение мозгового кровообращения, страдает облитерирующим атеросклерозом артерий нижних конечностей с синдромом Лериша. Хроническая артериальная недостаточность правой нижней конечности 2Б стадии, левой — 3. В связи с хронической ишемией нижних конечностей ему планируется оперативное лечение.

При физикальном исследовании вы обнаружили у больного грубый систолический шум на правой сонной артерии. Во время ультразвукового ангиосканирования выявлен стеноз правой общей сонной артерии на 70%, внутренней сонной — на 75%, наружной сонной — на 60%.

1. Какова причина нарушений кровотока по сонным артериям?
2. Нужна ли больному операция на сонных артериях?
3. Нужна ли больному операция на аортоподвздошной зоне?

4. Если вы решите, что обе операции необходимы, в каком порядке следует их выполнить?
5. Объясните ваше решение.

Ситуационные задачи по теме «Хроническая артериальная недостаточность нижних конечностей»

Задача 125

Пациента, 62 года, в течение 5 лет беспокоит боль в левой нижней конечности (в икроножных мышцах) при ходьбе. Постепенно дистанция безболевого ходьбы уменьшалась. В настоящее время спокойным шагом может без остановки пройти не более 50 м. Курит в течение 30 лет по 2 пачки сигарет в день.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы левых стопы и голени бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация бедренной артерии над паховой складкой отчетливая, на подколенной и артериях стопы не определяется. На контралатеральной конечности пульсация артерий выявляется на всем протяжении, без патологии.

При рентгеноконтрастной ангиографии получено изображение аорты, бедренной артерии слева до уровня средней трети бедра. Контуры ее неровные. Подколенная артерия заполняется через хорошо выраженные коллатерали. Артерии голени контрастируются на всем протяжении.

1. Какой диагноз следует поставить пациенту на основании приведенных данных?
2. Какие уточнения в диагноз позволяет внести рентгеноконтрастная ангиография?
3. Какое лечение необходимо рекомендовать пациенту?
4. Если вы рекомендуете хирургическое лечение, какие оперативные методы могут быть использованы в данном случае?
5. Какие консервативные методы следует рекомендовать пациенту?

Задача 126

Пациент, 47 лет, последние 6 лет отмечает боли в обеих нижних конечностях при ходьбе. Полгода назад отметил, что боли в мышцах голени и бедра стали появляться при прохождении 150—200 м, в это

же время произошло снижение потенции. В последнее время стал возникать боли за грудиной при физической нагрузке.

Общее состояние удовлетворительное. Пульс 76 в минуту, ритмичный. АД 150/90 мм рт.ст. Тоны сердца приглушены. Кожные покровы обеих нижних конечностей бледные, прохладные на ощупь, активные движения в полном объеме. Пульсация артерий не определяется на протяжении обеих нижних конечностей.

При рентгеноконтрастной ангиографии получено изображение брюшной аорты. Контур ее неровные, подвздошные артерии не контрастируются с обеих сторон. Бедренные артерии заполняются через хорошо выраженные коллатерали. Кроме того, пациенту выполнена коронарография, на которой обнаружены стенозы передней нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии.

1. Какой синдром имеется у больного?
2. Какова природа заболевания?
3. Нужна ли больному операция на аортоподвздошной зоне?
4. Если да, то какая?
5. Избавит ли эта операция больного от импотенции?
6. Необходимо ли пациенту вмешательство на коронарных сосудах?
7. Если да, то какое?
8. Если вы решили, что больного следует оперировать и на брюшной аорте, и на коронарных артериях, то какое вмешательство и почему должно быть первым?

Задача 127

Пациент, 55 лет, находится в хирургической клинике с жалобами на постоянные боли в левой стопе, усиливающиеся при малейшей физической нагрузке. В течение 5 лет дважды перенес баллонную ангиопластику по поводу множественных стенозов поверхностной бедренной артерии. Клинический эффект последнего эндоваскулярного вмешательства оказался непродолжительным. Через полгода после выписки вновь появилась перемежающаяся хромота, а к моменту настоящей госпитализации боли приобрели постоянный характер, нарушился сон, вынужден опускать ногу с кровати в ночное время. В течение последнего года несколько раз отмечал кратковременное онемение правой руки и ноги, быстропроходящее нарушение зрения (выпадение отдельных полей).

При осмотре состояние больного средней тяжести. Пульс 84 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст. Левая стопа и голень холодные на

ошупь, с цианотичным оттенком. Объем активных движений в пальцах стопы и чувствительность снижены. Пульсация определяется только под паховой складкой. Над проекцией левой сонной артерии выслушивается грубый систолический шум.

По результатам артериографии выявлена окклюзия левой поверхностной бедренной и подколенной артерий. Слабо контрастируется задняя большеберцовая артерия, заполняясь по коллатералиям. Признаков нежизнеспособности стопы при радионуклидном исследовании с технецием-пертехнетатом не выявлено. При проведении ультразвукового сканирования выявлено сужение левой общей сонной артерии на 80% диаметра.

1. Поставьте развернутый клинический диагноз.
2. Какое техническое дополнение, способное улучшить результаты лечения, могло быть использовано ранее при проведении ангиопластики бедренной артерии?
3. Какой вид реконструктивно-восстановительного вмешательства на артериях нижних конечностей может быть предпринят в данном случае?
4. Нужно ли предпринять какое-либо оперативное вмешательство на сонной артерии?
5. Если да, то какое?
6. Если вы решили, что больного следует оперировать и на артериях левой нижней конечности, и на сонной артерии, то какое вмешательство и почему должно быть первым?
7. Какое лечение необходимо рекомендовать пациенту в послеоперационном периоде?

Задача 128

Пациент, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на боли в левой стопе и голени, возникающие при ходьбе. Заболел 4 года назад, когда стали беспокоить боли в левой стопе при ходьбе, что вынуждало больного останавливаться и продолжать ходьбу только после непродолжительного отдыха. Вначале пациент мог пройти без остановки 500–600 м, в последнее время лишь 50–60 м. Перенес грипп, простудные заболевания, курит 2 пачки сигарет в сутки. Ранее больной не лечился.

Общее состояние удовлетворительное. Кожный покров левой голени до средней трети бледный, на ощупь холоднее симметричных участков правой нижней конечности. Активные движения в суставах в полном объеме. Пульсация бедренной и под-

коленной артерий четкая, на артериях стопы — не определяется. Правая нижняя конечность теплая, движения в полном объеме. Пульсация бедренной и подколенной артерий четкая, артерий стопы — ослабленная.

1. Каков предварительный диагноз заболевания?
2. Какое дополнительное лабораторное и инструментальное обследование показано пациенту?
3. Необходимо ли больному оперативное лечение?
4. Если да, то какое?
5. Какие рекомендации вы дадите больному?
6. Какое консервативное лечение вы ему назначите?

Задача 129

Пациент, 45 лет, поступил в хирургическую клинику с жалобами на боли в правой ноге, возникающие при ходьбе через 100—150 м, которые заставляют больного останавливаться. Заболел 6 мес назад, когда внезапно появились резкие боли, онемение и похолодание правой ноги. Через несколько часов боли уменьшились, но с тех пор они стали возникать при ходьбе. Кроме того, жалуется на одышку при физической нагрузке, чувство перебоев в работе сердца. Ранее к врачам не обращался.

При осмотре состояние средней тяжести, умеренная одышка в покое. Акроцианоз. Пульс 106 в минуту, аритмичный, дефицит пульса — 20 в минуту. На верхушке сердца выслушивается хлопающий I тон, диастолический шум с пресистолическим усилением, определяются акцент II тона на легочной артерии. Пульсация артерий на левой нижней конечности определяется на всем протяжении, справа — только на уровне паховой складки. Дуплексное ультразвуковое ангиосканирование выявило сегментарную окклюзию правой бедренной артерии в области бифуркации на протяжении 4 см. Остальное артериальное русло не изменено.

1. Какова причина окклюзии бедренной артерии?
2. Определите стадию хронической артериальной недостаточности.
3. Что предположительно явилось первопричиной патологических изменений артериального русла?
4. Какие исследования вы предпримете для уточнения характера кардиальной патологии?
5. Нуждается ли больной в операции на бедренной артерии?
6. Если ваш предположительный диагноз кардиальной патологии подтвердится, нужно ли больного оперировать на сердце?

7. Если да, то зачем?
8. Какое оперативное вмешательство необходимо в таком случае?
9. Если операцию не делать, то какие мероприятия позволят снизить риск повторных нарушений артериальной проходимости?

Ситуационные задачи по теме «Хроническая венозная недостаточность»

Задача 130

На поликлинический прием к хирургу обратилась больная, 27 лет, у которой около года назад появились внутрикожные расширенные вены небольшого диаметра на левой голени в стороне от основных венозных магистралей. Болей в конечности или ее отека нет. Пациентку беспокоит косметический дефект.

По данным ультразвукового ангиосканирования патологического венозного рефлюкса крови через сафенофemorальное соустье и перфорантные вены не обнаружено.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какая стадия болезни имеется у этой больной?
3. Нужно ли больную оперировать?
4. Какое еще лечение можно предложить больной?

Задача 131

Больной, 47 лет, жалуется на варикозное расширение вен правой голени и бедра, отек стопы и голени, появляющийся к концу рабочего дня. Из анамнеза известно, что 3 года назад пациент перенес операцию удаления варикозных вен на этой же ноге.

При осмотре больного отмечены отеки стопы и нижней половины голени, варикозное расширение вен на бедре, по передне-медиальной и задней поверхностям правой голени. Определяются также выраженная гиперпигментация и индурация кожи в нижней трети голени по медиальной поверхности, явления дерматита. Проксимальный послеоперационный кожный рубец локализуется на 6 см ниже паховой складки. Отсутствует послеоперационный рубец в зоне Коккетта (нижняя треть голени по медиальной поверхности).

При ультразвуковом ангиосканировании обнаружена культя большой подкожной вены бедра длиной 8 см, по которой регистрируется ретроградный кровоток при пробе Вальсальвы. В зоне Коккетта выявляются несостоятельные перфорантные вены диаметром 8 и 10 мм.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. В чем причина рецидива варикозной болезни?
3. Какие ошибки допустил хирург, выполнявший первую операцию этому больному?
4. Нужно ли больного оперировать повторно?
5. Нуждается ли он в предоперационной подготовке?
6. Если да, то в какой именно?
7. Если вы решили повторно оперировать больного, то в чем должно заключаться повторное хирургическое вмешательство?
8. Какие меры следует рекомендовать больному при выписке из стационара для уменьшения риска рецидива варикозной болезни?

Задача 132

У больной, 48 лет, с выраженным ожирением 3 года назад, на 4-е сутки после аппендэктомии, выполненной по поводу гангренозного аппендицита, возникли выраженный отек и цианоз левой нижней конечности. Лечилась консервативно в стационаре в течение 2 нед. Амбулаторно никакого лечения не получала. Постепенно отек несколько уменьшился, однако через 6 мес появилось варикозное расширение подкожных вен. Около полугода назад возникла трофическая язва левой голени. Амбулаторное лечение мазями было неэффективным.

При осмотре определяется отек левой нижней конечности: разность периметров на бедре 3 см, на голени — 5 см. В нижней трети левой голени по медиальной поверхности имеется трофическая язва с «вялыми» грануляциями и скудным гнойным отделяемым диаметром около 8 см. В окружности язвы кожа гиперпигментирована и индурирована. При радионуклидной флебографии глубокие вены левой ноги полностью реканализованы, определяется сброс крови из глубоких вен в поверхностные на уровне голени через недостаточные перфорантные вены.

1. Поставьте клинический диагноз.
2. В чем причина развития трофической язвы?
3. Как можно было предотвратить ее развитие?
4. Нужно ли больную оперировать?
5. Если да, то какое оперативное вмешательство следует выполнить?
6. Нужна ли этой больной предоперационная подготовка?
7. Если да, то в чем она должна заключаться?

Задача 133

К вам обратилась больная, 32 года, с жалобами на наличие варикозного расширения подкожных вен на левой нижней конечности, чувство тяжести в ноге, возникающее к концу рабочего дня.

При осмотре состояние больной удовлетворительное. По органам без патологических отклонений. Нижние конечности не отечны, кожный покров их не изменен. В вертикальном положении больной слева в средней трети бедра и верхней трети голени по медиальной поверхности определяются варикозно расширенные вены диаметром 0,5–0,9 см. Вены упруго эластической консистенции, пальпация их безболезненна. Кашлевой толчок передается на расширенные вены бедра. В горизонтальном положении пациентки при поднятии ноги вверх вены спадаются.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Укажите класс заболевания по классификации СЕАР.
3. В бассейне какого сосуда отмечена варикозная трансформация вен?
4. Нужно ли какое-либо дополнительное исследование для решения вопроса о характере лечения?
5. Нуждается ли пациентка в назначении каких-либо консервативных мероприятий?
6. Если да, то каких?
7. Нужна ли больной операция?
8. Если вы полагаете, что больную нужно оперировать, то какие исследования следует провести до операции?
9. Если вы полагаете, что больной показана операция, то какой набор операционных методик может быть использован?

Задача 134

Больная, 56 лет, жалуется на отек правой нижней конечности, увеличивающийся к концу рабочего дня, варикозное расширение поверхностных вен и наличие кожного дефекта на голени, появившегося после незначительной травмы. Он не заживает в течение уже 2 мес. 5 лет назад лечилась по поводу перелома правого бедра. В то время отеков конечности не было. Какого-либо специального лечения не получала.

При осмотре выявлены отек всей правой нижней конечности, варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены на голени. Отмечены варикозно расширенные вены над лобком, индурация и

гиперпигментация кожи медиальной поверхности нижней трети голени. Над медиальной лодыжкой имеется дефект кожи диаметром около 3 см. Он содержит грануляции, покрытые налетами фибрина.

1. О каком заболевании можно думать?
2. В чем причина его развития?
3. На что указывают расширенные вены в лобковой области?
4. Сформулируйте клинический диагноз.
5. С помощью каких методов можно уточнить характер поражения и наметить правильную лечебную тактику?
6. Нужно ли больной провести склеротерапию?
7. Какое консервативное лечение вы назначите?

Задача 135

Вы осматриваете больную, которая 8 дней назад была оперирована по поводу варикозной болезни вен правой нижней конечности, рецидивирующей трофической язвы голени. На заключительном этапе операции хирург сделал линейный разрез кожи на медиальной поверхности голени в зоне трофических расстройств. Подкожно выделил и перевязал недостаточные перфорантные вены. После снятия повязки обнаружен обширный некроз кожи в области послеоперационной раны в нижней трети голени.

1. Какую операцию провел хирург на голени?
2. Было ли необходимо вмешательство на перфорантных венах?
3. Какова причина некроза кожи, что хирург сделал неправильно?
4. Какая операция предотвратила бы это осложнение?
5. В чем заключается современная модификация подобной операции?

Задача 136

Больной, 37 лет, поступил в клинику с жалобами на варикозное расширение вен левой нижней конечности, чувство тяжести в ней, отеки стопы и голени, которые возникают к концу рабочего дня.

При осмотре отмечаются отеки стопы и нижней трети голени, варикозно расширенные вены на медиальной, задней и латеральной поверхностях голени. В нижней трети голени по медиальной поверхности отмечается участок гиперпигментации и индурации кожи, пальпация этой зоны умеренно болезненна.

Больному выполнено ультразвуковое ангиосканирование. Выявлена клапанная недостаточность ствола большой подкожной вены на бедре и малой подкожной — в верхней половине голени,

клапанная недостаточность перфорантных вен на медиальной и задней поверхности голени. Глубокие вены проходимы, клапаны их состоятельны.

1. О каком заболевании можно думать?
2. В бассейне какой вены отмечено варикозное расширение вен?
3. Сформулируйте клинический диагноз.
4. Показано или нет больному оперативное лечение?
5. Если да, то каким способом можно устранить клапанную недостаточность большой и малой подкожных вен?
6. Нужно ли вмешательство на перфорантных венах?
7. Если да, то какое?
8. Если больному показана операция, то нужна ли ему предоперационная подготовка?
9. Как долго она должна продолжаться?

Ситуационные задачи по теме «Пороки сердца»

Задача 137

К вам обратился больной, 17 лет, жалующийся на головные боли, частые носовые кровотечения, парестезии и зябкость ног. Ранее отмечал повышенные цифры АД, обследование почек патологии не выявило. Прием гипотензивных средств эффекта не дал. При осмотре состояние удовлетворительное. Отмечается гиперстеническое телосложение. Пульс 76 в минуту, АД 210/170 мм рт.ст. Границы сердца расширены влево. Аускультация выявляет акцент II тона на аорте, систолический шум по левому краю грудины. Максимально шум выслушивается сзади в межлопаточном пространстве слева от позвоночника. Отмечается гипотрофия мышц ног. Пульсация бедренных артерий не определяется. На ЭКГ признаки гипертрофии левого желудочка, диффузные изменения миокарда. Рентгенограмма грудной клетки выявила аортальную конфигурацию сердца, узурацию нижнего края III—VI ребер с обеих сторон.

1. Каков ваш предположительный диагноз?
2. С помощью каких методов исследования можно подтвердить диагноз?
3. Почему при этом пороке отмечается узурация нижнего края ребер?
4. Если ваш предварительный диагноз подтвердится, нужна ли больному операция?

5. Если да, то какая?
6. Как вы думаете, удастся ли в данном случае полностью устранить синдром артериальной гипертензии?
7. Если нет, то почему?
8. Какова средняя продолжительность жизни подобных больных без операции?
9. От чего они умирают?

Задача 138

Вы обследуете ребенка, 5 лет, который часто болеет респираторными заболеваниями. Ранее трижды перенес пневмонию. Родители отмечают быструю утомляемость ребенка, одышку при физической нагрузке.

Пульс 96 в минуту, АД 80/40 мм рт.ст. Грудная клетка не деформирована. Над сердцем выслушивается систолодиастолический шум с эпицентром над легочной артерией. Шум становится более интенсивным на выдохе.

На рентгенограмме определяются признаки переполнения кровью малого круга кровообращения, выбухает дуга легочной артерии. Во время зондирования сердца катетер из легочной артерии прошел в аорту.

1. Какой порок может быть диагностирован в данном случае?
2. Что угрожает больному, если он не будет оперирован?
3. Какая прямая операция показана пациенту?
4. Можно ли в настоящее время устранить порок без вскрытия грудной клетки?

Задача 139

В клинику для оперативного лечения поступила больная, 30 лет, с сочетанным ревматическим митральным пороком сердца с преобладанием стеноза, осложненного мерцательной аритмией. Площадь левого венозного отверстия, определенная с помощью эхокардиографии, — 1 см². Кальциноза клапана нет. Отмечается минимальная митральная регургитация. В полости левого предсердия обнаружен тромб.

1. Какая стадия митрального стеноза у данной больной?
2. В чем, помимо нарастания недостаточности кровообращения, опасность такого порока сердца?
3. Какие виды оперативных вмешательств выполняют при митральных пороках?
4. Какая операция показана данной больной?
5. В каких условиях она должна выполняться?

Задача 140

У больной, 45 лет, диагностированы ревматическая недостаточность митрального клапана III степени, выраженный кальциноз клапанных створок, атриомегалия.

1. Нужно ли больную оперировать?
2. Если да, то нужно ли протезировать митральный клапан?
3. Если да, то какой протез: механический или биологический вы предпочтете в данном случае?
4. Если операция будет проведена, какие препараты больная должна будет постоянно принимать после операции?
5. Как контролировать такую терапию?

Задача 141

У больного, 70 лет, с жалобами на одышку и боли за грудиной, возникающие при физической нагрузке, выявлены аортальный стеноз, выраженный кальциноз клапана, критические стенозы передней нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии.

1. Можно ли оперировать больных в таком возрасте на сердце?
2. Как вы думаете, может ли помочь этому больному операция?
3. Если да, то что следует сделать с аортальным клапаном?
4. Нужно ли одновременно вмешиваться на коронарных артериях?
5. Если да, то какая операция на коронарных сосудах может быть выполнена?
6. Если вы решили больного оперировать, в каких условиях ее следует проводить?
7. Если больной будет оперирован, нужно ли ему в течение длительного времени после операции проводить какое-либо специфическое лечение?

Ситуационные задачи по теме «Хирургическое лечение нарушений коронарного кровообращения»

Задача 142

Больной, 47 лет, 2 мес назад перенес инфаркт миокарда. Его беспокоят боли в левой половине грудной клетки сжимающего характера при физической нагрузке, одышка.

Объективно: состояние средней тяжести. АД 140/90 мм рт.ст., пульс 86 в минуту. Тоны сердца приглушены. Отмечается пастозность ног. На ЭКГ — рубцовые изменения миокарда левого желудочка.

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. В чем причина симптомов, имеющих у больного?
3. Какие методы обследования нужно выполнить?
4. Как вы думаете, нужно ли больному реваскуляризирующее хирургическое вмешательство на коронарных артериях?
5. Если да, то каков его предпочтительный характер?

Задача 143

У больного, 45 лет, с жалобами на боли за грудиной во время физической нагрузки с помощью сцинтиграфии миокарда с нагрузкой доказана стрессиндуцированная ишемия миокарда. По данным коронароангиографии выявлен выраженный стеноз ствола, передней! нисходящей и огибающей ветвей левой коронарной артерии.

1. Нуждается ли больной в хирургическом лечении?
2. Какой метод реваскуляризации миокарда в данном случае предпочтителен?
3. В каких условиях должно проводиться оперативное вмешательство?

Задача 144

Больную, 72 года, в последние полгода беспокоят боли в левой половине грудной клетки при незначительной физической нагрузке с иррадиацией в левую руку. Боли купируются приемом нитратов.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Следует ли провести больной какое-либо дополнительное исследование?
3. По результатам обследования может ли быть больной предложено хирургическое вмешательство?
4. Если да, то какое?

Задача 145

У больного, 51 год, после физической нагрузки возникли резкие загрудинные боли, которые не купировались приемом нитроглицерина.

Врач кардиологической бригады скорой помощи, прибывший через 40 мин после возникновения болевого приступа, на ЭКГ выявил признаки острого коронарного синдрома, атриовентрикулярную блокаду 2-й степени, зарегистрировал артериальную гипотензию, брадикардию. Он, помимо наркотических анальгетиков, внутривенно ввел больному 100 мг актелизы. За время транспортировки в кар-

диалогический стационар боли удалось купировать, стабилизировать показатели АД. Сохраняется атриовентрикулярная блокада. В стационаре больному экстренно выполнена коронарная ангиография. Обнаружен стеноз ствола левой коронарной артерии $>70\%$.

1. В чем причина острого коронарного синдрома и нарушений сердечного ритма?
2. Насколько правильным было лечение, предпринятое врачом скорой помощи?
3. Что делать в связи с сохраняющейся атриовентрикулярной блокадой?
4. Есть ли необходимость экстренного вмешательства на коронарных артериях, учитывая купирование болевого синдрома?
5. Если да, то что следует предпринять?

Задача 146

Больной, 64 года, обратился в кардиологическое отделение с жалобами на резкую одышку, отеки нижних конечностей, боли в левой половине грудной клетки, возникающие при малейшей физической нагрузке. Около года назад перенес обширный инфаркт миокарда левого желудочка. В последующем получал нитраты, плавикс, мочегонные средства.

При осмотре состояние тяжелое. Одышка в покое. Отмечаются отеки голеней. Границы сердца расширены, тоны глухие. На рентгенограмме грудной клетки — тень сердца резко увеличена в размерах. На ЭКГ — грубые рубцовые изменения и выраженные нарушения реполяризации миокарда левого желудочка. Больному выполнено ангиографическое исследование. При коронарографии обнаружены стеноз ствола левой коронарной артерии, окклюзия огибающей ветви, стеноз ветви тупого края. Во время левой вентрикулографии обнаружена аневризма левого желудочка с пристеночным тромбозом, фракция выброса ЛЖ — 35% .

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Как вы считаете, чем объясняется тяжесть состояния больного?
3. Существует ли возможность увеличить сердечный выброс путем ремоделирования левого желудочка?
4. Нужно ли больному вмешательство на коронарных артериях?
5. Какая операция может быть выполнена больному после необходимой предоперационной подготовки?
6. В каких условиях проводятся подобные операции?

Ситуационные задачи по теме «Желудочно-кишечные кровотечения»

Задача 147

При обследовании больного, 56 лет, с желудочным кровотечением установлено, что его причиной является распадающийся рак выходного отдела желудка. В левой надключичной области определяется плотный, увеличенный лимфатический узел («вирховская железа»). Несмотря на проведение активных консервативных мероприятий, кровотечение продолжается.

Какую тактику должен избрать хирург?

Задача 148

У больного, 26 лет, 4 ч назад появились резкая слабость, головокружение, рвота алой кровью. Состояние больного тяжелое. Кожные покровы бледные, покрыты холодным потом. Пульс ПО в минуту, слабого наполнения, АД 90/60 мм рт.ст. При гастроскопии установлено, что в просвете желудка кровь, на задней стенке двенадцатиперстной кишки имеется язва с крупным кровоточащим сосудом. Гемоглобин крови — 70 г/л.

Больному предложена экстренная операция.

1. Почему больного нужно экстренно оперировать?
2. Какие варианты оперативного вмешательства возможны в подобных случаях?
3. Какая операция наиболее оправдана в данном наблюдении?

Задача 149

У больного, 45 лет, за сутки до поступления в клинику отмечались слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания, затем был дегтеобразный стул. Состояние больного средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пульс 100 в минуту. АД 100/60 мм рт.ст. Гемоглобин крови — 90 г/л. При срочной гастроскопии обнаружены следы крови в желудке, на задней стенке двенадцатиперстной кишки — язва с кровоточащим сосудом в ее дне. Произведена диатермокоагуляция дна язвы, однако вскоре вновь возникло кровотечение.

Какова должна быть лечебная тактика в этом случае?

Задача 150

У больного, 66 лет, перенесшего 3 мес назад острый инфаркт миокарда, появилось кровотечение из прямой кишки в конце акта

дефекации. Несмотря на проводимую гемостатическую терапию, кровотечение продолжается в течение семи дней. При аноскопии обнаружены внутренние геморроидальные узлы, один из которых изъязвлен и кровоточит. Гемоглобин крови — 7,6 г/л%.

1. Нужно ли предпринять какие-либо дополнительные методы обследования?
2. Какой должна быть тактика хирурга?

Задача 151

Больная, 49 лет, жалуется на боли в области анального отверстия, которые возникают в конце акта дефекации и наличие следов крови в кале. Больна в течение шести месяцев; первоначально боли были особенно резкими, а затем интенсивность их уменьшилась. При осмотре области анального отверстия патологии не выявлено; при аноскопии и ректороманоскопии обнаружена на задней комиссуре анального канала продольная линейная рана (1,5x1,0x0,5 см), бледная, с гипертрофическим валом вокруг.

1. Какой диагноз вы поставите?
2. Какова лечебная тактика?

Задача 152

Больная, 75 лет, поступила в хирургический стационар с жалобами на головные боли, выделения крови и слизи из заднего прохода, слабость. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени она страдает гипертонической болезнью, причем гипертонические кризы нередко сопровождаются выделением крови из заднего прохода; ранее перенесла инсульт. При поступлении состояние больной средней тяжести. Кожные покровы бледные, отмечаются цианоз губ, акроцианоз. Дыхание везикулярное, рассеянные хрипы. Пульс 90 в минуту, аритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 150/90 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. При ректальном исследовании определяются увеличенные геморроидальные узлы, безболезненные при пальпации; на перчатке — кал обычной окраски и следы крови и слизи.

1. Какова скорее всего причина кишечных кровотечений?
2. Нужны ли дополнительные исследования, если да, то зачем и какие?
3. Как лечить больную, нужно ли ее оперировать?

Задача 153

Больной, 45 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. Заболел внезапно. Появились обильная кровавая рвота, резкая слабость. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании больного обращала внимание большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась.

1. Каков, по вашему мнению, источник кровотечения?
2. О каком заболевании можно думать в первую очередь?
3. Как подтвердить диагноз?
4. Какой должна быть лечебная тактика?

Задача 154

Больной, 48 лет, поступил в стационар в экстренном порядке. Кровавая рвота возникла внезапно. Больной отмечает, что в течение двух лет такое кровотечение начинается в третий раз. В анамнезе гепатит А. При осмотре выявляется выраженная венозная сеть на животе в виде «головы медузы». Пальпируются большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги.

1. Какой диагноз вы поставите?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какова лечебная тактика?

Задача 155

Больная, 65 лет, заболела 3 дня назад, когда стали беспокоить умеренные боли в животе, тошнота. Затем боли усилились, появился стул с кровью.

Состояние больной средней тяжести. Пульс 100 в минуту, ритмичный. Живот несколько увеличен в объеме, мягкий, болезненный в правой половине. Симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Положительный симптом Мондора. Температура тела — 37,5 °С. Гемоглобин крови — 170 г/л, лейкоциты крови — 24×10^9 /л.

Больной произведена лапароскопия: в брюшной полости в большом количестве геморрагический выпот, петли тонкой кишки и брыжейка резко отечны.

1. О каком заболевании можно думать?
2. Какова тактика лечения?

Задача 156

У больного, 32 года, после употребления большого количества алкоголя возникла многократная рвота сначала съеденной пищей,

затем желчью. Рвота не прекращалась, была мучительной. Через несколько часов в рвотных массах отметил появление алой крови. После этого возникли головокружение, слабость.

При осмотре состояние средней тяжести, тахикардия до 120 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Живот мягкий, незначительно болезненный в эпигастральной области. Перитонеальных симптомов нет. При ректальном исследовании на перчатке следы дегтеобразного кала. НБ — 90 г/л.

1. Какова вероятная причина желудочного кровотечения?
2. Как подтвердить диагноз?
3. Какими способами можно добиться остановки кровотечения?

Ситуационные задачи по теме «Острая кишечная непроходимость»

Задача 157

Женщина, 40 лет, поступила в хирургическое отделение с жалобами на схваткообразные боли в животе, повторную обильную рвоту с примесью желчи. Болеет в течение 3 дней. Несколько лет назад перенесла холецистэктомию по поводу хронического калькулезного холецистита.

Объективно: состояние средней тяжести, пульс 110 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот асимметричен, умеренно болезненный. Над выбухающим отделом определяется высокий тимпанит, при сукуссии над ним выслушивается «шум плеска». Перистальтика кишечника усилена, резонирующая. Перитонеальные симптомы отрицательны. При обзорной рентгеноскопии живота выявлены множественные тонкокишечные уровни.

1. Каков наиболее вероятный диагноз?
2. Чем объясняется «шум плеска», определяемый при сукуссии?
3. Какие расстройства гомеостаза, имеющиеся у пациентки, нужно корректировать?
4. Нужна ли больной операция?
5. Если вы решите больную оперировать, как долго следует проводить предоперационную подготовку?

Задача 158

Больная, 68 лет, поступила в больницу с жалобами на схваткообразные боли в животе, задержку стула и газов, вздутие живота.

Указанные симптомы появились 3 дня назад. Последние 2 года беспокоит запор, регулярно принимает слабительные.

Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 92 в минуту, АД 140/90 мм рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут, в акте дыхания участвует. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой половине. Перкуторно: тимпанит во всех отделах. Аускультативно перистальтика ослаблена, но временами усилена, определяется «шум плеска». Симптомы раздражения брюшины отрицательные. При ректальном исследовании ампула пустая.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Какое исследование необходимо провести больной в первую очередь?
3. С помощью какого метода можно уточнить диагноз?
4. В чем должны заключаться первоочередные лечебные мероприятия?

Задача 159 (Продолжение задачи 158)

После инфузионной терапии состояние больной несколько улучшилось. Во время сифонной клизмы отошли газы, незначительное количество каловых масс. Выполнена колоноскопия, выявлена стенозирующая опухоль сигмовидной кишки.

1. Нужно ли оперировать больную?
2. Если да, то когда, под каким обезболиванием, каким доступом?
3. Какие возможные варианты оперативного вмешательства в зависимости от операционных находок возможны?

Задача 160

В приемное отделение доставлен больной, 56 лет, с жалобами на боли в животе, тошноту и рвоту, наличие болезненного выпячивания в правой паховой области. Страдает паховой грыжей в течение 5 лет, раньше она легко вправлялась в брюшную полость в положении лежа. От предлагаемой операции отказывался. Боли в области выпячивания и в животе возникли после подъема тяжести примерно 12 ч назад, вначале они носили постоянный характер, вскоре стали схваткообразными.

При осмотре состояние больного средней тяжести. Пульс 106 в минуту, АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот вздут, участвует в дыхании. При пальпации живот умерен-

но болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина—Блюмберга отрицательный. Перистальтика сохранена, временами усилена. Определяется «шум плеска». В правой паховой области определяется выпячивание размером 8х6х4 см, плотной консистенции, болезненное при пальпации. Перкуторно над ним тупой звук, кашлевой толчок не определяется. Анализ крови: НЬ — 160 г/л; лейкоциты — 14×10^9 /л; Нт — 49%. При рентгенографии брюшной полости определяются тонкокишечные уровни.

1. Есть ли у больного признаки острой кишечной непроходимости?
2. Если да, то какие?
3. Существует ли причинная связь между ущемлением паховой грыжи и кишечной непроходимостью?
4. Как вы думаете, сохранена ли жизнеспособность ущемленной кишки?
5. Нуждается ли больной в проведении консервативной терапии?
6. Если да, то каких и в течение какого времени?
7. Нужно ли больного оперировать?
8. Если да, то каков должен быть объем оперативного вмешательства?

Задача 161

Больной Е., 19 лет, в течение всего дня без приема пищи работал на стройке, а вечером, когда вернулся домой, обильно поужинал. Ночью проснулся от внезапных сильных болей в животе, больше в области пупка. Вскоре возникла рвота, которая не приносила облегчения.

При осмотре в приемном отделении через 6 ч с момента заболевания пациент беспокоен, стонет. АД 90/70 мм рт.ст. Пульс 124 в минуту. Язык сухой. Живот вздут, асимметричный, при пальпации мягкий, выслушивается усиленная резонирующая перистальтика кишечника, определяется «шум плеска». При ректальном исследовании в прямой кишке следы каловых масс, нависания и болезненности передней стенки прямой кишки нет.

В анализе крови: НЬ — 140 г/л; лейкоциты — 8×10^9 /л. Больному выполнили обзорную рентгенографию брюшной полости, на которой обнаружены уровни жидкости в тонкой кишке.

После введения спазмолитиков боли стихли, больной стал спокойнее. Пульс 110 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Во время сифонной клизмы отошли газы и каловые массы. Сохраняется небольшое вздутие живота, по-прежнему определяется «шум плеска».

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Какова причина развившегося патологического состояния?
3. Можно ли сказать, что лечение было эффективным?
4. Показана или нет больному в описываемой ситуации экстренная операция?

Задача 162 (Продолжение задачи 161)

Больному в экстренном порядке под наркозом вы выполнили срединную лапаротомию. При ревизии обнаружили следующее. В брюшной полости небольшое количество серозно-геморрагического экссудата. Петля тонкой кишки завернута на 720°. На этом участке кишка багрово-синюшной окраски, не перистальтирует. Вышерасположенные отделы кишечника дилатированы до 5 см в диаметре, содержат жидкость и газ. Дистальные петли кишки в спавшемся состоянии. После раскручивания заворота кишка порозовела, но перистальтика отсутствует, пульсация сосудов брыжейки сомнительна. В области странгуляционных борозд кишка сохраняет синюшную окраску.

1. Что можно предпринять для уточнения жизнеспособности участка кишки?
2. Какими должны быть ваши дальнейшие мероприятия в зависимости от состояния кишечника?
3. Нужно ли что-то предпринять с содержимым приводящего отдела кишки?

Задача 163

Больная, 53 года, поступила в клинику с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, отсутствие стула в течение 4 дней, слабость и головокружение. Считает себя больной около года, беспокоили ноющие боли в животе, запор. Больная похудела за это время на 12 кг, появились общая слабость и быстрая утомляемость.

При осмотре состояние средней тяжести, пульс 96 в минуту, АД 130/80 мм рт.ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот вздут, мягкий. В правой подвздошной области определяется плотная бугристая опухоль размером 10х6х8 см. Перистальтика сохранена, периодически усилена. Определяется «шум плеска». Опухоль умеренно подвижная, слегка болезненна. Анализ крови: НЬ, — 50 г/л, эритроциты — $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $7,8 \times 10^9$ /л, СОЭ — 31 мм. При рентгенографии брюшной полости выявлены тонкокишечные уровни жидкости.

1. Чем скорее всего обусловлены признаки кишечной непроходимости?
2. В чем должны заключаться консервативные мероприятия?
3. Какими методами следует воспользоваться для уточнения диагноза и определения лечебной тактики?
4. Какие варианты оперативного вмешательства возможны в данном случае в зависимости от стадии основного заболевания?

Задача 164

Больной, 60 лет, обратился в приемное отделение больницы с жалобами на схваткообразные боли в животе, отсутствие стула в течение 5 дней. Периодическое вздутие, рези в животе и урчание, запор по 3–4 дня отмечает в течение последних полутора лет. Иногда запор сменяется поносом. За последние полгода участились и усилились боли в животе, однажды обнаружил примесь крови в каловых массах.

Общее состояние удовлетворительное. АД 140/90 мм рт.ст., пульс 80 в минуту. Язык влажный, обложен бурым налетом. Живот умеренно вздут, незначительно болезненный в правой половине, асцита нет, печень не увеличена. В положении на правом боку нечетко пальпируется слегка болезненное уплотнение без четких границ в области нисходящей кишки. «Шум плеска» не определяется. При рентгенологическом исследовании определяется раздутая газами правая половина ободочной кишки, уровней жидкости нет.

В приемном покое после клизмы был обильный стул, отошли газы, вздутие живота перестало определяться.

1. С чем связаны купировавшиеся явления толстокишечной непроходимости?
2. Как вы считаете, нужно ли больного госпитализировать?
3. Если да, то в какое отделение?
4. Какие исследования помогут уточнить диагноз и наметить адекватную лечебную тактику?
5. Если ваш предположительный диагноз подтвердится, какие варианты хирургического лечения возможны в зависимости от характера патологического процесса?

Задача 165

Больной, 32 года, был оперирован в экстренном порядке по поводу прободного аппендицита, осложненного разлитым гнойным перитонитом. Выполнены срединная лапаротомия, аппендэктомия, санация и дренирование брюшной полости. После операции состояние

пациента стало улучшаться. На 4-е сутки после операции у больного появились распирающие боли в животе, тошнота, рвота застойным желудочным содержимым.

Дежурный хирург при осмотре оценил состояние больного как средней тяжести. АД 130/80 мм рт.ст., пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен бурым налетом. Живот вздут, при пальпации мягкий, болезненный по ходу лапаротомной раны. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Перкуторно — тимпанит. Перистальтика кишечника ослаблена, «шум плеска» не выявляется.

В анализе крови НЬ — 135 г/л; лейкоциты $9,6 \times 10^9/\text{л}$. При выполнении обзорной рентгенографии брюшной полости обнаружены повышенные пневматизация кишечника, уровень жидкости в желудке.

1. Какое осложнение ближайшего послеоперационного периода возникло у больного?
2. Нужно ли больного повторно оперировать?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы в данной ситуации?

Задача 166

У больной, 82 года, во время экстренной операции по поводу острой кишечной непроходимости обнаружено, что ее причиной является желчный камень размером 6х4х3 см, обтурирующий просвет тонкой кишки. Приводящая кишка раздута, отводящая в спавшемся состоянии.

1. Какая форма кишечной непроходимости у больной?
2. Как мог желчный камень столь значительных размеров попасть в просвет кишечника?
3. Нужны ли какие-то дополнительные методы диагностики в данном случае?
4. Как удалить камень из просвета кишечника?
5. Каким образом следует завершить оперативное вмешательство?

Ситуационные задачи по теме «Перитонит»

Задача 167

У больного, 45 лет, оперируемого по поводу перитонита, установлено, что в брюшной полости около 500 мл гнойного выпота с примесью фибрина и желудочного содержимого, тонкая кишка эктазирована до диаметра 5–6 см, не перистальтирует. На передней стенке желудка обнаружена перфоративная язва диаметром 5 мм. Гной и

желудочное содержимое эвакуированы из брюшной полости при помощи электроотсоса. Язва ушита, в подпеченочном пространстве и полости малого таза установлены дренажи. Операционная рана ушита наглухо.

На 3-й день после операции состояние больного остается тяжелым. АД 100 мм рт.ст., пульс 130 в минуту. Язык сухой, обложен бурым налетом. Живот вздут, болезненный при пальпации. Положительный симптом Щеткина—Блюмберга. По дренажам отмечается поступление гнояного отделяемого. По зонду из желудка за последние сутки выделилось 2000 мл застойного бурого содержимого. В анализе крови: НБ — 115 г/л; лейкоциты — 18×10^9 /л, резкий сдвиг влево лейкоцитарной формулы вплоть до появления юных форм.

1. В чем причина тяжелого состояния больного?
2. Были ли допущены ошибки при проведении оперативного вмешательства?
3. Если да, то какие?
4. Какой должна быть дальнейшая лечебная тактика?

Задача 168

Больной, 60 лет, страдающий ишемической болезнью сердца, госпитализирован через 3 сут от начала заболевания, когда появились боли в эпигастрии, распространившиеся затем по всему животу. Дважды была рвота.

Состояние больного тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные. Имеются отеки обеих голеней. ЧДД 26 в минуту. ЧСС 120 в минуту. АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен бурым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, вздут, напряжен, болезненный во всех отделах, где определяется симптом Щеткина—Блюмберга. Кишечные шумы не выслушиваются. Суточный диурез — 800 мл. Лейкоциты крови — 15×10^9 /л. Гемоглобин — 141 г/л. При обзорной рентгенографии брюшной полости выявлен свободный газ под диафрагмой.

1. Как вы считаете, есть ли у больного признаки разлитого перитонита?
2. Если да, то в чем они заключаются?
3. Сформулируйте развернутый клинический диагноз.
4. Показано ли больному консервативное лечение?
5. Если да, то укажите, какое и как долго его проводить.
6. Нужна ли больному операция?
7. Если да, укажите какая?

Задача 169

Пациент, 33 года, предъявляет жалобы на боли в нижних отделах живота, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38 °С. Заболел 2 сут назад, когда появились боли в верхних отделах живота, тошнота. Через 6 ч боли переместились в правую подвздошную область, была однократная рвота.

Состояние средней тяжести. Пульс 90 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный в правой, левой подвздошных и надлобковых областях, где определяется мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина—Блюмберга. Кишечные шумы ослаблены. Мочеиспускание не нарушено. При ректальном исследовании имеется выраженная болезненность прямой кишки без нависания стенок. Лейкоциты крови — $15 \times 10^9/\text{л}$.

1. Укажите предполагаемый вами клинический диагноз.
2. Нужны ли какие-либо дополнительные исследования?
3. Нужно ли больного оперировать?
4. Если да, то какая операция показана в данном случае?

Задача 170

У больного, 45 лет, оперируемого по поводу перитонита, установлено, что в 7 анатомических областях брюшной полости около 700 мл гнойного выпота с примесью кала, массивные фибриновые наложения на париетальной и висцеральной брюшине, тонкая кишка эктазирована до диаметра 5–6 см, не перистальтирует. Обнаружена перфорация дивертикула сигмовидной кишки, из которой поступает кишечное содержимое.

Артериальное давление 90/60 мм рт.ст., на фоне введения вазопрессоров, пульс 130 в минуту.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Какой должна быть дальнейшая хирургическая тактика?

Задача 171

Больная, 57 лет, оперирована через 2 сут от начала заболевания. При ревизии брюшной полости выявлены перфорация опухоли средней трети сигмовидной кишки; гиперемия брюшины с массивными наложениями фибрина и зловонный гнойный экссудат, занимающий все отделы брюшной полости. Опухоль подвижна, метастазов в печени нет. Петли тонкой кишки резко раздуты, отечны, не перистальтируют. Артериальное давление 110/80 мм рт.ст., пульс 90 в минуту.

1. Сформулируете полный клинический диагноз.
2. Какой объем оперативного вмешательства должен выполнить хирург?

Задача 172

У больной, 62 года, страдающей гипертонической болезнью и ИБС, 3 сут назад появились боли в эпигастрии, распространившиеся затем по всему животу. Дважды была рвота. Состояние больной тяжелое. Сознание спутанное. Кожные покровы бледные. Обе голени отечны. Частота дыхания — 28 в минуту, пульс 120 в минуту, АД 90/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный во всех отделах, симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика не выслушивается. Печеночная тупость сохранена. Диурез — 10 мл/ч. Лейкоциты крови — 15×10^9 /л. Гемоглобин — 140 г/л. При УЗИ брюшной полости выявлены пневмотизация кишечника, свободная жидкость в латеральных каналах и полости малого таза.

1. Каков ваш предварительный диагноз?
2. Нужны ли какие-либо дополнительные методы исследования для выбора лечебной тактики?
3. Нуждается ли больная в проведении консервативного лечения?
4. Если да, то каких, и как долго они должны проводиться?
5. Нужна ли больной операция?
6. Если да, то каков должен быть ее объем?

Задача 173

Больному, 39 лет, 4 дня назад под местной анестезией доступом в правой подвздошной области было произведено вскрытие периаппендикулярного абсцесса, эвакуировано 100 мл сливкообразного гноя. Флегмонозно измененный червеобразный отросток удален, культя его с техническими трудностями погружена отдельными узловыми швами. Операция завершена дренированием полости малого таза силиконовым дренажем. Рана ушита наглухо.

На момент вашего осмотра состояние больного тяжелое. В сознании. Кожные покровы бледны. Беспокоят нарастающие постоянные боли в нижних отделах живота, повторная рвота, ложные позывы к дефекации. Частота дыхания — 25 в минуту, пульс 120 в минуту, АД 110/60 мм рт.ст. Язык сухой, обложен коричневатым налетом. Живот в акте дыхания не участвует, напряжен, болезненный в нижних отделах, симптом Щеткина—Блюмберга положительный. Перистальтика

не выслушивается. Лейкоциты крови — $15 \times 10^9/\text{л}$. По дренажу из брюшной полости выделилось 100 мл отделяемого коричневого цвета с примесью кишечного содержимого.

1. Какое осложнение возникло у больного в послеоперационном периоде?
2. В чем причина развития осложнения?
3. Связано ли это осложнение с ошибками, допущенными хирургом во время операции?
4. Нужно ли больного повторно оперировать?
5. Если да, то каков должен быть объем хирургического вмешательства?

Задача 174

У больного, 55 лет, оперируемого по поводу перитонита, установлено, что в брюшной полости около 700 мл серозно-геморрагического выпота с примесью фибрина, наложения фибрина на париетальной и висцеральной брюшине. Тонкая кишка эктазирована до диаметра 4 см, не перистальтирует, на расстоянии 1,5 м от связки Трейца обнаружен участок кишки длиной 50 см черно-багрового цвета, пульсация краевых артерий брыжейки в этой зоне не определяется, брыжеечные вены тромбированы.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Каков должен быть оптимальный объем оперативного вмешательства?
3. Следует ли назначить больному после операции какое-либо специфическое лечение?

Задача 175

Больная, 40 лет, оперирована через 1,5 сут от начала заболевания срединным лапаротомным доступом. При ревизии брюшной полости установлено, что в нижнем этаже брюшной полости имеются гиперемия и отек брюшины с наложениями пленок фибрина, гнойный перитонеальный экссудат в количестве 400 мл. Тонкая кишка диаметром 3 см, перистальтика сохранена. Червеобразный отросток утолщен, напряжен, темно-багрового цвета с перфорационным отверстием, из которого поступает гной.

1. Сформулируйте полный клинический диагноз.
2. Укажите дальнейшую последовательность действий хирурга.
3. Есть ли необходимость лапаростомии для этапной санации брюшной полости?

Ситуационные задачи по теме «Грыжи брюшной стенки»

Задача 176

Во время диспансеризации у пациентки, 48 лет, в области пупка обнаружено выпячивание округлой формы диаметром 5 см. Выпячивание малоблезненное, эластической консистенции, не вправляется в брюшную полость, при перкуссии над ним определяется притупление. Кашлевой толчок положительный. Размеры выпячивания существенно не меняются при переходе из горизонтального в вертикальное положение. Выпячивание возникло около 5 лет назад, постепенно увеличивается. Периодически беспокоят боли в области пупка ноющего характера, особенно после физической нагрузки. Температура тела — $36,6^{\circ}\text{C}$, лейкоциты крови — $5,1 \times 10^9/\text{л}$.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какие методы диагностики необходимы в данном случае?
3. Определите тактику лечения.

Задача 177

У пациентки, 50 лет, 2 ч назад внезапно после подъема тяжести появились сильные боли в области пупочной грыжи, существующей около 4 лет, грыжа внезапно перестала вправляться. При осмотре в области пупка имеется болезненное выпячивание размером $5 \times 5 \times 7$ см, которое не вправляется в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. В остальных отделах живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Температура тела — $36,7^{\circ}\text{C}$, лейкоциты крови — $6,2 \times 10^9/\text{л}$.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какой должна быть тактика лечения?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Задача 178

У пациента, 31 год, в паховой области справа выше паупертовой связки определяется выпячивание овальной формы размером $5 \times 3 \times 3$ см, при пальпации мягкоэластической консистенции, малоблезненное, перкуторно над ним — тимпанит. Семенной канатик утолщен, пальпируется медиально от выпячивания. Наружное паховое отверстие расширено до 3 см в диаметре. Образование вправляется в брюшную

полость в горизонтальном положении. Температура тела — $36,6^{\circ}\text{C}$, лейкоциты крови — $5,1 \times 10^9/\text{л}$.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какой должна быть тактика лечения?
3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Задача 179

У пациента, 20 лет, 2 ч назад во время занятий спортом появилась сильная боль в правой паховой области. До этого в течение года беспокоили ноющие боли в этой зоне, особенно после физической нагрузки. К врачу не обращался. При осмотре в правой паховой области выше папулярной связки пальпируется болезненное образование размером $4 \times 3 \times 3$ см, овальной формы, тугоэластической консистенции, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. Температура тела — $36,9^{\circ}\text{C}$. Лейкоциты крови — $7,2 \times 10^9/\text{л}$.

1. Каков ваш диагноз?
2. Каким должно быть лечение?
3. Какими осложнениями угрожает это состояние?

Задача 180

У больной, 72 года, 10 ч назад во время приступа кашля появились сильные боли в правой паховой области. Ранее в течение нескольких месяцев беспокоили ноющие боли в этой зоне, к врачу не обращалась. При осмотре состояние средней тяжести, живот умеренно вздут, болезненный в нижних отделах больше справа. Симптомов раздражения брюшины нет. Ниже паховой связки пальпируется болезненное образование диаметром 4 см, не вправляющееся в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. Температура тела — $37,7^{\circ}\text{C}$, лейкоциты крови — $10,3 \times 10^9/\text{л}$.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какими осложнениями чревато это состояние?
3. Какой должна быть тактика лечения?
4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

Задача 181

Пациент, 46 лет, обратился к врачу с жалобами на боли в подвздошной и паховой областях справа, тошноту. Около 4 лет страдает правосторонней паховой грыжей, от предлагаемой операции воздер-

живался. Боли по всему животу появились 15 ч назад, постепенно усиливались и локализовались в указанных областях. При осмотре состояние больного средней тяжести, живот болезненный в правоподвздошной области и над лобком. Там же положительный симптом Щеткина—Блюмберга. В правой паховой области выше папуловидной связки определяется опухолевидное образование размером 6х4х3 см, болезненное при пальпации. Оно не вправляется в брюшную полость, над ним определяется кашлевого толчок. Температура тела — 37,7 °С. Лейкоциты 11,0х10⁹/л.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какой должна быть тактика лечения?

Задача 182

Больной, 67 лет, доставлен в больницу с диагнозом «ущемленная паховая грыжа слева». Ущемление произошло 1,5 ч назад. Сопутствующие заболевания: ишемическая болезнь сердца, аденома предстательной железы. При осмотре в приемном отделении грыжа самостоятельно вправилась, боли прошли.

1. Какой должна быть тактика лечения?
2. Укажите особенности обследования и лечения больного, связанные с наличием сопутствующих заболеваний.

Задача 183

У больного, 43 года, определяется грыжевое выпячивание в правой подвздошной области в зоне послеоперационного рубца после аппендэктомии, произведенной 2 года назад. Грыжевое выпячивание размером 18х12х8 см, умеренно болезненное, овальной формы, частично вправляется в брюшную полость, грыжевые ворота 10х6 см. Над грыжевым выпячиванием перкуторно тимпанит, симптом кашлевого толчка положительный. В анамнезе дважды явления ущемления грыжи.

1. Каков ваш диагноз?
2. Какой должна быть лечебная тактика?
3. Предложите способ пластики брюшной стенки наиболее приемлемый для данного больного.

Задача 184

Больной, 72 года, оперирован через 6 ч после ущемления пахово-мошоночной грыжи. Во время экстренной операции в грыжевом мешке обнаружены две петли тонкой кишки. После рассечения

ущемляющего кольца петли кишечника приняли розовую окраску, пульсация сосудов брыжейки стала определяться, возобновилась перистальтика. Петли кишечника признаны жизнеспособными и вправлены в брюшную полость. Выполнены грыжесечение, пластика пахового канала по Бассини.

Через сутки после операции состояние больного ухудшилось, беспокоят боли в животе. Гипертермия до 37,6 °С, пульс 120 в минуту. Язык сухой, обложен буроватым налетом. Живот при пальпации болезненный в нижних отделах живота, там же определяется положительный симптом Щеткина—Блюмберга.

1. В чем, по вашему мнению, причина ухудшения состояния больного после экстренного грыжесечения?
2. Были ли допущены ошибки в проведении операции? Если да, то в чем они заключались?
3. Какова должна быть тактика дальнейшего лечения?

Задача 185

У больной, 65 лет, 3 дня назад появились сильные боли в области пупочной грыжи, существовавшей ранее около 6 лет. При поступлении состояние тяжелое. Живот вздут, резко болезненный в области грыжи, грыжевое выпячивание размером 12х10х8 см, болезненное, не вправляется в брюшную полость, кашлевой толчок не проводится. Над брюшной полостью выслушивается «шум плеска», перитонеальных симптомов нет. Кожа над грыжей гиперемирована, инфильтрирована. Температура тела — 38,1 °С, лейкоциты крови — $17,0 \times 10^9/\text{л}$.

1. Каков ваш диагноз?
2. Нужно ли больную оперировать?
3. Если да, то в чем должно заключаться оперативное вмешательство?

ПРИГЛАШЕНИЕ К СОТРУДНИЧЕСТВУ

Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа» приглашает к сотрудничеству авторов и редакторов медицинской литературы, литературы по ветеринарии и агротехнике.

ИЗДАТЕЛЬСТВО СПЕЦИАЛИЗИРУЕТСЯ НА ВЫПУСКЕ

учебной литературы для вузов и колледжей, атласов, руководств для врачей, переводных изданий

По вопросам издания рукописей обращайтесь в отдел по работе с авторами.
Тел.: (495) 921-39-07.

Учебное издание

Кириенко Александр Иванович
Шулутко Александр Михайлович
Семиков Василий Иванович
Андряшкин Вячеслав Валентинович

Хирургические болезни

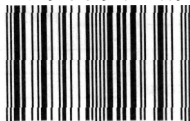
Зав. редакцией *О.В. Кириллова*
Выпускающий редактор *Е.А. Савчук*
Редактор *Е.Д. Руденко*
Корректор *М.Ю. Никитина, Н.Д. Долганова*
Подготовка оригинал-макета *СЮ. Бочкарева*

Подписано в печать 26.04.11. Формат 60х90 '/₁₆. Бумага офсетная.
Печ. л. 12. Тираж 1000 экз. Заказ № 560

ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа».
119021, Москва, ул. Россолимо, 4,
тел.: (495) 921-39-07, факс: (499) 246-39-47,
e-mail: info@geotar.ru, <http://www.geotar.ru>.

Отпечатано в ООО «Чебоксарская типография № 1».
428019, г. Чебоксары, пр. И. Яковлева, 15.

ISBN 978-5-9704-2039-3



9 "785970"420393">