Больной 52 лет доставлен бригадой «скорой медицинской помощи» в хирургический стационар по поводу ущемлённой паховой грыжи. От момента ущемления прошло более суток. При осмотре: кожные покровы в области грыжевого выпячивания отёчны, резко гиперемированы; при пальпации определяются признаки флюктуации. На операции: в грыжевом мешке зловонный выпот, произведено рассечение ущемляющего кольца.

1. Ваш диагноз?

2. В чём ошибка хирурга?

3. Тактика лечения?

4. Границы резекции некротизированной кишки при её ущемлении?

5. Профилактика заболевания, реабилитация после хирургического лечения?

Больной 45 лет внезапно после сильной физической нагрузки почувствовал резкую боль в области уже имеющегося грыжевого выпячивания в правой паховой области. Спустя 2 часа вызвал бригаду «скорой помощи», диагностировали признаки острой кишечной непроходимости. При осмотре: грыжевое выпячивание в паховой области стало невправимым в брюшную полость, болезненным.

1. Что произошло у больного?

2. План обследования?

3. Лечебная тактика?

4. Объём лечебных мероприятий?

5. Профилактика заболевания, реабилитация?

В стационар доставлен больной, 29 лет, с жалобами на общую слабость, тошноту, головокружение. Из анамнеза: изредка беспокоила изжога. Вчера и сегодня заметил дёгтеобразный стул. Состояние относительно удовлетворительное. Активный. Эритроциты 3,9х1012/л, гемоглобин 110 г/л. Пульс 90 уд/мин, АД 120/80 мм рт. ст. При ЭГДС: язва 0,4х0,3 см в диаметре на передней стенке ДПК, на дне язвы затромбированный сосуд с налётомом фибрина, края язвы без инфильтрации, кровотечения нет.

1. Ваш диагноз?

2. Ваша лечебная тактика?

3. Назовите и напишите гемостатические препараты.

4. Оцените кровотечение по Forrest.

5. В чём заключается первичная и вторичная профилактика данного заболевания?

В «скорую помощь» обратился пациент 30 лет через час после начала сильных болей в эпигастральной области, которые распространились по всему животу. Ранее подобных болей не отмечал. Положение вынужденное: лежит на правом боку с согнутыми в коленях и поджатыми к животу ногами. Лицо бледное, покрыто холодным потом, выражение страха. Пульс 58 уд/мин, АД 100/60 мм рт. ст. Живот не вздут, в акте дыхания не участвует. При пальпации живота отмечаются выраженное напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая болезненность во всех отделах. Перкуторно чётко определить печёночную тупость не удаётся.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика врача скорой помощи?

3. Какие обследования подтвердят диагноз?

4. Тактика врача стационара. Назовите возможные варианты лечения?

5. В чём заключается первичная и вторичная профилактика данного заболевания?

В клинику доставлен больной 44 лет в тяжёлом состоянии с периодическими приступами клонических судорог. Много лет страдает язвенной болезнью ДПК. В последние 2 месяца ежедневно беспокоит рвота съеденной накануне пищей. За это время похудел на 12 кг. Больной истощён. В эпигастральной области определяется «шум плеска», нижняя граница желудка на уровне гребешковой линии. В анализах крови: эритроциты 6,8х1012/л, гемоглобин 174 г/л, лейкоцитарная формула не изменена, СОЭ 12 мм/ч, общий белок 44 г/л, калий 2,1 ммоль/л, кальций 1,6 ммоль/л, натрий 118 ммоль/л, хлор 82 ммоль/л.

1. Какое осложнение язвенной болезни наступило у больного?

2. Что является причиной появления клонических судорог?

3. Чем подтвердите Ваш диагноз?

4. Как будете лечить больного?

5. В чём заключается профилактика и реабилитация данного состояния?

Больной 37 лет через 4 месяца после резекции 2/3 желудка по Бильрот-II в модификации Гофмейстера-Финстерера по поводу язвенной болезни желудка обратился за медицинской помощью с жалобами на слабость, возникающую через 15 минут после приёма пищи, сопровождающуюся чувством жара в верхней половине туловища, резким потоотделением. Через некоторое время у него начинается головокружение, шум в ушах, учащённое сердцебиение, дрожание конечностей, затем присоединяется чувство усталости, сонливости, жидкий стул, полиурия. Болей в животе нет. Приступы более выражены при приёме пищи, богатой углеводами. После операции больной не прибавляет в массе. Дефицит массы тела составляет 8 кг.

1. Ваш диагноз? Классификация этой патологии?

2. Патогенез данного заболевания?

3. В каком обследовании нуждается этот больной?

4. Какова лечебная тактика при развитии данной патологии?

5. Показания к оперативному лечению и основные виды операций?

Больной 19 лет обратился к дежурному врачу районной больницы с жалобами на боли в правой подвздошной области, которые появились 6 часов назад. Сначала возникла боль в эпигастрии, затем боли локализовались в правой подвздошной области, была однократная рвота, температура тела повышалась до 37,6 ºС, стул был нормальный. При осмотре: язык влажный, обложен белым налётом, температура тела нормальная. В правой подвздошной области при пальпации болезненность, напряжение мышц. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. Никаких образований в брюшной полости не определяется. Лейкоциты крови 12х109/л. В общем анализе мочи без изменений.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Объём диагностических мероприятий?

3. Дифференциальная диагностика?

4. Лечебная тактика?

5. Прогноз для жизни и трудоспособности? Сроки нетрудоспособности?

В районную больницу обратился мужчина 20 лет, который предъявляет жалобы на боли в правой подвздошной области, сухость во рту. Боли появились 5 суток назад, но были не очень интенсивными, за медицинской помощью не обращался. Сегодня боли несколько усилились. При обследовании: состояние средней степени тяжести, температура тела 37,4 ºС, живот обычной формы, при пальпации умеренно болезненный в правой подвздошной области, здесь же пальпируется плотное умеренно болезненное опухолевидное образование, неподвижное, размерами 8x8 см, симптомы раздражения брюшины отрицательные. В анализе крови лейкоциты 8,6х109/л.

1. Предположительный диагноз?

2. Критерии диагностики данного заболевания?

3. Дифференциальная диагностика?

3. Лечебная тактика?

4. Прогноз, реабилитация?

5. Профилактика?

В приёмное отделение хирургического стационара доставлен больной с жалобами на схваткообразную боль в животе, задержку отхождения газов и стула. Боль появилась 4 часа назад после обильного приёма пищи. Два года назад он был оперирован по поводу острого аппендицита. В течение этого времени неоднократно беспокоили схваткообразные боли в животе, которые проходили самостоятельно.

1. Предварительный диагноз?

2. Какие диагностические мероприятия помогут уточнить диагноз?

3. Дифференциальная диагностика?

4. Тактика хирурга стационара и объём лечебных мероприятий?

5. Вторичная профилактика, диспансеризация?

Больная 19 лет взята в операционную с клиникой острого аппендицита. Доступом Волковича-Дьяконова вскрыта брюшная полость, в брюшной полости до 30 мл серозного выпота, червеобразный отросток не изменён.

1. Дальнейшие действия хирурга?

2. Какие заболевания возможны?

3. Как избежать подобной ошибки?

4. Послеоперационное ведение больной?

5. Сроки реабилитации?

Больной 20 лет обратился с жалобами на понос до 3 раз в сутки, выделение крови с гноем из прямой кишки, боль в левой половине живота. Болеет в течение 8 месяцев. Ухудшение состояния после стрессовой ситуации. Кожные покровы бледные. АД 130/70 мм рт. ст., пульс 88 уд/мин. Пальпаторно: толстый кишечник спазмирован, болезненный в левых отделах. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера сохранён, на перчатке кровь со слизью. RRS до 25 см: осмотр резко болезненный, видимая слизистая покрыта гнойным налётом с примесью крови, после снятия налёта единичные язвы, при контакте легко кровоточат.

1. Какой диагноз Вы поставите?

2. Дифференциальная диагностика?

3. План обследования?

4. Лечение?

5. Профилактика?

Мужчина 40 лет обратился в поликлинику к хирургу с жалобами на боли в области заднего прохода, резко усиливающиеся при акте дефекации. Боли появились 3 дня назад. При осмотре: на 5 часах краевая гиперемия ануса, при введении пальца в прямую кишку отмечается резкая болезненность и определяется инфильтрат, распространяющийся на слизистую прямой кишки на протяжении 4 см выше анального жома. Верхний полюс хорошо доступен пальпации. В середине инфильтрата определяется размягчение.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Тактика хирурга в условиях поликлиники?

3. Алгоритм действий врача стационара?

4. Принципы лечения?

5. К чему может привести нерадикальное лечение данного заболевания?

Больной 33 лет доставлен машиной «скорой помощи» в приёмное отделение дежурного хирургического стационара с жалобами на боль в эпигастрии «опоясывающего» характера, резкую слабость, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. Болеет около 6 часов. Заболел после приёма алкоголя и жирной пищи. Пульс 100 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. В анализе крови: амилаза 452 Ед/л, общий билирубин 50 мкмоль/л. Амилаза мочи 1652 Ед/л. Объективно: живот вздут за счёт верхних отделов, при пальпации болезненный и напряжённый в эпигастрии и левом подреберье. Симптомы Боаса, Мейо-Робсона положительные. Пульсация брюшного отдела аорты не определяется. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Дополнительные методы обследования (критерии диагностики)?

3. Ваша лечебная тактика?

4. Показания к оперативному лечению при данной патологии?

5. От чего зависит прогноз заболевания при данном заболевании?

Больной предъявляет жалобы на сильные «опоясывающие» боли в верхних отделах живота, многократную рвоту. При осмотре отмечаются акроцианоз, ЧДД 28 в мин, пульс 100 уд/мин, АД 110/70 мм рт. ст. Амилаза мочи 1180 Ед/л. Заподозрен геморрагический панкреонекроз, который и был подтверждён при лапароскопии. Начато интенсивное консервативное лечение. Через 2 суток отмечено снижение активности амилазы до нижних границ нормы. Однако, состояние больного остаётся тяжёлым, на коже боковых отделов живота появились цианотичные пятна, увеличилась одышка, наросла тахикардия. Язык сухой. Живот умеренно вздут, болезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы ослаблены.

1. Каково Ваше мнение о течении заболевания?

2. Чем при этом можно объяснить снижение активности амилазы?

3. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?

4. Объём лечения?

5. Варианты дальнейшего течения заболевания у данного пациента?

Женщина 42 лет обратилась в приёмный покой стационара с жалобами на боли в правом подреберье с иррадиацией в руку, правую лопатку, тошноту, однократную рвоту желчью. Боли возникли 2 часа назад после еды. Ранее подобные приступы были, но носили кратковременный характер, к врачам не обращалась. При осмотре: состояние удовлетворительное, температура тела 37,5 ºС. Пульс 90 уд/мин. Язык влажный, слегка обложен беловатым налётом. Живот в акте дыхания участвует, при пальпации – выраженная локальная болезненность в правом подреберье, напряжение мышц, положительные симптомы Ортнера, Мюсси-Георгиевского. Желчный пузырь не пальпируется. Печень не увеличена. Симптом Щёткина-Блюмберга отрицательный. В клиническом анализе крови лейкоциты 8,0х109/л.

1. Ваш диагноз?

2. Тактика врача приёмного отделения?

3. Объём дополнительных методов исследования?

4. Обьём лечебных мероприятий?

5. Профилактика?

В хирургический стационар машиной «скорой помощи» доставлена больная Р. 67 лет с жалобами на боль в правом подреберье, тошноту, рвоту, повышение температуры тела до 38 ⁰С. В анамнезе желчнокаменная болезнь. Постепенное ухудшение состояния в течение 3 дней, за медицинской помощью в течение этого времени не обращалась. При осмотре: состояние больной тяжёлое, живот напряжённый и болезненный в правом подреберье. В правом подреберье пальпируется увеличенный желчный пузырь. Симптомы Ортнера, Кера положительные. УЗИ брюшной полости: желчный пузырь размером 12х6 см, в шейке желчного пузыря определяется конкремент диаметром 10 мм, содержимое неоднородное, стенка желчного пузыря с «двойным контуром». Лейкоциты крови 16,4х109/л.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Объём диагностических мероприятий?

3. Лечебная тактика?

4. Прогноз?

5. Вторичная профилактика?

Участковый врач приглашён домой к мужчине 58 лет. 3 недели назад пациент был выписан из неврологического отделения городской больницы, где он находился на лечении с инсультом с правосторонним гемипарезом. Со слов дочери, состояние его резко ухудшилось сутки назад, стал беспокойным, пытается что-то сказать, указывая на живот. Температура тела 38,1 ºС. Состояние больного тяжёлое. При осмотре: черты лица заострены, вокруг глаз тёмные круги. В контакт вступает плохо. Кожные покровы с сероватым оттенком. Пульс 120 уд/мин, АД 110/90 мм рт. ст. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, о чём свидетельствует реакция на пальпацию и напряжение мышц передней брюшной стенки. Глубокую пальпацию провести не удаётся. Печёночная тупость отсутствует. Перкуторно отмечается притупление звука в отлогих местах живота. При уточнении анамнеза установлено, что данное состояние развилось остро. Пациент изредка жаловался на изжогу после употребления кислой и острой пищи.

1. Ваш предположительный диагноз?

2. Действия участкового врача?

3. Объём диагностических мероприятий?

4. Объём лечебных мероприятий?

5. Прогноз для жизни?