Кемеровская государственная медицинская академия

СБОРНИК ЗАДАЧ

по хирургическим ситуациям

Кемерово - 2006

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия
Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию РФ

СБОРНИК ЗАДАЧ
по хирургическим ситуациям

Кемерово - 2006

Сборник задач по хирургическим ситуациями: Пособие для студентов старших курсов медицинских вузов. Под редакцией проф. В.И. Подолужного. Кемерово, 2005. – 165 с.

Редактор:

Подолужный В.И. – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии Кемеровской государственной медицинской академии.

Составители:

Подолужный В.И.;
Иванов С.В.;
Нестерович Н.А.;
Павленко В.В.;
Тарабрин В.И.

Рецензенты:

Дамбаев Г.К. - д.м.н., член-корр. РАМН, зав. кафедрой госпитальной хирургии с курсом онкологии Сибирского государственного медицинского университета, профессор;

Полуэктов В.Л. - д.м.н., зав. кафедрой хирургических болезней с курсом урологии Омской государственной медицинской академии, профессор.

© Кемеровская государственная медицинская академия, 2006

ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

№1

Диагноз: фурункул тыла кисти. Стадия инфильтрации.

Лечение: антибиотики, физиолечение – УВЧ, кварц. Местно тепло, наблюдение.

№2

Диагноз: фурункул предплечья, стадия абсцедирования, восходящий лимфангит, подмышечный лимфаденит.

Лечение: вскрытие и дренирование абсцесса, антибиотики, физиолечение - УВЧ.

№3

Диагноз: фурункул верхней губы, стадия инфильтрации. Подозрение на гнойный тромбофлебит угловой вены с распространением воспаления на вены черепа и основания головного мозга.

Лечение: госпитализация больного в челюстно-лицевое отделение, внутриартериальное введение антибиотиков, антикоагулянтов и фибринолитиков через катетеризированную сонную артерию. Местно повязка по Праведникову, УВЧ.

№4

Диагноз: карбункул шеи. Стадия абсцедирования.

Лечение: под общим наркозом широкое рассечение гнойника крестообразным разрезом с иссечением некротических тканей, дренирование гнойной полости с ферментами. Антибиотикотерапия, местно УВЧ.

№5

Диагноз: гидраденит правой подмышечной ямки, стадия абсцедирования.

Лечение: под местной анестезией 0,5% раствором новокаина вскрытие и дренирование абсцессов, антибиотикотерапия, УВЧ, контроль сахара крови. При рецидивировании заболевания рентгенотерапия.

№6

Диагноз: лимфосаркома подмышечной области?

Тактика: направить на консультацию к онкологу.

№7

Диагноз: Постинъекционный абсцесс ягодицы. Сахарный диабет?

Больную направить в отделение гнойной хирургии, где под наркозом после пункции гнойника будет проведено его вскрытие и дренирование. Перевязки с ферментами, антибиотики, УВЧ, контроль сахара крови.

№8

Диагноз: Нагноившаяся атерома мочки ушной раковины.

ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

№1

В приемный покой обратился больной 40 лет с жалобами на постоянные незначительные боли в правой подвздошной области. Заболел за 3 дня до поступления, появились боли в эпигастрии, принимал мизим, на второй день боли сместились в правую подвздошную область, знобило, была однократно рвота. Стул был накануне (больной сделал себе клизму). Сегодня боли в животе уменьшились, однако, полностью не прошли. За медпомощью обратился впервые.

Объективно: язык влажный, температура $37,6^0$С, при пальпации отмечается локальная болезненность в правой подвздошной области, здесь же определяется напряжение мышц передней брюшной стенки. Положительные симптомы Воскресенского, Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. Лейкоцитоз – $12,0 \cdot 10^9$, анализ мочи б/о, УЗИ брюшной полости – небольшое количество жидкости в правой подвздошной области.

Ваш диагноз? Дайте комментарий к выявленным симптомам.

Тактика лечения? Ваши замечания больному.

№2

В приемный покой поступил пациент 75 лет с жалобами на постоянные ноющие боли в правой подвздошной области без диспепсии. Заболел сутки назад, ранее ничем не болел, запоров нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура $36,8^0$ С, пульс 84 удара в минуту, язык обложен, влажный. живот мягкий, при глубокой пальпации отмечается болезненность в правой подвздошной области без перитонеальных симптомов. Симптомы Ровзинга, Ситковского отрицательные. Лейкоцитов в крови $8,7 \cdot 10^9$, анализ мочи б/о.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

№3

Больной В. 24 лет поступил с жалобами на постоянные ноющие боли в поясничной области справа, повышение температуры тела до $37,8^0$ С. Заболел сутки назад, когда появились боли в эпигастрии, принимал но-шпу, боли в животе через 6 часов прошли, но заболела поясница. Раньше ничем не болел. Дежурный хирург осмотрел больного, выставил диагноз острый пиелонефрит, (паранефрит?), т.к. в анализе мочи были обнаружены единичные лейкоциты и повышенное содержание белка. Назначил лечение. Через сутки на утреннем обходе он обнаружил больного с приведенным к животу правым бедром, температурой $38,6^0$ С.

Объективно: попытки выпрямить ногу сопровождаются усилением болей в пояснице. Язык обложен белым налетом, сухой. Живот по-прежнему мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области без перитонеальных симптомов, лейкоцитоз $15,0 \cdot 10^9$.

Ваш диагноз? Какие исследования проведете? Тактика лечения? В чем ошибка дежурного врача?

ЖЕЛЧНО-КАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, ОСТРЫЙ ХОЛЕЦИСТИТ

№1

Женщина 80-ти лет, доставлена в хирургическую клинику с жалобами на сильные постоянные боли в правом подреберье и эпигастрии без иррадиации, тошноту, многократную рвоту, озноб, повышение температуры тела, кашель. Болеет вторые сутки. Повышение температуры отмечает только сегодня. Приступ начался постепенно, через 2 часа после приема жирной пищи. Ранее у больной после острой и жареной пищи неоднократно появлялись умеренные боли в правом подреберье, купировались приемом но-шпы. Настоящий приступ но-шпой не снялся. В анамнезе бронхоэктатическая болезнь, хронический бронхит, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь, сахарный диабет.

Объективно: состояние тяжелое, больная повышенного питания, температура тела 38^0С. Склеры обычного цвета, АД=180/90, пульс – 108 уд./мин, аритмичный. Одышка 25 в 1 мин. Дыхание жесткое, храпов нет, язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье, где определяется опухолевидное, резко болезненное образование 5х8 см. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень выступает из подреберья на 3 см. Имеется отечность нижних конечностей. Внутривенное введение физ. раствора со спазмолитиками в течение 6 часов боли не сняло.

Предварительный диагноз? Дополнительное обследование?

План лечения?

№2

У больной 72 лет, тучной женщины, в течение 15 лет страдающей желчнокаменной болезнью, гипертонической болезнью и диабетом, появились резкие боли в правом подреберье с иррадиацией в правое надплечье, рвота, температура 38^0С. Боли держались сутки, затем больная обратилась в дежурное хирургическое отделение.

Объективно: язык сухой, обложен белым налетом, иктеричность склер. Живот напряжен, болезненен в правом подреберье, перитонеальных симптомов нет. При проведении УЗИ обнаружен желчный пузырь больших размеров, заполненный конкрементами. Лейкоцитоз $12{,}0 \times 10^9$/л. Состояние было расценено как острый холецистит, наложена под контролем УЗИ микрохолецистостома. Боли быстро купировались, по стоме выделяется 600,0 мл желчи в сутки.

Как сформулируете диагноз и прокомментируете состояние больной?

Какое дообследование и лечение показано в дальнейшем?

№3

Больная 56 лет обратилась с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в правое плечо, лопатку и поясничную область. Была однократная рвота. Заболела 10 часов назад. Боли постепенно нарастали, поднялась температура до 38^0С. Пульс 92 удара/мин. Стул был

ПЕРИТОНИТ

№1

Больной М. 34 лет, страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки в течение 10 лет. В последнюю неделю боли усилились, беспокоили на голодный желудок, особенно ночью. За 10 часов до поступления внезапно появились резкие боли в эпигастральной области, больной вынужден был присесть на корточки от боли. Однократно состоялась рвота. Очень быстро боли распространились по всему животу.

При осмотре положение больного вынужденное: на боку с приведенными к животу ногами. Пульс 112 уд./мин, ритмичный, АД 110/80 мм рт.ст. С трудом из-за болей больной уложен на спину. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует. Выражен рельеф мышц живота. При пальпации брюшная стенка доскообразно напряжена, при перкуссии живота резкая болезненность во всех его отделах, печеночная тупость не определяется.

Ваш диагноз? Необходимые методы диагностики? Лечебная тактика?

№2

Больной К., 50 лет, доставлен в отделение в тяжелом состоянии. Жалуется на боли по всему животу, тошноту, рвоту, жажду. Боли в животе усиливаются при движении. Из анамнеза выяснено, что 3 дня назад у больного появились боли в эпигастрии, постепенно усиливающиеся. Через 6-7 часов боли переместились в правую подвздошную область. Больной для лечения применял грелку. Через 20 часов от начала заболевания боли внезапно стали сильными и разлитыми. В дальнейшем продолжал применять для лечения грелку.

Объективно: состояние больного тяжелое. Бледен, кожа с землистым оттенком, пульс 120 уд./мин, ритмичный. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, напряжен, болезнен при пальпации во всех отделах. Положительны симптомы Щеткина-Блюмберга, Раздольского.

Предварительный диагноз?

Какие методы дополнительные методы исследования необходимы? Лечебная тактика?

№3

Больной 24 лет доставлен машиной скорой помощи с жалобами на боли в животе, рвоту. Из анамнеза выяснилось, что 2 часа назад был избит неизвестными, били ногами, в том числе и в живот. Почувствовал резкие боли в животе, которые не проходили, а стали разлитыми.

Объективно: состояние больного средней степени тяжести. Положение вынужденное – на левом боку с приведенными к животу ногами. Пальпация живота резко болезненна, положительны симптомы раздражения брюшины во всех отделах. Язык сухой, чистый, пульс 102 уд./мин, ритмичный.

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

ВРОЖДЕННЫЕ И ПРИОБРЕТЕННЫЕ ПОРОКИ СЕРДЦА

№1

У больного 43 лет клинико-инструментальная картина приобретенного порока сердца – митрального стеноза, V стадии, медикаментозное лечение неэффективно.

Есть ли показания к хирургическому лечению этого больного? Обоснуйте свой ответ.

№2

Больной 47 лет.

Объективно: на бледном лице лиловый румянец, при аускультации – I тон хлопающий, определяется диастолический шум.

Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

№3

Молодой человек предъявляет жалобы на одышку при физической нагрузке, сердцебиение.

Объективно: I тон ослаблен, определяется акцент II над легочной артерией, систолический шум на верхушке сердца.

Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

№4

Больной 24 лет предъявляет жалобы на головные боли, частые носовые кровотечения, снижение зрения.

Объективно: диспропорция в развитии мышечной системы верхней и нижней половины туловища. АД – 190/100 мм рт.ст. Аускультативно – над всей поверхностью сердца – грубый систолический шум, над аортой - акцент II тона.

Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

№5

Больная 43 лет предъявляет жалобы на одышку, сердцебиение, головокружение, обмороки.

Объективно: определяется выраженная пульсация сонных артерий, систолическое давление повышено, диастолическое резко снижено (АД 160/60 мм рт.ст). Выслушивается диастолический шум.

Ваш диагноз? Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза? Лечебная тактика?

№6

ГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ КОЖИ И ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ

№1

Больной 20 лет обратился к хирургу с жалобами на дергающие боли в области тыла правой кисти, субфебрильную температуру. Заболел 2 суток назад, когда появился легкий зуд и покалывание на тыле кисти. При осмотре определяется инфильтрат размером 3х3 см округлой конусообразной формы. Кожа над ним гиперемирована и болезненна при пальпации. На вершине инфильтрата образовалось небольшое скопление гноя.

Ваш диагноз? Стадия воспаления? Тактика?

№2

У больной 30 лет 4 дня назад на предплечье появился болезненный инфильтрат 4х4 см. Лечилась повязками с медовыми лепешками. Боли стали нарастать и ночь больная не спала. Обратилась к хирургу поликлиники. При осмотре предплечье отечное. Видна полоса розового цвета, идущая по предплечью в сторону локтевого сгиба. В центре инфильтрата виден некротический фокус. Определяется размягчение его. Подмышечные лимфоузлы увеличены, болезненные. Температура тела 38°С.

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

№3

Больной 50 лет обратился к хирургу с жалобами на зуд и покалывание в области верхней губы. Два дня назад появился плотный болезненный узелок, содержащий гной. Лечился сам, выдавливая гной. Самочувствие после этого резко ухудшилось. Возник резкий отек верхней губы и щеки. Из-за отека закрылся глаз, появилась головная боль. Температура повысилась до 38°С. При осмотре на фоне выраженного отека лица выявлено тромбирование угловой вены, которая стала прощупываться в виде плотного тяжа.

Ваш диагноз? О каком осложнении следует думать? Тактика?

№4

Больная 45 лет обратилась к хирургу с жалобами на сильные боли в области шеи, невозможность из-за болей поворачивать голову, высокую температуру. Заболела одну неделю назад, когда на шее появился зуд кожи и мелкие гнойнички. Лечилась сама, накладывая повязки с ихтиоловой мазью. Боли нарастали. Из-за болей не спала две ночи. Температура повысилась до 40^{0}С. При осмотре хирург увидел на задней поверхности шеи плотный инфильтрат размером 8х8 см с множеством некротических стержней. Кожа в зоне инфильтрата темно-синюшного цвета.

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

№5

Больная 21 года обратилась к хирургу с жалобами на наличие болезненного уплотнения под левой подмышечной ямкой. Заболела неделю назад. Заболевание связывает с бритьём волос подмышечной области. На следую-

РЕШЕНИЯ
СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

альные явления произвести ревизию органов брюшной полости из срединного разреза, или выполнить лапароскопию.

№7

Признаками нежизнеспособности кишки являются: темный синюшно-багровый цвет кишки, не меняющийся после 20-30 минутного согревания салфетками с теплым физиологическим раствором, отсутствие перистальтики и пульсации соответствующей артерии брыжейки.

Границы резекции: в проксимальном направлении отступя 35- 40 см от участка некроза, в дистальном - на 15-20 см.

№8

У больного было ретроградное ущемление кишки (грыжа Майдля), которое во время операции не было диагностировано. Некротизировалась кишка, лежавшая в брюшной полости. Если в грыжевом мешке две петли, то обязательно следует найти промежуточный участок, который находится в брюшной полости и может быть ретроградно ущемлён. Он должен быть обязательно осмотрен.

№9

Диагноз: ущемлённая правосторонняя паховая грыжа. Острая кишечная непроходимость. Флегмона грыжевого мешка. Операцию нужно начать со срединной лапаротомии, пересечения приводящей и отводящей кишки с наложением межкишечного анастомоза. Лапаротомная рана ушивается. Следующим этапом является вскрытие грыжевой флегмоны и её дренирование после удаления резецированной некротизированной кишки без пластики пахового канала. Пластика целесообразна только при серозном воспалении в грыжевом мешке.

№10

Боли продолжают беспокоить больного, по-видимому, потому, что причиной их была не грыжа белой линии живота, а другое заболевание. По имеющимся жалобам следует заподозрить у больного наличие рака желудка.

Больным с грыжей белой линии живота перед операцией в обязательном порядке должно проводиться обследование желудка для исключения его патологии, т.к. болевой синдром может быть обусловлен этой патологией.

Больному нужно отменить физиолечение, назначить ФГС, при необходимости с биопсией, и в зависимости от операбельности процесса выбрать метод лечения.

№11

Ущемленная диафрагмальная грыжа. Причиной возникновения грыжи явилась несостоятельность швов диафрагмы после её ушивания при ранении, полученном 2 года назад, либо то, что ее вообще не ушивали.

Диагноз: рак желудка со стенозом выходного отдела и метастазами в печень. Необходимо минимальное обследование: ФГС с биопсией, УЗИ печени.

№9

Диагноз: язвенная болезнь 12-перстной кишки, осложненная декомпенсированным стенозом.

Показаны госпитализация, подтверждение диагноза рентгеноскопией желудка и ФГДС, оперативное лечение. Предоперационная подготовка должна включать питание через зонд, проведенный эндоскопически за стеноз, в/в введение белковых препаратов, нормализация ионограммы и КЩС, операция ваготомия с дренирующим желудок вмешательством, либо дистальная резекция желудка.

№10

Показана экстренная операция. Учитывая калезность язвы, отсутствие сопутствующих заболеваний и общее состояние 50-летнего больного наиболее рационально экстренное радикальное вмешательство – субтотальная резекция желудка.

№11

У больного клиника поствaготомной диареи. Показана диета с ограничением молочной и сладкой пищи. Лечение вяжущими, обволакивающими, спазмолитическими препаратами (альмагель, диспаталин, имодиум). При большом количестве нейтральных жиров в копрограмме ферментные препараты – креон, мизим.

№12

Показаны гастроскопия с биопсией, диагностика хеликобактериоза. При доброкачественном процессе двухмесячное консервативное лечение, при неэффективности лечения или малигнизации показана операция.

№13

Для подтверждения диагноза «перфоративная язва» необходимо дополнительно после ФГС (или пневмогаструм) повторить снимок на свободный газ в брюшной полости. Оперативное лечение только с согласия больного. При несогласии больного с перитонитом, необходимо это отметить, в истории болезни описать возможные последствия и поставить подпись дежурного врача, больного, старшего дежурного врача, в конфликтных ситуациях – двух свидетелей. При отказе больного расписаться, подписи двух свидетелей необходимы. Не надо согласие больного на операцию, если у него имеется тяжелое психическое заболевание, алкогольное или наркотическое опьянение, а также если больной накануне совершил общественно опасное деяние. У лиц до 15 лет все решают родители, а при их отсутствии консилиум врачей.

№3

Диагноз: Подногтевой панариций 1 пальца левой кисти.

Тактика: под проводниковой анестезией по Лукашевичу удалить ногтевую пластинку, рану обработать перекисью водорода, наложить мазевую повязку.

№4

Диагноз: Подкожный панариций 2 пальца правой кисти.

Тактика: под проводниковой анестезией по Лукашевичу сделать разрезы на ногтевой и средней фаланге по Клаппу, раны промыть перекисью водорода и дренировать резиновыми выпускниками. Наложить гипсовую лонгету. Проведение УВЧ-терапии на сухом пальце во время перевязок.

№5

Диагноз: Необходимо заподозрить костный панариций 3 пальца правой кисти. В первые десять суток заболевания костные изменения на рентгенограмме могут отсутствовать.

Тактика: под проводниковой анестезией по Лукашевичу сделать разрезы по Клаппу до кости. Рану промыть перекисью водорода, дренировать резиновыми выпускниками, наложить гипсовую лонгету. Провести блокаду по Биру с антибиотиками. Назначить рентгенотерапию, проводить антибиотикотерапию. Контрольный рентгеноснимок повторить через одну неделю. При наличии секвестров операция секвестерэктомия.

№6

Диагноз: Суставной панариций межфалангового устава 2 пальца правой кисти.

Тактика: под проводниковой анестезией по Лукашевичу провести пункцию сустава, промыть его антибиотиками. При наличии гноя в суставе выполнить артротомию и дренировать сустав. Наложить гипсовую лонгету. Выполнить блокаду по Биру. Назначить антибиотики.

№7

Диагноз: сухожильный панариций 1 пальца правой кисти.

Тактика: под проводниковой анестезией сделать пункцию сухожильного влагалища. При получении серозного экссудата провести промывание его новокаином с антибиотиками. Если получен гной, сухожильное влагалище вскрыть и дренировать резиновыми выпускниками. Наложить гипсовую лонгету. Выполнить блокаду по Биру. Назначить антибиотики.

№8

Диагноз: пандактилит 1 пальца правой кисти.

Тактика: госпитализация в отделение гнойной хирургии. Под наркозом широкие разрезы по Клаппу, вскрытие сухожильных влагалищ, суставов, дренирование ран. Блокада по Биру. Гипсовая лонгета. Антибиотикотерапия,

Отпечатано редакционно-издательским отделом
ГОУ ВПО КемГМА Росздрава

650029, Кемерово,
ул. Ворошилова, 22а.
Тел./факс. +7(3842)734856;
epd@kemsma.ru

Подписано в печать 25.05.2006.
Гарнитура таймс. Тираж 300 экз.
Формат 21×30½ У.п.л. 9,6.

Требования к авторам см. на http://www.kemsma.ru/rio/forauth.shtml
Лицензия ЛР №21244 от 22 сентября 1997 г.