

# ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

## ФАКУЛЬТЕТСКАЯ ХИРУРГИЯ, УРОЛОГИЯ

Код, направление подготовки	31.05.02 Педиатрия
Направленность (профиль)	Педиатрия
Форма обучения	очная
Кафедра-разработчик	хирургических болезней
Выпускающая кафедра	детских болезней

### ТИПОВЫЕ ЗАДАНИЯ ДЛЯ КОНТРОЛЬНОЙ РАБОТЫ

#### КОНТРОЛЬНАЯ РАБОТА – ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ (6, 7 СЕМЕСТР)

Контрольная работа проводится с целью контроля усвоения студентами знаний лекционного курса, оценки знаний и навыков, приобретенных в ходе практических занятий, а также для проверки умения решать различного рода задачи, развивающие профессиональные способности в соответствии с требованиями квалификационной характеристики специалиста. Контрольная работа проводится по расписанию в часы учебных занятий в объеме, предусмотренном рабочей программой по дисциплине и учебной нагрузкой преподавателя. Время на подготовку к контрольной работе входит в число часов самостоятельной работы студентов и не должно превышать 4-х часов. Контрольная работа оценивается дифференцированной оценкой. В случае неудовлетворительной оценки, полученной студентом, назначается новый срок написания контрольной работы во внеучебное время. (Сургутский государственный университет Система менеджмента качества СМК СурГУ СТО-2.12.5-15 Организация текущего контроля успеваемости и промежуточной аттестации студентов Редакция №2 стр. 7 из 21)

#### НАПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

Обучающийся самостоятельно выбирает нозологическую форму, разрабатывает и защищает историю болезни по предложенной схеме

Основные этапы написания учебной истории:

Титульный лист (отдельная страница)

1. Паспортная часть.
2. Жалобы: основные и найденные при опросе по системам органов.
3. Анамнез основного и сопутствующих заболеваний.
4. Анамнез жизни.
5. Данные объективного исследования больного (общий статус по системам).
6. Данные объективного исследования больного (локальный статус).
7. Обоснование предварительного диагноза и его формулировка.
8. План обследования.
9. Данные лабораторных и инструментальных исследований, заключения консультантов.
10. Окончательный клинический диагноз (обоснование и формулировка).
11. Дифференциальный диагноз.
12. Лечение больного и его обоснование (предоперационная подготовка, операционный этап, послеоперационное лечение).

13. Заключительный клинический диагноз (обоснование и формулировка)
14. Дневник курации.
15. Эпикриз.
16. Прогноз.
17. Список использованной литературы.

## **ТИПОВЫЕ ВОПРОСЫ К ЭКЗАМЕНУ (7 семестр)**

**Задания на ЭКЗАМЕНЕ включают оценку теоретических знаний и оценку практических навыков – экзаменационный билет содержит 3 вопроса (2 теоретических и 1 ситуационная задача).**

### **Вопросы для устного опроса:**

#### **«Факультетская хирургия»**

1. Острый аппендицит: определение понятия, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация
2. Острый аппендицит: клиническая картина, симптомы острого аппендицита (Кохера, Щеткина-Блюмберга, Воскресенского, Ровзинга, Ситковского, Бартомье-Михельсона, Образцова, Коупа (псоас-симптом))
3. Острый аппендицит: способы лечения, хирургическая тактика (доступы при остром аппендиците), ведение послеоперационного периода
4. Острый аппендицит: ранние осложнения острого аппендицита
5. Острый аппендицит: поздние осложнения острого аппендицита
6. Острый аппендицит: особенности клинической картины в зависимости от расположения червеобразного отростка. Дифференциальная диагностика острого аппендицита
7. Острый аппендицит: атипичные формы, особенности клинической картины у детей, беременных, пожилых людей
8. Острый аппендицит: аппендикулярный инфильтрат (определение, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение), исходы
9. Острый аппендицит: аппендикулярный абсцесс (определение, клиническая картина, диагностика, дифференциальная диагностика, лечение)
10. Грыжи передней брюшной стенки: определение понятия грыжи, этиология, классификация грыж передней брюшной стенки, предрасполагающие и производящие факторы, профилактика образования грыж
11. Паховые грыжи: анатомия пахового канала (паховая область, паховый треугольник, паховый промежуток), классификация паховых грыж
12. Паховые грыжи: клиническая картина паховой грыжи, диагностика, способы диагностики (мануальные, инструментальные), дифференциальная диагностика
13. Паховые грыжи: способы хирургического лечения, виды герниопластики: пластика задней стенки пахового канала местными тканями, безнатяжные виды пластики
14. Бедренные грыжи: анатомия бедренного канала, особенности клинического течения бедренных грыж
15. Бедренные грыжи: клиническая картина, диагностика, хирургическое лечение, ведение послеоперационного периода
16. Пупочные грыжи: клиника, диагностика, дифференциальная диагностика, способы хирургического лечения, ведение послеоперационного периода
17. Ущемление грыжи: определение понятия, виды ущемления, клиническая картина, способы лечения, тактика хирурга при самопроизвольном вправлении, профилактика ущемления
18. Перфоративная язва желудка и двенадцатиперстной кишки: клиническая картина, диагностика, лечение, хирургическая тактика (в том числе, показания и противопоказания к резекции желудка)
19. Пилородуоденальный стеноз: причины, классификация, клиническая картина, диагностика, способы лечения
20. Желудочно-кишечные кровотечения: этиология, клиническая и эндоскопическая классификация по Forest, клиническая картина в зависимости от степени кровопотери, диагностика, дифференциальная диагностика

21. Желудочно-кишечные кровотечения: способы лечение, показания к экстренному оперативному лечению, эндоскопические способы остановки кровотечения, профилактика
22. Болезни оперированного желудка. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение пептических язв анастомозов, тонкой кишки
23. Демпинг – синдром. Этиология, виды, патогенез. Методы диагностики. Консервативное и хирургическое лечение
24. Желчнокаменная болезнь: этиология, патогенез, виды желчных камней, профилактика, эпидемиология
25. Желчнокаменная болезнь: хронический калькулёзный холецистит (клиническая картина, диагностика, способы лечение)
26. Желчнокаменная болезнь: острый холецистит (классификация, клиническая картина, способы лечения)
27. Желчнокаменная болезнь: холедохолитиаз (определение понятия, клиническая картина, диагностика, лечение)
28. Желчнокаменная болезнь: холангит (определение понятия, клиническая картина, триада Шарко, диагностика, лечение)
29. Острый панкреатит: определение понятия, эпидемиология, этиология, патогенез, профилактики острого панкреатита
30. Острый панкреатит: классификация, клиническая картина в зависимости от формы и фазы, диагностика, дифференциальная диагностика
31. Острый панкреатит, ранние осложнения: классификация, способы предупреждения и лечения
32. Острый панкреатит, поздние осложнения: классификация, способы предупреждения и лечения
33. Острый панкреатит: способы лечения, показания к хирургическому лечению
34. Механическая желтуха: дифференциальная диагностика желтухи, причины механической желтухи, способы диагностики
35. Механическая желтуха. Современные принципы диагностики и лечения. Виды операций
36. Осложнения портальной гипертензии. Кровотечения из ВРВ пищевода, клиника, диагностика, лечение
37. Острая кишечная непроходимость: определение понятия, эпидемиология, этиология, патогенез, классификация
38. Острая тонкокишечная непроходимость: этиология, клиническая картина, принципы хирургического лечения
39. Острая обтурационная толстокишечная непроходимость: этиология, клиническая картина, принципы хирургического лечения
40. Перитонит: этиопатогенез, классификация, принципы лечения
41. Тиреотоксический зоб: определение понятия, этиология, классификация, клиника, диагностика, показания к оперативному лечению
42. Узловатый нетоксический зоб: определение понятия, этиология, классификация, клиника, диагностика, дифференциальная диагностика с опухолями щитовидной железы, показания к оперативному лечению
43. Тиреоидиты. Тиреоидит Хашимото, Риделя: определение понятия, этиология, клиника, диагностика, лечение
44. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация хронической ишемии нижних конечностей, профилактика
45. Облитерирующий эндартериит: этиология, эпидемиология, патогенез, классификация хронической ишемии нижних конечностей, лечение
46. Облитерирующий атеросклероз сосудов нижних конечностей: поражение магистральных артерий, синдром Лериша, клиническая картина, способы диагностики, методы лечения
47. Острая артериальная непроходимость: этиология, классификация, клиническая картина
48. Острая артериальная непроходимость: классификация, способы диагностики и лечения
49. Варикозное расширение вен нижних конечностей: этиология, эпидемиология, патогенез, функциональные пробы (Троянова-Тренделенбурга, Пертеса, Пратта 2), профилактика
50. Варикозное расширение вен нижних конечностей: клиническая картина, методы диагностики, функциональные пробы, принципы лечения
51. Тромбофлебит поверхностных вен нижних конечностей: клиническая картина, способы диагностики и лечения, профилактика

52. Посттромбофлебитический синдром: патогенез, клиника, степени венозной недостаточности, способы диагностики и лечения, профилактика
53. Тромбоз глубоких вен нижних конечностей: клиника, дифференциальная диагностика, способы лечения, илеофemorальный тромбоз – профилактика тромбоэмболии лёгочной артерии
54. Узловые поражения молочной железы. Клиника, методы диагностики, дифференциальной диагностики. Лечение, виды операций
55. Фиброаденома, аденома молочной железы. Клиника, диагностика, дифференциальная диагностика. Лечение
56. Маститы. Классификация. Этиология, методы диагностики. Лечение

#### «Урология»

57. Мочекаменная болезнь. Этиология, патогенез, клиника. Методы диагностики. Лечение, виды операций. Неотложная помощь при почечной колике
58. Патология предстательной железы. Классификация. Этиология, патогенез, клиника. Методы скрининга рака ПЖ. Методы диагностики и лечения, виды операций. Неотложная помощь при острой задержке мочи
59. Острая и хроническая почечная недостаточность. Этиология, патогенез, принципы диагностики, и лечения
60. Острый пиелонефрит. Этиология, патогенез, клиника. Методы диагностики. Лечение, виды операций

#### Перечень ситуационных задач

##### Ситуационная задача № 1

##### Ситуационная задача №1

Больной К., 36 лет, поступил в экстренном порядке в клинику с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, изжогу, рвоту съеденной пищей с примесью крови.

Из анамнеза выяснено, что болен около 4 дней. Начало заболевания связывает с приемом острой пищи, алкоголя. Беспокоили боли жгучего характера средней интенсивности в эпигастриальной области, чувство дурноты, тошноты, изжога. В течение этих дней отказался от приема пищи, в связи с усилением боли после еды. Отмечает постепенное ухудшение состояния - боли носят постоянный характер, усиливаясь к вечеру и в ночное время. Дефекация оформленным калом коричневого цвета. Ухудшение за 7 часов до поступления, после еды боли усилились, появилась тошнота, была двукратно рвота съеденной пищей с прожилками крови. Был доставлен каретой скорой помощи.

При обследовании: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98 в минуту, АД 120/80 мм рт ст. Пульс удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык подсушен, густо обложен зеленоватым налетом. Живот участвует в акте дыхания, мягкий слегка болезненный в эпигастрии. Мышечный дефанс отсутствует, перистальтика активная. Область почек не изменена. Пальпаторно болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1400 мл.

Per rectum: тонус сфинктера хороший. В ампуле прямой кишки каловые массы оформленные, на перчатке кал черного цвета, оформленный.

*Анализ крови:* Нв - 110 г/л; эритроциты –  $3,2 \times 10^{12}$ , гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты -  $15,9 \times 10^9$ , э–0, п-24, с-55, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

*Анализ мочи:* соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – отрицательно; эритроциты – 3-4; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-15; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; бактерии +++++. *Биохимический анализ:* общий билирубин - 17,8 мкмоль/л, прямой - 12,3 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST- 0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 8,0 ммоль/л; креатинин – 109 мкмоль/л; калий – 5,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л.

При ФГДС: пищевод свободно проходим. При обследовании пищевод свободно проходим, в нижней трети гиперемия, отечность слизистой, небольшие эрозии. Отмечается грубая складчатость и набухание слизистой оболочки желудка, множественные подслизистые кровоизлияния и эрозии

слизистой оболочки, покрытые серым налетом, участки слизистой покрыты черными налетом. Подтекание крови из участков эрозий. Контактная кровоточивость слизистой, в желудке большое количество слизи и «кофейной гущи», небольшая примесь свежей крови.

**Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Обоснуйте правильность Ваших предположений.
3. Сформулируйте диагностическую программу.
4. Определите тактику лечения.
5. Какие осложнения могут развиваться на фоне данного заболевания.
6. Показания к оперативному лечению.
7. Прогноз заболевания.

Ситуационная задача № 2

Больной О., 42 лет обратился на прием к участковому терапевту с жалобами на боли в эпигастрии, усиливающиеся после приема пищи и, особенно, в ночное время, изжогу, отрыжку.

Из анамнеза выявлено, что страдал язвенной болезнью с локализацией язвы в луковице ДПК. Неоднократно лечился в гастроэнтерологическом отделении в периоды обострений. За три года до обращения был оперирован по поводу перфоративной язвы ДПК. Беспокоили голодные боли, изжога, отрыжка тухлым. При лечении антацидными средствами симптоматика уменьшалась. После операции, в течение 6 месяцев, к имеющимся симптомам присоединилась рвота съеденной пищей, похудание, слабость. Оперирован по срочным показаниям один год назад. Объем операции неизвестен. Настоящее ухудшение состояния в течение последней недели. Возобновились боли в эпигастрии, боли интенсивные, не купирующиеся приемом пищи или антацидными средствами, появилась изжога, отрыжка, боли в ночное время. Отмечает общее ухудшение самочувствия.

При обследовании: больной истощен. Кожные покровы слегка бледные, сухие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС-76 уд в мин, АД 120/80 мм рт ст. Язык влажный, у корня густо обложен белым налетом. Живот ладьевидной формы, по средней линии имеется послеоперационный рубец 18 x 0,5 см без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии и в правом подреберье. Перистальтика активная. Стул ежедневно кашицеобразный 2-3 раза в сутки коричневого цвета. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

*Анализ крови:* Нв- 100 г/л; эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$ , гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты -  $6,9 \times 10^9$ , э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

*Анализ мочи:* желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++.

*Биохимический анализ:* общий билирубин – 19,5 мкмоль/л, прямой – 10,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 1,0 ед; ALT- 0,6 ммоль/л; AST-0,4 ммоль/л; общий белок - 46 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ммоль/л.

При рентгеноскопии: пищевод свободно проходим, стенки его эластичны. Культия желудка натощак содержит большое количество жидкости, имеет воронкообразную форму, складки плохо визуализируются, сглажены. Эвакуация в отводящую петлю несколько замедлена. Просвет анастомоза 1,5 см, сразу за анастомозом определяется стойкое депо бария 1,0 x 1,0см (язвенная ниша).

**Вопросы:**

1. Какой предварительный диагноз может быть поставлен больному.
2. Какие методы исследования необходимо провести для постановки диагноза.
3. С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз.
4. Какое осложнение развилось у больного после ушивания перфоративной язвы.
5. Тактика лечения больного.
6. Прогноз лечения.
7. Программа реабилитации

### Ситуационная задача № 3

Больной В., 37 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на тупые ноющие распирающие боли в правом подреберье, тошноту и рвоту.

Из анамнеза известно, что больной страдает язвенной болезнью в течение 12 лет. Лечился регулярно в стационаре в периоды обострения. Последние 3 года участились рецидивы язвенной болезни, консервативная терапия давала непродолжительный эффект, а поддерживающая терапия была для пациента слишком дорога. В связи с этим больной оперирован год назад. В послеоперационном периоде отмечает значительное улучшение состояния. Боли, изжога, отрыжка полностью прекратились. Через 3 месяца после операции после еды стали появляться тупые ноющие боли в правом подреберье, которые проходили самостоятельно. Постепенно боли стали более интенсивными, распирающими и проходили лишь после приема спазмолитиков. В последующем присоединилось чувство дурноты, переполнения, в связи с чем больной провоцировал рвоту, приносящую облегчение. Стал прибегать к этому способу регулярно для облегчения состояния. Отмечает наличие большого количества желчи в рвотных массах. Последнее время прием любой пищи вызывает перечисленную симптоматику, больной голодает, похудел.

При обследовании: больной истощен, общее состояние средней степени тяжести, кожные покровы с сероватым оттенком, тургор кожи снижен. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД-18 в мин.; ЧСС-78 уд в мин.; АД-110/70 мм рт ст. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот при осмотре ладьевидной формы. Послеоперационный рубец по средней линии размером 15х0,5 см. При пальпации в эпигастральной области эластической консистенции образование 12х6 см, подвижное. Перистальтика активная. Стул 1 раз в 3-4 суток. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 1300 мл.

*Анализ крови:* Нв - 104 г/л; эритроциты -  $4,2 \times 10^{12}$ , гематокрит - 34%; цветной показатель - 0,9; лейкоциты -  $7,9 \times 10^9$ , э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов - 175,0; СОЭ- 26 мм/ч.

*Анализ мочи:* соломенно-желтая; прозрачная; удельный вес - 1012; реакция - кислая; белок - отрицательно; кровь - отрицательно; желчь - отрицательно; сахар - отрицательно; лейкоциты - 2-3; эпителий плоский - 4-8 в поле зрения. *Биохимический анализ:* общий билирубин - 27,8 мкмоль/л, прямой - 15,3 мкмоль/л; тимоловая проба - 1,0 ед; АЛТ- 0,6 ммоль/л; АСТ-0,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин - 5,1 ммоль/л; мочевины - 8,0 ммоль/л; креатинин - 109 мкмоль/л; калий - 5,0 ммоль/л; натрий - 141 ммоль/л; кальций - 1,1 ммоль/л; хлориды - 110 ммоль/л глюкоза - 3,8 ммоль/л; ПТИ - 89%; фибриноген - 3,7 г/л.

При УЗИ: печень неоднородная, внутривенные протоки не расширены, холедох 0,8 см, терминальный отдел холедоха не лоцируется. Поджелудочная железа: головка 29 мм, тело 22 мм и хвост 17 мм. Структура железы неоднородная, повышенной плотности. Желчный пузырь: размеры 12 х 8 см, стенка утолщена - 0,4 см, имеет двойной контур, в просвете множественные конкременты от 0,5 до 1,0 см.

Рентгеноскопия натошак: в культе желудка жидкость. Отмечается массивный заброс контрастной массы в приводящую петлю, последняя неравномерно расширена, местами до 3,5 - 4,0 см. Контрастная масса не сохраняется в ней в течение длительного времени.

### **Вопросы:**

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие методы исследования необходимо провести больному.
3. Какие осложнения после операции развились и его причины.
4. Сформулируйте лечебные программы.
5. Сформулируйте показания к хирургической коррекции осложнения.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

### Ситуационная задача № 4

#### Ситуационная задача №4

Больная У., 32 лет поступила в клинику с жалобами на выраженную слабость, кожный зуд, периодическую возникающую желтуху с ознобами и лихорадкой.

Из анамнеза: за год до поступления оперирована в экстренном порядке по поводу деструктивного калькулезного холецистита. Течение послеоперационного периода тяжелое, сформировался желчный наружный свищ. При фистулографии контрастное вещество поступало в печеночные протоки и в ДПК. Через 5 месяцев отделяемое по свищу уменьшилось, а затем и полностью прекратилось. Больную начали беспокоить боли в правом подреберье, периодические ознобы с лихорадкой, после приступов отмечено потемнение цвета мочи и обесцвеченный кал. Боли и лихорадка участились, временами появлялась желтуха. При поступлении состояние средней степени тяжести. Легкая иктеричность склер и кожи, имеются следы расчесов. В легких дыхание жесткое при аускультации, единичные сухие рассеянные хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс – 96 в мин, АД-120/90 мм рт ст. Язык обложен у корня белым налетом, подсушен. Живот: на передней брюшной стенке рубец 19 x 0,8 см, в правом подреберье до 4 см в диаметре без признаков воспаления. При пальпации живот мягкий, болезнен в правом подреберье, определяется плотная печень, выступающая из-под края реберной дуги на 3 см. Перистальтика активная. Стул ежедневный, кал окрашен. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, суточный диурез 900 мл.

*Анализ крови:* Нв- 100 г/л; эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$ , гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты -  $8,9 \times 10^9$ , э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 56 мм/ч.

*Анализ мочи:* желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++.

*Биохимический анализ:* общий билирубин – 64,5 мкмоль/л, прямой – 40,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; АЛТ- 1,6 ммоль/л; АСТ-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 3,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 168 ед. акт. \л.

УЗИ: структура печени плотная, внутрипеченочные протоки умеренно расширены, холедох до 1,2 см.

#### **Вопросы:**

1. Поставьте предварительный диагноз больной.
2. Сформулируйте диагностическую программу.
3. Определите тактику лечения.
4. Вид хирургической коррекции, обоснование.
5. Опасности послеоперационного периода, особенности в ведении пациентки.
6. Прогноз заболевания
7. Программа реабилитации.

#### Ситуационная задача № 5

Больной П., 77 лет поступил в клинику с жалобами на незначительные тупые боли в правом подреберье, слабость, пожелтение кожи, кожный зуд, похудание, потемнение мочи и светлый кал.

Из анамнеза известно, что болен в течение 2 месяцев. Со слов больного появилось желтушное окрашивание склер, легкая иктеричность кожных покровов. Желтушность уменьшалась и увеличивалась вновь, появился кожный зуд. Обследован в инфекционном отделении, где был исключен инфекционный гепатит. Постепенно появились тупые боли в правом подреберье, слабость. Отмечает снижение аппетита. За последнее время похудел на 8 кг. В связи с усиливающейся желтухой направлен на обследование.

При осмотре: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и склеры желтушные, имеются участки расчесов. В легких дыхание ослаблено в нижнебоковых отделах, влажные многопузырчатые хрипы, ЧДД-18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс-78 в мин, АД-130/80 мм рт ст. Язык подсушен, обложен желтоватым налетом. Живот впалый участвует в акте дыхания. При пальпации печень на 2 см выступает из-под края реберной дуги, плотный слегка болезненный край. Определяется дно желчного пузыря. Последний увеличен, безболезнен. Симптом Ортнера, Мейо-Робсона, Мерфи-Георгиевского отрицательные. Перистальтика хорошая. Стул 1 раз в три дня оформленным калом серого цвета. Область почек не изменена. Пальпаторно - болезненность не определяется. Мочеиспускание свободное, моча темного цвета, суточный диурез 1 900 мл.

*Анализ крови:* Нв- 108 г/л; эритроциты –  $3,8 \times 10^{12}$ , гематокрит – 34%; цветной показатель – 0,9; лейкоциты -  $8,9 \times 10^9$ , э-0, п-4, с-75, л-19, м-2; тромбоцитов – 175,0; СОЭ- 56 мм/ч.

*Анализ мочи:* желтая; мутная; удельный вес – 1012; реакция – кислая; белок – 0,067 г/л; кровь – отрицательно; желчь – отрицательно; сахар – отрицательно; лейкоциты – 12-18; эпителий плоский – сплошь в поле зрения; оксалаты - +++.

*Биохимический анализ:* общий билирубин – 264,5 мкмоль/л, прямой – 176,5 мкмоль/л; тимоловая проба – 2,0 ед; ALT- 2,6 ммоль/л; AST-1,4 ммоль/л; общий белок - 66 г/л; холестерин – 5,1 ммоль/л; мочевины – 18,0 ммоль/л; креатинин – 179 мкмоль/л; калий – 7,0 ммоль/л; натрий – 141 ммоль/л; кальций – 1,1 ммоль/л; хлориды – 110 ммоль/л; глюкоза – 7,8 ммоль/л; ПТИ – 89%; фибриноген – 3,7 г/л; щелочная фосфатаза – 468 ед. акт./л.

ЭКГ: горизонтальное расположение электрической оси сердца, синусовая тахикардия, гипертрофия левого желудочка. ЧСС – 78 в мин.

УЗИ: печень увеличена в размерах, эхоплотная, внутривенные протоки расширены. Холедох 2,5 см, терминальный отдел холедоха не визуализируется. Желчный пузырь размером 18 x 10 см, стенка его истончена, атонична. Головка поджелудочной железы 52 мм, тела 41 мм, хвост 17мм.

### **Вопросы:**

1. Какое заболевание можно заподозрить.
2. С какими заболеваниями должен быть проведен дифференциальный диагноз.
3. Сформулируйте диагностическую программу.
4. Сформулируйте план предоперационной подготовки.
5. Показания к операции, объем операции, факторы, влияющие на объем вмешательства.
6. Прогноз заболевания.
7. Программа реабилитации.

### Ситуационная задача № 6

Больная Ф., 65 лет, бригадой "СП" была доставлена в приёмное отделение хирургического стационара через 3 часа с момента начала заболевания с жалобами на внезапно возникшие боли в животе постоянного характера, без чёткой локализации, сухость во рту.

Больная громко стонет, мечется. Наблюдалась рвота с запахом кишечного содержимого не приносящая облегчения.

В анамнезе – гипертоническая болезнь: лечится бесконтрольно гипотензивными препаратами.

Общее состояние тяжёлое. Лицо бледное, покрыто холодным потом. Кожный покров с сероватым оттенком. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца аритмичные, выслушивается систолический шум над аортой, верхушкой. ЧСС 112 в 1 минуту. Артериальное давление 160/90 мм рт. ст. Температура 36,6<sup>0</sup>С. Язык суховат, обложен "грязным" налётом. Живот не вздут, участвует в дыхании, мягкий, боль при пальпации не усиливается. Печень – по краю рёберной дуги, безболезненна. Селезёнка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Аускультативно – перистальтика не выслушивается. Стул – частый, водянистый, с примесью крови. При ректальном исследовании нависания, болезненности стенок прямой кишки нет, патологических образований не выявлено, на перчатке – следы водянистого стула с примесью крови. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.

Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Нб – 119 г/л; Эр. –  $5,0 \times 10^{12}$ /л; Нт – 35%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 18 мм/ч; L –  $2,1 \times 10^9$ /л; э – 1, п – 18, с – 53, л – 22, м – 6.

общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1022; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 3 – 4 в п/зр.; эп. – 5 – 6 в п/зр.

биохимическое исследование: О/бел. – 68 г/л; О/бил. – 15,8 ммоль/л; ЩФ – 425 ед; L-амилаза – 169 г×ч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 8,8 мкмоль/л; Креат. – 278 мкмоль/л; K<sup>+</sup> - 5,2 мкмоль/л; Na<sup>++</sup> - 138 мкмоль/л; Cl<sup>-</sup> - 103 мкмоль/л.

### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно дифференцировать?
3. Объем дополнительного обследования.
4. Какова лечебная тактика?



### Ситуационная задача № 7

Больная Т., 28 лет, была доставлена в приёмное отделение хирургического стационара бригадой "СП" с жалобами на интенсивную боль в животе схваткообразного характера, без чёткой локализации, тошноту, многократную рвоту с примесью жёлчи в рвотных массах, сухость во рту.

Из анамнеза: 3 года назад больной была произведена правосторонняя аднексэктомия. С тех пор было 5 приступов острых болей в животе, которые легко купировались после консервативных мероприятий. Настоящее ухудшение в течении 4 часов (связывает с выполнением физических нагрузок), на этот раз начало заболевания более резкое и протекает значительно тяжелее предыдущих (по оценке больной).

Общее состояние тяжёлое. Больная беспокойна, мечется, меняет положение. Кожный покров обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, дополнительных шумов нет. ЧСС 100 в 1 минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налётом. Живот вздут, в дыхании участвует ограниченно, слева от пупка – асимметричное выпячивание, при пальпации мягкий, болезнен в области выпячивания. Печень – не увеличена, безболезненна. Селезёнка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Перкуторно – локальный тимпанит над выпячиванием, тупости в отлогих местах нет. При аускультации отмечается ослабление перистальтики. Вначале заболевания был однократный стул. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.

Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Hb – 152 г/л; Эр. –  $4,5 \times 10^{12}/л$ ; Ht – 48%; Цв. п. – 1,0; СОЭ – 18 мм/ч; L –  $12,8 \times 10^9/л$ ; э – 0, п – 12, с – 50, л – 33, м – 5.

общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.

биохимическое исследование: О/бел. – 86 г/л; О/бил. – 12,4 ммоль/л; ЩФ – 333 ед; L-амилаза – 169 г×ч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 7,8 мкмоль/л; Креат. – 98 мкмоль/л; K<sup>+</sup> – 3,5 мкмоль/л; Na<sup>++</sup> – 138 мкмоль/л; Cl<sup>-</sup> – 92 мкмоль/л.

#### **Вопросы:**

1. Сформулируйте диагноз.
  2. Что нужно сделать для подтверждения диагноза?
  3. Какие симптомы описаны при осмотре и перкуссии живота?
  4. Чем объяснить отличие настоящей клинической картины от предыдущих приступов?
- Лечебная тактика?

### Ситуационная задача № 8

В приёмное отделение поступила больная Т., 52 лет, с жалобами на боль в эпигастральной области опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения, слабость.

Боль появилась резко сегодня утром (накануне обильно поужинала), локализуясь в левом подреберье, с иррадиацией в левую половину грудной клетки, затем присоединилось затруднённое дыхание

Больная в течении длительного времени страдает гипертонической болезнью; ИБС, стенокардией напряжения (наблюдается и лечится у терапевта).

Больная доставлена бригадой "СП" через 2 часа от начала заболевания. При осмотре состояние тяжёлое. Температура 37,0°C. Питание избыточное. Кожные покровы бледны, отмечается акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. В лёгких дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, выслушивается систолический шум во II точке и на верхушке. ЧСС 140 в 1 минуту, слабого напряжения. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налётом. Живот умеренно равномерно вздут, ограниченно участвует в акте дыхания, мягкий, резко болезненный в эпигастральной области. Печень не пальпируется (в связи с избыточным подкожно-жировым слоем брюшной стенки). Селезёнка не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптомов Воскресенского и Мейо-Робсона положительны. Печёночная тупость сохранена, притупления в отлогих местах нет. Аускультативно определяется снижение перистальтики. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.

Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Hb – 139 г/л; Эр. –  $4,8 \times 10^{12}$ /л; Ht – 38%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 15 мм/ч; L –  $12,5 \times 10^9$ /л; э – 1, п – 7, с – 53, л – 32, м – 7.

общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.; диастаза мочи 1024 ед.

биохимическое исследование: О/бел. – 82 г/л; О/бил. – 18,4 ммоль/л; ЩФ – 255 ед; L-амилаза – 325 г×ч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 6,8 мкмоль/л; Креат. – 78 мкмоль/л; K<sup>+</sup> - 3,5 мкмоль/л; Na<sup>++</sup> - 138 мкмоль/л; Cl<sup>-</sup> - 96 мкмоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый, 86 в мин. ЭОС отклонена влево; диффузные изменения в миокарде; в V<sub>3-6</sub> инверсия зубца R.

### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С чем нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Какими методами исследования можно подтвердить диагноз?
4. Тактика лечения?

### Ситуационная задача № 9

В приёмное отделение поступил больной С., 49 лет, с жалобами на интенсивную боль в эпигастральной области, иррадиирующую в поясничную область и левое надплечье, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, сухость во рту.

Резкая боль появилась внезапно 2 часа назад. Накануне вечером отмечал день рождения друга.

В анамнезе больного язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки – в течении 6 лет, лечился нерегулярно.

При осмотре состояние тяжёлое. Кожные покровы бледны, отмечается акроцианоз, кожа покрыта холодным потом. В лёгких дыхание ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 98 в 1 минуту, слабого напряжения. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налётом. Живот обычной формы, в акте дыхания не участвует, резко напряжён и болезнен в верхних отделах живота. Печень и селезёнка не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. Симптомы Воскресенского и Мейо-Робсона сомнительны. Печёночная тупость сохранена, притупления в отлогих местах нет. Аускультативно определяется ослабление перистальтики. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Дизурических явлений нет.

Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Hb – 139 г/л; Эр. –  $4,8 \times 10^{12}$ /л; Ht – 38%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 15 мм/ч; L –  $12,5 \times 10^9$ /л; э – 1, п – 7, с – 53, л – 32, м – 7.

общий анализ мочи: с/ж; прозр.; кисл.; 1018; сах. – отр.; бел. – отр.; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 1 – 2 в п/зр.; диастаза мочи 512 ед.

биохимическое исследование: О/бел. – 82 г/л; О/бил. – 18,4 ммоль/л; ЩФ – 255 ед; L-амилаза – 325 г×ч/л; Alt – 0,5; Ast – 0,7; Тим. – 2,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 6,8 мкмоль/л; Креат. – 78 мкмоль/л; K<sup>+</sup> - 3,5 мкмоль/л; Na<sup>++</sup> - 138 мкмоль/л; Cl<sup>-</sup> - 96 мкмоль/л.

обзорная R-гр. орг. брюшной пол.: воздуха в свободной брюшной полости не определяется.

ФГДС: обнаружена рубцово-язвенная деформация луковицы ДПК, на её задней стенке имеется язвенный дефект, дно прикрыто фибрином.

УЗИ: осмотреть поджелудочную железу в связи с интерпозицией поперечно-ободочной кишки не представляется возможным.

### **Вопросы:**

1. Ваш предварительный диагноз?
2. С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?
3. Какими методами исследования можно уточнить диагноз?
4. Тактика лечения?

### Ситуационная задача № 10

В приёмное отделение санавиацией из геологической партии доставлен больной Ф., 29 лет. В связи с тяжестью состояния с трудом вступает в контакт, не может сообщить о начале и течении заболевания.

Известно, что болеет в течение 3 суток.

При осмотре состояние крайне тяжёлое. Больной вял, апатичен, адинамичен. Имеется лицо Гиппократово. Температура  $39,2^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы с серым оттенком, цианотичны, сухие на ощупь. Дыхание поверхностное, до 36 в 1 мин. В лёгких в нижних отделах дыхание ослабленное, сухие хрипы с обеих сторон. Тоны сердца ритмичные, приглушены. ЧСС 140 в 1 минуту, слабого напряжения. Артериальное давление 80/40 мм рт. ст. Язык сухой, обложен коричневым налётом. Живот резко равномерно вздут, в связи с чем в дыхании практически не участвует, умеренно болезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не определяются. Симптом Щёткина – Блюмберга отрицательный. Печёночная тупость отсутствует, в отлогих местах отмечается тупость. Аускультативно перистальтика не выслушивается. Через зияющий сфинктер выделяется жидкий зловонный кал. Пальпация, перкуссия поясничных областей безболезненна. Диурез резко снижен.

Из дополнительных методов диагностики:

общий анализ крови: Нв – 109 г/л; Эр. –  $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$ ; Нт – 55%; Цв. п. – 0,9; СОЭ – 65 мм/ч; L –  $22,5 \times 10^9/\text{л}$ ; э – 0, п – 25, с – 57, л – 18, м – 0.

общий анализ мочи: жёл; мутн.; кисл.; 1028; сах. – отр.; бел. – 2,66; L – 2 – 3 в п/зр.; эп. – 5 – 6; гиал. цил. – 10-12 в п/зр.; диастаза мочи 256 ед.

биохимическое исследование: О/бел. – 52 г/л; О/бил. – 26,4 ммоль/л; ЩФ – 255 ед; L-амилаза – 325 гч/л; Alt – 1,5; Ast – 1,7; Тим. – 3,5 ед; Сул. 4,0 ед; Мочев. – 12,8 мкмоль/л; Креат. – 278 мкмоль/л;  $\text{K}^+$  – 2,5 мкмоль/л;  $\text{Na}^{++}$  – 125 мкмоль/л;  $\text{Cl}^-$  – 82 мкмоль/л.

### Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования дополнительно надо провести.
3. Тактика лечения?
4. Если решили оперировать, то укажите объем предоперационной подготовки, вид обезболивания, доступ, основные этапы операции.

### Ситуационная задача № 11

Больной И. 56 лет поступил в хирургическое отделение в неотложном порядке с жалобами на наличие болезненного образования в паховой области справа, на тошноту, рвоту, неотхождение газов. Начало заболевания связывает с физической нагрузкой (перебрасывал снег). За медицинской помощью обратился через 22 часа от начала заболевания.

При поступлении: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледной окраски. В лёгких дыхание везикулярное. Отмечается тахикардия до 112 ударов в минуту, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Язык – подсушен, обложен по центру грязным налетом. Живот вздут, ограниченно участвует в дыхании, при пальпации напряжен и болезненный в правой подвздошной и паховой области. В паховой области справа определяется болезненное подвижное образование размерами 4x3 см плотноэластической консистенции. Кожа над образованием не изменена. Перистальтика кишечника ослаблена. Симптомы раздражения брюшины сомнительны. При ректальном исследовании в просвете прямой кишки кал обычной консистенции и цвета. В общем анализе крови лейкоциты –  $14,5 \times 10^9/\text{л}$ , п-10, с-72, л-16, э-2., СОЭ – 38 мм/час, Нв – 142 г/л. При рентгенологическом исследовании брюшной полости определяются чаши Клойбера. Был выставлен диагноз: ущемленная правосторонняя паховая грыжа. Через 1 час после поступления больному выполнена операция. Косым разрезом в правой паховой области справа обнажено грыжевое выпячивание. Грыжевой мешок вскрыт, при этом выделилось до 10 миллилитров мутной грыжевой воды без запаха. Содержимое – 2 петли тонкой кишки, гиперемированы. После рассечения ущемляющего кольца и согревания кишки перистальтика кишки в зоне странгуляционной борозды восстановлена, пульсация артерий сохранена. Кишка признана жизнеспособной, погружена в брюшную полость. Произведена пластика передней стенки пахового канала по методике Жирара – Спасокукоцкого. Через 8 часов после операции состояние больного ухудшилось. Гипертермия до  $39^{\circ}\text{C}$ , одышка, тахикардия до 124 уд. в минуту, пульс слабого наполнения. Живот вздут, при пальпации болезненность во всех отделах, симптом Щёткина – Блюмберга положителен. При перкуссии определяется тимпанит, аускультативно перистальтика не выслушивается. В общем анализе крови лейкоцитоз возрос до 18400 в 1 мл., усугубился сдвиг лейкоцитарной формулы влево, появилась токсическая зернистость.

### Вопросы:

1. О каком осложнении раннего послеоперационного периода у данного больного идет речь?

2. Предполагаемая причина данного осложнения?
3. Имели ли место тактические ошибки оперирующего хирурга? Если имели, то какие?
4. Ваши дальнейшие действия?

### Ситуационная задача № 12

Больной И. 38 лет поступил в хирургическое отделение МГБ №1 с жалобами на слабость, боли в животе, наличие болезненного образования в паховой области слева, на тошноту, рвоту, высокую температуру тела, ознобы. Заболел на работе (работает строителем) за 3 суток до поступления, когда после физической нагрузки отметил появление болезненного образования в паховой области слева. Постепенно присоединились боли в животе. Перестали отходить газы. В течение последних суток состояние ухудшилось, присоединилась лихорадка, ознобы. За медицинской помощью не обращался в связи с употреблением алкоголя и ослаблением в связи с этим болевого синдрома. При поступлении общее состояние тяжелое. Кожный покров бледной окраски. Т тела 38,0 гр. С. Пульс 120 ударов в 1 мин. АД 100/60 мм рт.ст. В легких дыхание везикулярное, ослабленное в нижних отделах. Тоны сердца приглушены, тахикардия. Живот умеренно равномерно вздут, ограниченно участвует в дыхании, при пальпации брюшная стенка регидная, болезненный во всех отделах, слабо положительна симптом Щеткина-Блюмберга. В паховой области слева визуализируется образование 6х4 см, спускающиеся в мошонку, кожа над образованием отечна, гиперемирована. Местная гипертермия и выраженная болезненность. Наружное паховое кольцо слева не определяется. Симптом кашлевого толчка отрицателен.

В общем анализе крови Нв – 128 г/л, эр. 4,0х10<sup>12</sup>/л, лейкоциты – 14,5х10<sup>9</sup>/л, п-24, с-62, л-14. СОЭ – 32 мм/час. В общем анализе мочи – с/желт, мутная, белок – 0,66 г/л, лей 4-5 в п/зрения, эритроц. – 1-2 в п/зрения, сахар отр.

### **Вопросы:**

1. Ваш диагноз?
2. С какими нозологиями необходимо дифференцировать установленное Вами заболевание?
3. Ваша тактика?
4. Если показано хирургическое лечение, определитесь с предполагаемым объемом операции?

### **Эталонные ответы**

1. Эрозивный гастрит, эзофагит алкогольной этиологии на основании анамнеза и результатов ФГС. Контроль Нв в динамике. Контроль ФГС через 2-3 дня. Анемия, рецидив кровотечения, синдром Мэллори-Вейсса, алкогольный делирий. Отсутствуют у данного больного. Благоприятный прогноз.
2. Постгастрорезекционный синдром, пептическая язва тонкой кишки. Показана ФГС с исследованием тонкой кишки. Рак культи желудка. Стеноз выходного отдела желудка. Показано оперативное лечение – реконструктивная резекция желудка после подготовки. Прогноз благоприятный. Реабилитация после операции в условиях отделения гастроэнтерологии с последующим санаторно-курортным лечением.
3. Постгастрорезекционный синдром – синдром приводящей петли. ФГС с исследованием зоны анастомоза, КТ брюшной полости. Причины синдрома приводящей петли – технический дефект выполнения первичной операции резекции желудка. Необходимо проведение реконструктивной резекции желудка после предоперационной подготовки. Показание к операции – невозможность ликвидации осложнения терапевтическими способами. Прогноз благоприятный. Реабилитация после операции в условиях гастроэнтерологического отделения с последующим санаторно-курортным лечением.
4. Резидуальный холедохолитиаз. Механическая желтуха. Реактивный гепатит. Показаны ЭРХПГ, КТ брюшной полости, МРТ-холангиография. Показана ЭПСТ с литоэкстракцией, при невозможности – оперативное лечение – холедохолитотомия с наружным дренированием холедоха или холедоходуоденостомией. В послеоперационном периоде возможно нарастание проявлений печеночной недостаточности, что требует инфузионной терапии, применения гепатопротекторов, антибиотикопрофилактики. Прогноз благоприятный. Реабилитация в отделении гастроэнтерологии с последующим санаторно-курортным лечением.
5. Рак головки поджелудочной железы, Фатерова соска, терминального отдела холедоха. Дифференцировка с холедохолитиазом. ФГС, ЭРХПГ, КТ брюшной полости, МРТ-холангиография.

Интенсивная терапия с детоксикацией форсированным диурезом, плазмаферезом, коррекция системы гемостаза. Операция в 2 этапа – сначала декомпрессия желчных путей (холецистостомия, стентирование, назобилиарное дренирование), затем решение вопроса о возможности радикальной операции (операция Уипла), при невозможности – наложение билиодигестивного анастомоза. Прогноз неблагоприятный с учетом возраста и объема поражения. Реабилитация – контроль пищевого режима, длительный прием гепатопротекторов, ферментов. Санаторно-курортное лечение противопоказано.

6. Острое нарушение мезентериального кровообращения (артериомезентериальная кишечная непроходимость). Дифференцировка с острым панкреатитом, разрывом аневризмы брюшной аорты, перитонитом, абдоминальной формой инфаркта миокарда. УЗИ и рентгенограмма брюшной полости, дуплекс абдоминальных сосудов, КТ брюшной полости, лапароскопия. После проведения предоперационной подготовки выполнение диагностического вмешательства – ДЛС или пробная лапаротомия для определения резектабельности процесса. По возможности – резекция некротизированных фрагментов кишечника. Программа релапаротомий.

7. Острая спаечная тонкокишечная непроходимость (странгуляционная по клиническим данным). Рентгенограмма брюшной полости, УЗИ, КТ брюшной полости. Симптомы Валя, Кивуля. В данном случае имеется странгуляция с нарушением кровообращения и иннервации кишечника. После предоперационной подготовки экстренная операция – лапаротомия с ликвидацией кишечной непроходимости. При некрозе кишечника – резекция кишечника. Интенсивная терапия в условиях РАО в послеоперационном периоде.

8. Острый интерстициальный панкреатит, тяжелое течение. Панкреатогенный шок. Дифференцировать с острым инфарктом миокарда. Диагноз подтверждаем УЗИ, КТ брюшной полости, уровень амилазы и липазы крови. Тропониновый тест для дифференцировки с инфарктом миокарда. При отсутствии положительной динамики – лапароскопия. Интенсивная терапия в условиях РАО. Массивная инфузионная, дезинтоксикационная терапия, антиферменты, «прерывающая» терапия (охлаждение + медикаментозно), плазмаферез. Оперативное лечение на данном этапе развития заболевания не показано.

9. Острый интерстициальный панкреатит на фоне пенетрирующей язвы ДПК. Дифференцировка с атипичной перфорацией язвы ДПК. Рентгеноскопия желудка с контрастированием, КТ брюшной полости. Купирование проявлений острого панкреатита (инфузионная, прерывающая, антиферментная терапия). Затем оперативное лечение осложненной язвы в плановом порядке – резекция желудка по Бильрот-2.

10. Острый распространенный перитонит. Тяжелый абдоминальный сепсис. СПОН. Показана лапароскопия. Экстренное оперативное лечение после предоперационной подготовки. Интенсивная предоперационная подготовка в условиях РАО – инфузия, ИВЛ, симпатомиметики, антибиотики широкого спектра. Операция лапаротомия, ревизия, устранение источника перитонита, санация и дренирование брюшной полости под общей анестезией. Вероятно применение метода программных релапаротомий или лапаростомы. Продолжение интенсивной терапии в условиях РАО.

11. Послеоперационный распространенный перитонит. Причина – оставление некротизированной кишечной петли в брюшной полости. Имеет место тактический дефект первичной операции – при ретроградном ущемлении не осмотрена промежуточная кишечная петля на предмет ее жизнеспособности. Показана экстренная операция – лапаротомия, резекция некротизированной тонкой кишки с анастомозом, санация, дренирование брюшной полости. Интенсивная терапия перитонита в условиях РАО.

12. Ущемленная паховая грыжа слева с некрозом кишки. Флегмона грыжевого мешка. Острая кишечная непроходимость. Необходимо дифференцировать с паховым абсцедирующим лимфаденитом, натечным абсцессом. После проведения предоперационной подготовки показана экстренная операция – лапаротомия, резекция некротизированной кишечной петли с анастомозом «бок в бок», вскрытие, санация, дренирование зоны флегмоны грыжевого мешка с удалением ранее резецированной кишечной петли. Отсроченная герниопластика.