

Colloquium 4_2025_ semester 2

Задача 1. Юноша обратился за амбулаторной помощью к врачу-хирургу. Из анамнеза известно, что 4 дня назад в течение длительного времени занимался спортом в тесной обуви. При осмотре предъявляет жалобы на боли в правой стопе, повышение температуры тела до 37,5 гр по С.

Местно: на тыльной поверхности второго и третьего пальцев правой стопы имеются потертости размерами 1,0 x 0,8 см с налетом фибрина, кожа вокруг ран гиперемирована. Тыльная поверхность правой стопы отека, отмечается гиперемия в виде продольных полос на тыле стопы и медиальной поверхности голени до ее средней трети. В паховой области при пальпации определяется умеренно болезненный плотноэластической консистенции с гладкими краями узел размерами 2,5 x 2 см. Узел подвижный, кожа над ним не изменена.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия следует проводить в данном клиническом случае?
3. Какие средства для местного лечения ран целесообразно использовать?
4. Требуется ли введение антибиотиков? Если да, то какие виды антибактериальных препаратов могут быть использованы?
5. Следует ли проводить профилактику столбняка? Если да, то по какой схеме?

Задача 2. В отделение хирургии госпитализирована пациентка 45 лет с жалобами на боли в правой голени, образование пузырей, наполненных жидкостью, повышение температуры тела до 39,5 гр по С. Из анамнеза известно, что заболевание началось остро, с потрясающего озноба, сильной головной боли. В последующем отметила покраснение кожных покровов правой голени.

Местно: кожа в области передней поверхности голени резко гиперемирована, в виде языков пламени, отека, имеется несколько пузырей различных размеров, наполненных серозным содержимым. В области поражения инфильтрация подлежащей жировой клетчатки не определяется, максимальная болезненность выявлена на периферии воспаления. В клиническом анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз до $17,0 \times 10^9$ /л, в моче общем анализе мочи цилиндры, белок.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какие формы данного заболевания вам известны?
3. Какой возбудитель вызвал воспалительный процесс?
4. Какое лечение Вы назначите больной с учетом формы заболевания?
5. Показано ли применение влажных повязок?

Задача 3. На 3-й день после родов у женщины 24 лет впервые проявилось ощущение тяжести и напряжение в правой молочной железе, которое постепенно усилилось. Стало определяться опухолевидное образование, достаточно подвижное, с четкими границами, бугристой поверхностью, безболезненное. При надавливании на него молоко выделяется свободно, обычного цвета, сцеживание безболезненно. После сцеживания молока женщина испытала некоторое облегчение. Температура тела в подмышечной ямке 37,2 °С. В клиническом анализе крови лейкоцитоз $7,2 \times 10^9$ /л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Проведение каких лечебных мероприятий целесообразно у данной пациентки?
3. Если необходимо прибегнуть к оперативному вмешательству, в чем особенности его проведения?

Colloquium 4_2025_ semester 2

Задача 4. Пациент доставлен в стационар в тяжелом состоянии. Из анамнеза известно, что около 24-х часов назад получил колотое ранение правого бедра. При осмотре сознание спутанное, аксиллярная температура тела 39°C . ЧСС 120 ударов в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст., ЧДД 30 в минуту, олигурия. В клиническом анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз до $26 \times 10^9/\text{л}$, палочкоядерных – 16%.

Местно: при осмотре правой нижней конечности имеется выраженный отек бедра, кожные покровы бледные, напряженные. На передней поверхности правого бедра определяется раневое отверстие округлой формы до 0,6 см в диаметре с подтеканием геморрагического экссудата. При пальпации правого бедра выявляется резкая болезненность и симптом крепитации.

Вопросы:

1. Классифицируйте имеющуюся у пациента хирургическую инфекцию.
2. Каков наиболее вероятный возбудитель этой инфекции?
3. Какие синдромы имеются у больного? Объясните, почему.
4. На что указывает появление крепитации?
5. Какие еще диагностические мероприятия необходимо выполнить?
6. Какая операция необходима больному? Какова ее срочность?
7. Чем будет закончено хирургическое вмешательство? Какое лечение понадобится в дальнейшем?
8. Требуется ли введение антибиотиков? Если да, то какие виды антибактериальных препаратов могут быть использованы?
9. Какая еще консервативная терапия требуется в данном случае?
10. Каков прогноз заболевания?

Задача 5. На 5-е сутки после родов у женщины 25 лет, на фоне острого застоя молока в обеих молочных железах развился озноб, отмечено повышение температура тела до 38°C , появилась слабость и выраженная ноющая боль в левой молочной железе. При физикальном осмотре установлено, что левая молочная железа увеличена в размерах, пальпация ее болезненна, в верхненаружном квадранте определяется инфильтрат без четких границ. Лейкоцитоз $11,0 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 26 мм/час. Больная проводила мероприятия, направленные на ликвидацию застоя молока, однако сцеживание имело кратковременный эффект, наблюдались повторные эпизоды повышения температуры тела до фебрильных цифр, болевые ощущения в молочной железе сохранялись. Через 2 дня температура тела повысилась до 40°C , пальпируемое образование приняло более четкие контуры, стало резко болезненным, без признаков размягчения.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как Вы расцениваете динамику патологического процесса у больной?
3. Какие диагностические мероприятия целесообразно выполнить пациентке?
4. Какие лечебные мероприятия вероятнее всего будут выполнены данной больной?

Задача 6. Пациент в течение 3-х суток находится на лечении в ОРИТ, куда был госпитализирован после операции по поводу перфорации толстой кишки, распространенного калового перитонита. При осмотре сознание отсутствует, проводится искусственная вентиляция легких, интенсивная инфузионная терапия. На фоне проводимых лечебных мероприятий АД 80/40 мм.рт.ст., ЧСС 130 ударов в минуту, аксиллярная температура тела $35,9^{\circ}\text{C}$. В клиническом анализе крови лейкоциты $28 \times 10^9/\text{л}$ в литре, палочкоядерных нейтрофилов 20%, уровень гемоглобина 82 г/л, тромбоциты 55 тыс/мкл. В биохимическом анализе крови общий белок 40 г/л, мочевины 20 ммоль/л, креатинин 288 мкмоль/л, билирубин общий 57 мкмоль/л. При инструментальном исследовании имеются признаки продолжающегося перитонита.

Вопросы:

1. Классифицируйте имеющуюся у пациента хирургическую инфекцию.
2. Каковы вероятные возбудители этой инфекции?

Colloquium 4_2025_ semester 2

3. Какие синдромы имеются у больного? Объясните, почему.
4. Сформулируйте полный диагноз в соответствии с критериями 3-го международного консенсуса по сепсису от 2015 года.
5. Какие еще диагностические мероприятия необходимо выполнить?
6. Какая операция необходима больному? Какова ее срочность?
7. Требуется ли введение антибиотиков? Если да, то какие виды антибактериальных препаратов могут быть использованы?
8. Какая еще консервативная терапия требуется в данном случае?
9. Каков прогноз заболевания?

Задача 7. В хирургическое отделение машиной скорой помощи доставлена женщина 28 лет с диагнозом «гнойный мастит». Пациентка считает себя больной в течение недели, медицинскую помощь получала амбулаторно, наблюдалась врачом поликлиники. При осмотре температура тела 40°C, частота сердечных сокращений 120 в 1 минуту, частота дыхания – 26 в 1 минуту. В клиническом анализе крови лейкоциты $17,2 \times 10^9/\text{л}$.

Местно: правая молочная железа увеличена в размерах, болезненная при пальпации, в нижних квадрантах ее определяется болезненный плотный инфильтрат, располагающийся глубоко, ближе к большой грудной мышце. Кожа над ним не изменена.

При первичном осмотре в стационаре хирургом был сформулирован диагноз интрамаммарный абсцесс. Под общей анестезией гнойник был вскрыт радиальным разрезом, вследствие большой глубины раны некротические ткани были иссечены лишь частично. В полость гнойника установлена дренажная трубка, однако при динамических перевязках эффективность данного метода дренирования расценена как недостаточная. На фоне проводимой в течение 3-х суток комплексной инфузионной, противовоспалительной и антибактериальной терапии клинко-лабораторная картина заболевания не имеет отчетливой положительной динамики.

Вопросы:

1. Какие клинические классификации острого гнойного мастита Вам известны?
2. Оцените действия хирурга, правильны ли они, достаточен ли разрез, полноценно ли дренирование?
3. Какая форма острого мастита имела место у данной больной?
4. Какие методы инструментальной диагностики могли бы уточнить диагноз?
5. Как следует изменить тактику лечебных мероприятий?

Задача 8. У больного с острым гнойным холангитом течение заболевания осложнилось развитием абсцесса печени. Получал консервативную терапию. Сутки назад после рентгенографии диагностировано развитие абсцедирующей пневмонии. При осмотре имеется гектическая лихорадка до 40° С, пульс 120 ударов в минуту, частота дыхательных движений 30 в минуту, артериальное давление 110/70 мм рт. ст. Результаты лабораторного обследования: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 20000/мкл, метамиелоциты 2%, палочкоядерные 17%, сегментоядерные 64%, лимфоциты 14%, тромбоциты 200 тыс/мкл, СОЭ 25 мм/ч, белок общий 55 г/л, мочевины 10 ммоль/л, креатинин 200 мкмоль/л, билирубин общий 35 мкмоль/л, прямой 20 мкмоль/л, АСТ 400 ед/л, АЛТ 550 ед/л, в коагулограмме – признаки гипокоагуляции.

Вопросы:

1. Классифицируйте имеющуюся у пациента хирургическую инфекцию.
2. Каков наиболее вероятный механизм инфицирования легких?
3. Каковы вероятные возбудители этой инфекции?
4. Какие синдромы имеются у больного? Объясните, почему.
5. Сформулируйте полный диагноз в соответствии с критериями согласительной комиссии по сепсису от 1991 года.
6. Какие еще диагностические мероприятия необходимо выполнить?

Colloquium 4_2025_semester 2

7. Требуется ли введение антибиотиков? Если да, то какие виды антибактериальных препаратов могут быть использованы?
8. Какая еще консервативная терапия требуется в данном случае?

Задача 9. Пациент 60 лет был оперирован по поводу декомпенсированного язвенного стеноза выходного отдела желудка. Через 3 дня после хирургического вмешательства появилась болезненная припухлость в области угла нижней челюсти справа размером 5 x 6 см, отмечено повышение температура тела до 38°C. Пациент отмечает затруднение и болезненность при открывании рта и жевании. При осмотре гиперемии кожи над зоной припухлости нет, частота сердечных сокращений 98 в минуту, живот мягкий, умеренно болезненный в зоне операции. При визуальном осмотре полости рта отмечается сухость слизистой, отсутствие слюны, трещины губ. В клиническом анализе крови лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$ в литре, палочкоядерных нейтрофилов 18%.

Вопросы:

1. Какая патология имеется у пациента? Сформулируйте диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
3. Назовите возможные причины развития данного осложнения.
4. Какие профилактические мероприятия надо было проводить, чтобы избежать развитие данного осложнения?
5. Какую лечебную тактику Вы выберете у данного больного?

Задача 10. В поликлинику по месту жительства обратился за помощью пациент 33-х лет. Со слов больного за 2 дня до обращения во время столярных работ под ногтевую пластинку 3 пальца левой кисти попала заноза. Пациент самостоятельно удалил занозу. На момент обращения предъявляет жалобы на сильные «дергающие» боли под ногтем. Давление на ноготь усиливает боль. При осмотре под ногтевой пластинкой определяется скопление гноя продолговатой формы, достигающее практически ногтевой лунки.

Вопросы:

1. Какая патология имеется у пациента? Сформулируйте диагноз.
2. Какой тактики следует придерживаться у данного пациента: консервативная терапия или оперативное лечение?
3. В случае выполнения хирургического пособия, какой вид операции следует выполнить? Какой вид обезболивания наиболее предпочтителен?
4. Следует ли проводить профилактику столбняка? Если да, то по какой схеме?

Задача 11. У больного 80 лет диагностирован неоперабельный рак желудка. Пациент истощен, похудел за последний месяц на 8 кг, тургор кожи снижен. В течение 5 дней отмечает появление пульсирующей боли, покраснение и припухлости в околоушной области справа, затрудненное и болезненное глотание, сухость во рту. При обследовании состояние больного тяжелое, температура тела 39,0°C. Язык сухой, покрыт грязно-серым плотным налетом, слизистая полости рта отечна, в области отверстия околоушного протока отмечается гиперемия. Пальпация околоушной области резко болезненная, кожа напряжена, мягкие ткани лица отечны, симптом флюктуации не определяется. При легком массаже околоушной слюнной железы из слюнного протока выделяется мутная слюна. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

Вопросы:

1. Какая патология имеется у пациента? Сформулируйте диагноз.
2. Каковы предрасполагающие факторы развития данного заболевания?
3. Какой фактор является решающим в развитии данного заболевания?
4. Каковы основные возбудители инфекции?
5. Какие основные методы лечения вам известны?

Colloquium 4_2025_semester 2

6. Целесообразно ли введение ферментных препаратов?
7. Какое анатомическое образование нужно учитывать в случае необходимости проведения оперативного вмешательства?
8. Какие методы профилактики данного осложнения?

Задача 12. Больная 67 лет находилась на лечении в поликлинике по месту жительства по поводу правосторонней нижнедолевой пневмонии, которая развилась после переохлаждения. Участковым терапевтом назначены инъекции гентамицина. На 3 сутки амбулаторного лечения состояние больной прогрессивно ухудшилось, появилась одышка до 30 в минуту, резкая слабость, боли в правой половине грудной клетки, лихорадка до 38 градусов с ознобом.

Больная госпитализирована в стационар бригадой СМП. На уровне приемного отделения больная обследована. В клиническом анализе крови гемоглобин 96 г/л, лейкоциты 19000/мкл, палочкоядерные нейтрофилы 12%, сегментоядерные 64%. В биохимическом анализе крови отмечается повышение общего и непрямого билирубина до 67 и 55 ммоль/л соответственно. На рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции справа определяется затемнение легочного поля с косой границей до IV ребра (счет спереди).

Вопросы:

1. Какое осложнение пневмонии развилось у больной?
2. Какую ошибку допустил участковый терапевт в тактике лечения больной?
3. Какую хирургическую манипуляцию показано провести больной для разрешения данного осложнения?
4. Какой ведущий патологический симптом описан в данной задаче?
5. Какие дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования необходимо провести данной больной для выбора оптимальной тактики лечения?

Задача 13. Пациент дважды оперирован по поводу несостоятельности швов анастомоза с развитием перитонита после резекции желудка. В настоящее время состояние крайне тяжелое. Находится на искусственной вентиляции легких, температура 35,8⁰ С, ЧСС 120 в минуту, АД 80/50 мм рт.ст., лейкоциты 3×10^9 /л в литре, прогрессируют явления почечной недостаточности, развился ДВС-синдром. Физикальные и инструментальные признаки перитонита после последней операции отсутствуют.

Вопросы:

1. Классифицируйте имеющуюся у пациента хирургическую инфекцию.
2. Каковы вероятные возбудители этой инфекции?
3. Какие синдромы имеются у больного? Объясните, почему.
4. Означает ли прогрессирование полиорганной недостаточности с развитием шока, что у больного в настоящее время имеется невыявленный инфекционный очаг?
5. Какие необходимы диагностические мероприятия?
6. Требуется ли в настоящее время оперативное лечение?
7. Требуется ли введение антибиотиков в данной ситуации, когда явления перитонита отсутствуют? Почему?
8. Какая еще консервативная терапия требуется в данном случае?
9. Каков прогноз заболевания?

Задача 14. Мужчина 38 лет, занимаясь ремонтом в собственной квартире, упал со стремянки и ударился о пол левой половиной грудной клетки. Сознание не терял, боли в грудной клетке купировал приемом таблеток анальгина. За медицинской помощью не обращался. На 6 сутки от травмы отметил ухудшение самочувствия, лихорадку до 38,5 гр с ознобом, одышку, слабость. Обратился самостоятельно в приемное отделение больницы.

Colloquium 4_2025_ semester 2

При осмотре отмечается асимметрия грудной клетки, отставание ее левой половины при дыхании, подкожная гематома в проекции VIII ребра по средне-подмышечной линии, там же – отек и патологическая крепитация. При аускультации дыхание в нижних отделах левой половины грудной клетки не проводится. ЧДД 24 в мин, АД 100/70 мм.рт.ст, пульс 98 в минуту. На рентгенограмме грудной клетки в прямой и левой боковой проекции выявлена осумкованная жидкость, а также перелом VIII ребра с незначительным смещением отломков. Выполнена плевральная пункция, при которой получена лизированная кровь с примесью гноя.

Вопросы:

1. Какое травматическое повреждение следует подозревать у данного пациента и к развитию какого заболевания оно привело?
2. Какой ведущий патологический синдром описан в данной задаче?
3. Каковы основные принципы проведения плевральной пункции?
4. Какие дополнительные методы лабораторного и инструментального обследования необходимо провести больному?
5. Что необходимо учитывать для назначения антибактериальной терапии у данного больного?

Задача 15. На 2-е сутки после операции по поводу огнестрельного ранения правого бедра состояние больного резко ухудшилось. Развилась гипертермия до 40⁰С, тахикардия, одышка, расстройство сознания по типу делирия. В области послеоперационной раны в средней и нижней трети правого бедра определяется отек мягких тканей, из раны появилось обильное серозно-геморрагическое отделяемое с гнилостным запахом. При пальпации в окружности раны определяется крепитация мягких тканей.

Вопросы:

1. Какое осложнение огнестрельного ранения развилось у пострадавшего?
2. Классифицируйте имеющуюся у пациента хирургическую инфекцию.
3. Каков наиболее вероятный возбудитель этой инфекции?
4. Какие синдромы имеются у больного? Объясните, почему.
5. Принципы хирургического и консервативного лечения данного вида осложнения?

Задача 16. Больной 43 лет длительно страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с ежегодными обострениями. Регулярно противоязвенную терапию не получает, лечится самостоятельно облепиховым маслом. Доставлен в хирургический стационар с болями в животе. Со слов больного около 2 часов назад внезапно появились резкие, «кинжальные», боли во всех отделах живота без тошноты и рвоты.

При осмотре: состояние тяжелое, кожные покровы бледные, влажные, АД 100/60 мм.рт.ст., пульс 102 в минуту, ритмичный, ЧДД 20 в минуту. Положение пациента вынужденное, лежит на правом боку с прижатыми к животу ногами. Живот не участвует в акте дыхания, напряжен и болезненный во всех отделах, с-м Щеткина-Блюмберга положительный.

В клиническом анализе крови лейкоциты 12,6 тыс, эритроциты 4,8, гемоглобин 133 г/л. При УЗИ брюшной полости по правому латеральному каналу, в малом тазу и под печенью лоцируется свободная жидкость. На обзорной рентгенограмме брюшной полости определяется свободный газ под диафрагмой.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует подозревать у больного и какое осложнение заболевания развилось у данного пациента?
2. Применение каких инструментальных методов исследования (кроме перечисленных) позволяет верифицировать диагноз в подобной клинической ситуации?
3. Какие патологические синдромы описаны в данной задаче?
4. Какую хирургическую тактику вы выберете при лечении данного больного?
5. Что необходимо учитывать для назначения антибактериальной терапии у данного больного?
6. Нуждается ли данный больной в предоперационной подготовке?

Задача 17. В клинику доставлен больной со слепым огнестрельным ранением мягких тканей правого бедра, осложненного повреждением общей бедренной артерии. Рана обильно загрязнена землей. На догоспитальном этапе с целью гемостаза на пострадавшую конечность наложен артериальный жгут.

Вопросы:

1. Развитие какой специфической раневой инфекции вероятно в данном клиническом случае? Какие микроорганизмы могут вызывать данный вид раневой инфекции?
2. Каковы особенности выполнения хирургической обработки раны у пострадавшего?
3. Какие антисептики целесообразно использовать для санации раны у данного пациента?
4. Каковы особенности антибактериальной терапии у данного пациента. Перечислите группы антибактериальных препаратов, применение которых наиболее целесообразно.
5. Следует ли проводить профилактику столбняка? Если да, то по какой схеме?

Задача 18. Больная 89 лет доставлена бригадой СМП в приемное отделение больницы на носилках. Собрать анамнез не представляется возможным ввиду старческого слабоумия. Со слов дочери известно, что около трех месяцев назад по поводу механической желтухи больной наложена холецистостома под контролем УЗИ. Также известно, что около двух суток назад по стоме перестала отделяться желчь, появились боли в животе.

Состояние больной тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные. АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс 98 в минуту, ритмичный, ЧДД 20 в минуту. Живот умеренно вздут, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, слабо участвует в акте дыхания, болезненны в правых отделах, где также определяются симптомы раздражения брюшины. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости свободного газа и уровней жидкости не определяется. При УЗИ органов брюшной полости лоцируется свободная жидкость в правых отделах брюшной полости и малом тазу, а также виден свободно лежащий в брюшной полости конец дренажа, желчный пузырь при этом уменьшен в размерах.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предполагать у больной?
2. Какие патологические синдромы описаны в данной задаче?
3. Какую хирургическую тактику вы выберете при лечении данной больной?
4. Что необходимо учитывать для назначения антибактериальной терапии у данной пациентки?
5. Нуждается ли больная в предоперационной подготовке?

Задача 19. У больного с множественными огнестрельными ранениями голени после хирургической обработки рана ушита наглухо, выполнена иммобилизация конечности. Через 2 сутки после операции у пациента появились клинические признаки неклостридиальной анаэробной раневой инфекции. Принято решение о проведении консервативных мероприятий, лечения ран посредством перевязок. В течение суток проводимая терапия без эффекта, в связи с чем больному выполнена ампутация конечности на уровне бедра под жгутом с формированием культи. Несмотря на проведенную ампутацию через сутки у пострадавшего отмечен выраженный отек культи бедра с распространился на переднюю брюшную стенку, отмечено нарастание симптомов интоксикации.

Вопросы:

1. Какие ошибки были совершены на этапах оказания помощи пострадавшему:
 - при выполнении хирургической обработки раны;
 - при развитии неклостридиальной анаэробной раневой инфекции;
 - при выполнении ампутации.

Colloquium 4_2025_semester 2

2. Какова особенность выполнения хирургических вмешательств при данном виде раневой инфекции.
3. Какие принципы проведения консервативных мероприятий после хирургического вмешательства при развитии данного вида раневой инфекции?

Задача 20. Выполняя ремонт одежды, пациент уколол иглой ладонную поверхность дистальной фаланги 2-го пальца кисти. Через 2-е суток от момента получения травмы отметил появление болей в поврежденном пальце. На следующие сутки появился выраженный отек пальца, распространяющийся на его основание, резкая болезненность при движениях в проксимальном и среднем межфаланговых суставах. Больной к врачу не обращался, лечился самостоятельно согревающими компрессами. На 4-е сутки после получения ранения в ночное время отметил усиление болей в пальце, в связи с чем в утренние часы обратился в поликлинику по месту жительства.

При осмотре пациент в сознании, температура в подмышечной впадине 37,8°C. Местный статус: проксимальная, средняя и дистальная фаланга резко отечны, гиперемированы. Палец в вынужденном полусогнутом состоянии, попытка активных либо пассивных движений в межфаланговых сочленениях сопровождаются резким усилением болей. Пульс удовлетворительных качеств, ритмичный, до 100 ударов в минуту. АД 125/70 мм.рт.ст. ЧДД 18 в минуту, лейкоциты крови 16×10^9 в литре, со сдвигом формулы влево (палочкоядерных нейтрофилов 16%).

Вопросы:

1. Классифицируйте имеющуюся у пациента хирургическую инфекцию.
2. Каков наиболее вероятный возбудитель этой инфекции?
3. Какие синдромы имеются у больного? Объясните, почему.
4. Какие еще диагностические мероприятия необходимо выполнить?
5. Какая операция необходима больному? Какова ее срочность?
6. Чем будет закончено хирургическое вмешательство? Какое лечение понадобится в дальнейшем?
7. Требуется ли введение антибиотиков? Если да, то какие виды антибактериальных препаратов могут быть использованы?
8. Какая еще консервативная терапия требуется в данном случае?

Задача 21. На четвертые сутки после выполнения первичной хирургической обработки рваной раны правого плеча, полученной в результате огнестрельного ранения, у больного развился клостридиальный мионекроз. При проведении микробиологического исследования имеющегося экссудата выявлен рост *Cl. Perfringens*.

Вопросы:

1. Какие особенности течения данного вида раневой инфекции вам известны?
2. Какое оперативное вмешательство выполняется в данном клиническом случае?
3. Какие особенности ведения послеоперационного периода у данной категории пациентов вам известны?

Задача 22. К хирургу в поликлинику обратился мужчина 30 лет. Из анамнеза известно, что в течение 5 суток беспокоит наличие болезненного уплотнения в области верхней губы. В течение суток в центре уплотнения появился гнойничок, отмечено усиление болей в данной зоне, появилась головная боль, отметил повышение температуры тела до 39 гр по С.

Местно: в области верхней губы имеется конусовидно возвышающийся инфильтрат кожи диаметром 0,5 см, в центре определяется верхушка некротического стержня. Отек распространяется на область глаза, вследствие чего глазная щель несколько сужена.

Вопросы:

1. Каков клинический диагноз? В чем опасность данной патологии?

Colloquium 4_2025_ semester 2

2. Какова тактика врача поликлиники?
3. Какие лечебные мероприятия необходимы?

Задача 23. В отделение гнойной хирургии госпитализирован пациент 40 лет с жалобами на наличие образования типа инфильтрата на задней поверхности шеи, повышение температуры тела до 40 гр по С. На поверхности инфильтрата имеется несколько гнойно-некротических пустул, создающих впечатление наличия «слета», которые в центре сливаются между собой и образуют обширный некроз. Вокруг инфильтрата имеется выраженный отек тканей. Из анамнеза известно, что у больного имеется сахарный диабет 1-го типа, в течение суток отмечает отсутствие аппетита, нарастает слабость. Пациенту назначены антибиотики, постельный режим, дезинтоксикационная терапия. В течение последующих суток состояние больного не улучшилось, отмечено увеличение зоны отека тканей по задней поверхности шеи.

Вопросы:

1. Какое заболевание следует предполагать у пациента?
2. Какова ваша тактика лечения при данной патологии?
3. Какой патогенный микроорганизм наиболее частый возбудитель данной патологии?
4. Что предрасполагает к возникновению этого заболевания?
5. Какой метод лечения применяется при данном заболевании? В чем особенность хирургического вмешательства?

Задача 24. Пациентка 75 лет госпитализирована в хирургическое отделение с жалобами на боли в области левой ягодицы, повышение температура тела до 39 гр по С. Из анамнеза известно, что восемь дней назад ей произвели введение в правую ягодицу 10 мл 25% раствора сернокислой магнезии.

Местно: кожные покровы левой ягодицы не изменены, определяется их небольшая отечность, пальпация болезненная на значительном протяжении, флюктуация не определяется, однако локально имеется участок выраженной инфильтрации, резко болезненный при пальпации.

Вопросы:

1. Какое заболевание Вы заподозрили у больной?
2. Какие методы обследования целесообразно провести с целью подтверждения диагноза и локализации процесса?
3. Если Вы примете решение об операции, то из каких этапов она будет состоять?
4. Если оперативное пособие будет выполнено, какие методы местного лечения будут целесообразно использовать в дальнейшем?

Задача 25. В поликлинику к хирургу обратилась женщина 54 лет с жалобами на боли в правой подмышечной области, усиливающиеся при движениях конечности в плечевом суставе, повышение температуры тела до 38,2 гр по С. Считает себя больной в течение 10 дней, заболевание развилось после бритья волос в подмышечной впадине.

Местно: в подмышечной области определяется припухлость кожи багрово-красного цвета, а также три одиночных узла, незначительно болезненные при пальпации, выступающие над уровнем кожи. При пальпации одного из них определяется флюктуация. Инфильтрат спаян с кожей.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Какая причина заболевания по Вашему мнению?
3. Что непосредственно воспаляется при данном заболевании?
4. Какой возбудитель является причиной воспаления?
5. Каков план ваших лечебных мероприятий?

6. Какое местное лечение показано пациентке?

Задача 26. Кадровый военный в мирное время получил травму: наступил на ржавый гвоздь. Обратился за помощью в медпункт. Из анамнеза известно, что после плановой вакцинации военнослужащих прошло 4 мес.

Вопросы:

1. Надо ли ему проводить специфическую профилактику столбняка?
2. Нуждается ли больной в экстренной профилактике столбняка? Если да, то по какой схеме следует ее проводить?

Задача 27. Больная 23 лет поступила в клинику с жалобами на боли ноющего характера в области крестца. Около года назад перенесла острый стафилококковый сепсис на фоне гидраденита, после чего стали беспокоить боли в области крестца. Около полугода назад пациентка была оперирована в экстренном порядке, с ее слов была вскрыта «нагноившаяся киста копчика». В послеоперационном периоде в проекции копчика сформировался свищ, который постоянно функционирует, отделяемое гнойное. За 2 недели до госпитализации в клинику со слов пациентки через свищ отошел фрагмент костной ткани.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Какова изначальная причина развития заболевания?
3. Какие методы обследования целесообразно провести с целью подтверждения диагноза и локализации процесса?
4. Какова лечебная тактика при данной патологии?

Задача 28. Пациент 45 лет в течение недели лечился амбулаторно по поводу подкожного панариция средней фаланги 3-го пальца левой кисти. В поликлинике в день обращения гнойник был вскрыт разрезом 0,5 см по ладонно-боковой поверхности средней фаланги, но существенного улучшения не наступало. На момент осмотра сохраняются интенсивные ноющие боли в 3-ем пальце, имеется общая слабость, недомогание, головная боль, повышение температуры тела до 37,6 гр по С. Палец увеличен в объеме, в слегка согнутом положении в межфаланговых суставах. При попытке разгибания пальца боли усиливаются, резкая боль по ходу сухожилия.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Каковы причины неэффективности проведенных лечебных мероприятий?
3. Какой патогенный микроорганизм наиболее частый возбудитель данной патологии?
4. Какой метод лечения применяется при данном заболевании: консервативная терапия или оперативное вмешательство?
5. В случае выполнения хирургического пособия, какой вид операции следует выполнить? Какой вид обезболивания наиболее предпочтителен?

Задача 29. Больной 28-ми лет около 3-х недель тому назад во время слесарных работ получил травматическое повреждение металлической стружкой ладонной поверхности 2-го пальца в проекции проксимального межфалангового сустава. Стружку удалили на рабочем месте в медпункте, рану обработали 5% спиртовым раствором йода. В последующем пациент отметил

Colloquium 4_2025_ semester 2

постепенное нарастание болей в зоне поврежденного сустава. Палец приобрел веретенообразную форму, движения в суставе стали резко болезненные, кожа над суставом гиперемирована.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Какой патогенный микроорганизм наиболее частый возбудитель данной патологии?
3. Какой метод лечения применяется при данном заболевании: консервативная терапия или оперативное вмешательство?
4. В случае выполнения хирургического пособия, какой вид операции следует выполнить? Какой вид обезболивания наиболее предпочтителен?

Задача 30. Пациент 50 лет во время ремонтных работ гвоздем глубоко наколот мягкие ткани ногтевой фаланги 2 пальца правой кисти. В течение 14 дней получал амбулаторно консервативное лечение: местно применялось физиотерапевтическое лечение, мазевые повязки. За этого период появилось колбообразное утолщение ногтевой фаланги, напряжение мягких тканей. В течение 2-х суток отмечает выраженные боли в пальце, усиливающиеся при пальпации, повышение температура тела до 38 гр по С. При рентгенологическом исследовании выявлены признаки выраженного остеопороза ногтевой фаланги.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Какой патогенный микроорганизм наиболее частый возбудитель данной патологии?
3. Какие методы лечения применяется при данной патологии?
4. В случае выполнения хирургического пособия, какие особенности проведения операции при данной патологии? Какой вид обезболивания наиболее предпочтителен?

Задача 31. Пациентка 34-х лет обратилась в стационар с жалобами на сильные дергающие боли в I пальце правой кисти. Из анамнеза заболевания известно, что за пять дней до обращения чистила картошку и поранила ножом кожу в области мягких тканей ногтевой фаланги I пальца по ладонной поверхности. Пыталась лечиться самостоятельно водочными компрессами, - без эффекта. На момент осмотра отмечается повышение температуры тела до 38 гр по С, головная боль, общее недомогание.

Местно: имеется гиперемия кожи 1-го пальца, выраженный напряженный отек, распространяющиеся на область ладонного возвышения 1-го пальца в виде шарообразной припухлости, распространяющейся на внутреннюю поверхность нижней трети правого предплечья. Отмечает резкое усиление болей при попытке движения первым пальцем и сгибания кисти. Большой палец отведен, полусогнут в пястно-фаланговом сочленении.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Какой патогенный микроорганизм наиболее частый возбудитель данной патологии?
3. Какие методы лечения применяется при данной патологии?
4. В случае выполнения хирургического пособия, какие особенности проведения операции при данной патологии? Какой вид обезболивания наиболее предпочтителен?

Задача 32. Пациент 34-х лет госпитализирован в отделение гнойной хирургии с амбулаторного приема. Предъявляет жалобы на сильные боли в пятом пальце левой кисти и прилежащем ульнарном отделе кисти. Ночью практически не спит из-за болей. Имеется повышение температуры тела до 38 гр по С, слабость, головная боль. Со слов больного, за неделю до обращения много работал молотком, отверткой и гаечным ключом.

Colloquium 4_2025_semester 2

Местно: имеются множественные мелкие ссадины в области ладонной поверхности основной фаланги V пальца и прилегающей части ладони на фоне выраженного напряженного отека, застойной гиперемии кожи, особенно области гипотенара. Отек распространяется на тыл кисти в проекции V пястной кости. При пальпации определяется резкая болезненность, участок размягчения, ограничение движений (особенно затруднено отведение и приведение мизинца).

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Какой патогенный микроорганизм наиболее частый возбудитель данной патологии?
3. Какие методы лечения применяется при данной патологии?
4. В случае выполнения хирургического пособия, какие особенности проведения операции при данной патологии? Какой вид обезболивания наиболее предпочтителен?