

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

Задача 1. К Вам обратился пациент с жалобами на боли в икроножных мышцах при ходьбе на расстояние 300 метров. В покое боли проходят. Вышеуказанные жалобы в течении 1,5 лет. Из анамнеза известно, что пациент курит в течении 20 лет.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 177 см, вес – 89 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 78 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: нижние конечности сформированы и развиты правильно, имеется бледность кожного покрова, волосяной покров отсутствует, мускулатура развита слабо. При пальпации болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренных артериях ослаблена, на подколенных, артериях тыла стопы не определяется.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?
6. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?

Задача 2. Пациент 1 час назад получил ранение осколком стекла во время ремонта в квартире. При осмотре на передней поверхности правого бедра имеется линейная рана длиной 6 см, шириной 3 см, глубиной 3 см. Края раны ровные, не разможены, зияют. Из раны активно поступает темная кровь неппульсирующей струей. Кожные покровы вокруг раны не изменены.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Какое требуется первоочередное лечебное мероприятие в данной ситуации? Какова его экстренность?
4. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка?

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

5. В чем будет заключаться комплекс хирургической обработки раны, и каковы основные цели ее проведения?
6. Чем Вы закончите хирургическое вмешательство?
7. Необходимы-ли в данном случае способы дополнительной обработки раны после выполнения хирургической обработки?
8. Показано ли дренирование раны?
9. Требуется ли введение антибиотиков? Если да, то какие виды антибактериальных препаратов могут быть использованы?
10. Какие осложнения характерны для этого вида ран?
11. Какой тип заживления раны следует ожидать?

Задача 3. В стационар поступил женщина 78 лет с жалобами на боли в животе. Боли возникают после приема пищи. Пациентка периодически отмечает запоры, вздутие живота. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет, пациентка 7 раз лечилась стационарно с диагнозом обострение хронического панкреатита. Лечение каждый раз приносило кратковременный эффект, не смотря на то что женщина придерживалась строгой диеты, боли возобновлялись.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 158 см, вес – 69 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 70 ударов в минуту, АД 135/65 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Периодически запоры.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 4. В стационар госпитализирован пациент с огнестрельным ранением левого плеча. Больной получил ранение около 2 часов назад, с его слов – от неизвестных лиц, пытавшихся совершить ограбление. Состояние пациента средней тяжести. При осмотре имеются входное отверстие на передней поверхности и выходное на задней поверхности плеча, наружное кровотечение умеренной интенсивности.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Перечислите главные особенности данного вида ран.
4. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка?
5. В чем будет заключаться комплекс хирургической обработки раны, и каковы основные цели ее проведения?
6. Чем будет закончено хирургическое вмешательство?
7. Какие виды дополнительной обработки раны можно применять в последующем лечении?
8. Показано ли дренирование раны? Если да, то какие виды дренирования раны наиболее предпочтительны в лечении данного пациента?
9. Требуется ли введение антибиотиков? Если да, то какие виды антибактериальных препаратов могут быть использованы?
10. Какие осложнения характерны для этого вида ран?
11. Какой тип заживления раны следует ожидать?

Задача 5. К Вам обратился пациент с жалобами на боли в икроножных мышцах при ходьбе на расстояние 20 метров. В покое боли проходят. Вышеуказанные жалобы в течении 5 лет. Из анамнеза известно, что пациент курит в течении 30 лет.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 180 см, вес – 95 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 80 ударов в минуту, АД 145/85 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: нижние конечности сформированы и развиты правильно, имеется бледность кожного покрова, волосяной покров отсутствует, мускулатура развита слабо. При пальпации болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренных, подколенных, артериях тыла стопы не определяется.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

5. Какова Ваша лечебная тактика?
6. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?

Задача 6. В стационар госпитализирован пациент с ранением передней брюшной стенки. Со слов сопровождающих, около 30 минут назад в ходе драки больной получил удар в живот длинным узким ножом. Состояние пациента тяжелое, сознание отсутствует, кожные покровы мраморной бледности, пульс нитевидный. При осмотре на передней брюшной стенке в правом подреберье имеется рана 2*0,3 см. Края раны ровные, не зияют. Активное наружное кровотечение отсутствует. Кожные покровы вокруг раны не изменены.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Перечислите главные особенности данного вида ран.
3. В чем наиболее вероятная причина тяжелого состояния пациента?
4. В чем будет заключаться хирургическое лечение? Какова его экстренность?
5. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Опишите процедуру проведения профилактики столбняка.

Задача 7. К вам обратился пациент 32 лет с жалобами на тупые распирающие боли, тяжесть и отек правой верхней конечности, которые появились сегодня утром. При тщательном опросе удалось выяснить, что мужчина спал с женой, которая перед тем как заснуть положила голову ему на плечо, а пациент, боясь потревожить супругу, не стал убирать руку и заснул в этом положении. Среди ночи он почувствовал жгучие боли и онемение правой руки, в связи с чем извлек ее из-под головы супруги и продолжил свой сон. После пробуждения с утра обнаружил появление указанных жалоб. Самостоятельно не лечился, сразу обратился за медицинской помощью.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: правая верхняя конечность увеличена в размерах (+1 см в средней трети предплечья, +3 см в средней трети плеча), кожный покров цианотичной окраски, отмечается набухание подкожных вен, отек подкожной

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

клетчатки тыла кисти. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация на лучевой и локтевой артериях отчетливая.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 8. К вам обратилась пациентка 33 лет с жалобами на тупые распирающие боли и отек левой нижней конечности, усиливающиеся при нахождении в вертикальном положении тела и уменьшающиеся в положении лежа. Со слов больной на протяжении 5-и месяцев по рекомендации гинеколога (дисфункция яичников репродуктивного периода) принимает комбинированные оральные контрацептивы (Ярина). Три дня назад отметила появление тупых распирающих болей в левой нижней конечности, отек в области нижней трети левой голени. За медицинской помощью не обратилась, самостоятельно не лечилась. Впоследствии отек стал нарастать, боли усиливались, левая голень значительно увеличилась в размерах, в связи с чем обратилась за консультацией.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 165 см, вес – 78 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 82 удара в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, имеется небольшой цианоз кожного покрова, пастозность мягких тканей в области нижней трети голени, голень увеличена в размерах: +1 см в нижней трети, +3 см в средней трети, +2 см в верхней трети. Отмечается усиление подкожного венозного рисунка, варикозных вен не определяется, имеются множественные ретикулярные вены и телеангиоэктазы. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация артерий стопы отчетливая.

Вопросы:

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

1. Какой патологический синдром имеет место?
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?
6. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?

Задача 9. Пациент получил травму 4 суток назад при падении с лестницы. При осмотре на наружной поверхности верхней трети предплечья имеется рана размерами 5 x 3 см. Рана неправильной формы, с неровными контурами, кожа вокруг гиперемирована, напряжена, с участками некрозов и кровоизлияний. Из раны отмечается поступление гнойного отделяемого. Область вокруг раны при пальпации болезненна.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Какое осложнение имеет место?
4. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка?
5. В чем будет заключаться комплекс хирургической обработки раны?
6. Чем будет закончено хирургическое вмешательство?
7. Какие виды дополнительной обработки раны можно применять после проведения хирургической обработки?
8. Показано ли дренирование раны? Если да, то какие виды дренирования раны наиболее предпочтительны в лечении данного пациента?
9. Требуется ли введение антибиотиков? Если да, то какие виды антибактериальных препаратов должны быть использованы?
10. Назначьте местное лечение с учетом вида раны и фазы раневого процесса.
11. Какой тип заживления раны следует ожидать?

Задача 10. К Вам обратилась пациентка 57 лет с жалобами на тупые распирающие боли в левой нижней конечности, усиливающиеся в вертикальном и сидячем положении тела, значительно усиливающиеся при ходьбе, что вынуждает пациентку прекратить движение, уменьшающиеся при принятии горизонтального положения и возвышении нижних конечностей,

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

постоянный отек левой голени и увеличение ее в размерах, потемнение кожи левой голени. В анамнезе илео-фemorальный тромбоз 4 года назад. Лечилась консервативно, с тех пор постоянно принимает не прямые антикоагулянты (варфарин), флеботоники (детралекс) курсами, носит компрессионные гольфы (2го класса компрессии), однако проводимое лечение не улучшает качество ее жизни и ограничивает трудоспособность.

При осмотре: общее состояние относительно удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 170 см, вес – 85 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 72 удара в минуту, АД 140/80 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров цианотичной окраски с участком гиперпигментации на внутренней поверхности нижней трети голени с неровными четкими границами неправильной формы в поперечнике до 6 см. Конечность увеличена в объеме (+5 см на уровне с/3 голени, +8 см на уровне с/3 бедра), мягкие ткани голени отечны. Имеются варикозно расширенные вены в бассейне БПВ на внутренней поверхности бедра, распространяющиеся на подвздошно-паховую область и переднюю брюшную стенку. При пальпации конечность теплая, отмечается уплотнение кожи в центре гиперпигментации, варикозные вены легко сжимаются, безболезненные. Чувствительность, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация сохранена на всем протяжении. Правая нижняя конечность без особенностей.

При ультразвуковом ангиосканировании: слева – наружная и общая подвздошные вены не визуализируются, кровоток четко не картируется, общая бедренная и поверхностная бедренная вены сужены на 80% за счет гиперэхогенных пристеночных масс, при цветовом картировании определяются признаки клапанной недостаточности, остальные глубокие вены проходимы без признаков клапанной недостаточности. БПВ и ее притоки расширены с признаками клапанной недостаточности и варикозной трансформации.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы Вам необходимы для определения лечебной тактики?
3. Назовите наиболее опасные осложнения данного заболевания
4. Какова Ваша тактика лечения?

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

Задача 11. Больной был оперирован по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита. На 4-е сутки послеоперационного периода появились сильные боли в области раны, гипертермия до 39⁰ С в вечернее время с ознобом. В проекции раны отмечается гиперемия и отечность кожных покровов, распространяющиеся на боковую поверхность передней брюшной стенки. При пальпации определяется уплотнение без четких границ размерами до 20 x 10 см. В центре уплотнения определяется положительный симптом флюктуации. При пальпации области раны отмечается выраженная болезненность и поступление умеренного количества гнойного отделяемого между швами.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Какое осложнение имеет место?
4. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка?
5. В чем будет заключаться комплекс хирургической обработки?
6. Чем будет закончено хирургическое вмешательство?
7. Какие виды дополнительной обработки раны можно применять после проведения хирургической обработки?
8. Показано ли дренирование раны? Если да, то какие виды дренирования раны наиболее предпочтительны в лечении данного пациента?
9. Требуется ли введение антибиотиков? Если да, то какие виды антибактериальных препаратов должны быть использованы?
10. Назначьте местное лечение с учетом вида раны и фазы раневого процесса.
11. Какой тип заживления раны следует ожидать?

Задача 12. Больной 79 лет в экстренном порядке была выполнена холецистэктомия по поводу острого деструктивного калькулезного холецистита. Течение раннего послеоперационного периода у больной осложнилось развитием двухсторонней нижнедолевой пневмонии.

Вопросы:

1. Какие предпосылки могли способствовать развитию пневмонии у данной больной?
2. Какой комплекс лечебных мероприятий необходимо было проводить данной больной с целью профилактики развития пневмонии?

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

3. Какие сопутствующие заболевания, имевшиеся у больной, могли явиться неблагоприятным фоном для развития пневмонии в раннем послеоперационном периоде?

Задача 13. В стационар доставлена пациентка 86 лет с жалобами на интенсивные боли в правой нижней конечности. Из анамнеза известно, что пациентка длительное время страдает ИБС: мерцательной аритмией, трижды перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре: общее состояние тяжелое. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 160 см, вес – 91 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 88 ударов в минуту, пульс аритмичный, АД 140/90 мм.рт.ст., ЧД – 19 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: нижние конечности сформированы и развиты правильно, имеется выраженная бледность кожного покрова правой нижней конечности, последняя холодная на ощупь. Пульсация справа на бедренной, подколенной артерии не определяется, слева ослаблена. При пальпации болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
3. Чем опасно данное заболевание?
4. Какова Ваша лечебная тактика?
5. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?

Задача 14. У пациента при поступлении в стационар имеются жалобы на интенсивные боли в правой подвздошной области. Общее состояние больного средней тяжести. Отмечается наличие тахикардии. АД 130/90 мм. При пальпации передней брюшной стенки определяется защитное напряжение мышц в нижних отделах живота, кишечные шумы не выслушиваются, положительные симптомы раздражения брюшины.

Вопросы:

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

1. Имеются ли у больного абсолютные показания для выполнения оперативного вмешательства?
2. Проведение какого объема предоперационного обследования показано больному? Составьте план обследования.
3. Какую предоперационную подготовку необходимо провести пациенту?

Задача 15. Пациентка 78 лет при падении с высоты собственного роста получила перелом шейки левого бедра 7 дней назад. Доставлена в отделении травматологии, где было налажено скелетное вытяжение. Пациентка получала симптоматическую противовоспалительную и анальгетическую терапию. Было предложено эндопротезирование тазобедренного сустава. В течение недели родственниками была собрана необходимая сумма для покупки эндопротеза, была запланирована операция. Перед операцией пациентке было выполнено ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей, при котором выявлено: справа – тромботическая окклюзия мышечных вен икроножной мышцы с переходом на подколенную и поверхностную бедренную вены с наличием свободной флотирующей головки тромба длиной в общей бедренной вене до 4,5 см.

Вопросы:

1. Какую ошибку допустили врачи-травматологи при лечении пациентки методом скелетного вытяжения?
2. Как необходимо было проводить профилактику венозного тромбоза в этом случае?
3. Как срочно должно быть выполнено эндопротезирование тазобедренного сустава при переломе шейки бедра?
4. Какова тактика лечения данной больной?

Задача 16. В приемное отделение хирургической клиники доставлен сотрудник частного охранного предприятия 35 лет. После 12-часового пребывания в легковом автомобиле во время дежурства, отметил появление тяжести и тупых распирающих болей в левой нижней конечности. За медицинской помощью по окончании смены не обратился, самостоятельно не лечился. На протяжении 2-х суток боли не утихали, появилась отечность стопы, голень увеличилась в объеме, в связи с чем вызвал скорую помощь и доставлен в больницу. Отец пациента умер в 56 лет от «оторвавшегося тромба».

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост – 181 см, вес – 112 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС- 62 в мин, АД-130/80 мм рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, имеется небольшой цианоз кожного покрова, пастозность мягких тканей в области нижней трети голени, голень увеличена в размерах: +1 см в нижней трети, +3 см в средней трети отмечается усиление подкожного венозного рисунка, варикозных вен не определяется. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность и пассивные движения сохранены в полном объеме. Активные движения в голеностопном суставе ограничены в связи с болезненностью. Видимых повреждений кожи стопы и голени – не выявлено Пульсация артериальных сосудов определяется на всех уровнях. Правая нижняя конечность без особенностей.

Выполнено ультразвуковое ангиосканирование, при котором выявлено: слева – окклюзивный тромбоз мышечных вен икроножной и камбаловидной мышцы, неокклюзивный тромбоз подколенной вены с наличием свободной флотирующей в поверхностную бедренную вену верхушки длиной до 4,5 см. Остальные поверхностные и глубокие вены проходимы с обеих сторон.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы Вам необходимы для определения лечебной тактики?

Задача 17. У больного, оперированного по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, местного перитонита, на 3-е сутки произошло нагноение послеоперационной раны. На 10-е сутки послеоперационного периода после проведенного комплекса лечебных мероприятий в правой подвздошной области имеется рана размерами 10 x 3 см, глубиной до 3 см. Кожные покровы вокруг раны не изменены. Края раны ровные, дно выполнено ярко-розовой грануляционной тканью, отделяемого из раны нет. Пальпация краев раны безболезненна.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Назначьте местное лечение с учетом вида раны и фазы раневого процесса.

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

4. Требуется ли в настоящее время дренирование раны?
5. Требуется ли в настоящее время введение антибиотиков?
6. Когда и каким образом следует закрывать рану?
7. Каков тип заживления раны?

Задача 18. К Вам обратился пациентка 45 лет с жалобами на наличие болезненного уплотнения на правом бедре и голени. Наличие варикозных вен в анамнезе отрицает. На протяжении 10 лет отмечает отеки нижних конечностей, усиливающиеся к концу дня и уменьшающиеся после ночного отдыха, тяжесть в нижних конечностях, периодически возникающие ночные судороги. Около 5-и дней назад отметила появление болезненного уплотнения и покраснения кожи на правой голени. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала согревающие компрессы. На фоне такого лечения покраснение увеличивалось в размерах и распространилось на бедро, в связи с чем обратилась за консультацией. Работает уборщицей.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гипертеническое, рост – 170 см, вес – 95 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 76 ударов в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст., ЧД – 17 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: см. фотографию. При пальпации определяется уплотнение в виде жгута на правой голени и бедре в зоне гиперемии, при пальпации горячее, болезненное. Чувствительность, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация сохранена на всем протяжении.

Вопросы:

1. Опишите локальный статус.
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?



Рисунок к задаче 18.

Задача 19. 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 наложен артериальный жгут.

Вопросы:

1. Какие инфекционные осложнения со стороны раны могут развиваться у данного больного?
2. Перечислите мероприятия специфической профилактики?

Задача 20. К Вам обратилась пациентка 28 лет с жалобами на наличие расширенных вен на правой нижней конечности, тяжесть и тупые распирающие боли в правой нижней конечности, возникающие в конце рабочего дня, уменьшающиеся и полностью исчезающие после ночного отдыха. Работает менеджером. Впервые появление расширенных вен отметила во время беременности 2,5 года назад. Активно не лечилась, в связи с прогрессированием заболевания обратилась за консультацией.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 165 см, вес – 63 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 70 ударов в минуту, АД

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

120/80 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме. Местно – см. фото.

Вопросы:

1. Опишите локальный статус.
2. Предварительный диагноз?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
4. Чем опасно данное заболевание?
5. Какова Ваша лечебная тактика?



Задача 21. В приемное отделение доставлен мужчина 65 лет с жалобами на затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха, боли в грудной клетке, сухой кашель. Со слов больного и сопровождавших стало известно, что мужчина 6 дней назад вернулся в Москву из Новой Зеландии, где находился в командировке. Во время 19-часового авиаперелета в бизнес классе пациент отметил появление тяжести в обеих голених, больше справа, и их отек. Ранее неоднократно при длительных авиаперелетах отмечал появление отека нижних конечностей, который самостоятельно проходил, поэтому серьезного внимания ему мужчина не уделял. На этот раз пациент также не обратил

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

внимание на отек и за медицинской помощью не обратился. Между тем, отек левой нижней конечности исчез сразу после ночного отдыха, в то время как отечность и боли справа прогрессивно нарастали, однако, в связи с занятостью на работе к врачу не обращался. Вчера вечером отек распространился с голени на правое бедро, в связи с чем пациент записался на прием к хирургу на следующий день. Сегодня утром при подъеме с кровати почувствовал резкое головокружение, затрудненное дыхание и потерял сознание. Очнувшись ощутил резкую слабость, затруднение вдоха, боли в грудной клетке, сильное сердцебиение, сухой кашель, одышку при малейшей физической активности в связи с чем вызвал скорую помощь и доставлен в стационар.

При осмотре: общее состояние тяжелое, стабильное. В сознании, контактен, ориентирован. Кожный покров с цианотичным оттенком. Телосложение гиперстеническое, рост – 175 см, вес – 95 кг. Дыхание жесткое, проводится во всех отделах, ЧД – 24 в мин. Тоны сердца приглушены, определяется акцент и расщепление II тона в 3-й точке, ЧСС- 125 в мин, ритм правильный, АД – 90/60 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Газы отходят, мочевого пузыря пустой при катетеризации.

Местно: правая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров цианотичен, определяется отек мягких тканей на голени, голень увеличена в размерах: +3 см в н/3, +5 см в с/3, +6 см в в/3, бедро увеличено в размерах: +6 см в с/3. В бассейне большой подкожной вены имеются варикозно измененные притоки, набухшие в горизонтальном положении, при пальпации сжимающиеся, кожный покров над ними обычной окраски. При пальпации температура кожи повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация артерий стопы отчетливая. Левая нижняя конечность без особенностей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы необходимы для уточнения диагноза?
3. Какова Ваша лечебная тактика?
4. С чем связано развитие заболевания в данном случае и было ли возможно его избежать?

Задача 22. К Вам обратился пациент 52 лет с жалобами на постоянный отек левой нижней конечности, усиливающийся к концу дня, потемнение кожи левой голени в области нижней трети. В анамнезе тромбоз глубоких вен 3 года

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

назад. С тех пор указанные жалобы прогрессивно нарастают. Постоянно принимает непрямые антикоагулянты (варфарин), нерегулярно пропивает флеботоники (детралекс).

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 174 см, вес – 80 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 66 ударов в минуту, АД 130/80 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме.

Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров обычной окраски с участком гиперпигментации на внутренней поверхности нижней трети голени с неровными четкими границами неправильной формы в поперечнике до 10 см, а также участками белого цвета в центре пигментации. Конечность увеличена в объеме (+3 см на уровне средней трети голени, +6 см на уровне средней трети бедра), голень отекая в области нижней трети. Имеются варикозно расширенные вены в бассейне БПВ на внутренней поверхности голени. При пальпации конечность теплая, отмечается рубцовое уплотнение кожи в центре гиперпигментации, варикозные вены легко сжимаются, безболезненные. Чувствительность, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Артериальная пульсация сохранена на всем протяжении. Правая нижняя конечность без особенностей.

При ультразвуковом ангиосканировании: слева – глубокие вены проходимы на всем протяжении, стенки вен утолщены, имеются внутрисосудистые синехии и пристеночные гиперэхогенные массы. При проведении компрессионных проб определяются признаки клапанной недостаточности на поверхностной бедренной, подколенной и задних большеберцовых венах. Имеются перфорантные вены на голени с признаками клапанной несостоятельности и связанные с ними варикозные притоки большой подкожной вены. Справа – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз
2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы Вам необходимы для определения лечебной тактики?
3. Назовите наиболее опасные осложнения данного заболевания
4. Какова Ваша тактика лечения?

Задача 23. Больному планируется выполнение планового оперативного вмешательства: лапаротомии, резекции сигмовидной кишки.

Вопросы:

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

1. Какую подготовку кишечника необходимо выполнить пациенту в предоперационном периоде?
2. В чем заключается комплекс механической подготовки кишечника к оперативному вмешательству?
3. Назовите основные принципы селективной очистки кишечника?
4. Определите основные принципы профилактики послеоперационной пневмонии, тромбоэмболических осложнений и пареза кишечника у данной категории больных.

Задача 24. К Вам обратился пациент 28 лет с жалобами на долго не спадающий отек правой голени. В анамнезе перелом правой лодыжки с последующей гипсовой иммобилизацией на протяжении 6 недель. После снятия гипсовой повязки отметил отек в области нижней трети правой голени. Врачом-травматологом назначена лечебная физкультура, физиотерапия, не смотря на проведения которых отек не спадал. В связи с сохраняющимися жалобами выполнено ультразвуковое ангиосканирование при котором выявлено: справа – окклюзивный тромбоз задних большеберцовых вен и вен икроножной мышцы (суральных вен), остальные поверхностные и глубокие вены обеих нижних конечностей проходимы. В связи с ультразвуковыми находками направлен на консультацию.

При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост – 179 см, вес – 78 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 72 удара в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст., ЧД – 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме. Местно: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров обычной окраски, определяется пастозность мягких тканей в области нижней трети голени и голеностопного сустава, голень увеличена в размерах: +1 см в нижней трети, +3 см в средней трети. Подкожный венозный рисунок не усилен, варикозной трансформации подкожных вен нет. При пальпации конечность теплая, определяется легкая болезненность в области голеностопного сустава и медиальной головки икроножной мышцы в средней ее трети. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены в полном объеме. Активные и пассивные движения ограничены в голеностопном суставе вследствие отека и тугоподвижности. Пульсация артерий стопы отчетливая.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз

Задачи 3-ого коллоквиума (1 семестр) "Хирургические синдромы"

2. Какие дополнительные лабораторные и инструментальные методы Вам необходимы для определения лечебной тактики?
3. Назовите наиболее опасные осложнения данного заболевания
4. Какова Ваша тактика лечения?
5. Возможно ли было прогнозировать и предотвратить развитие данного заболевания?