

**Министерство здравоохранения Украины
Винницкий национальный медицинский университет
имени Н.И. Пирогова**

**Задачи для составления сценариев для
объективного структурированного клинического экзамена
по хирургии, детской хирургии**

Клиническая ситуация № 1

Поздно вечером на скамейке у приемного отделения больницы, под фонарем замечен молодой человек без видимых признаков жизни. Рядом использованы пустые ампулы из-под морфина и шприц. Объективно уровень сознания - 4 балла по шкале ком Глазго (глубокая кома). На подключенном к больному мониторе: отсутствует дыхание, брадикардия 40 уд / мин., Гипотония 50/0 мм Клинически - точечные зрачки, цианоз лица, места свежих инъекций на предплечье.

Вопросы для контроля:

1. Почему потерпевший не разговаривает, не ориентируется в пространстве и времени?
2. Чем отравление?
3. Определить глубину комы?
4. Ведущий синдром танатогенеза (неотложное состояние) при обследовании пациента?
5. Как обеспечить сохранность витальных функций?
6. Какой антидот нужно использовать, в какой дозе?

Клиническая ситуация №2

Пациентка 64 лет поступила в приемный покой со следующими клиническими признаками: заторможена, шумное клокоча дыхания, которое слышно на расстоянии, пена изо рта, кожа бледная с цианотичным оттенком, покрыта липким потом. ЧСС 100 уд. в мин., АД 180/90 мм.рт.ст., ЧД 35 в мин. В нижних отделах легких - крепитация, ослабление дыхания, большое количество мелкопузырчатых влажных хрипов.

Вопросы для контроля:

1. Какие обстоятельства ухудшения состояния пациента важны?
2. Какие характерные симптомы дыхательной недостаточности при отеке легких?
3. Для какого состояния характерна аускультативная картина?
4. Оцените гемодинамику пациента, как этиологического фактора?
5. Как уменьшить венозный возврат и которые пеногасители вы примените?
6. Для чего назначаются гипотензивные, нитроглицерин?
7. С какой целью применяются дексаметазон, диуретики при отеке легких?

Клиническая ситуация №3

В больницу машиной скорой помощи доставлена больная А, 22 лет. Общее состояние тяжелое, больной заторможен, адинамическая. Верхние веки опущены, больная самостоятельно не может открыть глаза. Жалобы на выраженную слабость, многократную рвоту, сухость во рту, «туман перед глазами», тяжесть при глотании даже жидкой пищи. Кожа бледная, тонус скелетных мышц снижен, тоны сердца приглушены, ЧСС 130 уд. в мин., АД 90/35 мм, ЧД 32 в мин. Менингеальные знаки отсутствуют, температура Субфебрильная. Накануне употребляла в пищу мясные консервы домашнего приготовления.

Вопросы для контроля:

1. Для какого заболевания характерно употребление мясных консервов?
2. Какие характерные жалобы у пациента с ботулизмом?
3. Какие характерные физикальные признаки при осмотре у пациента с ботулизмом?

4. Как предупредить дальнейшее всасывание токсинов из ЖКТ
5. Какой будет специфическая терапия?
6. Какие другие лекарственные средства применяются

Клиническая ситуация №4

Ночью в приемное отделение обратилась мама с мальчиком 9 мес. Ребенок заболел внезапно дней назад с повышением температуры тела до 39,0 С, отмечалось затруднение дыхания в состоянии покоя, значительном увеличении частоты дыхания с периодами апноэ. Объективно: ребенок резко заторможен и реагирует на сильный раздражитель, при дыхании имеющийся симптом «качели», гипертензия, тахикардия, отмечается цианоз кожных покровов. Дыхание тахипноэ с периодами апноэ, аускультативно - хрипы крепитирующие характера.

Вопросы для контроля:

1. Какие обстоятельства на прогрессирование заболевания?
2. Определите симптомы ДН?
3. Для какого состояния это характерно и какова степень стеноза?
4. Какой метод восстановления проходимости дыхательных путей следует применить для лечения данной дыхательной недостаточности?
5. С какой целью проводится оксигенотерапия и седация?
6. Какие лекарственные средства применяются при стенозирующем ларинготрахеите

Клиническая ситуация №5

В приемное отделение обратилась мама с ребенком - мальчиком 6 лет. Ребенок упал со скейтборда, имеет жалуется на боль в области левого бедра в состоянии покоя, значительное увеличение левого бедра в объеме. Объективно. Сознание - оценка по шкале ком Глазго 9-10 баллов, кожа Бледная-цианотическая, сухие слизистые, тургор кожи резко снижен в форме «палатки», симптом бледного пятна более 5 сек, артериальное давление 70/10 мм, тахикардия 135 в мин. При осмотре в области нижней трети левого бедра определяется отек мягких тканей, гематома внушительных размеров.

Вопросы для контроля:

1. О чем говорит связь состояния больного и получения травмы?
2. Определите сердечно-сосудистые симптомы при обследовании пациента?
3. Определите вид неотложного состояния и степень шока?
4. Какие пути проведения инфузионной терапии, цель оксигенотерапии?
5. Методы коррекции ОЦК
6. Какие симпатомиметическими средствами применяются и когда?
7. Какая гемостатическая терапия применяется?
8. Какая заместительная терапия препаратами крови?

Клиническая ситуация №6

Больной 44р, которому было проведено эндопротезирование тазобедренного сустава 6 дней назад, находится в травматологическом отделении. Внезапно в туалете после напряжения потерял сознание, где и был найден медицинским персоналом. Объективно: выраженная одышка 35 / мин, выраженный цианоз верхней половины грудной клетки, набухание шейных вен. В момент осмотра больной в сознании, пульс 120 в мин, АД 100/65 мм. Определите характер патологического состояния и объем неотложной помощи.

Вопросы для контроля:

1. Какие обстоятельства ухудшения состояния пациента важны для установления диагноза?
2. Какие основные симптомы дыхательной недостаточности?
3. Для чего характерно настоящее характер цианоза и набухание шейных вен почему?

4. С какой целью назначают оксигенотерапию?
5. С какой целью и какое дозирование антикоагулянтов?

Клиническая ситуация №7

Больной 42 лет лечится в отделении интенсивной терапии по поводу синдрома длительного сжатия. При лабораторном обследовании: мочевина - 28,4 ммоль / л; креатинин - 820 мкмоль / л; К - 7,2 ммоль / л; Нв - 76 г / л; эр. - $2,4 \cdot 10^{12}$ / л. Диурез 50 мл / сут. Какое осложнение возникло у больного? Назначьте лечение.

Вопросы для контроля:

1. Какое осложнение возникло и какая стадия острой почечной недостаточности у больного?
2. Каковы основные критерии олигоануричной ст. ОПН (норма мочевины, креатинина)?
3. Какая норма калия в сыворотке крови.
4. Основные принципы оказания неотложной помощи при олигоануричной стадии острой почечной недостаточности.
5. Какие методы экстракорпоральной детоксикации применяются?
6. Другие пути устранения гиперкалиемии?
7. Как снизить катаболизм в организме больного?
8. Другие пути коррекции гомеостаза?

Клиническая ситуация №8

По словам матери, девочка 14 лет пожаловалась на тошноту, рвоту, за 5:00 до возникновения жалоб ела свежие приготовленные опята. При осмотре - сознание помрачено, Т тела 37,5°C. Кожа бледная, одиночные геморрагические высыпания, покрыта холодным потом. Пульс 80 в мин, ритм. АД 100/60 мм Тоны сердца несколько ослаблены, чистые, ритмичные. Над легкими везикулярное дыхание. Живот мягкий, болезненный при пальпации у пупка справа в подреберье. Стул жидкий. Живот диффузно-болезненный, печень выступает на 1,5-2 см из-под реберной дуги. ПТИ 51%. АЛТ 2,1 ммоль/л, билирубин 88 ммоль/л.

Вопросы для контроля:

1. При каких обстоятельствах возникли перечисленные жалобы и клиника?
2. Какие особенности установлены при пальпации живота?
3. Какие изменения отмечаются в лабораторных исследованиях?
4. Какие дополнительные лабораторные исследования следует выполнить для верификации диагноза?
5. Какая начальная терапия (предупреждения дальнейшего всасывания и др.)?
6. Какой экстракорпоральных методов следует применить, с какого времени?
7. Какой антидот следует ввести?
8. Какая патогенетическая терапия отравления бледной поганкой?

Клиническая ситуация №9

Больной находится в отделении реанимации по поводу ОПН, неуточненной (N 17.9). Последние несколько дней отмечается увеличение диуреза до 4 литров, не зависит от объема вводимой жидкости. Жалобы на тошноту, рвоту, головокружение. Пульс - 134 в мин., АД - 100/65 мм рт.ст., температура тела - 37,20С. Электролиты крови Na + - 132 ммоль/л, К + - 2,3 ммоль/л, Cl- - 91 ммоль/л. Какое осложнение возникло у больного? Назначьте лечение.

Вопросы для контроля:

1. Какая стадия острой почечной недостаточности у больного?
2. Каковы основные критерии полиуричной стадии ОПН (норма креатинина, мочевины в сыворотке крови)?
3. Норма калия в сыворотке крови?

4. Основные принципы оказания неотложной помощи при полиурической стадии острой почечной недостаточности?
5. Какими растворами проводить коррекцию гипокалиемии?
6. Каким раствором обеспечивается энергетическая потребность организма?
7. Какая диетотерапия используется?

Клиническая ситуация №10

В приемное отделение скорой помощи доставлена женщина 32 лет в сопровождении мужа. Сознание нарушено 7-8 баллов по шкале ком Глазго. АО 90/60 мм рт ст, пульс - 98 в минуту, дыхание Куссмауля, запах ацетона изо рта. Гликемия 18,5 мм / л, рН крови 7,05; ВЕ -6ммоль / л емкость бикарбонатного буфера 10 ммоль / л; ацетон в моче +++++. По словам мужа, болен сахарным диабетом 1 типа. Последние 7 дней получала цефтриаксон по поводу левосторонней нижнедолевой пневмонии.

Вопросы для контроля:

1. Чим обусловлена тяжесть состояния больной?
2. Ведущий синдром при обследовании больного?
3. Определение глубины нарушения сознания.?
4. Какие манипуляции необходимо провести?
5. Определить направления интенсивной терапии.

Клиническая ситуация №11

В отделение интенсивной терапии поступила больная 82 лет с нарушением сознания 10-11 баллов по шкале Глазго с жалобами на жажду, слабость, тошноту. Объективно: снижение тургора кожи, глазные яблоки мягкие. АО 85/60 мм рт ст, пульс - 106 за мин аритмичный. Лабораторные показатели: сахар крови - 40 ммоль / л, Na крови 150 ммоль / л, Cl - 115 ммоль / л, K - 4,8 ммоль / л. Осмолярность плазмы крови - 345 ммоль / л. Кетонурия отсутствует. С анамнеза известно, что болен ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью и сахарным диабетом II типа. В течение последних двух недель принимала диуретики.

Вопросы для контроля:

1. Что скорее спровоцировало ухудшение состояния больной?
2. Ведущий синдром при обследовании больного?
3. Какое нарушение сознания соответствует 10 - 11 баллам по ШКГ?
4. Определение вида нарушения водно-электролитного баланса?
5. Направки проведения интенсивной терапии?

Клиническая ситуация №12

У больного, находившегося на стационарном лечении по поводу острого аппендицита, при в / в введения цефтриаксона возникли головокружение, резкая общая слабость и затрудненное дыхание, сыпь. Пульс - 100 уд. / Мин, АД - 40/0 мм рт. ст. В легких свистящие хрипы, выдох резко удлинен. Из анамнеза известно, что бронхиальной астмой пациент не болел. Определите патологическое состояние и объем неотложной помощи.

Вопросы для контроля:

1. Причины ухудшения состояния пациента?
2. Прекратить инфузию цефтриаксона
3. Определить ведущие синдромы при обследовании пациента.
4. Способы коррекции артериального давления.

Клиническая ситуация №13

В столовой больницы при употреблении вишен у больного наступил приступ удушья, затруднение вдоха - больной посинел и потерял сознание. Имеющиеся неэффективны для вдоха дыхательные движения грудной клетки при участии в акте дыхания вспомогательных мышц. При осмотре отмечается выраженный диффузный цианоз, мышечная гипотония, пульс - 40 уд. / Мин, АД - 50/30 мм рт.

Вопросы для контроля:

1. Чем обусловлено ухудшение состояния пациента?
2. Какой тип и тяжесть дыхательной недостаточности?
3. Какая неотложная помощь должна быть оказана?
4. Симптоматическая терапия при отсутствии дыхания после восстановления проходимости верхних дыхательных путей.

Клиническая ситуация №14

В приемное отделение доставлен бригадой «скорой медицинской помощи» больная 45 лет. Страдает бронхиальной астмой 14 лет. Бессистемно использовала сальбутамол и беротека (полтора флаконы за 2 дня). На момент поступления в приемное отделение: самостоятельно сидеть не может, дыхание «стонущее», на обращение не реагирует, при прикосновении - вялая мимическая реакция. Общий цианоз. Дыхание самостоятельное со значительно удлиненным выдохом, SpO₂ 39%. Тоны сердца очень глухие, аритмичные. АД 40/20 мм рт.ст.,

Возможные вопросы для контроля:

1. Чем обусловлен тяжелое состояние пациента?
2. Какой тип и степень дыхательной недостаточности?
3. Диагноз?
4. Способы коррекции гипоксии?
5. Способы коррекции бронхоспазма.

Клиническая ситуация №15

В приемное отделение больницы обратился больной 23 лет с жалобами на боль в животе, тошнота, рвота, понос, которые возникли из-за 1:00 после употребления грибов с красной шляпкой. Объективно: кожа бледная, покрыта потом, сердечная брадиаритмия, усиленная перистальтика кишечника, гиперсаливация, зрачки сужены, миоклонические подергивания мышц. АД 80 / 50мм.рт.ст. Ps 46 в мин.

Вопросы для контроля:

1. Чем обусловлен состояние пациента?
2. Ведущий синдром при обследовании пациента?
3. Какая неотложная помощь?
4. Какой антидот необходимо ввести?
5. Какие меры являются первоочередными для коррекции гемодинамики?

Клиническая ситуация №16

Семейный врач проводил ревакцинацию ДП больной А. возрастом 26р. Через 5 мин женщина жалуется на головокружение, слабость, появился уртикарные сыпь по всему телу. При обследовании АД-50 / 20мм.рт.ст, ЧСС-на периферических сосудах 140 / мин, слабого наполнения, частота дыхания - 26 / мин.

Вопросы для контроля:

1. Определить ведущие симптомы возможной патологии.
- 2.Поставиты предварительный диагноз.
2. Определить клиническую форму шока
3. Оказать неотложную помощь.

Клиническая ситуация №17

К больному П. 15 лет., была вызвана бригада экстренной медицинской помощи. Сестра сообщила, что брат ремонтировал настольную электрическую лампу. Возникло замыкание и брат упал на пол.

Объективно: По передней поверхности тела следы вхождения тока. Без сознания, рефлексы отсутствуют, пульса нет на сонной артерии. После приезда скорой помощи на ЭКГ диагностирована фибрилляция желудочков сердца.

Вопросы для контроля:

1. Что является причиной тяжелого состояния больного?
2. Диагноз?
3. Неотложная помощь?
4. Интенсивная терапия?

Клиническая ситуация №18

У больного Р. 20 г., на 2-е сутки после удаления нагноившейся копчиковой кисты в хирургическом отделении возникло возбуждение, понос, общая слабость, одышка. Объективно: Конечности холодные на ощупь, акроцианоз, холодный липкий пот. АД - 60/20 мм рт.ст., ЧСС - 135 уд / мин., Частота дыхания - 29 / мин., Т тела - 39,5°C. Перистальтика усилена. Лабораторное обследование - лейкоциты - $22 \cdot 10^9 / л$, п / я - 32%, с / я - 43%, лимф. - 25%.

6. Вопросы для контроля:

1. Определить основные симптомы возможной патологии.
2. Поставить предварительный диагноз.
3. Какие дополнительные методы обследования нужны для уточнения диагноза.
4. Вызначить способ стабилизации гемодинамики.
5. Определить характер антибиотикотерапии.

Клиническая ситуация №19

К больной Д. 16 лет вызвали семейного врача по поводу потери сознания. Из анамнеза состояние ухудшилось после встречи со школьными друзьями. Сначала было нарушение равновесия, языка, дезориентация в пространстве и личности, тошнота, рвота. Объективно: кожа и видимые слизистые оболочки бледные, АД-100 / 70 мм.рт.ст, ЧСС-110 уд / мин., Тоны сердца звучные. Частота дыхания - 20 / мин., SaO₂-92%, отмечается храп. Над легкими везикулярное дыхание, ведущие влажные хрипы. Перистальтика выслушивается. Тонус мышц снижен. Корнеальный и рвотный рефлекс отсутствует. Зрачки сужены реагируют на свет. Симптомы раздражения менингеальных оболочек отрицательные.

Вопросы для контроля:

1. Почему потерявший сознание не разговаривает, не ориентируется в пространстве и времени?
2. Ведущий синдром при обследовании пациента?
3. Определение глубины комы?
4. Обеспечение витальных функций?
5. Какие стадии форсированного диуреза?

Клиническая ситуация №20

В хирургическое отделение поступила привлекательной внешности пациентка 23 лет, долгое время лечилась амбулаторно в связи с незаживающей язвой голени. Соседи по палате отметили, что больной самостоятельно сделала себе какую-то инъекцию, после чего в нее резко появился повышенный аппетит, однако продуктов питания у нее было мало. Через 10-15 минут у больной началось возбуждение, гипертонус мышц, гиперемия кожи лица, которые впоследствии изменились потерей сознания.

Объективно. Без сознания, зрачки расширены, реакция на болевое раздражение сохранена. Влага холодная бледная кожа, тургор сохранен. На коже следы большого количества инъекций, стоит венозный катетер в кубитальной вене. Повышенная судорожная готовность. На подключенном к больному мониторе: частота дыхания 12 в минуту, тахикардия 110 уд / мин., Артериальное давление 90/50 мм, сатурация крови 92%. Лабораторные исследования отсутствуют.

Вопросы для контроля:

1. Почему пострадавший не разговаривает, не ориентируется в пространстве и времени?
2. Определение глубины комы, наличие судорожной готовности?
3. Выявление следов от подкожных инъекций?
4. Причина холодного липкого пота, повышенного аппетита?
5. Какой антидот был введен, доза?

Клиническая ситуация № 21

Больной В, 29 лет, на производстве получил удар металлической арматурой в область правого надплечья. При осмотре определяется отек правой надключичной ямки, боль при пальпации правой ключицы, крепитация отломков, укорочение правой половины плечевого пояса. По тылу правого плечевого пояса ушибленная рана размерами 3 × 5 см. В ране видны костные отломки. При рентгенографии определяется перелом со смещением.

1. Обоснуйте клинический диагноз.
2. Какой метод лечения целесообразно применить?
3. Укажите сроки восстановления работоспособности.

Клиническая ситуация № 22

Больной Н, 18 лет, упал с велосипеда. Жалуется на боль в области левого надплечья, ограничение движений в плечевом суставе.

При осмотре: левую руку больной прижимает к груди и поддерживает под локоть правой. Левое надплечье укорочено по сравнению с правым, в проекции ключицы определяется отечность и деформация. При пальпации отека - болезненность и крепитация костных отломков. Активные движения в плечевом суставе ограничены и болезненны.

Поставьте предварительный диагноз.

Укажите типичное смещение отломков.

Какой метод лечения целесообразно применить?

Клиническая ситуация № 23

Рабочему 28 лет на правую голень упала металлическая балка. В течение 1 часа с момента травмы доставлен в травматологическое отделение больницы в состоянии средней тяжести.

На передне-внутренней поверхности верхней трети правой голени имеется рана размером 10 × 3 см. Отмечается выраженная деформация и укорочение голени. При попытке перевести поврежденную ногу, голень сгибается в месте повреждения (патологическая подвижность).

Ваш диагноз?

Какая тактика лечения?

Клиническая ситуация № 24

Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился участком большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в

травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована кнаружи.

Самостоятельно поставить стопу вертикально не может. Попытка сделать это с посторонней помощью приводит к появлению сильной боли в тазобедренном суставе. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, вместо этого он сгибает ее, и нога скользит пяткой по постели (симптом «прилипшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненное.

Ваш диагноз?

Какие дополнительные исследования необходимо выполнить?

Какая тактика?

Клиническая ситуация № 25

Строитель 44 лет, во время работы упал с 3-го этажа на строительный мусор. Ушиб правую ногу. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре правое бедро укорочено и деформировано в средней трети. Пальпация этой области болезненна. Определяется патологическая подвижность в месте травмы.

Самостоятельно поднять выпрямленную ногу больной не может. По передне-наружной поверхности правого бедра в средней трети имеется рана размером 12x4 см, в которой видны костные отломки.

Ваш диагноз?

Какой метод лечения показан?

Клиническая ситуация № 26

Больной С, 28 лет, жалуется на боль в левом локтевом суставе, нарушение движений в нем. Травма вследствие падения на согнутый локоть.

При осмотре: левую руку, согнутую в локтевом суставе, поддерживает противоположной за предплечье. Локтевой сустав увеличен в объеме, выраженный отек по задней поверхности сустава. При пальпации локтевого отростка отмечается болезненность, нарушена равнобедренность треугольника Гютера, западение между отломками. Активное разгибание предплечья невозможно, пассивное - болезненно.

Поставьте предварительный диагноз.

Какой метод лечения целесообразно применить и в чем он заключается?

Клиническая ситуация № 27

Больной Л., 57 лет, обратился в травмпункт с жалобами на боль в области лучезапястного сустава, нарушение функции кисти. Травма вследствие падения на руку с упором на согнутую кисть.

При осмотре: левое предплечье отечное в нижней трети, присутствует «штыкообразная» деформация. Кисть находится в положении сгибания. Пальцы кисти находятся в полусогнутом положении. Пальпаторно - резкая боль. Движения в суставе резко ограничены, чувствительность в пальцах не нарушена.

Сформулируйте диагноз.

Укажите виды смещения периферического отломка.

Какой метод лечения целесообразно применить и в чем он заключается?

Клиническая ситуация № 28

Больная 60 лет поскользнулась на тротуаре, при падении ударилась ладонью. Жалуется на боль при движениях в правом лучезапястном суставе. При осмотре: правое предплечье отечное в нижней трети, есть «штыковидная» деформация. Давление на дистальную часть лучевой кости резко болезненно.

Укажите диагноз повреждения.

Укажите виды смещения периферического отломка.

Способ обезболивания при вправлении отломков.
Какой метод лечения целесообразно применить и в чем он заключается?

Клиническая ситуация № 29

Больной К, 52 лет, жалуется на боль в правом плече, нарушение функции конечности. Травма в результате падения на плечо.

При осмотре: плечо увеличено в объеме за счет отека, есть угловая деформация его в нижней трети. При пальпации - резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность в нижней трети плеча. Кисть в положении ладонного сгибания, ее разгибание и отведение 1-го пальца невозможны. Также отсутствует чувствительность кожи в области «анатомической табакерки», пульсация на лучевой артерии сохранена.

На рентгенограмме наблюдается косая линия перелома на границе средней и нижней трети со смещением отломков.

Сформулируйте клинический диагноз, какое осложнение возникло у больного?

Определите тактику дальнейшего лечения.

Укажите сроки восстановления функции конечности.

Клиническая ситуация № 30

Молодая девушка, поднимаясь по лестнице, упала и ударилась о ступеньку. Обратилась в травматологический пункт. При осмотре: левый коленный сустав увеличен в объеме (гемартроз). Определяется локальная болезненность при пальпации надколенника. Сгибание коленного сустава вызывает боль. Разогнутую в коленном суставе ногу больная поднять не может. Между фрагментами надколенника пальпаторно определяется щель.

Поставьте предварительный диагноз.

Укажите метод лечения и сроки иммобилизации.

Клиническая ситуация № 31

Пациентка 38 лет после падения на отведенную руку почувствовала резкую боль в области правого плечевого сустава.

При осмотре наблюдается отек, деформация в верхней трети плеча, кровоизлияние по внутренней поверхности плеча. Ось конечности нарушена. Больная поддерживает руку в вынужденном несколько отведенном положении. Активные движения в плечевом суставе из-за боли невозможны, пассивные - резко болезненны и ограничены. Пальпация: локальная боль ниже большого бугорка плечевой кости.

Поставьте предварительный диагноз.

Какой метод обследования необходим для уточнения диагноза?

Укажите метод лечения и сроки иммобилизации.

Клиническая ситуация № 32

Машиной скорой помощи в травматологический пункт доставлен больной Л, 36 лет, с жалобами на боль в правом предплечье, нарушение функции конечности, наличие раны. Травма в результате ДТП.

При осмотре: правая рука иммобилизована транспортной шиной. Выраженный отек предплечья и его деформация, укорочение сегмента. При пальпации предплечья в нижней трети отмечается резкая болезненность, крепитация и патологическая подвижность. По наружной поверхности плеча в нижней трети ушибленная рана размерами 3 × 8 см, умеренно кровоточит, характеризуется значительным повреждением мягких тканей и загрязнена, в ране выступают костные отломки.

Сформулируйте диагноз.

Какой метод лечения показан?

Клиническая ситуация № 33

Больной 24 лет упал на ноги с балкона 4-го этажа. Почувствовал резкую боль в спине. Самостоятельно стать не может. При осмотре: имеется сглаженность лордоза в поясничном отделе, видно невооруженным глазом напряжение мышц по типу «вожжей». Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены в результате боли. Осевые нагрузки на позвоночник вызывают сильную боль. При пальпации остистых отростков боль в зоне с XII грудного по I поясничный позвонок, особенно при пальпации остистых отростков с одновременной попыткой поднять разогнутые ноги. Однако повреждения спинного мозга нет.

Поставьте первичный диагноз.

Какой метод лечения показан данному больному и в чем он заключается?

Сроки лечения?

Клиническая ситуация № 34

Больной жалуется на боль в области таза, нарушение функции нижних конечностей. Травма вследствие падения на ягодицы с высоты 2 м. При осмотре: положение вынужденное (симптом Волковича), асимметрия таза – большой вертел располагается выше левого. В области лобка справа - отек, болезненность при пальпации. Отмечается укорочение правой ноги на 3 см и положительным симптомом «прилипшей пятки». Положительные также симптомы Вернеля и Ларрея.

Установите предварительный диагноз.

Какой метод лечения показан данному больному и в чем он заключается?

Сроки лечения?

Клиническая ситуация № 35

Женщина быстро шла к автобусной остановке, подвернула левую стопу внутрь. В результате этой травмы появились сильные боли в области голеностопного сустава. Обратилась в травматологический пункт. Сильные боли в области наружной лодыжки при ходьбе, хромота, не может твердо встать на больную ногу. При осмотре левого голеностопного сустава участок наружной лодыжки отечен, болезненность при пальпации, крепитация. Движения в голеностопном суставе болезненны и ограничены.

Установите предварительный диагноз.

Какой метод обследования необходим для уточнения диагноза?

Укажите метод лечения и сроки иммобилизации.

Клиническая ситуация № 36

В приемное отделение обратился больной Н, 22 лет, с жалобами на боль в области правого плечевого сустава, которая усиливается при движениях. Накануне упал на наружную поверхность плеча.

При осмотре: в области ключично-акромиального соединения отек и ступенчато-образная деформация. При пальпации болезненность, положительный симптом «клавиши».

Поставьте предварительный диагноз.

Какой метод обследования необходим для уточнения диагноза?

Дальнейшая тактика лечения.

Укажите сроки иммобилизации.

Клиническая ситуация № 37

Больной А, 35 лет жалуется на боль в левом плечевом суставе, невозможность движений в нем. Получил травму 12 часов назад в результате падения на вытянутую и отведенную руку. Левая рука в положении отведения, больной поддерживает за предплечье правой рукой.

Определяется западение дельтовидной мышцы. Под кожей четко контурируется акромиальный отросток. Активные движения невозможны. При попытке привести плечо к грудной клетке определяется усиление болезненности, сопротивление.

Укажите предварительный диагноз.

Метод диагностики.

Метод лечения.

Сроки фиксации.

Клиническая ситуация № 38

Больной Д., 41 год, доставлен бригадой СМП через 1 час после ДТП, жалуется на интенсивную боль в правом тазобедренном суставе, невозможность движений в суставе. При осмотре: правая нога ротирована внутрь, полусогнута в тазобедренном и коленном суставах, приведена. Визуально значительное укорочение по сравнению с левой ногой. Большой вертел находится выше линии Розера-Нелатона. Активные движения в тазобедренном суставе отсутствуют, при попытке пассивных - сопротивление и упругая фиксация.

Поставьте предварительный диагноз.

Метод лечения, лечебная иммобилизация, сроки иммобилизации.

Клиническая ситуация № 39

Больная С., 34 года, упала с высоты 3 м. на согнутые ноги. Поступила с жалобами на боль в левом тазобедренном суставе, невозможность движений. При осмотре: лежит на спине, левая нога полусогнута в коленном и тазобедренном суставе, отведена и ротирована наружу. Большой вертел не пальпируется. Активные движения невозможны, пассивные болезненны, упругие.

Поставьте предварительный диагноз.

Метод лечения, лечебная иммобилизация, сроки иммобилизации.

Клиническая ситуация № 40

Больной И., 18 лет, упал с опорой на переразогнутую руку. Почувствовал резкую боль в локтевом суставе, активные движения стали в нем невозможны. При осмотре: локтевой сустав деформирован. Предплечье укорочено, согнуто под углом 130 градусов. Локтевой отросток выступает назад и наружу. Треугольник Гютера нарушен. Активные движения невозможны. При попытке согнуть пассивно предплечье определяется упругое сопротивление и усиление боли.

Поставьте предварительный диагноз.

Объем первой медицинской помощи.

Метод лечения.

Метод лечебной иммобилизации, срок

Клиническая ситуация № 41

В амбулаторию обратился мальчик 16 лет с жалобами на неприятные ощущения и боль в паховой области (по ходу семенного канатика) и яичка слева, которые усиливаются при физических нагрузках.

Объективно: кожа мошонки истончена, обвисла слева, при пальпации обнаружены «червеобразно» расширены вены семенного канатика и яичка слева, которые контурируют сквозь кожу. Проба Вальсальвы положительная.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями не обходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Опишите методику проведения пробы Вальсальвы при диагностике варикоцеле.

4. Какие дополнительные методы обследования целесообразно назначить для уточнения диагноза?
5. Определите тактику лечения.

Клиническая ситуация №42

Родители девочки 4 недель отроду жалуются на то, что голова ребёнка постоянно наклонена влево, что вызвало у них значительное беспокойство.

При осмотре отмечается наклон головки ребёнка влево, поворот подбородка вправо. Попытка пассивно вывести голову ребёнка в прямое положение безуспешна, через значительное напряжение и укорочение левой грудино-ключично-сосцевидной мышцы. На уровне средней трети мышцы, визуализируется и пальпируется веретеноподобное утолщение, которое не спаяно с окружающими тканями и расположено в брюшке мышцы, признаки воспаления отсутствуют.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какие дополнительные методы обследования целесообразно назначить для уточнения диагноза.
4. Какие возможные последствия при отсутствии лечения данной патологии?
5. Когда целесообразно начинать консервативную терапию?
6. Когда показана оперативная коррекция патологии?

Клиническая ситуация №43

Родители девочки двух месяцев отроду во время пеленания обратили внимание на асимметрию кожных складок на бёдрах. С этими жалобами обратились к семейному доктору.

Из акушерского анамнеза известно, что ребёнок родился в тазовом предлежании. При объективном осмотре отмечается асимметрия кожных складок на бёдрах (что выражается в разном их количестве и разном их размещении), ограничение отведения левого бедра в тазобедренном суставе, во время чего определяется симптом «щелчка» слева (симптом Маркса- Ортолани). Левая нога короче правой.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. Какой метод обследования позволяет провести раннюю диагностику проблемы?
3. Объясните механику возникновения симптома Маркса-Ортолани.
4. Определите возможную тактику лечения.
5. Назовите оптимальные сроки начала лечения врождённого вывиха бедра

Клиническая ситуация №44

Родители ребёнка трёх недель отроду обратились за медицинской помощью к семейному доктору с жалобами на наличие у ребёнка рвоты «фонтаном» без примеси желчи, так же родители обратили внимание на то, что ребёнок не прибавляет в весе, редкие мочевыделения, стул склонен к запорам.

Объективно: у ребёнка зафиксировано дефицит массы тела 6%, во время осмотра отмечена рвота «фонтаном» без примеси желчи (объем которой превышает объем съеденной еды во время последнего кормления), в эпигастральной области отмечена гиперперистальтика по типу «песочных часов».

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Какая терапия целесообразна на до-госпитальном этапе?
4. Определить тактику ведения больного.

5. Какие дополнительные методы диагностики могут быть использованы для уточнения диагноза?

Клиническая ситуация №45

В приёмное отделение обратилась мама с ребёнком – мальчиком 14 лет. На протяжении последних трёх дней ребёнок жалуется на боль в области левого бедра в состоянии покоя, невозможность опираться на левую ногу при ходьбе вследствие выраженного болевого синдрома, повышение температуры тела до 38°C.

Объективно. При осмотре в области нижней трети левого бедра определяется гиперемия кожи, отёк мягких тканей. При пальпации и перкуссии в указанной области определяется значительная болезненность и повышение локальной температуры.

На рентгенограмме левого бедра патологические изменения костной ткани отсутствуют. В общем анализе крови имеет место лейкоцитоз $12,5 * 10^9/л$. Количество нейтрофильных форм лейкоцитов составляет 90%.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями не обходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Почему на рентгенограмме отсутствуют патологические изменения костной ткани?
4. Определить тактику лечения.
5. Есть ли необходимость иммобилизовать поражённую конечность?

Клиническая ситуация №46

В приёмное отделение обратилась мама с ребёнком – девочкой двух лет. На протяжении последних двух дней у ребёнка имеет место потеря аппетита, многократная рвота и жидкие испражнения, повышение температуры тела до 39°C, боль в животе.

Объективно. Ребёнок вялый, лежит на кушетке в принуждённом положении на правом боку с приведенными нижними конечностями к животу. Поверхностная пальпация болезненна во всех отделах, наиболее – в правой мезогастральной и паховой областях. Глубокая пальпация неинформативна в следствии выраженного беспокойства ребёнка. В правой паховой области определяется положительный симптом Воскресенского. В общем анализе крови имеет место лейкоцитоз $10,5 * 10^9/л$, количество нейтрофильных форм лейкоцитов составляет 83%.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. Определить необходимые дополнительные методы объективного обследования.
3. Как определить симптом Воскресенского?
4. С каким заболеванием необходимо провести дифференциальную диагностику?
5. Определить тактику лечения.

Клиническая ситуация №47

В приёмное отделение обратилась мама с ребёнком – девочкой 6-месячного возраста. Ребёнок пребывает на природном вскармливании. Мама ребёнка, за 12 часов до обращения, накормила ребёнка манной кашей на коровьем молоке. После чего у ребёнка имели место 2-кратная рвота, беспокойство и плач с репризами 20 минут, во время испражнения каловые массы содержали слизь розового цвета.

Объективно. При осмотре ребёнок бледный, вялый. Живот симметричный, не принимает участия в акте дыхания, не вздут, доступен глубокой пальпации и безболезненный во всех отделах, кроме правой мезогастральной области, в которой пальпаторно определяется инфильтративное умеренно болезненное, подвижное образование. Симптом запустевания правой паховой области положителен. Перитонеальная симптоматика отсутствует. При аускультации в правых мезогастральной

и паховой областях перистальтика не выслушивается. По завершению пальцевого ректального обследования на перчатке определяется «малиновое желе».

Результаты УЗИ ОБП. В правой мезогастральной области определяется УЗ-симптом «мишени», перистальтика кишечника значительно ослаблена, в правой мезогастральной области имеет место маятникообразная перистальтика

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. Дать определение симптомам «запустевание правой паховой области» и «малинового желе».
3. Определить отделение для госпитализации пациента.
4. Составить план обследования.
5. Определить тактику лечения.

Клиническая ситуация №48

К семейному врачу обратились родители ребёнка в возрасте 4 недель с жалобами на наличие пятна красного цвета, которое находится в области левого плеча ребёнка.

При объективном осмотре: по наружной поверхности средней трети левого плеча, семейный доктор обнаружил образование в виде пятна ярко-малинового цвета, с гладкой поверхностью, которая незначительно возвышается над поверхностью кожи, размерами до 0,5см в диаметре, с четкими контурами. Признаки воспаления отсутствуют. При надавливании образование бледнеет.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. Назвать методы лечения данной патологии.
3. Определить тактику лечения.
4. Дать определение критической локализации образований.

Клиническая ситуация №49

В приёмное отделение обратилась мама с ребёнком – девочкой двухмесячного возраста. Со слов матери, за 5 дней до этого, у ребёнка в области правой молочной железы появилось инфильтративное образование и покраснение кожи, из протоки периодически отделяется гнойное содержимое. Температура тела периодически повышается до 38°C.

Объективно. Правая молочная железа увеличена, плотная, при пальпации определяется инфильтрация и отёчность тканей, кожа поражённого участка гиперемирована. В общем анализе крови имеет место лейкоцитоз $11,5 \cdot 10^9/\text{л}$, количество нейтрофильных форм лейкоцитов составляет 91%.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. Определить необходимые общеклинические методы обследования.
3. Определить необходимые дополнительные методы обследования.
4. Определить тактику консервативного лечения.
5. Определить тактику хирургического лечения

Клиническая ситуация №50

В приёмное отделение обратилась мама с ребёнком – мальчиком 3-месячного возраста. Со слов матери, за 3 дня до этого у ребёнка в перианальной области появилось инфильтративное образование и покраснение кожи, периодическое повышение температуры тела до 39°C.

Объективно. В перианальной области определяется резко болезненное при пальпации плотное, напряжённое инфильтративное образование 2 см в диаметре с флюктуацией в центре, кожа над образованием гиперемированная. В общем анализе крови

имеет место лейкоцитоз $13 \times 10^9/\text{л}$, количество нейтрофильных форм лейкоцитов составляет 87%.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. Определить необходимые обще-клинические методы обследования.
3. Определить необходимые дополнительные методы обследования.
4. Определить тактику консервативного лечения.
5. Определить тактику хирургического лечения.

Клиническая ситуация №51

Родители мальчика 4 лет обратились к семейному доктору с жалобами на выпячивание в паховой области справа, которое увеличивается в вертикальном положении и при физической нагрузке и уменьшается или совсем исчезает в горизонтальном положении.

При объективном осмотре в правой паховой области отмечается выпячивание мягко-эластической консистенции при пальпации, безболезненное, легко вправляется в брюшную полость, наружное паховое кольцо расширено, кожа не изменена, симптом кашлевого толчка положителен.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Объясните методику проведения симптома кашлевого толчка.
4. Определите тактику лечения.
5. Назовите оптимальный термин назначения хирургического лечения.

Клиническая ситуация №52

В приёмное отделение обратилась мама с ребёнком – девочкой 2-недельного возраста. Мама жалуется на повышение у ребёнка, на протяжении последних 2 дней, температуры тела до 39°C , отказ от еды, слабость, которой предшествовало выраженное беспокойство, наличие покраснения кожи в области правой ягодицы.

Объективно. Ребёнок вялый, кожные покровы серого цвета с мраморным оттенком, дыхание поверхностное, определяются тахипное, тахикардия, сердечные тоны приглушённые. В области правой ягодицы определяется участок гиперемии кожи 5 см в диаметре. При пальпации поражённого участка определяется значительная болезненность, флюктуация в центре, инфильтрация и отёк тканей. В общем анализе крови имеет место лейкоцитоз $19,0 \times 10^9/\text{л}$, количество нейтрофильных форм лейкоцитов составляет 97%, имеет место токсическая зернистость нейтрофилов.

Задания.

1. Определить предварительный диагноз.
2. Какой этиологический фактор наиболее часто есть причиной заболевания?
3. С какими заболеваниями необходимо произвести дифференциальную диагностику?
4. В чём заключаются особенности хирургического лечения?
5. Какое локальное осложнение заболевания может возникнуть у пациента

Клиническая ситуация № 53

Пациент 25 лет жалуется на постоянную режущую боль в правой подвздошной области, интенсивность которого уменьшается в положении лежа на правом боку с согнутыми ногами, сухость во рту, общую слабость, повышение температуры тела до $37,9^\circ\text{C}$, отсутствие аппетита. Ноющая боль возникла вечером в эпигастрии. Через некоторое время почувствовал тошноту, была однократная рвота. Боль к утру усилилась и переместилась в правую подвздошную область. Температура тела повысилась до $37,6^\circ\text{C}$,

возникла тахикардия, сухость во рту. В детстве болел простудными заболеваниями, паротитом. Офисный работник. Курит в течение 4 лет примерно 7-8 сигарет в день. Крепкого алкоголя не употребляет, изредка - пиво и энергетические напитки.

Объективно: состояние удовлетворительное. Нормостенического телосложения. Кожа телесного цвета. АД 122/80 мм рт. ст. Пульс 92 в 1 минуту. ЧД 18 в 1 минуту, SpO₂ 98%. Аускультативно: дыхание над легкими везикулярное. Тоны сердца физиологического соотношения. При перкуссии над легочными полями ясный звук. Границы сердца обычные. При обследовании брюшной стенки: боль при пальпации и напряжение мышц передней брюшной стенки в правой нижней части, там же положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика вялая.

Приложение:

- сонограмма живота в зоне болезненности
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение УЗИ исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 54

Пациент 56 лет жалуется на приступообразную режущую боль в правом подреберье, усиливающуюся в горизонтальном положении и в положении на правом боку, которая отдает в правое плечо, лопатку, правую часть поясничной области; рвоту желудочным содержимым с примесью желчи; повышение температуры до 38,5°C, сухость во рту, общую слабость, отсутствие аппетита, вздутие живота. Болеет третьи сутки, после употребления жареного мяса, самостоятельно принимал панкреатин, спазмалгон, амоксициллин, ибупрофен с временным эффектом. В общем, интенсивность боли и лихорадка нарастают. Около года назад был эпизод похожего приступа, однако, с гораздо меньшей интенсивностью проявлений. Тогда, как считает, перечисленных лекарств оказалось достаточно для выздоровления. Работает частным предпринимателем. Не курит. Алкоголь употребляет эпизодически. Страдает артериальной гипертензией, принимает Ко-Пренесса (периндоприл / индапамид) 1т. раз в сутки.

Объективно: состояние тяжелое. Гиперстенического телосложения. Индекс массы тела 30,85. Кожа телесного цвета, слизистые субиктеричные. Язык обложен желтоватым налетом. АД 152/90 мм рт. ст.. Пульс 112 в 1 минуту. ЧД 24 в 1 минуту, SpO₂ 96%. Аускультативно: дыхание над легкими везикулярное. Тоны сердца физиологического соотношения. При перкуссии над легочными полями ясный звук. Границы сердца обычные. Живот увеличен в объеме. При обследовании брюшной стенки: боль при пальпации и напряжение мышц передней брюшной стенки в правом подреберье, там же положительный симптом Щеткина - Блюмберга. Постукивание по правой реберной дуге резко болезненно. Перистальтика вялая.

Приложение:

- сонограмма живота в зоне болезненности
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение УЗИ исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.

5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 55

Больной 55 лет, страдает желчнокаменной болезнью. После злоупотребления алкоголем и жареной пищей появилась боль опоясывающего характера в эпигастриальной области с иррадиацией в спину, тошнота, многократная рвота, не приносящая облегчения. Самочувствие прогрессивно ухудшается. При осмотре: состояние тяжелое. Пульс 130 уд/мин. АД 90/50 мм рт. ст. Суточный диурез до 450 мл. Температура тела 36.9оС. В сознании, адекватен в общении, однако немного сонливый. Гиперстенического телосложения. Чрезмерного питания, индекс массы тела 35,7. Кожа бледная, покрыта потом, тургор снижен, вокруг пупка и в поясничной области появились синюшные пятна. Видимые слизистые субиктеричные. Дыхание поверхностное, частота 31 в 1 мин. При аускультации над легкими везикулярное дыхание, слева базально с умеренным ослаблением. Тоны сердца равномерно ослаблены. Язык сухой, обложен желтоватым налетом. Живот увеличен в размерах. При пальпации передняя брюшная стенка мягкая, болезненная в эпигастриальной области, там же пальпируется болезненный инфильтрат. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика вялая.

Приложение:

- сонограмма органов брюшной полости
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение УЗИ исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений)

Клиническая ситуация № 56

Пациент 30 лет, доставлен бригадой "Скорой помощи" с жалобами на интенсивную боль в животе режущего характера, общую слабость. Заболел внезапно, часа полтора назад, когда почувствовал острую боль в эпигастриальной области. Считает, что в прошлом ничем не болел. В течение года беспокоит периодическая изжога. Последние 2 месяца, преимущественно по ночам, отмечает ноющие боли в эпигастрии. Эпизодически принимает фосфалюгель. Работает программистом. Курит более 10 лет, по меньшей мере пачку сигарет в день. Живет сам. Алкоголь не употребляет, изредка - пиво, сухое вино. Регулярно пьет крепкий кофе, иногда по 5-6 чашек.

Объективно: состояние средней тяжести. Астенического телосложения. Индекс массы тела 17,21. Кожные покровы бледные, черты лица заострены. Пульс 98 уд/мин, ритмичный, средней величины и наполнения. АД 100/60 мм рт.ст. ЧД 21 в 1 минуту, SpO₂ 98%. Со стороны сердца и легких без патологических изменений. Язык сухой, обложен налетом. Живот втянут, не участвует в акте дыхания, при пальпации резко напряженный и болезненный в верхних отделах. Симптом Щеткина - Блюмберга положительный. Перкуторно над реберными дугами высокий тимпанит. Перистальтика вялая.

Приложение:

- радиограмма органов брюшной клетки в прямой проекции
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.

4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 57

Пациент 40 лет, длительное время страдает язвенной болезнью желудка, отмечает, что за последние 2 дня боли у него стали менее интенсивными, но, в то же время, появилась нарастающая слабость, головокружение. Утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. В детстве болел простудными заболеваниями, паротитом. Частный предприниматель. Курит в течение 4 лет примерно 7-8 сигарет в день. Крепкого алкоголя не употребляет, изредка - пиво.

При осмотре: состояние средней тяжести. Астенического телосложения. Пульс 112 уд / мин. АД 115/60 мм рт. ст. Температура тела 36,3°C. ЧД 19 в 1 минуту, SpO₂ 98%. В сознании, адекватен. Кожа бледная, тургор сохранен. Видимые слизистые бледные. Аускультативно: дыхание над легкими везикулярное. Тоны сердца физиологического соотношения. При перкуссии над легочными полями ясный звук. Границы сердца обычные. Язык сухой, обложен беловатым налетом. Живот симметричный, участвует в дыхательных движениях. При пальпации передняя брюшная стенка мягкая, в эпигастриальной области очень незначительная болезненность. Печень и селезенка не пальпируются. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика вялая. Проведена фиброгастродуоденоскопия (эндофото прилагается).

Приложения:

- Фотография эндоскопической картины (ФГДС)
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение ФГДС исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 58

Пациент 68 лет жалуется на ноющую боль в правом подреберье, усиливающуюся в положении на правом боку, которая отдает в правое плечо, лопатку, правую часть поясничной области; тошноту, повышение температуры тела до 37,5°C, сухость во рту, общую слабость, отсутствие аппетита, потемнение мочи, просветления кала. Болеет третьи сутки, как считает, после переиздания, самостоятельно принимал панкреатин, спазмалгон без явного улучшения. В течение двух лет трижды были эпизоды боли в правом подреберье, принимал спазмолитики с положительным эффектом. Пенсионер. Не курит. Алкоголь употребляет эпизодически. Страдает артериальной гипертензией, принимает ко-пренесса (периндоприл/индапамид) 1т. раз в сутки, кардиомагнил, аторвастатин.

Объективно: состояние средней тяжести. Гиперстенического телосложения. Индекс массы тела 31,22. Кожа, слизистые иктеричные. Кожа сухая, тургор снижен. Язык обложен желтым налетом. АД 144/90 мм рт. ст.. Пульс 93 в 1 минуту. ЧД 21 за 1 минуту, SpO₂ 96%. Аускультативно: дыхание над легкими везикулярное. Тоны сердца ослаблены, больше первый. При перкуссии над легочными полями ясный легочный звук. Живот увеличен в объеме из-за избыточной массы тела. При обследовании брюшной стенки: боль при пальпации и незначительная резистентность передней брюшной стенки в правом подреберье, там же слабopоложительный симптом Щеткина - Блюмберга. Постукивание по правой реберной дуге болезненно. Перистальтика вялая. Пациенту выполнена ЭРХПГ (холангиограмма прилагается).

Приложение:

- холангиограмма
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Дайте трактовку результатам ЭРХПГ.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 59

Больной 45 лет. Доставлен в стационар в крайне тяжелом состоянии. Он вялый, адинамичный, тяжело вступает в контакт, не может ничего рассказать о начале заболевания. По словам соседа, который сопровождает пациента, в течение 4 суток не выходил из дома. Живет сам. Злоупотребляет алкоголем. Нетрудоустроен.

Астенического телосложения. Кожа бледная, тургор снижен. Черты лица заострены. Температура тела 39,2°C. Пульс 132 уд/мин, слабого наполнения. АД 80/40 мм рт. ст. Дыхание поверхностное, 36 в 1 мин. При аускультации над легкими везикулярное дыхание, справа внизу с умеренным ослаблением. Тоны сердца равномерно ослаблены. Язык сухой, обложен коричневым налетом. Живот вздут, при пальпации диффузно болезненный и напряженный. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Печеночная тупость отсутствует. В свободной брюшной полости отмечается жидкость. Перистальтика не выслушивается.

Приложение:

- рентгенограмма органов брюшной полости
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 60

Пациент 45 лет. Жалуется на схваткообразные боли в животе, рвоту желудочным содержимым с примесью желчи, вздутие живота, задержку отхождения газов, отсутствие стула. Боль нарастает в течение последних 3х суток, локализована больше справа и внизу живота. Начало болезни связывает с перееданием на свадьбе у родственника. В анамнезе - аппендэктомия 16 лет назад по поводу острого гангренозного аппендицита, осложненного перитонитом, перелом ключицы в детстве, травма позвоночника во время службы в армии. Работает трактористом. Курит в течение 28 лет примерно полпачки сигарет в день. Алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю.

Объективно: состояние средней тяжести. Температура тела 37,8°C. Пульс 108 уд/мин., Ритмичный, средней величины и наполнения. АД 110/70 мм рт. ст. ЧД 20 в 1 минуту, SpO₂ 97%. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычного цвета, чистые. Язык влажный, обложен белым налетом. Аускультативно: дыхание везикулярное, симметричное с обеих сторон. Тоны сердца физиологического соотношения. При перкуссии над легочными полями ясный звук. Левая граница сердца на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, где определяется сердечный толчок, права на 1 см от правого края грудины. Живот увеличен в размерах, асимметричный за счет выпячивания в правой

подвздошной области, при пальпации мягкий, болезненный в правой половине. Перистальтика усилена, определяется шум "плеска". Перкуторно над брюшной стенкой тимпанит, печеночная тупость сохранена.

Приложение:

- радиограмма органов брюшной клетки в прямой проекции
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 61

Пациент 56 лет, жалуется на боль в мышцах правого бедра, стопы и голени, возникающие при ходьбе на расстояние около 150-200 м, зябкость, онемение пальцев правой ступни. Замечает ухудшение в сырую холодную погоду. Периодически беспокоят спастические боли в животе после еды. Работает каменщиком. Курит более 40 лет, примерно пачку-полторы сигарет в день. Алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю.

Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Адекватный в общении. Астенического телосложения. Кожа телесного цвета, тургор сохранен. Слизистые бледно-розовые. АД 140/76 мм рт. ст. Пульс 68 в 1 минуту, ритмичный, средней величины и наполнения. ЧСС 64 в 1 минуту. ЧД 18 в 1 минуту, SpO₂ 98%. При аускультации легких дыхание везикулярное, рассеянные единичные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, ослабленные, больше первого. При перкуссии над легочными полями ясный легочный звук. Границы сердца не расширены. Живот симметричный, участвует в дыхании. Брюшная стенка при пальпации мягкая, безболезненная. Перистальтика активная. Кожа на ногах бледная, сухая, гиперкератоз ногтей, гипотрофия мышц. Пульсация на артериях голени и ступни, подколенной дело не определяется. Больному проведена агниография (прилагается).

Приложение:

- ангиограмма
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 62

Пациент 56 лет, жалуется на отек и распирающие боли в левой ноге, значительно усиливающиеся при наступании на нее. Указанные жалобы возникли сутки назад вечером, после длительного сидения (работает водителем). Пациент обратился за помощью, был осмотрен терапевтом, хирургом, выполнено УЗИ ног. Курит около 40 лет, примерно полпачки сигарет в день. Аппендэктомия в юности. В прошлом аллергия на пенициллин в виде крапивницы.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, адекватен в общении. Гиперстенического телосложения. Кожа телесного цвета, тургор сохранен. Слизистые обычные. АД 118/76 мм рт. ст. Пульс 68 в 1 минуту, ритмичный, средней

величины и наполнения. ЧД 18 в 1 минуту, SpO₂ 98%. При аускультации легких дыхание везикулярное, выслушиваются рассеянные единичные сухие хрипы. Тоны сердца ритмичные, физиологического соотношения. При перкуссии над легочными полями ясный легочный звук. Левая граница сердца на 1 см медиальнее от среднеключичной линии, правая на 1 см от правого края грудины. Живот симметричный, участвует в дыхании. Брюшная стенка при пальпации мягкая, безболезненная. Перистальтика активная. Клинически имеется отек левого бедра (увеличение на 10 см по сравнению с правым), голени (увеличение на 10 см по сравнению с правой). Симптомы Мозеса и Хоманса положительные.

Приложение:

- сонограмма
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение УЗИ исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений)

Клиническая ситуация № 63

Пациент 56 лет, жалуется на острую боль в левой голени и стопе, ограничение движений в суставах нижней конечности. Боль возникла внезапно. Пациент сразу же обратился за помощью, был осмотрен терапевтом, хирургом, выполнено УЗИ ног. Работает охранником. Курит более 40 лет, примерно пачку сигарет в день. В анамнезе трансмуральный инфаркт миокарда (4 года назад). Периодически беспокоит одышка, бывают отеки на ногах. При ухудшении самочувствия обращается к врачу, однако постоянно принимать лекарства отказывается.

Объективно: Общее состояние средней тяжести. В сознании, адекватен. Стонет от боли. Кожа телесного цвета, тургор сохранен. Умеренная бледность слизистых. АД 118/76 мм рт. ст.. Пульс 98 в 1 минуту, аритмичный. ЧСС 124 в 1 минуту. ЧД 20 в 1 минуту, SpO₂ 97%. При аускультации легких дыхание везикулярное, рассеянные единичные сухие хрипы. Тоны сердца аритмичные, ослабленные, больше первый, неодинаковой громкости. При перкуссии над легочными полями ясный легочный звук. Левая граница сердца на среднеключичной линии, правая на 1,5 см от правого края грудины. Живот симметричный, участвует в дыхании. Брюшная стенка при пальпации мягкая, безболезненная. Перистальтика активная. Ступня и нижняя треть голени левой ноги резко болезненны, холодные. Пальпация голени резко болезненная, движения в суставах снижены. Пульсация левой бедренной артерии сразу же под пауперной связкой выразительная, на других артериях конечности не определяется. Больному проведена ангиография (прилагается).

Приложение:

- ангиограмма
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 64

Пациент 27 лет. Жалобы на давящую боль в правой половине грудной клетки (преимущественно в области спины, периодически отдает в надплечье), усиливающуюся при попытке глубокого дыхания, кашля; умеренную одышку при ходьбе. Боль в спине справа возникла внезапно вечером 3 дня назад (пациент в это время смотрел телевизор). На следующий день обратился к семейному врачу, после физикального осмотра установлен диагноз: межреберная невралгия, назначен ибупрофен по 1 т. в сутки. Накануне работал физически (копал грядку), после чего выросла одышка. Обратился повторно. Выполнена рентгенография ОГК в прямой проекции (прилагается). В детстве часто болел простудными заболеваниями и бронхитами. Год назад перенес аппендэктомию. Боль в спине беспокоит с подросткового возраста, 2 года назад проходил обследование (МРТ позвоночника), установлено сколиоз II степени, остеохондроз. Офисный работник. Курит в течение 4 лет примерно 7-8 сигарет в день. Крепкого алкоголя не употребляет, изредка - пиво и энергетические напитки.

Объективно: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожа телесного цвета. АД 130/80 мм рт. ст. Пульс 68 в 1 минуту. ЧД 20 в 1 минуту, SpO₂ 97%. Аускультативно: дыхание везикулярное, справа резко ослаблено. Тоны сердца физиологического соотношения. При перкуссии над легочными полями справа - коробочный звук, слева - ясный легочный. Левая граница сердца на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, где определяется сердечный толчок, правая не определяется через тимпанит у правого края грудины. Живот симметричный, участвует в дыхании. Брюшная стенка при пальпации мягкая, безболезненная. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика активная. Вены шеи не расширены. Движения в суставах в полном объеме. Деформации конечностей, отеки отсутствуют.

Приложение:

- радиограмма органов грудной клетки в прямой проекции
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Требуется ли пациенту неотложная помощь (обосновать), если да, то какой.
3. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
4. Дайте оценку лабораторным показателям.
5. Предложите хирургическую тактику.

Клиническая ситуация № 65

Пациент 52 лет, жалуется на лихорадку (38-39°C), кашель с выделением гнойно-гнилостной мокроты (более 50-100 мл) с неприятным запахом, эпизодическое кровохарканье, одышку, потливость. Заболел остро 2 недели назад после переохлаждения, за помощью не обращался. Курит около 30 лет, примерно пачку сигарет в день. Алкоголь употребляет 1-2 раза в неделю. Работает электро-газосварщиком.

Объективно: состояние средней тяжести. ЧСС 112 уд / мин; АД 110/80 мм рт. ст., ЧД 21 в 1 мин.. Над легкими справа медиальнее лопатки: аускультативно - ослабление дыхания с мелко- и среднепузырчатыми влажными хрипами, перкуторно - укорочение тона; пальпаторно - ослабление голосового дрожания. Тоны сердца равномерно ослаблены. Живот симметричный, участвует в дыхании. Брюшная стенка при пальпации мягкая, безболезненная. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика активная. Движения в суставах в полном объеме. Деформации конечностей, отеки отсутствуют.

Приложение:

- радиограмма органов грудной клетки
- результаты лабораторных исследований крови, мокроты.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.

2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 66

Мужчина 52 лет доставлен в больницу с жалобами на боль в левой половине грудной клетки, лихорадку (38-39°C), сухой кашель, одышку в покое, которая уменьшается в положении на левом боку, слабость. Заболел три недели назад после переохлаждения, когда появилась боль в левой половине грудной клетки, сухой кашель, повышение температуры тела. Амбулаторно принимал антибиотики, противовоспалительные препараты. Со временем заметил снижение интенсивности боли, появление и нарастание одышки. Курит 30 лет, примерно полпачки сигарет в день.

Объективные изменения. Т: 38,3°C; АД: 115/60 мм рт. ст.; ЧД 22/мин Пульс 104/мин. Пациент находится в среднетяжелом состоянии, бледный. Кожа покрыта потом. Сердечные тоны умеренно ослаблены. В нижних отделах грудной клетки слева: аускультативно дыхание резко ослаблено, перкуторно - притупление, пальпаторно - ослабление голосового дрожания. Справа дыхание везикулярное, перкуторный звук ясный. При плевральной пункции получена мутная жидкость. Тоны сердца равномерно ослаблены. Со стороны органов живота без признаков патологии.

Приложение:

- радиограмма органов грудной клетки в прямой проекции
- результаты лабораторных исследований крови, плевральной жидкости.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 67

Больной 62 лет, жалуется на боль в левой половине грудной клетки, лихорадку (38-39°C), кашель с выделением гнойно-гнилостной мокроты (более 150-200 мл) с неприятным запахом, одышку в покое. Заболел остро 3 недели назад после переохлаждения, за помощью не обращался. Боль в груди и одышка возникли внезапно вечером накануне. Злоупотребляет алкоголем, живет сам. Курит около 50 лет примерно полпачки сигарет в день.

Объективно определяется цианоз кожи, ортопноэ, тахикардия до 120 уд/мин; АД 110/80 мм рт. ст., ЦВД 135 мм вод. ст.. Над легкими аускультативно - дыхание слева резко ослаблено, в нижних отделах не выслушивается, перкуторно - коробочный звук от купола плевры до уровня III ребра (счет спереди), ниже – тупой звук; пальпаторно - ослабление голосового дрожания слева на всем протяжении. Тоны сердца резко ослаблены. Со стороны органов живота без признаков патологии. Проведена плевральная пункция на стороне поражения, результат в приложении.

Приложение:

- радиограмма органов грудной клетки в прямой проекции
- результаты лабораторных исследований крови, плевральной жидкости.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.

4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию (препараты в виде рецептов или назначений).

Клиническая ситуация № 68

Пациент 36 лет жалуется на повышение температуры тела до 39,9°C, боли в горле при глотании, шеи и за грудиной, озноб, слабость. В течение двух недель лечится по поводу ангины, несмотря на терапию, самочувствие прогрессивно ухудшается. Курит 30 лет, примерно полпачки сигарет в день. Алкоголь употребляет эпизодически. Была аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы. В детстве болел корью, паротитом, желтухой.

Состояние больного тяжелое. АД 110/70 мм. рт. ст., пульс 116 в 1 мин, средней величины и наполнения. ЧД 24 в 1 мин. Дыхание везикулярное. При перкуссии над легкими ясный звук. Тоны сердца равномерно ослаблены. Живот симметричный, участвует в дыхании. Брюшная стенка при пальпации мягкая, безболезненная. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика активная. Движения в суставах в полном объеме. Деформации конечностей, отеки отсутствуют. Локально: отек тканей и гиперемия кожи на шее справа, в надключичных участках, при пальпации - умеренная воздушная эмфизема тканей.

Приложение:

- Компьютерная томограмма органов грудной клетки
- результаты лабораторных исследований крови.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию

Клиническая ситуация № 69

Пациент 27 лет, доставлен в приемное отделение бригадой «Скорой помощи» через 2 часа. после ранения ножом в грудь, которое получил во время драки в придорожном кафе. При осмотре состояние тяжелое. Пассивно лежит на спине, стонет. В сознании, адекватно ориентирован во времени и пространстве, однако сонливость. На вопросы отвечает преимущественно односложно. Употреблял крепкий алкоголь (примерно 350 мл водки). Кожа бледная, покрыта холодным потом. Губы цианотичны. Шейные вены вздутые. Пульс 124 в 1 мин., Ритмичный, невысокий, лучше определяется на сонных артериях. АД 80/40 мм рт. ст. ЧД 28 в 1 мин. Аускультация: дыхание везикулярное, слева незначительно ослаблено в дорзальных отделах (обследование в положении больного спине), тоны сердца резко ослаблены. Правая граница сердца - по парастернальной линии справа, левая - по среднеключичной слева. Местно: слева в проекции крепления 5 реберного хряща к краю грудины рана 2 × 1 см с ровными краями, острыми концами, умеренно кровоточит. Брюшная стенка при пальпации мягкая, безболезненная. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика активная. Деформации конечностей, отеки отсутствуют.

Приложение:

- радиограмма органов грудной клетки в прямой проекции
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.

4. Предложите хирургическую тактику.
5. Возможно ли предоставление неотложной помощи, если да, то какой.
6. Предложите медикаментозную коррекцию

Клиническая ситуация № 70

Больной 32 лет, жалуется на нарушение прохождения твердой и жидкой пищи по пищеводу, сопровождающееся болью в межлопаточной области, срыгивание неизменной пищей, слюной. Отмечает эпизоды загрудинной боли при глотании охлажденных напитков. Периоды временного улучшения меняются нарастанием симптоматики. Болеет около трех лет. Появление первых эпизодов дисфагии связывает с перенесенным стрессом. Работает учителем. Не курит. Крепкого алкоголя не употребляет, лишь изредка - вино или пиво. В десятилетнем возрасте перенес менингит. В детстве пациенту диагностирован синдром Жильбера.

Объективно: пониженного питания, кожа и слизистые обычные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 68 уд/мин., ритмичный, средней величины и наполнения; АД 120/80 мм рт. ст. Над легкими аускультативно - везикулярное дыхание, перкуторно - ясный легочный звук. Тоны сердца физиологического соотношения. Со стороны органов живота без патологии. Движения в суставах в полном объеме. Деформации конечностей, отеки отсутствуют.

Приложение:

- эзофагограмма
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Какие методы диагностики необходимо назначить для подтверждения диагноза?
4. Дайте оценку лабораторным показателям.
5. Предложите хирургическую тактику.
6. Предложите медикаментозную коррекцию

Клиническая ситуация № 71

Пациент 39 лет, госпитализирован после ДТП (сидел на пассажирском месте, был зажат между металлическими конструкциями). Жалуется на одышку, боль в левой половине грудной клетки.

При осмотре состояние тяжелое. Пульс 102 в 1 мин., ритмичный, средней величины. АД 110/80 мм рт.ст. ЧД 31 в 1 мин. SpO₂ 88%, температура тела 36,7°C. Аускультация: дыхание слева резко ослаблено, выслушиваются единичные булькающие шумы; при перкуссии этой стороне мозаичное чередование зон укорочения звука и тимпанита. Над правым гемитораксом при аускультации везикулярное дыхание, перкуторно - ясный легочный звук. Тоны сердца ослаблены. Живот впавший, при пальпации безболезненный, брюшная стенка ненапряженная. Печень и селезенка не пальпируются. Перистальтика активная.

Приложение:

- радиограмма органов грудной клетки в прямой проекции
- результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию

Клиническая ситуация № 72

Больной 52 лет, жалуется на периодические загрудинные боли, изжогу, которая значительно усиливается в положении лежа, при наклонах; отрыжки воздухом, периодически - пищей, иногда - с примесью желчи. Болеет около двух лет. Эпизодически принимает фосфалюгель, Гавискон, что дает кратковременное уменьшение изжоги. Обследовался 2 месяца назад, выполнена ФЭГДС, обнаружено покраснение слизистой пищевода и её гипермобильность, эрозии в терминальном отделе, рефлюкс желудочного содержимого, при биопсии - плоский эпителий. Работает водителем, иногда приходится поднимать тяжести. Курит более 30 лет, по меньшей мере пачку сигарет в день. Алкоголь не употребляет, лишь изредка - сухое вино, после которого изжога усиливается. Из напитков предпочитает крепкий кофе, выпивает 3-4 чашки в день.

Объективно - повышенного питания, индекс массы тела 34,2. Кожа и слизистые обычные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Пульс 64 уд/мин., ритмичный, средней величины и наполнения; АД 138/84 мм рт. ст. При аускультации над легкими везикулярное дыхание, при перкуссии - ясный легочный звук. Тоны сердца физиологического соотношения. Живот равномерно увеличен из-за чрезмерной массы тела. При пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная. Печень нижним краем у края реберной дуги. Перистальтика активная. Движения в суставах в полном объеме. Деформации конечностей, отеки отсутствуют.

Приложение:

- Рентгенограмма с контрастированных пищеводом и желудком.
- Результаты лабораторных исследований.

Вопросы для контроля

1. Установите клинический диагноз.
2. Сформулируйте заключение рентгенологического исследования.
3. Дайте оценку лабораторным показателям.
4. Предложите хирургическую тактику.
5. Предложите медикаментозную коррекцию