

Клиническая задача:

Больной 58 лет, в течение 15 лет наблюдается по поводу язвенной болезнью желудка. За последнее время похудел, что связывает с боязнью принимать пищу из-за возникающих после еды болей. Аппетит остается хорошим. В анализах крови и мочи без отклонений от референтных значений. При анализе желудочного сока установлено умеренное повышение общей кислотности и связанной соляной кислоты. При рентгенологическом исследовании обнаружено ограничение подвижности желудка по малой кривизне, где определяется ниша диаметром около 2 см; стенка желудка вокруг ниши ригидная, складки слизистой оболочки не выражены.

Вопросы:

1. *Ваш предварительный диагноз?*
2. *С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?*
3. *Какие рентгенологические признаки не характерны для язвы?*
4. *Определите необходимые дополнительные методы обследования.*
5. *Чем в данном случае определяется лечебная тактика?*

Клиническая задача:

У больного 40 лет, более 10 лет страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, в течение 2 недель отмечались боли в эпигастральной области, возникающие через 1 – 1,5 часа после приема пищи. Лечился самостоятельно – принимал Алмагель перед едой. Последние 2 дня боли стали менее интенсивными, но появились слабость и головокружение. Сегодня утром, поднявшись с постели, он на несколько секунд потерял сознание. Тошноты, рвоты не было. Стул был накануне, кал – обычной окраски.

При осмотре: Кожные покровы бледные. Пульс 96 ударов в 1 минуту. АД 90 – 60 мм рт. ст. Язык влажный, умеренно обложен белым налетом. При пальпации в эпигастральной области определяется умеренная болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет.

Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит - 38%, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, цветной показатель – 0,9.

Вопросы:

1. *Развитие какого осложнения следует заподозрить?*
2. *Дайте трактовку показателям, выявленным при физикальном и лабораторном исследованиях*
3. *Каковы действия врача поликлиники в данной ситуации?*
4. *Какие исследования необходимо применить для подтверждения диагноза?*
5. *Чем в данном случае определяется лечебная тактика?*

Клиническая задача:

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром появились сильные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость. Доставлена через 4 часа от начала заболевания. Температура 36,8⁰С. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы отходят. Раньше подобного не отмечалось.

При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, акроцианоз. Пульс 120 ударов в 1 мин. АД=100-60 мм рт ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтические шумы вялые. Печеночная тупость сохранена. При перкуссии свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптом Воскресенского и Керте положительные.

Анализ крови: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л, панкреатическая амилаза – 750 ЕД/л.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Опишите симптомы, приведенные в задаче, и раскройте механизм их действия.
3. Дайте трактовку показателям, выявленным при лабораторном исследовании.
4. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?

Клиническая задача:

У больной 58 лет 10 месяцев назад появилась дисфагия, которая постепенно нарастала. В настоящее время с трудом может проглотить глоток воды.

При осмотре. Кожные покровы бледные, сухие. Больная резко истощена. При обследовании диагностирована опухоль кардиального отдела желудка с переходом на абдоминальный отдел пищевода, имеющая строение аденокарциномы. Над левой ключицей пальпируется плотное округлое опухолевидное образование до 3 см.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. О чем свидетельствует пальпируемое опухолевидное образование над левой ключицей?
3. Какие дополнительные методы следует применить для оценки распространенности процесса?
4. Какие варианты паллиативных лечебных мероприятий можно применить в данном случае?

Клиническая задача:

Больной 32 лет обратился с жалобами на боли в правой подвздошной области, появившиеся 5 дня назад. Изначально боли локализовались в эпигастральной области, была однократная рвота, температура 37,9⁰С. Затем боли мигрировали в правую подвздошную область и постепенно стихли, но полностью не прошли. Нарушения стула и мочеиспускания не было.

При осмотре: язык влажный, температура 37,0⁰С. При пальпации отмечается умеренная болезненность в правой подвздошной области, где определяется плотное малоподвижное опухолевидное образование около 10 см в диаметре. Напряжения мышц нет, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Анализ крови: гемоглобин – 126 г/л, гематокрит - 38%, эритроциты – 4,2×10¹²/л, лейкоциты – 9,2×10⁹/л.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Какой симптом, характерный для данного заболевания, выявляется при сборе анамнеза?
3. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какова в данном случае должна быть лечебная тактика?

Клиническая задача:

У женщины 42 лет при профилактическом осмотре в правой молочной железе обнаружено плотное образование, безболезненное, с нечеткими контурами, диаметром около 4-х см. Определяется втяжение кожи над образованием.

Вопросы:

1. Какие заболевания следует выставить в дифференциальный ряд?
2. Как называется «кожный» симптом, выявленный у больной, для какого заболевания он характерен?
3. Определите объём необходимых инструментальных методов исследования молочной железы.
4. Что позволит верифицировать диагноз?
5. Обследование каких органов и систем необходимо провести у пациентки?

Клиническая задача:

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром появились сильные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость. Доставлена через 4 часа от начала заболевания. Температура 36,8⁰С. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы отходят. Раньше подобного не отмечалось.

При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, акроцианоз. Пульс 120 ударов в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтические шумы вялые. Печеночная тупость сохранена. При перкуссии свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Керте положительные.

Анализ крови: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $12,8 \times 10^9$ /л, панкреатическая амилаза – 750 ЕД/л.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Опишите симптомы, приведенные в задаче, и раскройте механизм их развития.
3. Дайте трактовку изменениям, выявленным при лабораторном исследовании.
4. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?

Клиническая задача:

Больная 56 лет поступила в стационар с клинической картиной острого холецистита на 2 сутки от начала заболевания. Общее состояние больной средней тяжести. Температура 38,1⁰С. Пульс 92 удара в 1 минуту. Живот болезненный только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение, симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Остальные отделы живота безболезненные. При ультразвуковом исследовании: желчный пузырь 12 x 6 см, стенка его утолщена до 5 мм с двойным контуром. Анализ крови: гемоглобин – 146 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $9,8 \times 10^9$ /л, панкреатическая амилаза – 30 ЕД/л.

Больной назначена консервативная терапия (инфузионно-дезинтоксикационная, антибактериальная, симптоматическая).

Через 10 часов внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота. Пульс 120 ударов в 1 минуту. Лейкоцитоз до $15,0 \times 10^9$ /л. При осмотре живот вздут, при пальпации определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга по всей правой половине живота.

Вопросы:

1. Ваше мнение о правомерности начатого при поступлении консервативного лечения?
2. Соответствуют ли выявленные ультразвуковые данные острому воспалению желчного пузыря?
3. Развитие какого осложнения можно предположить?
4. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?
5. Какие варианты лечебных мероприятий необходимо применить в данном случае?

Клиническая задача:

У больного с асептическим панкреонекрозом на 5-е сутки от начала заболевания при пальпации в эпигастральной области стал определяться болезненный плотный инфильтрат без четких границ. На фоне проводимой консервативной терапии (инфузионной и антисекреторной) он несколько уменьшился в размерах, однако к третьей неделе заболевания боли усилились, ухудшилось самочувствие, появилась гектическая температура, выросла тахикардия. При осмотре состояние больного тяжелое; кожные покровы бледные; над легкими выслушивается везикулярное дыхание без хрипов; пульс 106 ударов в 1 минуту, АД 120/80 мм.рт. ст. Язык сухой, живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастральной области, где определяется болезненное опухолевидное образование до 10 см в диаметре; перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы обычные. Нв – 105 г/л, лейкоциты крови – 18×10^9 /л, ю – 1, п – 29, с – 52, э – 3, л – 8, СОЭ – 48 мм/час.

Вопросы:

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Назовите этапы развития заболевания.*
3. *Какие дополнительные исследования помогут уточнить диагноз?*
4. *Дайте трактовку показателям, выявленным при лабораторном исследовании.*
5. *Определите тактику лечения.*

Клиническая задача:

У женщины 60 лет при физикальном осмотре выявлена опухоль левой молочной железы размерами до 4 см в диаметре, увеличенные лимфатические узлы в подмышечной области (плотные, малоподвижные). При исследовании биопсийного материала из опухоли обнаружены атипичные эпителиальные клетки с умеренно выраженным ядерным полиморфизмом и низкой митотической активностью, что соответствует инвазивному неспецифическому раку молочной железы 2 степени злокачественности.

Вопросы:

1. *Сформулируйте диагноз на данном этапе обследования.*
2. *Какие исследования позволят верифицировать метастатический характер увеличения подмышечных лимфатических узлов?*
3. *Какие исследования следует выполнить для выявления отдаленных метастазов?*
4. *Врачи каких специальностей будут определять лечение пациентки после получения всех данных лабораторных и инструментальных методов обследования?*

Клиническая задача:

В приемное отделение поступила больная 52 лет. Накануне обильно поужинала. Утром появились сильные боли в эпигастральной области опоясывающего характера, затрудненное дыхание, многократная рвота, не дающая облегчения, слабость. Доставлена через 4 часа от начала заболевания. Температура $36,8^{\circ}\text{C}$. Расстройств мочеиспускания нет. Задержка стула, газы отходят. Раньше подобного не отмечалось.

При осмотре состояние тяжелое, кожные покровы бледные, покрыты холодным потом, акроцианоз. Пульс 120 ударов в 1 мин. АД 100/60 мм рт ст. Язык сухой, покрыт белым налетом. Живот участвует в акте дыхания. Перистальтические шумы вялые. Печеночная тупость сохранена. При перкуссии свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет. Резкая болезненность в эпигастральной области. Симптомы Воскресенского и Керте положительные.

Анализ крови: гемоглобин – 156 г/л, эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/\text{л}$, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – $12,8 \times 10^9/\text{л}$, панкреатическая амилаза – 750 ЕД/л.

Вопросы:

1. Какой диагноз наиболее вероятен?
2. Опишите симптомы, приведенные в задаче, и раскройте механизм их действия.
3. Дайте трактовку показателям, выявленным при лабораторном исследовании.
4. С каким заболеванием необходимо проводить дифференциальный диагноз?
5. Какие методы исследования возможно применить для уточнения диагноза?

Клиническая задача:

У больного геморрагическим панкреонекрозом на 12 сутки от начала заболевания усилились боли в животе и поясничной области слева, ухудшилось общее состояние, появилась гектическая температура с вечерними цифрами до $39,5^{\circ}\text{C}$. Состояние больного тяжелое, кожные покровы бледные, пульс 108 ударов в 1 минуту. Язык сухой, живот слегка вздут, при пальпации болезненный в эпигастральной области и в левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. Отмечается гиперемия кожи и отечность в поясничной области слева. Пальпация в левом реберно-позвоночном углу резко болезненная. Лейкоциты крови – $20 \times 10^9/\text{л}$.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз? О чем свидетельствует болезненность при пальпации в левом реберно-позвоночном углу?
2. Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?
3. Определите объем консервативной терапии и хирургического вмешательства при данном осложнении.

Клиническая задача:

У больного, перенесшего 8 месяцев назад панкреонекроз, появились умеренные боли в верхних отделах живота. Тошноты, рвоты нет. Температура тела нормальная. Состояние больного удовлетворительное; кожные покровы обычной окраски; над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс 72 удара в 1 минуту, АД 120/80 мм. рт. ст. Язык влажный, чистый; живот не вздут, мягкий, при пальпации в эпигастральной области пальпируется безболезненное с четкими контурами не смещаемое опухолевидное образование размером 10 × 10 см. Перитонеальные симптомы отрицательные, перистальтические шумы выслушиваются. В анализах крови и мочи существенных изменений не выявлено.

Вопросы:

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?*
3. *Какие методы исследования помогут уточнить диагноз?*
4. *Ваша тактика лечения и возможные варианты оперативного вмешательства.*

Клиническая задача:

Больная 36 лет, страдающая упорными запорами, обратилась к врачу с жалобами на сильные боли в области заднего прохода, которые появляются после акта дефекации и длятся около 1,5 ч. Периодически отмечает прожилки алой крови на каловых массах. В возрасте 28 лет перенесла дизентерию.

Вопросы:

1. *Какому заболеванию в большей степени соответствует указанная клиническая картина?*
2. *С каким заболеванием, прежде всего, следует дифференцировать данное заболевание?*
3. *Какой метод исследования с целью уточнения диагноза следует провести в первую очередь?*
4. *Показана ли данной больной фиброколоноскопия?*
5. *Какой фактор лежит в основе данного заболевания?*

Клиническая задача:

Пациент 65 лет в течение 5 лет страдает правосторонней паховой грыжей, свободно вправляющейся в брюшную полость. В течение 2-х месяцев грыжа перестала вправляться в брюшную полость. Болевого синдрома не отмечал.

При осмотре: в правой паховой области определяется грыжевое выпячивание 7х8 см, мягко-эластической консистенции, невправимое в брюшную полость, симптом кашлевого толчка положительный.

Вопросы:

1. *Ваш диагноз?*
2. *О чем свидетельствует положительный симптом кашлевого толчка?*
3. *Необходимо ли вправить грыжу в брюшную полость?*
4. *Ваши рекомендации по лечению.*
5. *Ваше отношение к использованию грыжевого бандажа в данной ситуации.*

Клиническая задача:

У пациента 63 лет, находящегося в кардиологическом отделении по поводу острого инфаркта миокарда, развилось ущемление паховой грыжи справа. Состояние пациента тяжелое, кожные покровы бледные, пульс – 100 ударов в 1 минуту, АД – 90/55 мм рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный в области грыжевого выпячивания. Перитонеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. *Какие специальные методы исследования показано выполнить для подтверждения диагноза ущемленной грыжи?*
2. *Возможно ли, учитывая наличие острого инфаркта миокарда и тяжесть общего состояния пациента, попытаться «вправить» ущемленную грыжу?*
3. *Возможно ли проведение консервативного лечения ущемлённой грыжи?*
4. *Какова должна быть лечебная тактика?*
5. *Какой вид обезболивания целесообразно применить в случае оперативного лечения?*

Клиническая задача:

У пациентки 32 лет отмечается расширение поверхностных вен по внутренней поверхности левой нижней конечности. Она предъявляет жалобы на ощущение тяжести и полноты в конечности в вечернее время, отечность голеностопного сустава и стопы; все эти проявления проходят после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают.

При осмотре: в положении стоя отмечается варикозное расширение вен по ходу большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и на голени. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

Вопросы:

1. *Ваш предварительный диагноз?*
2. *С какими факторами можно связать развитие варикозного расширения вен у этой больной?*
3. *Укажите степень хронической венозной недостаточности и обоснуйте свой ответ.*
4. *Выполнение каких дополнительных методов обследования показано для уточнения диагноза?*
5. *Ваши рекомендации пациентке до начала лечения у профильного специалиста?*

Клиническая задача:

Врач выездной бригады «скорой медицинской помощи», осматриваете на дому пациентку 48 лет, которая предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера с иррадиацией в спину, многократную неукротимую рвоту, практически не приносящую облегчения. Подобное состояние впервые. Из анамнеза известно, что больная страдает желчнокаменной болезнью.

При осмотре: состояние пациентки средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура – 36,7°C. Пульс 110 ударов в 1 минуту. АД – 100/60 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в эпигастральной области и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Нарушений стула и мочеиспускания не отмечалось.

Вопросы:

1. *Назовите предварительный диагноз?*
2. *Предположите генез заболевания.*
3. *Какой необходим объем лечебных манипуляций на месте?*
4. *Возможно ли введение наркотических анальгетиков с целью обезболивания?*
5. *Ваша дальнейшая тактика как врача выездной бригады «скорой медицинской помощи»?*

Клиническая задача:

Пациент госпитализирован на третьи сутки от начала заболевания. Заболел остро, когда после погрешности в диете (употреблял жирную пищу и крепкий алкоголь) появились сильные боли в эпигастральной области и левом подреберье, неукротимая рвота.

При осмотре: состояние больного тяжелое. Температура 37⁰С. Кожные покровы бледные, акроцианоз, фиолетовые пятна на лице и на боковых стенках живота. Пульс 130 ударов в мин. АД 90/50 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и левом подреберье, где определяется слабоположительный симптом Щеткина–Блюмберга. Перистальтические шумы ослабленные. В срочном порядке выполнена диагностическая лапароскопия, при которой в брюшной полости обнаружено до 1000 мл геморрагического выпота, кровоизлияния на париетальной брюшине, геморрагическая имбибиция забрюшинного пространства, на большом сальнике – бляшки стеатонекроза, увеличенный напряженный желчный пузырь без признаков воспаления.

Вопросы:

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Какие интраоперационные лабораторные исследования помогут верифицировать диагноз?*
3. *Какие клинические проявления, наблюдавшиеся при осмотре, соответствуют данной форме заболевания?*
4. *Объясните генез формирования геморрагических проявлений и бляшек стеатонекроза, выявленных при лапароскопии.*
5. *Ваша тактика лечения и какой объем оперативного вмешательства возможен при лапароскопии?*

Клиническая задача:

Пациент 58 лет перенес оперативное вмешательство по поводу эмболии левой бедренной артерии. Выписан в удовлетворительном состоянии. Через 1 месяц после выписки повторно госпитализирован по поводу эмболии правой бедренной артерии, выполнена операция. В послеоперационном периоде при ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено мешотчатое расширение брюшного отдела аорты с пристеночными тромботическими массами.

Вопросы:

1. *Какова причина имевших место эмболических окклюзий артерий?*
2. *Какие заболевания являются наиболее частой причиной эмболических осложнений по большому кругу кровообращения?*
3. *Насколько вероятно развитие эмболии артерий верхних конечностей у данного больного?*
4. *Что нужно было выполнить во время первой госпитализации?*
5. *Что нужно предпринять для предотвращения повторных эмболий артерий нижних конечностей?*

Клиническая задача:

В клинику бригадой «скорой медицинской помощи» доставлена женщина 47 лет. Считает себя больной в течение 2-х часов, когда возникла острая боль в левой нижней конечности.

Из анамнеза: страдает митральным пороком сердца, мерцательной аритмией.

При осмотре: пациентка стонет, беспокойна. Левая стопа и голень мраморной окраски, холодные на ощупь. Наступать на ногу не может, тактильная чувствительность снижена. Пульс на подколенной артерии и артериях стопы не определяется. Пульсация бедренной артерии усилена.

Вопросы:

1. *Ваш предварительный диагноз?*
2. *Какие дополнительные исследования необходимы для подтверждения диагноза?*
3. *Возможные методы лечения.*
4. *Предположите причины заболевания и определите объем необходимых методов их диагностики.*
5. *Методы профилактики рецидива заболевания.*

Клиническая задача:

Женщина 35 лет обратилась с жалобами на уплотнение в левой молочной железе размером до 2,5 см. В середине менструального цикла и перед менструацией отмечает боль в обеих молочных железах.

При осмотре: молочные железы симметричные, деформации не определяется.

При пальпации: образование незначительно болезненное, подвижное, не спаянное с кожей, регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. *С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?*
2. *Какие выявленные признаки могут указывать на доброкачественное течение заболевания?*
3. *Определите объем необходимых инструментальных и лабораторных методов исследования? Обоснуйте свой ответ.*
4. *Что позволит установить окончательный диагноз?*

Клиническая задача:

При осмотре врачом выездной бригады «скорой медицинской помощи» у пациентки 96 лет в области пупочного кольца определяется округлое выпячивание диаметром до 8 см, резко болезненное при пальпации, плотно-эластическое, не вправляемое в брюшную полость, кожа над ним умеренно гиперемирована. Симптом кашлевого толчка отрицательный. Давность заболевания – 1 час.

Вопросы:

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *Развитие каких осложнений следует предполагать?*
3. *Применение каких обезболивающих препаратов допустимо при этой патологии?*
4. *Возможно ли, учитывая старческий возраст пациентки и небольшую давность заболевания, попытаться «вправить» это образование в брюшную полость?*
5. *Каковы должны быть действия врача выездной бригады «скорой помощи»?*

Клиническая задача:

Пациентка 32 лет предъявляет жалобы на наличие варикозно-расширенных вен на левой нижней конечности, возникающее ближе к вечеру чувство тяжести и отечности в области голеностопного сустава и стопы. Все эти проявления исчезают после ночного отдыха. Начальные признаки заболевания появились 6 лет назад во время беременности и постепенно нарастают.

При осмотре: в положении стоя отмечается варикозное расширение вен в системе большой подкожной вены в нижней трети левого бедра и голени по магистральному типу. В горизонтальном положении вены спадаются. Трофические изменения со стороны кожи отсутствуют.

По данным проведенного исследования имеется несостоятельность клапанов большой подкожной вены, глубокие вены проходимы, перфорантные - состоятельны.

Диагноз при поступлении: варикозная болезнь левой нижней конечности, стадия хронической венозной недостаточности - С3.

Пациентке предложено хирургическое лечение в объеме флебэктомия.

Вопросы:

1. *Какова цель предложенного хирургического лечения?*
2. *Назовите наиболее опасные осложнения, наблюдаемые при проведении этой операции.*
3. *Назовите возможные осложнения раннего и отдаленного послеоперационного периода этой операции.*
4. *Существует ли альтернатива предложенному лечению?*

Клиническая задача:

В поликлинику обратился пациент 68 лет с жалобами на резкие боли в левой голени, онемение стопы, появившиеся несколько часов назад. В течение 5 лет пациент страдает ишемической болезнью сердца, около года отмечает нарушение сердечного ритма.

При осмотре: левая голень и стопа бледные, холодные на ощупь, отека нет. Пульсация на передней и задней большеберцовых артериях не определяется, на бедренной и подколенной – отчетливая. Трофических нарушений на коже нет.

Вопросы:

1. *Ваш предварительный диагноз?*
2. *Возможные причины, приведшие к развитию данного заболевания.*
3. *С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?*
4. *Какой метод исследования возможно выполнить в поликлинике для подтверждения диагноза?*
5. *Какое лечение показано больному при подтверждении диагноза?*

Клиническая задача:

В хирургическое отделение поступила пациентка с жалобами на периодические схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, задержку стула и газов. Считает себя больной более суток.

Из анамнеза: несколько лет назад ранее оперирована по поводу спаечной кишечной непроходимости.

Состояние средней тяжести, язык суховат. Пульс – 100 ударов в минуту, ритмичный. АД-100/70 мм рт. ст. Живот вздут, перистальтика вялая, газы не отходят. Перитонеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1. *Поставьте предварительный диагноз.*
2. *Какие методы исследования показаны для уточнения диагноза?*
3. *С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?*
4. *Определите возможную тактику лечения больной, исходя из Вашего предположительного диагноза.*
5. *Какой вид оперативного вмешательства, при необходимости такового, предпочтителен в данном случае? Обоснуйте свой ответ.*

Клиническая задача:

У мужчины 32 лет, который в течение 2-х лет страдает хроническим геморроем, после погрешности в диете (употребление крепкого алкоголя и «острой» пищи) возникли острые боли в области заднего прохода. Выпавшие геморроидальные узлы перестали вправляться в прямую кишку, отмечаются явления воспаления и отека слизистой оболочки и перианальной кожи в области выпавших узлов. Температура тела повысилась до 38,1⁰С.

Вопросы:

1. *Ваш предположительный диагноз?*
2. *С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?*
3. *Как погрешность в диете могла спровоцировать обострение заболевания?*
4. *Какие дополнительные методы обследования показаны пациенту?*
5. *Ваша тактика лечения?*

Клиническая задача:

Пациент К., 60 лет обратился к врачу с жалобами на слабость, жажду, рвоту, съеденной накануне пищей, отрыжку воздухом, постоянное чувство голода, снижение количества мочи.

Из анамнеза: в течение 25 лет страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки с эпизодами обострения 1-2 раза в год в весенне-осенний период. Вышеуказанные жалобы появились и постепенно нарастали в течение года. За это же время похудел на 18 кг.

При осмотре: общее состояние тяжелое. Пациент пониженного питания. Кожа сухая, тургор кожи снижен. АД 100/60 мм рт. ст., пульс 100 уд/мин. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. В мезогастральной области выслушивается шум «плеска».

При ЭГДС: В желудке натошак большое количество жидкости и не переваренной пищи. Слизистая желудка бледно-розовая. Привратник резко деформирован, пройти эндоскопом в 12-перстную кишку не представляется возможным.

Общий анализ крови: Гемоглобин – 102 г/л, Эритроциты 3,5 x10¹²/л, ЦП - 0,92, Лейкоциты 6,5 x10⁹/л. СОЭ – 34 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 50 г/л, альбумин – 26 г/л, мочевины – 9,5 ммоль/л, креатинин – 134 мкмоль/л, билирубин общий – 12,0 мкмоль/л, Калий – 2,3 ммоль/л, Натрий – 130 ммоль/л.

Вопросы:

1. *Сформулируйте предварительный клинический диагноз и осложнения.*
2. *Предположите стадию заболевания и предложите метод исследования для её уточнения?*
3. *С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?*
4. *Оцените нарушения гомеостаза.*
5. *Дальнейшая тактика лечения?*

Клиническая задача:

Больной 61 года обратился к врачу с жалобами на периодические боли в области заднего прохода, зуд в области промежности, выпадение из заднего прохода узлов во время акта дефекации, которые затем постепенно самостоятельно вправляются в прямую кишку, выделение алой крови в конце акта дефекации.

Вопросы:

1. *Ваш диагноз.*
2. *Стадия заболевания.*
3. *С каким фактором могут быть связаны боли.*
4. *Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза.*
5. *Какое лечение показано больному.*

Клиническая задача:

У пациентки М., 43 лет, в гинекологическом отделении на 3-е сутки после операции ампутации матки появилась локальная гиперемия и болезненность в верхней трети голени и нижней трети левого бедра по медиальной поверхности, где при пальпации под кожей определяется болезненный «тяж» (Рис.). Температура тела 37,8⁰С. Отека конечности нет. Пульсация на периферических сосудах сохранена.



Рис. Левая нижняя конечность пациентки М.

Вопросы:

1. *Развитие какого послеоперационного осложнения следует предположить?*
2. *Какое исследование может подтвердить диагноз?*
3. *Какую опасность представляет развитие данного осложнения?*
4. *Какова профилактика данного заболевания?*
5. *Какова тактика лечения данного заболевания?*

Клиническая задача:

Родильница 20 лет, 11-е сутки после родов. Роды первые, срочные. Выписана на 5-е сутки в удовлетворительном состоянии; кормление ребенка естественное (грудным молоком). С 9-х суток отметила повышение температуры, озноб, слабость, боль в молочных железах.



Объективно: состояние средней тяжести, температура 38,8⁰С, пульс 100 ударов в 1мин. Матка соответствует срокам послеродового периода, плотная, лохии серозно-геморрагические. При осмотре молочных желез – в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы имеется инфильтрат размером 6х5 см, резко болезненный при пальпации с участком флюктуации в центре; кожа над ним отечна, гиперемирована (Рис.). Пальпируются увеличенные, умеренно болезненные подмышечные лимфатические узлы.

Рис. Фото молочной железы родильницы

Вопросы:

1. Предварительный диагноз?
2. Необходимые дополнительные методы исследования?
3. Входные ворота инфекции?
4. Лечебная тактика?
5. Ваши действия по отношению к лактации и кормлению ребенка грудным молоком.

Клиническая задача:

В приемное отделение доставлена беременная 28 лет с жалобами на боли в правых отделах живота, тошноту, однократную рвоту. Болезна в течение 12 часов. Боли появились в эпигастральной области, затем сместились в правую половину живота, была однократно рвота, температура 37,5 С.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски, пульс 94 в мин., АД 110/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный при пальпации в мезогастральной области справа, где определяются положительные симптомы раздражения брюшины.

Матка в нормальном тонусе, увеличена до 30 недель беременности. Положение плода продольное, предлежание тазовое, сердцебиение плода 150 уд/мин, ясное, ритмичное, шевеление плода активное. Выделения из половых путей светлые, слизистые.

Вопросы:

1. Предполагаемый диагноз?
2. Необходимые дополнительные методы исследования?
3. Лечебная тактика?
4. Возможные осложнения при данной патологии?
5. Особенности фармакотерапии?

Клиническая задача:

Больной В., 30 лет доставлен в приемное отделение с жалобами на сильные, постоянные боли в животе. Заболел около двух часов назад, когда вскоре после ужина внезапно почувствовал острую резкую боль в эпигастральной области.

Из анамнеза: Периодически отмечал «голодные» боли в эпигастрии. У отца и старшего брата язвенная болезнь 12-перстной кишки.



Объективно: положение больного вынужденное на правом боку с согнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами. Перемена положения резко усиливает боли. Пульс 70 в минуту, ритмичный, АД – 100/60 мм рт. ст. Живот втянут, в акте дыхания не участвует. При пальпации живота: выраженная болезненность, напряжен, глубокой пальпации недоступен – «доскообразный». При перкуссии живота – сглаженность печеночной тупости.

В анализе крови: гемоглобин 140 г/л, лейкоциты $9,2 \times 10^9$ /л.

Выполнена обзорная рентгенография органов брюшной полости (Рис.).

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз.
2. Опишите изменения на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости.
3. Есть ли необходимость в дополнительных инструментальных методах исследования для уточнения диагноза?
4. Определите тактику лечения, исходя из Вашего диагноза.
5. Рекомендации по лечению пациента после выписки из стационара.

Клиническая задача:

Женщина 40 лет поступила в клинику с жалобами на наличие болезненного воспалительного инфильтрата слева от заднего прохода. Отмечаются признаки общей интоксикации, температура при поступлении $39,3^{\circ}\text{C}$. При осмотре в области заднего прохода выявлен резко болезненный при пальпации воспалительный инфильтрат 6x5 см с участком размягчения в центре.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Наиболее вероятный путь инфицирования?
3. Необходимые дополнительные методы исследования.
4. Какое лечение показано больному?
5. Возможные исходы лечения.

Клиническая задача:

При поступлении в отделение больной 42 лет предъявлял жалобы на периодические боли в животе (больше в верхних его отделах) схваткообразного характера, многократную рвоту. Боли появились остро за 4 часа до госпитализации после приема жирной и острой пищи. Через 1 час после появления болей началась рвота, рвотные массы носили «дуоденальный» характер. Из анамнеза известно, что 2 года назад больному произведена холецистэктомия из лапаротомного доступа по поводу желчнокаменной болезни. Год назад находился на обследовании с подозрением на холедохолитиаз, хронический панкреатит – результаты обследования неизвестны. При осмотре в отделении состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Температура тела 36,8°C. Частота дыхательных движений 20 в 1 минуту. Пульс 92 удара в 1 минуту. АД = 120 – 80 мм. рт. ст. Язык влажный. Отмечается умеренное вздутие верхних отделов живота. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы выслушиваются отчетливо. Шума плеска нет. Печеночная тупость сохранена. Анализы: гемоглобин – 138 г/л, лейкоциты – $8,8 \times 10^9$ /л, панкреатическая амилаза крови – 556 Ед/л.

Вопросы:

1. *Какие заболевания следует дифференцировать между собой при такой клинической картине?*
2. *Укажите схожие клинические проявления этих заболеваний.*
3. *Дайте трактовку лабораторных показателей.*
4. *Различна ли тактика лечения при этих заболеваниях?*
5. *Какие методы исследования следует применить для уточнения диагноза?*

Клиническая задача:

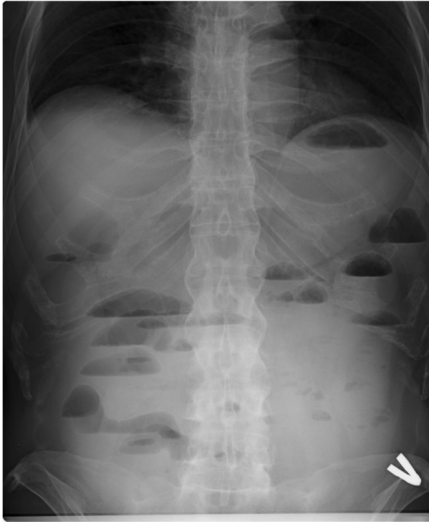
Мужчина 41 года голодал в течение суток, а затем очень плотно пообедал. Через 30 минут появились сильные боли в животе, постоянного характера, сопровождающиеся многократной рвотой. Госпитализирован через 6 часов от начала заболевания. Состояние при поступлении тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичные. Пульс – 112 ударов в 1 минуту слабого наполнения и напряжения, АД – 85 - 60 мм. рт. ст., температура тела - 37°C, лейкоциты крови - 21×10^9 /л. Стула нет, газы не отходят, язык сухой. Живот асимметрично вздут в левой половине. Симптомы раздражения брюшины положительные. Определяется шум плеска. При мануальном ректальном исследовании ампула прямой кишки пуста, сфинктер зияет.

Вопросы:

1. *Ваш предварительный диагноз.*
2. *Назовите эпонимные транскрипции описанных в ситуации симптомов.*
3. *Укажите причину сердечно-сосудистых нарушений.*
4. *Составьте план дополнительного исследования.*
5. *Лечебная тактика?*

Клиническая задача:

Больная К., 40 лет, оперирована по поводу миомы матки – выполнена надвлагалищная ампутация матки из лапаротомного доступа. На операции в брюшной полости отмечался выраженный спаечный процесс (аппендэктомия 10 лет назад).



Ранний послеоперационный период протекал гладко: пациентка активизирована на вторые сутки, температура тела была нормальной, болевой синдром умеренный – регрессировал, перистальтические шумы кишечника выслушивались, дважды отмечался самостоятельный стул. На 7-е сутки послеоперационного периода у больной появились схваткообразные боли в животе, тошнота, многократная рвота, задержка газов и стула. При осмотре: состояние тяжелое. Кожные покровы бледно-розовые. Дыхание проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. АД – 110/70 мм рт. ст., пульс – 98 в минуту. Язык сухой. Живот равномерно вздут, мягкий, болезненный при пальпации в области операции. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтические шумы выслушиваются, резонирующие. При суккуссии

определяется «шум плеска».

Общий анализ крови: гемоглобин – 95 г/л, эритроциты – 2.2×10^{12} /л, лейкоциты – 14×10^9 /л, п/я – 9%, с/я – 68%, э – 1%, лимфоциты – 14%, моноциты – 9%, СОЭ – 22 мм/час.

Выполнена обзорная рентгенография брюшной полости (Рис 1).

Вопросы:

1. Причина ухудшения состояния в послеоперационном периоде.
2. Укажите характерные клинические проявления предполагаемого диагноза.
3. Опишите изменения на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости.
4. Какие диагностические мероприятия возможно еще провести?
5. Какова лечебная тактика?

Клиническая задача:

У мужчины 50 лет при ректороманоскопии обнаружено плотное бугристое образование, расположенное на высоте 4 см от ануса. При гистологическом исследовании биоптата – аденокарцинома.

Вопросы:

1. Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
2. В каком объеме должно быть выполнено радикальное хирургическое лечение при его необходимости?
3. Возможно ли эндовидеохирургическое вмешательство?
4. Какие методы лечения, помимо хирургического, возможны при данной патологии?

Клиническая задача:

Больной при поступлении предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту. Болен около суток. Заболевание началось внезапно. При осмотре состояние больного средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 96 ударов в 1 мин. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах, где определяется поперечная резистентность мышц. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный. Пульсация аорты в эпигастральной области не определяется. При пальпации в левом реберно – позвоночном углу отмечается болезненность. Перистальтические шумы выслушиваются, ослабленные.

Вопросы:

1. *Ваш предварительный диагноз.*
2. *Какие описанные симптомы помогли Вам предположить диагноз?*
3. *Какие лабораторные методы исследования следует применить для подтверждения диагноза?*
4. *Какие инструментальные методы исследования следует применить для подтверждения диагноза?*
5. *Какова вероятная лечебная тактика?*

Клиническая задача:

Пациент 51 года поступил в стационар с жалобами на ощущение тяжести в эпигастральной области, чувство быстрого насыщения, отрыжку «тухлым», резкое похудание. Из анамнеза известно, что в течение 7 лет неоднократно проходил амбулаторное лечение по поводу язвенной болезни желудка; локализацию язвенного дефекта точно не знает. За 1,5 месяца до госпитализации появились вышеописанные жалобы, интенсивность которых постепенно нарастала. Лечился самостоятельно – принимал омепразол 20 мг на ночь. Однако улучшения не было, периодически стала возникать обильная рвота остатками пищи, съеденной накануне.

Объективно: Сознание ясное. Кожа сухая, дряблая, собирается в складки. Отмечается бледность кожных покровов и слизистых. Истощен. В левой надключичной области пальпируется безболезненное плотное образование 1,5x1,5 см. Пульс 100 ударов в минуту, ритмичный, слабого наполнения. Тоны сердца приглушены. АД 90-75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный, натощак определяется «шум плеска». Диурез 500 мл. Анализ крови: гемоглобин – 96 г/л, гематокрит - 35%, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – $9,2 \times 10^9$ /л. К⁺ - 2,3 ммоль/л, Na⁺ - 139,0 ммоль/л, мочевина 12,3 ммоль/л, креатинин 145 мкмоль/л.

Вопросы:

1. *Ваш предварительный диагноз.*
2. *Вероятный генез образования в левой надключичной области?*
3. *Причины значительной потери массы тела?*
4. *Дайте интерпретацию результатам лабораторных методов обследования.*
5. *План обследования.*