

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»

Обнинский институт атомной энергетики –

филиал федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования
«Национальный исследовательский ядерный университет «МИФИ»
(ИАТЭ НИЯУ МИФИ)

Одобрено на заседании

Ученого совета ИАТЭ НИЯУ МИФИ

Протокол от 24.04.2023 № 4-4/2023

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
к самостоятельной работе ординатора
в рамках подготовки к III этапу государственного экзамена: –
– собеседование по ситуационным профессиональным
задачам**

для ординаторов специальности

31.08.36 - Кардиология

Шифр, название специальности/направления подготовки

специализации/профиля

Шифр, название специализации/профиля

Форма обучения: **очная**

г. Обнинск 2023 г.

1. Содержание этапов проведения государственной итоговой аттестации

Последовательность проведения этапов государственных аттестационных испытаний, их порядок устанавливаются ректором НИЯУ МИФИ.

№ п/п	Наименование этапа	Содержание этапа итоговой государственной аттестации
1	Первый этап государственного экзамена – тестирование	Тестирование осуществляют с использованием лицензированного программного продукта Indigo. Тестовое задание включает 100 вопросов по разделам фундаментальных и клинических дисциплин. В каждом из заданий несколько вариантов ответов, из которых только один является верным и наиболее полно отвечающим всем условиям вопроса. Критерием оценки знаний выпускников является количество правильных ответов на тестовые задания.
2	Второй этап государственного экзамена – проверка уровня освоения практических навыков	Проверка уровня освоения практических навыков осуществляется в Центре симуляционного обучения и аккредитации специалистов отделения биотехнологий (О) ИАТЭ НИЯУ МИФИ с использованием тренажеров, фантомов, муляжей, аппаратуры, инструментов, ЭКГ, лабораторных данных, рентгенограмм и данных других диагностических средств визуализации. В процессе прохождения второго этапа государственного экзамена обучающийся поочередно демонстрирует освоение практических навыков в пяти клинических ситуациях, которые реализованы по средствам тренажеров симуляционного обучения и разнообразных алгоритмов их применения.
3	Третий этап государственного экзамена – собеседование по ситуационным профессиональным задачам	Этап направлен на оценку умения решать конкретные профессиональные задачи, и представлен устным экзаменом-собеседованием. Выпускнику предлагается решение клинических междисциплинарных ситуационных задач по дисциплинам терапевтического, хирургического, акушерско-гинекологического профиля. Оценивает знания выпускника экзаменационная комиссия из трех членов ГЭК – специалистов разного профиля (терапевта, хирурга, акушера-гинеколога).

2. Критерии оценки знаний выпускника при прохождении III этапа государственного экзамена.

На третьем этапе государственного экзамена оценивается умение выпускника решать конкретные профессиональные задачи. Оценка умения происходит в ходе собеседования по условиям ситуационных клинических задач.

Собеседование проводится по ситуационным задачам, утвержденным деканом медицинского факультета. В процессе собеседования каждый экзаменуемый получает три задачи, соответственно, терапевтического, хирургического и акушерско-гинекологического профиля.

Ответ студента оценивается по пятибалльной системе с учетом основных критериев оценки качества профессиональной подготовки выпускника по специальности «Лечебное дело»:

- Оценка **«отлично»** выставляется студенту, глубоко и прочно усвоившему программный материал, исчерпывающе, последовательно, грамотно и логически стройно его излагающему, в ответе которого тесно увязывается теория с практикой. При этом студент не затрудняется с ответом при видоизменении задания, свободно справляется с задачами, вопросами и другими видами применения знаний, показывает знакомство с монографической литературой, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических работ, дает логически последовательные, содержательные, полные правильные и конкретные ответы на все вопросы экзаменационных задач и на дополнительные вопросы членов ГЭК.

- Оценка **«хорошо»** выставляется студенту, твердо знающему программный материал, грамотно и по существу его излагающему, который не допускает существенных неточностей в ответе, правильно применяет теоретические положения при решении практических работ и задач, владеет необходимыми

навыками и приемами их выполнения, дает последовательные, правильные, конкретные ответы на поставленные вопросы билета, неполные ответы на дополнительные вопросы членов ИГЭК.

- Оценка **«удовлетворительно»** выставляется студенту, который имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности без грубых ошибок, недостаточно правильные формулировки, нарушения последовательности изложения программного материала и испытывает трудности в выполнении практических работ, дает поверхностные ответы на дополнительные вопросы членов ГЭК.

- Оценка **«неудовлетворительно»** выставляется студенту, который не знает значительной части программного материала, не понимает сущности излагаемых вопросов, допускает ошибки, неуверенно выполняет или не выполняет практические работы, неправильно решает хотя бы одну из четырех предложенных задач, неправильно отвечает на дополнительные вопросы.

На основании полученных результатов определяется итоговая оценка собеседования (ИОС), путем вычисления среднего значения:

$$\text{ИОС} = (\text{ОСт} + \text{ОСх} + \text{ОСа}) / 3$$

где: ОСт - оценка собеседования по терапии;

ОСх - оценка собеседования по хирургии;

ОСа - оценка собеседования по акушерству и гинекологии.

3. Технология проведения третьего этапа государственного экзамена (собеседование)

Экзамен проводится в аудитории, которая заранее определяется секретарем ГЭК и готовится сотрудниками деканата. В ней оборудуются места для экзаменационной комиссии, секретаря комиссии и индивидуальные места для студентов.

К началу экзамена в аудитории должны быть приготовлены:

Приказ о составе государственной экзаменационной комиссии;

Экзаменационные задачи в запечатанном конверте;

Сведения о выпускниках, сдающих экзамены;

Зачетные книжки;

Список студентов, сдающих экзамен;

Протоколы сдачи экзамена;

Бланки протоколов подготовки студентов на III этапе государственного экзамена;

Экзаменационная ведомость для выставления оценок.

Комиссия обеспечивает создание на экзамене торжественной, доброжелательной и деловой обстановки.

Последовательность проведения экзамена включает три этапа:

Начало экзамена.

Заслушивание ответов.

Подведение итогов экзамена.

3.1. Начало экзамена

В день работы ГЭК перед началом экзамена студенты-выпускники приглашаются в аудиторию, где Председатель ГЭК:

Знакомит присутствующих и экзаменующихся с приказом о создании ГЭК, зачитывает его и представляет экзаменующимся состав ГЭК персонально;

Вскрывает конверт с экзаменационными задачами, проверяет их количество и раскладывает на специально выделенном для этого столе;

Даёт общие рекомендации экзаменующимся при подготовке ответов в устном изложении вопросов билета, а также при ответах на дополнительные вопросы;

Студенты учебной группы покидают аудиторию, а оставшиеся студенты в соответствии со списком очерёдности сдачи экзамена выбирают билеты, называют их номера и занимают свободные места за столами для подготовки ответов. Время на подготовку – 30-40 минут.

3.2. Заслушивание ответов

Студенты, подготовившись к ответу, поочередно занимают место перед комиссией для сдачи экзамена поочередно, непосредственно по профилю задачи (хирургическая, терапевтическая, акушерско-гинекологическая). Для ответа каждому студенту отводится 15 минут.

Студент отвечает на все вопросы в экзаменационной задаче, а затем дает ответы членам комиссии по уточняющие, поясняющие и дополняющие вопросы.

Как правило, дополнительные вопросы тесно связаны с основными вопросами билета.

Право выбора порядка ответа предоставляется экзаменуемому студенту.

В обоих из этих вариантов комиссия, внимательно слушая экзаменуемого, предоставляет ему возможность дать полный ответ по всем вопросам.

В некоторых случаях по инициативе председателя, его заместителей или членов комиссии ГЭК (или в результате их согласованного решения) ответ студента может быть тактично приостановлен. При этом дается краткое, но убедительное пояснение причины приостановки ответа: ответ явно не по существу вопроса, ответ слишком детализирован, экзаменуемый допускает ошибку в изложении. Другая причина — когда студент грамотно и полно изложит основное содержание вопроса, но продолжает его развивать. Если ответ остановлен по первой причине, то экзаменуемому предлагают перестроить содержание излагаемой информации сразу же или после ответа на другие вопросы билета.

Заслушав ответы каждого экзаменуемого, комиссия подводит краткий итог ответа, проставляет соответствующие баллы в протоколы, в соответствии с рекомендуемыми критериями.

Ответивший студент сдает свои записи по билету и билет секретарю ГЭК.

После ответа последнего студента экзаменационной комиссией под руководством Председателя ГЭК проводится обсуждение и выставление оценок. Члены комиссии имеют право на особое мнение по оценке ответа отдельных студентов. Оно должно быть мотивированно и записано в протокол.

Одновременно формулируется общая оценка уровня теоретических и практических знаний экзаменуемых, выделяются наиболее грамотные компетентные ответы.

Оценки по каждому студенту заносятся в протоколы и зачетные книжки, комиссия подписывает эти документы. Оформляется зачетно-экзаменационная ведомость.

3.3. Подведение итогов сдачи экзамена

Все студенты, сдававшие государственный экзамен, приглашаются в аудиторию, где работает ГЭК.

Председатель комиссии подводит итоги сдачи государственного итогового экзамена и сообщает, что в результате обсуждения и совещания членов ГЭК оценки выставлены и оглашает их студентам. Отмечает лучших студентов, высказывает общие замечания. Обращается к студентам, нет ли несогласных с решением комиссии ГЭК по выставленным оценкам. В случае устного заявления экзаменуемого о занижении оценки его ответа, с ним проводится собеседование в присутствии всего состава комиссии. Целью такого собеседования является разъяснение качества ответов и обоснование итоговой оценки.

В рамках объективизации проведения государственного экзамена на всех его этапах осуществляется аудиовидеофиксация процедуры каждого этапа с двух сторон, с последующим хранением видеоматериала.

4. Третий этап государственного экзамена – собеседование по ситуационным профессиональным задачам

4.1. Ситуационные профессиональные задачи к государственному экзамену (терапевтический блок)

Задача № 1.1.

Больной Р. 59 лет, водитель такси, в понедельник вечером шёл с автостоянки домой, когда отметил появление выраженных болей за грудиной с иррадиацией в нижнюю челюсть и левую верхнюю конечность. Дома по совету жены пытался купировать болевой синдром Нитроглицерином без значимого эффекта. Суммарная продолжительность болевого синдрома более 20 минут, пациент вызвал скорую медицинскую помощь.

Из анамнеза известно, что в течение последних 10 лет у пациента повышается артериальное давление, максимально до 170 и 90 мм рт. ст. Курит 20 сигарет в сутки в течение последних 20 лет. В течение месяца впервые отметил появление загрудинных болей после интенсивной физической нагрузки и проходящих в покое. Не обследовался, лечение не получал. Наследственность: мать – 76 лет, страдает артериальной гипертензией, перенесла инфаркт миокарда, отец – умер в 55 лет от инфаркта миокарда.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Рост – 168 см, вес – 90 кг, ИМТ – 32 кг/м². Тоны сердца приглушены, выслушивается акцент второго тона на аорте, ритм правильный. АД – 160 и 90 мм рт. ст. ЧСС – 92 ударов в минуту. Дыхание везикулярное, побочных

дыхательных шумов нет. ЧДД – 22 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печеночной тупости по Курлову – 11×9×8 см. Периферических отеков нет.

В анализах: общий холестерин – 6,7 ммоль/л, ТГ – 2,8 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 0,62 ммоль/л; глюкоза натощак – 5,2 ммоль/л; креатинин – 124 мкмоль/л, СКФ (по формуле СКД-EPI) = 54,5 мл/мин/1,73 м² (по амбулаторной карте снижение СКФ до 55 мл/мин/1,73 м² также регистрировалась 4 месяца назад), альбуминурия – 40 мг/сутки.

На ЭКГ зарегистрирован синусовый ритм с ЧСС – 92 в минуту, элевация сегмента ST до 4 мм I, AVL, V1-5, депрессия сегмента ST до 2 мм II, III, AVF.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Каков выбор стратегии реперфузии миокарда в данном случае?
4. Какие препараты Вы рекомендуете пациенту в качестве пероральной антитромбоцитарной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Пациент доставлен в регионарный сосудистый центр, проведено экстренное ЧКВ, выявлена окклюзия передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии, без восстановления дистального русла. Выполнено стентирование ПМЖВ – 1 стент с лекарственным покрытием. На 3 день от момента первичного ЧКВ у пациента развился приступ боли за грудиной, с иррадиацией в левую верхнюю конечность, приступ купирован одной дозой Нитроглицерина. Как Вы расцените данный эпизод, какова дальнейшая тактика ведения пациента?

Задача 1.2.

Больной Ю. 54 лет вызвал бригаду скорой медицинской помощи. Предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет имеется повышенное артериальное давление. В течение полугода нестабильное АД (колебания от 120/80 до 170/110 мм рт. ст.), сопровождающееся головными болями. У отца гипертоническая болезнь с 50 лет. Курит по пачке сигарет в течение 30 лет. Обследовался в стационаре 5 лет назад, выставлен диагноз «гипертоническая болезнь». Лечился нерегулярно, только во время головной боли принимал Каптоприл. Вчера злоупотребил алкоголем, поздно лёг спать. Сегодня утром отметил головную боль, шум в ушах, мелькание «мушек» перед глазами, головокружение. Кроме того, появилась тошнота, однократно была рвота, которая не принесла облегчения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. ИМТ – 32 кг/м². Окружность талии (ОТ) – 106 см. Лицо гиперемировано. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца звучные, ритм правильный, акцент II тона на аорте. Левая граница сердца – на 1 см кнаружи от срединно-ключичной линии. ЧСС – 90 ударов в минуту, АД – 190/120 мм рт. ст. на обеих руках. Живот участвует в дыхании, мягкий, безболезненный, печень не выступает из-под рёберной дуги. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный. Отеков нет. Физиологические отправления не нарушены. Заключение ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС – 90 ударов в минуту, признаки гипертрофии левого желудочка.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Опишите тактику оказания неотложной помощи при данном состоянии.
4. Составьте и обоснуйте план дальнейшего дополнительного обследования пациента и обоснуйте его.
5. Для последующей терапии вы бы рекомендовали монотерапию или комбинированную терапию? Обоснуйте.

Задача 1.3.

В кардиологическое отделение госпитализирован больной К. 24 лет, студент. Жалобы на одышку при ходьбе до 100 м, усиление одышки в горизонтальном положении, сердцебиение, общую слабость, отеки на ногах. В течение 2 месяцев отмечает появление одышки, слабости. Неделью назад появились перебои в работе сердца и сердцебиение, с этого же времени появились отеки на ногах.

Из перенесённых заболеваний отмечает ОРЗ, аппендэктомию в детском возрасте, грипп около 4 лет назад. Объективно: общее состояние тяжёлое. Кожа бледная. Отеки голеней, стоп. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Притупление перкуторного звука в нижних отделах лёгких. Дыхание везикулярное, в нижних отделах крепитирующие хрипы, ЧДД – 26 в минуту. Верхушечный толчок в VI

межреберье на 3 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Границы относительной тупости сердца: правая - на 2 см кнаружи от правого края грудины, верхняя - II межреберье по левой среднеключичной линии, левая - по передней подмышечной линии. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке и в V точке аускультации. Ритм сердца неправильный, ЧСС – 122 удара в 1 минуту, АД - 100/80 мм рт. ст., средний пульс - 105 в минуту, неритмичный. Размеры печени по Курлову - 14×11×10 см. Общий анализ крови: гемоглобин - 125 г/л, лейкоциты - $4,0 \times 10^9$ /л, СОЭ - 10 мм/ч. При рентгенографии органов грудной клетки выявлен синдром кардиомегалии. Эхо-КС: дилатация левого и правого желудочков, диффузный гипокинез, фракция выброса - 28%. ЭКГ: фибрилляция предсердий, ЧЖС - 132 в 1 минуту.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Какие изменения миокарда выявляются при гистологическом исследовании при данном заболевании?
3. Перечислите ЭКГ признаки фибрилляции предсердий.
4. Назначьте лечение данному пациенту.
5. Нуждается ли пациент в восстановлении синусового ритма?

Задача 1.4.

Мужчина 47 лет вызвал бригаду скорой помощи в связи с появлением давящей боли за грудиной. Боль появилась 40 минут назад, в покое, не купировалась 2 дозами Изокета. Пациент отмечает выраженную слабость, потливость.

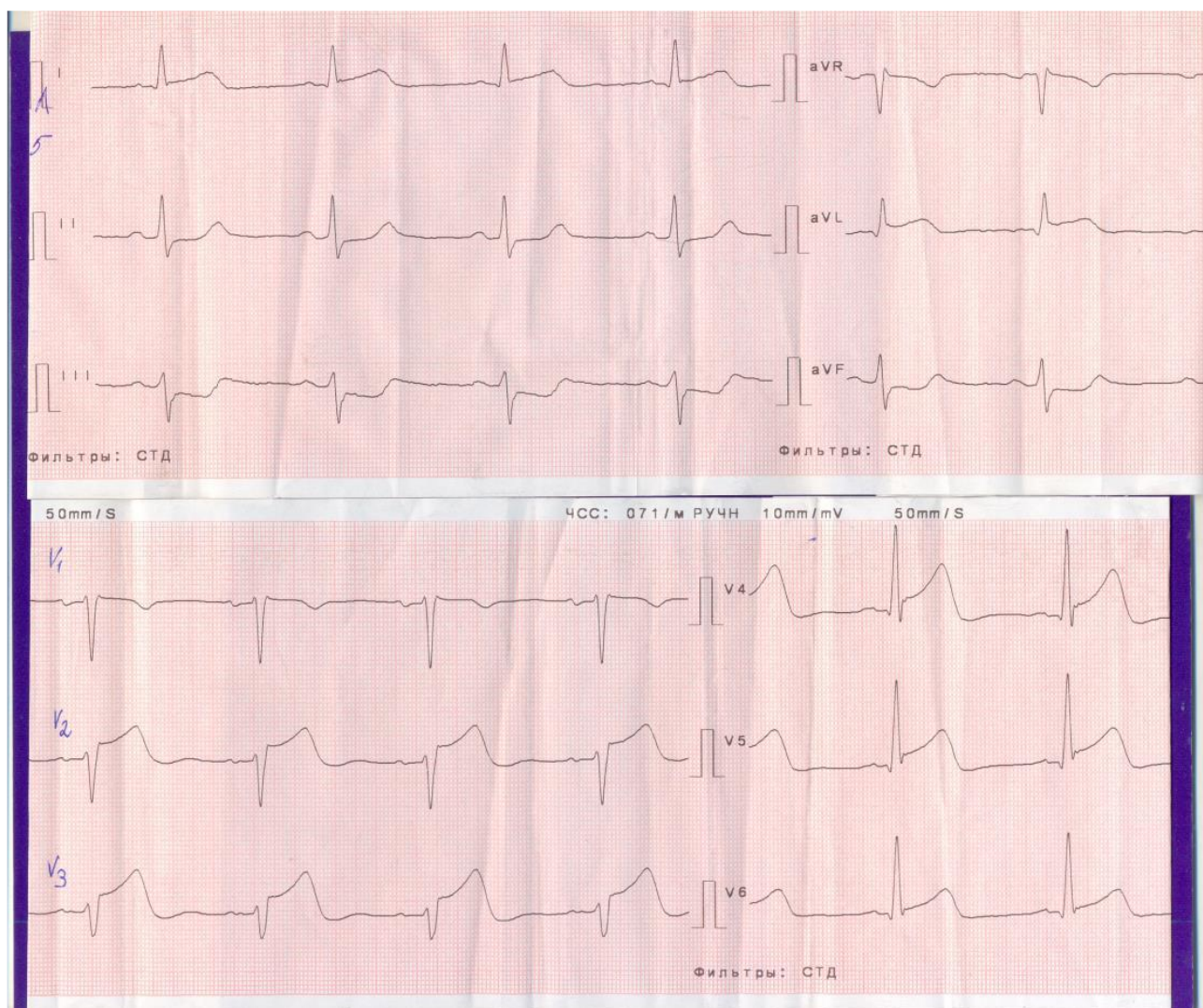
Ранее боли за грудиной не беспокоили, физическую нагрузку переносил хорошо.

В течение 6 лет периодически повышалось АД до 160/100 мм рт. ст. При повышении АД принимал Каптоприл, постоянно гипотензивные препараты не получал. Курит 25 лет по 1 пачке сигарет в день. Наследственность не отягощена.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. ЧДД - 18 в минуту. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС – 70 ударов в минуту, АД – 160/100 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена. Пульс на сосудах нижних конечностях сохранён.

Зарегистрирована ЭКГ.

Больной доставлен в приёмное отделение больницы с отделением рентгеноэндоваскулярных вмешательств в течение 20 минут.



Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой метод реперфузии показан больному? Обоснуйте свой выбор.
5. Какая анти тромботическая терапия показана больному при поступлении в стационар, если известно, что на догоспитальном этапе она не проводилась? Результаты анализов: троп-тест отрицательный, креатинин - 0,09 ммоль/л, сахар - 6,5 ммоль/л.

Задача 1.5.

Больная 39 лет обратилась с жалобами на боли в горле при глотании, першение, повышение температуры тела до 37,2 °С. Больна в течение 3 дней.

Объективно: слизистая оболочка задней стенки гиперемирована, определяются увеличенные лимфоидные гранулы и боковые валики. Небные миндалины 1 степени розовые, налетов нет. Из анамнеза известно, что подобные явления возникают часто, примерно один раз в месяц.

Больная курит по 1 пачке сигарет в день в течение 10 лет.

В анализе крови: лейкоциты - 7,5, эритроциты - 3,9, Hb - 126, палочкоядерные нейтрофилы - 1, сегментоядерные нейтрофилы - 69, лимфоциты - 26, моноциты - 2, эозинофилы - 2, СОЭ - 5.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лечения пациента
4. Какие основные методы диагностики необходимо провести?
5. Предложите меры профилактики обострения данного заболевания

Задача 1.6.

Больной М. 60 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на лихорадку до 38°C, ночное потоотделение, потерю в весе, кожный зуд в области шеи, паха. Болен в течение трёх месяцев.

При осмотре: пальпируются увеличенные подвижные, не спаянные с кожей плотно-эластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области слева сливающиеся между собой в конгломераты. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 82 удара в минуту. Печень у рёберной дуги. Селезёнка не увеличена.

В общем анализе крови: гемоглобин – 100,0 г/л, лейкоциты – $3,2 \times 10^9$ /л, эозинофилы – 11%, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 67%, лимфоциты – 14%, моноциты – 6%, тромбоциты – 200000, СОЭ – 20 мм/час.

В биоптате лимфоузла – клетки Березовского-Штернберга.

Вопросы:

1. Назовите предполагаемый диагноз.
2. Предложите план дополнительного обследования больного.
3. Какая стадия заболевания?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Предложите план лечения.

Задача 1.7.

Пациент К. 58 лет предъявляет жалобы на усиление одышки экспираторного характера при незначительной физической нагрузке (умывании, одевании), сопровождающуюся свистом в грудной клетке; на приступообразный кашель с увеличением мокроты до 20 мл в сутки в утренние часы, повышение температуры до 37,8 °С.

Анамнез заболевания: сухой кашель в течение последних 20 лет. Последние 10 лет стал отмечать экспираторную одышку при ускоренной ходьбе, подъёме на 2 этаж. В течение последнего года одышка резко усилилась и стала беспокоить при обычной нагрузке, разговоре, появилась густая, скудная мокрота жёлто-зелёного цвета. Обострения 2 раза за прошедший год. Ухудшение в течение 2 недель: поднялась температура до 37,8 °С, усилился кашель, появилась гнойная мокрота, увеличился ее объём, усилилась экспираторная одышка. Принимал дома Ампициллин по 250 мг 3 раза в день, Беродуал по 2 вдоха 4 раза в день без улучшения. Обратился в приёмный покой городской больницы.

Анамнез жизни: курит 30 лет по 1,5 пачки в сутки, употребляет 1 раз в месяц 200 мл водки. Работает прорабом на стройке. У родственников заболеваний органов дыхания нет. Аллергоанамнез не отягощен. Объективно: кожные покровы влажные, диффузный цианоз. Температура 37,5°C. Рост – 172 см, вес – 60 кг. Грудная клетка увеличена в переднезаднем размере, сглаженность над- и подключичных ямок, эпигастральный угол тупой. Перкуторный звук – коробочный. Подвижность нижнего лёгочного края по средней подмышечной линии - 2,5 см. При аускультации – ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие свистящие хрипы с обеих сторон. ЧДД – 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС - 100 ударов в минуту. АД – 120/72 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 10×9×8 см. Отёков нет.

По модифицированному опроснику британского медицинского исследовательского совета для оценки тяжести состояния mMRSquestoinnaire - 4 балла.

Общий анализ крови: эритроциты - $4,42 \times 10^{12}$ /л, Нв - 165 г/л, Нт - 50%, лейкоциты - $8,4 \times 10^9$ /л, эозинофилы - 2%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 62%, лимфоциты - 25%, моноциты – 4%, СОЭ - 28 мм/час.

Общий анализ мокроты – вязкая, зелёного цвета. Лейкоциты – 100 в поле зрения, эритроцитов – нет.

По пульсоксиметрии сатурация кислорода - 88%.

ФВД-ОФВ1 – 29%, ЖЕЛ – 52%, индекс ОФВ1/ФЖЕЛ – 57%. При пробе с

Сальбутамолом 4 дозы Δ ОФВ1 – 2,12%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какая тактика и терапия требуется пациенту при поступлении? Обоснуйте свой выбор.
5. Состояние пациента через 20 дней улучшилось: уменьшилась одышка. Какова Ваша дальнейшая

лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 1.8.

Женщина 45 лет, продавец, обратилась в поликлинику с жалобами на приступы удушья и одышку после физической нагрузки и спонтанные ночью, на дискомфорт в груди. Впервые заболела после тяжёлой пневмонии 11 лет назад. Затем приступы повторялись после физической нагрузки и во время простудных заболеваний. Приступы удушья снимала ингаляцией Сальбутамола (3-4 раза в сутки).

В анамнезе: внебольничная 2-сторонняя бронхопневмония, острый аппендицит. Наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Вредных привычек нет.

Объективно: состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожа и слизистые чистые, физиологической окраски. Язык влажный. Лимфоузлы не увеличены. В лёгких: перкуторно – коробочный звук, аускультативно – дыхание жёсткое, сухие хрипы по всем лёгочным полям, свистящие при форсированном выдохе. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены, ритмичны. АД - 140/90 мм рт. ст. Пульс – 69 ударов в минуту, хорошего наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Физиологические отправления не нарушены.

Анализ крови: гемоглобин – 12,6 г/л, эритроциты – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты - $9,5 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы – 3%, сегментоядерные нейтрофилы – 63%, эозинофилы – 5%, моноциты – 6%, лимфоциты – 13%; СОЭ - 19 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий билирубин - 5,3 мкм/л; общий белок - 82 г/л, мочевины - 4,7 ммоль/л. Анализ мочи: удельный вес - 1028, белок - отриц., эпителий - 1-3 в поле зрения.

Анализ мокроты: слизистая, без запаха. При микроскопии: лейкоциты - 5-6 в поле зрения, эозинофилы - 10-12 в поле зрения, клетки эпителия бронхов, ед. альвеолярные макрофаги. ВК - отриц. (3-кратно).

Рентгенография грудной клетки: повышена прозрачность лёгочных полей, уплощение и низкое стояние диафрагмы. Лёгочный рисунок усилен. Корни лёгких увеличены, тень усилена. Тень сердца увеличена в поперечнике.

Вопросы:

1. Выскажите предполагаемый предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Составьте план лечения (назовите необходимые группы лекарственных препаратов).

Задача 1.9.

Мужчина 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на приступы удушья, возникающие 1-2 раза в месяц, с затруднённым выдохом, сопровождающиеся свистящими хрипами и тяжестью в груди, приступообразным кашлем с трудноотделяемой мокротой. В последнее время приступы участились до 2 раз в неделю, возникают и ночью.

Из анамнеза известно, что приступы появились около года назад, отмечаются в течение всего года, появляются при контакте с домашней пылью, пылью растений, шерстью животных, резких запахах, прекращаются самостоятельно или после приёма таблетки Эуфиллина. У бабушки больного также были подобные приступы удушья. В течение трёх лет в мае-июне отмечает слезотечение, заложенность носа, чихание.

Состояние пациента удовлетворительное, частота дыхания – 24 в мин. Кожные покровы чистые, обычной окраски. При аускультации выслушивается большое количество сухих свистящих рассеянных хрипов на выдохе. Тоны сердца ритмичные, ясные, 90 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

В анализах крови: лейкоциты – $6,0 \times 10^9$ /л; сегментоядерные нейтрофилы – 63%; лимфоциты – 23%; эозинофилы – 10%; моноциты – 4%, СОЭ – 10 мм/ч.

Общий анализ мокроты: консистенция вязкая, характер слизистый, лейкоциты – 1– 5 в поле зрения, эозинофилы – 20–30 в поле зрения, спирали Куршмана, кристаллы Шарко-Лейдена. IgE сыворотки крови повышен в три раза.

Спирометрия: прирост ОФВ1 после ингаляции Сальбутамола – 25%.

Рентгенография органов грудной клетки - очаговых или инфильтративных теней не выявлено.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Назовите группы лекарственных препаратов, которые Вы бы рекомендовали пациенту в настоящее время. Обоснуйте свой выбор.
5. Через неделю пациент вновь пришел на приём к врачу-терапевту участковому. Жалоб не предъявляет, приступы прекратились. В лёгких при объективном обследовании хрипы не выслушиваются. Выберите дальнейшую тактику лечения больного и объясните Ваш выбор.

Задача 1.10.

Больная Р. 24 лет жалуется на раздражительность, мышечную слабость, постоянное сердцебиение, снижение массы тела на 3 кг за последние 5 месяцев при повышенном аппетите, одышку при ходьбе, плаксивость. Заболевание связывает со стрессовой ситуацией в семье за 3 месяца до обращения к врачу. Принимала Корвалол, Седуксен; состояние не улучшилось. В анамнезе частые ангины.

Объективно: состояние удовлетворительное, температура тела - 37,2°C. Кожные покровы влажные, тёплые на ощупь, периферических отёков нет. Умеренно выраженный двусторонний экзофтальм. Положительный симптом Розенбаха. Мелкий тремор пальцев вытянутых рук. Щитовидная железа эластичная, увеличена за счет перешейки и правой доли. Мягкая. При глотании свободно смещается. Ретробульбарной резистентности и диплопии не отмечается. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, 1 тон на верхушке усилен. Пульс - 118 ударов в минуту, ритмичный. АД - 155/60 мм рт. ст., патологии со стороны желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Определите тактику лечения данной больной.
5. Оценка эффективности проводимой терапии.

Задача 1.11.

32-летний больной на приеме у врача-терапевта участкового с жалобами на периодически возникающие давящие за грудиные боли при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.

При осмотре – кожные покровы без особенностей, ЧДД – 19 в минуту, ЧСС – 88 ударов в минуту, ритм неправильный. При аускультации сердца – систолический шум в 3–4 межреберье слева. АД – 115/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

При суточном мониторинге ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии. При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,7 см, задней стенки левого желудочка – 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу – 4,2 см.

Госпитализирован для обследования и уточнения диагноза.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача 1.12.

Больной К. 39 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на сухой кашель, повышение температуры до 37,5 °С, общую слабость, боль в грудной клетке при дыхании. В анамнезе – переохлаждение. Объективно: бледность кожных покровов, небольшое отставание правой половины грудной клетки при дыхании. При перкуссии лёгких ясный лёгочный звук над всей поверхностью лёгких.

При аускультации: ослабленное дыхание и шум трения плевры с правой стороны ниже угла лопатки. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите объём дообследования, необходимый для уточнения диагноза.
4. С какими заболеваниями требуется провести дифференциальную диагностику данного состояния?
5. При прогрессировании заболевания уменьшились кашель и боль в грудной клетке, появилась выраженная одышка, при клиническом осмотре появились притупление перкуторного тона, ослабление везикулярного дыхания и голосового дрожания в нижних отделах правого лёгкого. Какое инструментальное исследование следует выполнить повторно и с какой целью?

Задача 1.13.

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Общий анализ крови: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×10⁹/л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%.

Биохимический анализ крови: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная.

Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном заболевании?

Задача 1.14.

Больная М. 34 лет жалуется на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение.

Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, Алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает с приёмом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс – 60 ударов в минуту, АД – 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом. Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастальной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

Общий анализ крови: гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, лейкоциты – 5,2×10⁹/л; лейкоформула: палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 66%, лимфоциты - 27%, моноциты - 5%.

Биохимический анализ крови: АЛТ – 40 ед/л, АСТ – 32 ед/л. Диастаза мочи – 64 ед.

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое

количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Края дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии.

Хелик-тест: базальный уровень – 4 мм; нагрузочный уровень – 10 мм; показатель прироста – 6 мм; Нр (+).

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Показания к госпитализации.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

Задача 1.15.

Больной 49 лет предъявляет жалобы на выраженную слабость, постоянную сонливость, похудание на 6 кг за полгода, десневые и носовые кровотечения, увеличение живота в объеме, зуд. Из анамнеза – длительное злоупотребление алкоголем.

Состояние средней тяжести. При осмотре выявляется желтушность кожи, слизистых, склер, сосудистые звездочки в области шеи, груди, пальмарная эритема, контрактура Дюпюитрена. Имеется атрофия мышц верхнего плечевого пояса, дефицит веса (вес 58 кг при росте 177 см – ИМТ - 17). Определяются подкожные гематомы на руках и ногах. Живот увеличен в объеме. При перкуссии выявляется жидкость в брюшной полости. Печень пальпируется на 4 см ниже уровня реберной дуги, край острый, плотный. Перкуторные размеры - 13×11×6 см. Увеличены перкуторные размеры селезенки 17×12 см.

Белок общий - 59 г/л, альбумины - 48%, глобулины - 52%, гамма-глобулины – 28,5%.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Назовите синдромы поражения внутренних органов.
3. Обоснуйте, почему выделили указанные синдромы.
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Какие группы препаратов следует назначить больному?

Задача 1.16.

При проведении диспансеризации у женщины 50 лет (вес 98 кг, рост 164 см) выявлено: гликемия натощак - 6,9 ммоль/л, в общем анализе мочи (ОАМ): удельный вес - 1015, желтая, прозрачная, белок - 0,15 г/л, сахар +++++, эритроциты - 1-2 в п/зр, лейкоциты - 3-5 в п/зр, эпителий плоский - 3-5 в поле зрения.

На момент осмотра жалоб активно не предъявляет. В течение последних 6 месяцев периодически отмечала повышение АД до 140/90 - 150/95 мм рт. ст. Гипотензивную терапию не получала. Семейный анамнез: мать - 69 лет страдает АГ, СД 2 типа; отец - умер в 60 лет, ИМ. При анкетировании наличие соматической патологии отрицает. Вредные привычки отрицает.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное. ИМТ – 37 кг/м². Окружность талии – 104 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 72 в минуту. Гемодинамика стабильная. АД - 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень – по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицателен с обеих сторон. Физиологические отправления в норме.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план обследования пациента.
4. Препарат какой группы антигипертензивных лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту?

Обоснуйте свой выбор.

5. Какой глюкозоснижающий препарат Вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 1.17.

В приёмный покой доставлен больной З. 62 лет с жалобами на озноб, одышку, нехватку воздуха, резчайшую слабость. Заболел остро 3 дня назад, когда возник озноб, повысилась температура тела до 40 °С, стал беспокоить сухой, а затем влажный кашель с трудноотделяемой мокротой розового цвета. Прогрессивно нарастала слабость, одышка, усилился кашель, в течение последних суток не мочился. При осмотре состояние тяжёлое, сознание спутанное. Кожные покровы бледные, прохладные, цианоз губ, акроцианоз. Субиктеричность склер. Температура тела - 35,8°С. Дыхание поверхностное. ЧД - 44 в минуту. Пульс - 118 в минуту, нитевидный. Тоны сердца глухие. АД - 80/50 мм рт. ст. Над лёгкими укорочение перкуторного тона в заднебоковых отделах правого лёгкого. В этих же отделах дыхание ослабленное, выслушиваются влажные хрипы и шум трения плевры. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, край мягкий, умеренно болезненный. Периферических отёков нет. Анализ крови: лейкоциты - $21 \times 10^9/\text{л}$, базофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 18%, сегментоядерные нейтрофилы - 63%, лимфоциты - 16%, моноциты - 2%, СОЭ - 58 мм/час., АСТ - 0,7; АЛТ - 1,28; КЩС: pH - 7,5; $P\text{ CO}_2$ - 20; $P\text{ O}_2$ - 50; BE - 10.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Назовите критерии основного диагноза.
3. Какие осложнения основного заболевания Вы предполагаете?
4. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
5. Обоснуйте лечебную тактику, выбор препаратов.

Задача 1.18.

Пациент Е. 23 лет, автомеханик, заболел две недели назад после переохлаждения. Врачом-терапевтом участковым по месту жительства диагностирован острый тонзиллит. Была рекомендована терапия Амоксициллином курсом 10 дней, однако через 3 дня в связи со значительным улучшением самочувствия и нормализацией температуры тела лечение пациент прекратил. Через две недели после указанных событий больной отметил появление отёков на лице, общую слабость и недомогание, снизился аппетит, появилась головная боль, также моча стала тёмно-красного цвета и уменьшилось её количество. Наряду с вышеперечисленными симптомами пациента беспокоили боли в животе и пояснице. При измерении артериального давления - АД 140/90 мм рт. ст.

При осмотре: кожные покровы бледные. При аускультации лёгких дыхание везикулярное, побочных дыхательных шумов нет, ЧДД - 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 140 и 90 мм рт. ст. ЧСС - 90 ударов в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печёночной тупости по Курлову - $11 \times 9 \times 8$ см. Диурез - 700 мл в сутки.

Проведено лабораторное исследование.

Общий анализ крови: гемоглобин - 136 г/л, лейкоциты - $10,8 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ - 70 мм/час.

Общий анализ мочи: относительная плотность - 1025, протеинурия - 1,5 г/л, лейкоциты - 14-15 в поле зрения, эритроциты - сплошь покрывают все поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий белок - 62 г/л, альбумин - 39 г/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, мочевины - 5,6 ммоль/л, креатинин - 110 ммоль/л, СКФ - 79,4 мл/мин/1,73 м² по СКД-ЕРІ, титр АСЛ-О - 1:1000.

УЗИ почек: почки увеличены в размерах, контуры ровные, расположение типичное; дифференцировка слоёв паренхимы нарушена, эхогенность паренхимы умеренно повышена; чашечно-лоханочная система без деформаций и эктазий.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Назовите план обследования пациента.
4. Назначьте необходимую терапию.
5. Укажите, в каких случаях при данном заболевании проводится иммуносупрессивная терапия.

Задача 1.19.

Больной 23 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на отёки лица, век, туловища, конечностей, снижение количества выделяемой за сутки мочи, слабость, головную боль.

Из анамнеза известно, что страдает хроническим тонзиллитом. Подобные симптомы впервые появились 2 года назад, длительно лечился в нефрологическом отделении, получал Преднизолон с положительным эффектом, выписан из стационара в удовлетворительном состоянии. После выписки у врача не наблюдался, не лечился, хотя отмечал периодически отёки на лице. 2 недели назад переболел ангиной, после этого состояние резко ухудшилось, появились вышеуказанные жалобы. При осмотре АД – 150/95 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту, ЧДД – 22 в минуту.

Данные обследования.

Общий анализ крови: эритроциты - $3,4 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 124 г/л, цветовой показатель - 0,89, лейкоциты - $5,4 \times 10^9/л$, лейкоцитарная формула - в норме, СОЭ – 42 мм/ч.

Биохимическое исследование: общий белок крови – 35,6 г/л, альбумины – 33%, холестерин крови – 9 ммоль/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1012, белок – 5,4 г/л, эритроциты выщелоченные – 20-25 в поле зрения, восковидные цилиндры – 9-10 в поле зрения.

Вопросы:

1. Укажите основной клинико-лабораторный синдром.
2. Сформулируйте предположительный диагноз.
3. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?
4. Назначьте лечение в соответствии с клиническими рекомендациями по терапии больных с данной патологией.
5. Каковы ориентировочные сроки временной нетрудоспособности при данном заболевании? Как часто следует производить диспансерное наблюдение?

Задача 1.20.

Больная 18 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на боли в поясничной области, учащённое мочеиспускание, озноб.

Из анамнеза известно, что часто болеет ОРВИ, периодически отмечает тупые боли внизу живота, на этом фоне бывает субфебрильная температура; иногда отмечается болезненное мочеиспускание.

При осмотре: кожные покровы обычной окраски, температура 37,8°C. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыхательных движений – 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 96 в минуту. Симптом Пастернацкого положительный с обеих сторон. Мочеиспускание учащено и болезненно. Отёков нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $4,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $18,5 \times 10^9/л$, палочкоядерные нейтрофилы – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 70%, лимфоциты – 22%, моноциты – 9%, СОЭ – 28 мм/час.

Общий анализ мочи: реакция - щелочная, белок - 0,06%, лейкоциты – сплошь на все поле зрения, эритроциты – 1-2 в поле зрения, бактерии – значительное количество.

УЗИ почек: почки расположены правильно, размеры на верхней границе нормы. Чашечно-лоханочная система расширена с обеих сторон.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Укажите дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
4. Назовите исследование, необходимое для назначения адекватной терапии.
5. Назовите мероприятия диспансерного наблюдения за больной при достижении ремиссии.

Задача 1.21.

Больная Л. 48 лет работает преподавателем, обратилась в поликлинику с жалобами на боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных, плечевых, голеностопных суставах, в плюснефаланговых суставах стоп; слабость в кистях; утреннюю скованность до обеда; субфебрильную температуру по вечерам, общую слабость.

Из анамнеза. Считает себя больной около 3 месяцев, когда появились боли в суставах. За медицинской

помощью не обращалась, лечилась нестероидными противовоспалительными мазями, без улучшения. В течение последнего месяца появились боли и припухание в суставах кистей, стоп, в лучезапястных и голеностопных суставах, утренняя скованность в течение дня, субфебрильная температура тела. Похудела за период болезни на 6 кг.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, цианоза, отёков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 78 ударов в минуту. АД - 120/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края рёберной дуги.

Локальный статус: кисти правильные. II, III проксимальные межфаланговые суставы и II, III пястно-фаланговые суставы болезненные, припухшие. Болезненность в лучезапястных суставах, плечевых суставах. Хват кистей правой 80%, левой – 70%. Оценка самочувствия по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) – 60 мм.

Обследование.

Общий анализ крови: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 131 г/л, лейкоциты – $8,6 \times 10^9/л$, эозинофилы - 1%, палочкоядерные нейтрофилы - 8%, сегментоядерные нейтрофилы – 55%, лимфоциты – 30%, моноциты - 6%, СОЭ – 54 мм/ч.

Биохимические анализы крови: глюкоза – 3,2 ммоль/л, общий билирубин – 15 мкмоль/л, креатинин – 54 мкмоль/л; общий белок – 76 г/л, альбумины - 50%, глобулины: α_1 – 6%, α_2 – 14%, β – 12%, γ - 17%, СРБ – 17,2 мг, фибриноген – 5,8 г/л, мочевая кислота - 0,24 ммоль/л (норма 0,16-0,4 ммоль/л).

Ревматоидный фактор: ИФА - 62 МЕ/мл (в норме до 15 МЕ/мл). Антитела к ДНК – отрицательные. АЦЦП >200 Ед/мл.

На рентгенографии кистей, стоп: суставные щели умеренно сужены на уровне проксимальных суставов кистей. Определяются единичные эрозии. Костная структура изменена за счёт эпифизарного остеопороза на уровне пястно-фаланговых суставов, плюснефаланговых суставов, единичных кистовидных просветлений.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Препарат какой группы лекарственных средств Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 6 месяцев регулярной терапии: гемоглобин – 134 г/л, СОЭ – 38 мм/час, СРБ - 10,2 мг/л, РФ – 17,2 МЕ/мл, сывороточное железо – 19 мкмоль/л. Сохраняются боли во II, III пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах кистей, лучезапястных суставах, утренняя скованность до 2-3 часов. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор

Задача 1.22.

Больная В. 24 лет обратилась в поликлинику с жалобами на слабость, головокружение, желтуху. Больна с 5-летнего возраста.

При осмотре: кожа и склеры желтушные. Обращает на себя внимание «башенный череп» и «готическое небо». На коже голеней – трофические язвы. Пульс - 98 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены, систолический шум над всеми точками. Дыхание везикулярное. Живот мягкий, печень выступает на 3 см из-под края рёберной дуги, селезёнка – на 6 см. В крови анемия гиперрегенераторного типа (ретикулоцитоз). Билирубин - 48 мкмоль/л, непрямой - 40 мкмоль/л. Микросфероцитоз эритроцитов.

Вопросы:

1. Сформулируйте предположительный диагноз.
2. Назовите критерии основного диагноза.
3. Проведите дифференциальный диагноз желтухи.
4. Составьте план дополнительных методов обследования.
5. Выберите лечебную тактику.

Задача 1.23.

Больной М. 16 лет направлен с приёма в поликлинике в инфекционную больницу 20 августа с жалобами

на плохой аппетит, ноющие боли в правом подреберье, потемнение мочи, желтушную окраску кожи и склер.

Анамнез болезни: заболел 14 августа, когда повысилась температура до 38 °С, появилась головная боль, тошнота, двукратная рвота. Все последующие дни сохранялась температура в пределах 37,6–38 °С, беспокоила общая слабость, головная боль, тошнота, плохой аппетит. 19 августа заметил потемнение мочи и посветление кала. 20 августа появилась желтушность кожи и склер.

Эпидемиологический анамнез: живёт в студенческом общежитии, в комнате 4 человека. Периодически питается в столовой по месту учёбы.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Температура 37,5 °С. Кожные покровы и склеры умеренно желтушны, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс – 64 удара в минуту, АД – 100/60 мм рт. ст. Язык влажный, обложен у корня белым налётом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный. Печень выступает на 2 см из-под края рёберной дуги, чувствительная при пальпации. Пальпируется селезёнка. Поколачивание по поясничной области отрицательное с обеих сторон.

Биохимические показатели: билирубин общий – 160 ммоль/л, прямой – 102 ммоль/л, непрямой – 58 ммоль/л, АлТ – 640 МЕ/л, АсТ – 488 ммоль/л, щёлочная фосфатаза – 102 ед, протромбиновый индекс – 60%.

В анализе мочи определяются желчные пигменты.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Тактика ведения пациента. Обоснуйте свой выбор.
5. Назовите методы профилактики данного заболевания

Задача 1.24.

У студента, навестившего больного товарища, на 2 сутки появились озноб, температура тела 39,1 °С, сильная головная боль в лобной области, боли в глазных яблоках, мышцах и суставах, тошнота, слабость, отсутствие аппетита. К концу 1 дня болезни появились заложенность носа, першение в горле, сухой надсадный кашель с болями за грудиной.

При объективном осмотре выявлены гиперемия и одутловатость лица, заложенность носа, в зеве разлитая умеренная гиперемия задней стенки глотки и её зернистость. В лёгких – жёсткое дыхание, единичные сухие хрипы. Пульс – 102 ударов в минуту, ритмичный, АД – 115/80 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены. Менингеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Укажите план лечения данного пациента.
5. Через 1 месяц у больного жалоб нет. Состояние и самочувствие хорошее. Ваша дальнейшая тактика по ведению данного пациента.

Задача 1.25.

Больной Т. 21 года обратился в поликлинику на 5 день болезни с жалобами на головную боль в лобной области, небольшое головокружение, светобоязнь, озноб, заложенность носа с обильными слизисто-серозными выделениями из носовых ходов.

Заболевание началось остро: температура тела поднялась до 38 °С, появились умеренная головная боль, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, жжение в глазах, сильный насморк, боли в горле при глотании. На следующий день и все последующие дни температура тела до 40 °С. Заболевание связывает с переохлаждением.

При осмотре больного температура тела 38 °С, вялый. Общее состояние средней тяжести. Носовое дыхание затруднено, обильные серозно-слизистые выделения из носовых ходов. Веки отёчны. Конъюнктивы обоих глаз резко гиперемированы. Выявлены умеренная гиперемия дужек, языка,

миндалин и умеренная гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Миндалины не увеличены. Пальпируются мягкие, безболезненные подчелюстные, шейные и подмышечные лимфатические узлы. В лёгких при аускультации жёсткое дыхание, хрипы не выслушиваются. Пульс – 102 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Тоны сердца отчётливые. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не пальпируются. Менингеальных симптомов нет.

Лабораторная диагностика.

Кровь: эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, Нв – 116 г/л, лейкоциты – $7,8 \times 10^9/л$, эозинофилы – 1%, палочкоядерные – 8%, сегментоядерные – 53%, лимфоциты – 36%, моноциты – 2%.

Моча: без патологии.

Рентгенография грудной клетки – без патологии.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Назовите заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования.
4. Составьте план лечения.
5. Какова тактика врача-терапевта участкового?

Задача 1.26.

Вызов врача-терапевта участкового на дом. Больная А. 41 года заболела остро 6 часов тому назад, когда появился «туман и сетка» перед глазами (не смогла читать газету), несколько часов спустя появилось двоение предметов перед глазами. Рвоты, поноса, сухости во рту не было. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Данные офтальмометрии: снижение остроты зрения на оба глаза, диплопия, птоз, миопия. Зрачки не реагируют на свет. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, 80 ударов в минуту. За 10 часов до заболевания ела маринованные грибы собственного консервирования. Вместе с ней ели грибы муж и мать, у которых развились подобные симптомы.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами основной диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план лабораторной диагностики с целью подтверждения диагноза.
4. Лекарственные препараты каких группы Вы бы назначили пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Перечислите мероприятия в эпидемическом очаге данного заболевания.

Задача 1.27.

Больной Е. 42 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на появление в области спины кольцевидной формы ярко-розового образования диаметром около 15 см, которое не сопровождалось субъективными ощущениями; заметил его случайно накануне вечером.

Из анамнеза известно, что около 2 недель назад был в лесу. После этого самостоятельно удалил клеща. При осмотре состояние ближе к удовлетворительному, температура тела 37,5 °С. На коже спины, в области правой лопатки чётко отграниченный от нормальной кожи участок гиперемии с несколько приподнятыми краями, ярко-розового цвета. Пальпация в проекции этого образования безболезненная. Пульс – 78 ударов в минуту, удовлетворительных качеств. Тоны сердца ритмичные, приглушённые. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезёнка не увеличены.

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз на основании полученных данных с учётом синдромального подхода и обоснуйте его.
2. Дайте этиологическую характеристику возбудителю, предположительно вызвавшему заболевание, назовите источники инфекции и пути заражения.
3. Назовите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику.
4. Какова будет терапевтическая тактика на этапе оказания амбулаторно- поликлинической помощи?
5. Перечислите профилактические мероприятия, направленные на предупреждение данного заболевания.

Задача 1.28.

Женщина 75 лет 21 мая обратилась к врачу с жалобами на сердцебиение.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад пациентка перенесла острый нижний инфаркт миокарда с подъёмом сегмента ST; пациентке была выполнена коронарография - выявлен стеноз огибающей ветви 85%, (ПМЖВ стеноз 45%, ОВ 45%), в связи с чем проводились трансбаллонная ангиопластика и стентирование ПКА стентом с лекарственным покрытием. В течение трех лет у пациентки верифицирована постоянная форма фибрилляции предсердий. У пациентки в анамнезе были 2 попытки восстановления ритма с помощью электроимпульсной терапии, которые оказались неуспешными.

При осмотре: состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, обычной окраски. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, аритмичные. ЧСС - 140 ударов в минуту, пульс - 110 ударов в минуту. АД - 110/80 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Дизурии нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

В анализах: общий холестерин – 4,8 ммоль/л, ТГ - 2,5 ммоль/л, ХС-ЛПВП – 1,1 ммоль/л; ХС-ЛПНП – 3,2 ммоль/л.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз пациентки.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Перечислите группы препаратов, сроки их применения, которые должны быть рекомендованы для приёма пациентке. Обоснуйте их применение.
5. Учитывая жалобы пациентки на сердцебиение, несмотря на приём препаратов, перечисленных в прошлом вопросе, какова дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 1.29.

Больной 52 лет 3 день после операции аппендэктомии. При попытке подняться с постели внезапно появилась одышка, сухой кашель, давящая боль по всей передней поверхности грудной клетки, резкая общая слабость, через сутки присоединилось кровохаркание.

Объективно: состояние средней тяжести, цианоз, набухание шейных вен. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений (ЧДД) – 36 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, акцент 2 тона на лёгочной артерии.

ЭКГ: правограмма, глубокий зубец S в I отведении, зубец Q в III отведении, глубиной 1/3 зубца R и продолжительностью 0,02 секунды. Депрессия сегмента ST и отрицательный зубец T в V1–V3 отведениях, высокие зубцы R в стандартных отведениях.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача 1.30.

Больной 48 лет проснулся ночью от болей в эпигастральной области, сопровождающихся слабостью, потливостью, тошнотой. Ранее боли не беспокоили, считал себя здоровым. Попытка купировать боли раствором соды облегчения не принесла. После приёма Нитроглицерина под язык боли уменьшились, но полностью не прошли. Сохранялись тошнота, слабость, потливость. Под утро была вызвана бригада скорой помощи. На снятой ЭКГ выявлен глубокий зубец Q в III и aVF отведениях; сегмент ST в этих же отведениях приподнят над изолинией, дугообразный, переходит в отрицательный зубец T; сегмент ST в отведениях I, aVL и с V1 по V4 ниже изолинии.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз у данного больного?
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дополнительного обследования пациента.

4. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика?
5. Укажите противопоказания к проведению тромболизиса.

Задача 1.31.

32-летний больной на приёме у врача-терапевта участкового с жалобами на периодически возникающие давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.

При осмотре – кожные покровы без особенностей, ЧДД – 19 в минуту, ЧСС – 88 ударов в минуту, ритм неправильный. При аускультации сердца – систолический шум в 3–4 межреберье слева. АД – 115/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

При суточном мониторинге ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии. При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,7 см, задней стенки левого желудочка – 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу – 4,2 см.

Госпитализирован для обследования и уточнения диагноза.

Вопросы:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Задача 1.32.

Больная М. 50 лет обратилась к врачу-терапевту участковому с жалобами на тошноту, острые ночные и голодные боли в эпигастрии, уменьшающиеся после приёма пищи, тошноту, рвоту «кофейной гущей», однократно чёрный «дегтеобразный» стул. Лечится по поводу ревматоидного артрита, длительно (более 3 месяцев) принимала Индометацин по 1 таблетке 3 раза в день. Ранее данных жалоб не отмечала, к врачу не обращалась.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные. Пониженного питания. Язык обложен белым налётом, влажный. В лёгких дыхание везикулярное, ЧД – 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 88 ударов в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Живот напряжённый, резко болезненный локально в зоне Шофара. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул чёрный «дегтеобразный». Мочеиспускание не нарушено.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 100 г/л; эритроциты – $3,0 \times 10^{12}/л$; лейкоциты $8,4 \times 10^9/л$; палочкоядерные – 4%; сегментоядерные – 61%; эозинофилы – 1%; лимфоциты – 30%; моноциты – 4%; СОЭ – 20 мм/час.

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Какой группы противоязвенных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в стартовой терапии? Обоснуйте свой выбор.
5. Через 2 недели терапии выявлены признаки рубцевания язвы. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.

Задача 1.33.

Участковый врач-терапевт прибыл на вызов к пациентке Н. 36 лет на 4 день болезни, которая предъявляет жалобы: на отсутствие аппетита, тошноту, горечь во рту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания: Заболела остро с появления тошноты, однократной рвоты съеденным на кануне. К врачу не обращалась. В последующие дни тошнота сохранялась, пропал аппетит, появилась горечь во рту и ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, отмечался двукратный кашицеобразный стул. На 4-й день болезни окружающие заметили желтуху, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни: Работает помощником воспитателя в младшей группе детского сада. Проживает в отдельной квартире с мужем. Аллергоанамнез: неотягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания, пневмония. Вредные привычки: отрицает. Парентеральный анамнез неотягощен. Указывает на погрешность в диете накануне заболевания (отмечали день рождения на работе). Окружающие на работе и дома здоровы. Отпуск во второй половине августа провела на даче в Подмосковье. Среди детей после открытия детского сада и возвращения с летних каникул отмечались единичные случаи ОРВИ.

Объективный статус: Больная повышенного питания. Температура тела 36,5°C. Кожа и склеры ярко желтушны, сыпи нет. Язык суховат, уздечка языка иктерична. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. Симптом поколачивания по краю правой реберной дуги отрицательный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Пальпируется полюс селезенки. Моча темная, стула в течение последних суток не было. АД – 120/80 мм.рт.ст, ЧСС – 72 уд. в мин.

Результаты лабораторных методов обследования:

Биохимический анализ крови

Наименование	Результат
Общий белок	76
Альбумин	35
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	1580
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	1120
Щелочная фосфатаза	325
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	110
Билирубин общий	249
Билирубин прямой	165
Глюкоза	5,0
Мочевина	3,8
Креатинин	96
Амилаза	90

Протромбиновый индекс 80%

Иммуноферментный анализ крови

Показатели	Результат
HBs-Ag	Отрицательный
AntiHBcor IgM	Отрицательный
Anti-HAV Ig M	Положительный
Anti-HCV	Отрицательный

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие инструментальные методы обследования пациента необходимы для постановки диагноза?
4. Укажите план лечения данного пациента
5. Назовите возможные исходы данного заболевания?

Задача 1.34.

Больной П. 37 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на слабость, недомогание, снижение аппетита, тошноту, усиливающуюся на запахи приготовленной пищи и никотина, однократную рвоту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, потемнение мочи.

Анамнез заболевания: Заболел подостро, появились слабость, анорексия, тошнота, неприятные ощущения в эпигастриальной области, однократно жидкий стул; Отмечался кратковременный подъем температуры тела до фебрильных значений; Лечился самостоятельно по поводу острой кишечной инфекции (накануне заболевания вернулся из экспедиции), без успеха; В последующие дни narосли слабость, недомогание, усилилась анорексия, тошнота, особенно на кулинарные запахи, запах никотина, была однократная рвота; На 6-7 день болезни отметил потемнение мочи в течение суток. Отсутствие положительной динамики в самочувствии пациента послужили основанием обращения за медицинской помощью.

Анамнез жизни: Работает руководителем небольшой коммерческой компании по продаже косметических средств. Проживает в отдельной квартире с семьей (жена и один ребенок). Аллергоанамнез: неотягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные

заболевания, два года назад перенес острый вирусный гепатит А. Вредные привычки: отрицает. Парентеральный анамнез не отягощен. За два месяца до настоящего заболевания выехал в Китай (провинции Гуйчжоу и Сычуань), где находился в командировке по вопросам своего бизнеса. Проживал в гостиницах, преимущественно питался самостоятельно, имел множественные контакты. Вернулся домой за 2-3 дня до начала заболевания. Год назад прошел курс вакцинации против вирусного гепатита В.

Объективный статус: Температура тела 37,1°C. Кожа и склеры субъиктеричные, сыпи нет. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1,5 см, мягко-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка отчетливо не пальпируется. Моча темная, стул частично ахоличен. АД – 110/60 мм.рт.ст, ЧСС – 62 уд. в мин.

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

Наименование	Результат
Общий белок	78
Альбумин	41
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	1328
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	995
Щелочная фосфатаза	219
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	154
Билирубин общий	115,7
Билирубин прямой	97,4
Глюкоза	4,9
Мочевина	4,6
Креатинин	92
Амилаза	76

Иммуноферментный анализ крови

Показатели	Результат
Anti-HBs	Положительно
HBs-Ag	Отрицательно
AntiHBcor IgM	Отрицательно
Anti-HCV	Отрицательно
Anti-HAV Ig M	Отрицательно
Anti-HAV Ig G	Положительно
Anti-HEV IgM	Положительно

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента
4. Укажите план лечения данного пациента
5. Укажите срок обязательного наблюдения за пациентом с нашим диагнозом со дня разобщения с источником инфекции.

Задача 1.35.

Больной С. 43 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами на снижение работоспособности, чувство недомогания, повышенную утомляемость, снижение аппетита, тошноту, ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, желтушное окрашивание кожи и склер.

Анамнез заболевания: Заболел неделю назад с появления повышенной утомляемости, недомогания, снижения аппетита, ощущение «тяжести» в эпигастрии. Данное состояние сохранялось в течении 3-4 дней. Лечился дома самостоятельно, принимал но-шпу, мезим, соблюдал диету. К врачу не обращался. В последующие дни появились ощущение «тяжести» в эпигастрии и правом подреберье, тошнота, отметил отсутствие аппетита. На 7-й день болезни отметил потемнение мочи, желтушность склер, что послужило причиной обращения к врачу.

Анамнез жизни: Работает главным специалистом по защите информации. Проживает в отдельной квартире с женой и дочерью 16 лет. Аллергоанамнез: не отягощен. Перенесенные инфекционные и неинфекционные заболевания: детские инфекции, простудные заболевания. Острый ВГВ, весна 2015г. Вредные привычки: отрицает. Парентеральный анамнез: удаление зуба 2 месяца назад. В декабре 2016г. находился в Тайланде в течение 10 дней. Жил в отеле, питался. После выписки из больницы в 2015г., где находился по поводу ОВГВ, к врачам не обращался, диспансерное наблюдение после перенесенного вирусного гепатита не проходил.

Объективный статус Температура тела 36,7°C. Кожа и склеры неярко желтушны, чистые. Язык влажный, скудно обложен белым налетом. Живот мягкий, чувствителен при пальпации в правом подреберье. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2см, плотно-эластичной консистенции, чувствительна при пальпации. Селезенка не пальпируется. Моча темная, стул осветлен. АД – 120/70 мм.рт.ст, ЧСС – 68 уд. в мин.

Результаты лабораторных методов обследования

Биохимический анализ крови

Наименование	Результат
Общий белок	61
Альбумин	32
Аланинаминотрансфераза (АлАТ)	793
Аспартатаминотрансфераза (АсАТ)	627
Щелочная фосфатаза	174
Гамма-глутамилтрансфераза (ГГТ)	98
Билирубин общий	81
Билирубин прямой	56,4
Глюкоза	4,3
Мочевина	3,3
Креатинин	76
Амилаза	96

Иммуноферментный анализ крови

Показатели	Результат
HBs-Ag	Положительный
AntiHBcor IgM	Положительный
AntiHBcor IgG	Положительный
Anti-HAV Ig M	Отрицательный
Anti-HCV	Отрицательный

Протромбиновый индекс - 72 %

Вопросы:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Какие инструментальные методы обследования пациента необходимы для постановки диагноза?
4. Укажите план лечения данного пациента
5. Опишите аспекты диспансерного наблюдения пациентов с данным заболеванием.

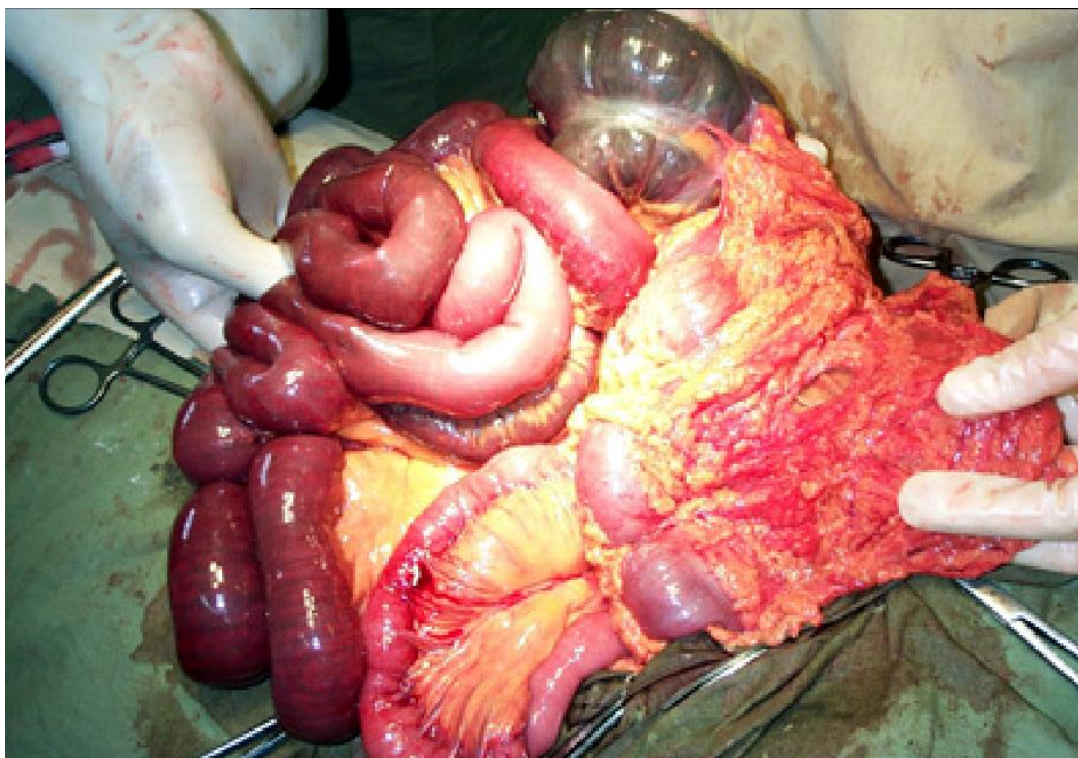
4.2. Ситуационные профессиональные задачи к государственному экзамену (хирургический блок)

Задача № 2.1

Тучная женщина, 66 лет, перенесшая за последние полтора года два инфаркта миокарда, вечером накануне дня поступления внезапно ощутила резкие схваткообразные боли в верхних отделах живота и тошноту. Нитроглицерин и но-шпа боли не купировали, была однократная рвота желудочным содержимым и скудный жидкий стул. Затем боли стали менее интенсивными и приняли постоянный характер. Всю ночь больная была беспокойна, не спала. Утром прибывший врач скорой помощи заподозрил острый инфаркт миокарда, доставил больную в кардиологический стационар, где острых нарушений коронарного кровотока по повторным электрокардиограммам не обнаружено.

Дежурный хирург расценил состояние как тяжелое. Она заторможена, неподвижна, любое движение и кашель усиливают разлитые боли в животе. У больной выраженная слабость, тошнота, икота, отрыжка с каловым запахом. Кожа землисто-серого цвета, губы цианотичны, одышка до 28 дыханий в минуту. Пульс 120 ударов в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. Артериальное давление 100 и 60 мм рт. ст. Температура тела 36,7° С.

Живот увеличен в объеме, болезненный при пальпации во всех отделах, умеренно напряжен, симптом Щеткина–Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется тимпанит, в отлогах местах – притупление перкуторного звука. Перистальтика кишечника резко ослаблена, при пальцевом исследовании в ампуле прямой кишки слизь и темная кровь.



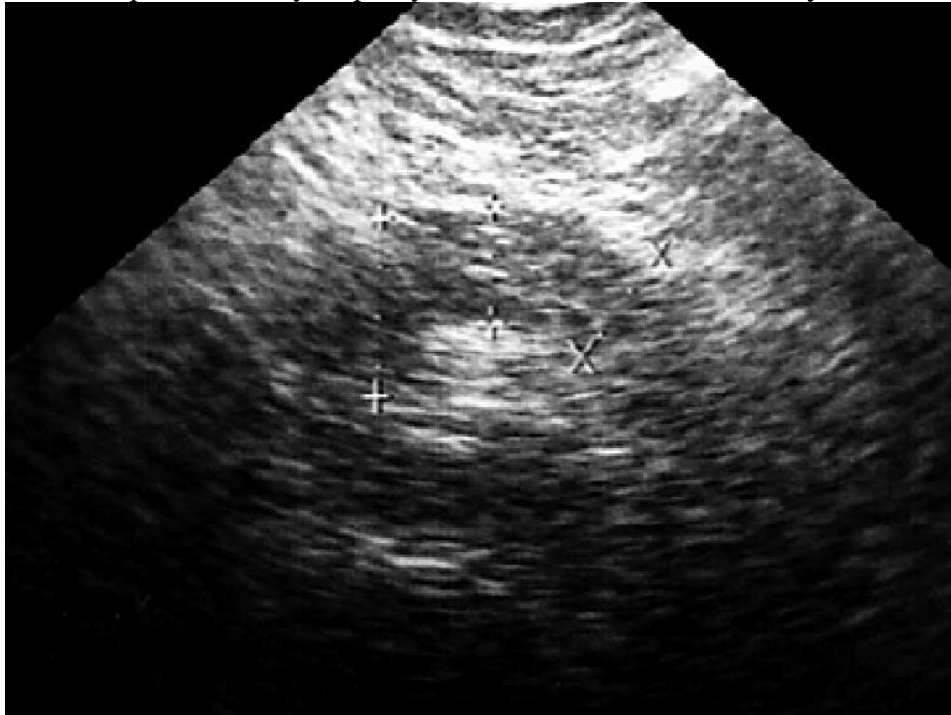
Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Какова связь данного заболевания и инфаркта миокарда?
3. Каков патогенез заболевания?
4. Перечислите стадии течения заболевания.
5. Нужны ли дополнительные методы исследования и какие?
6. Показана ли медикаментозная терапия и в каком объеме?
7. Чем Вы объясняете притупление перкуторного звука в отлогих местах и тимпанит?
8. Как можно объяснить наличие крови в прямой кишке?
9. Какое оперативное вмешательство предполагаете выполнить?
10. Перечислите признаки нежизнеспособности кишки.
11. Какие анатомические образования Вы видите на операции, представленной на рисунке?
12. Показана ли антикоагулянтная терапия после операции? Если да, то через какое время следует ее начать?
13. Какими лабораторными показателями контролируется эффективность антикоагулянтной терапии?

Задача № 2.2

Пациентка Н., 43 лет, доставлена в больницу с жалобами на нестерпимые боли, преимущественно в эпигастральной области, опоясывающего характера, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения.

Общее состояние тяжелое. Сознание ясное, положение пассивное из-за болей. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, ЧДД – 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с частотой сердечных сокращений 94 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения, артериальное давление 115 и 75 мм рт. ст. Живот вздут, симметричен, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий в мезогастррии и гипогастрии, напряжен и резко болезненный в эпигастральной области. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. На рентгенограмме подкова двенадцатиперстной кишки несколько развернута. На электрокардиограмме отмечены косвенные признаки инфаркта миокарда. Диастаза мочи – 512 ед. Произведено ультразвуковое исследование поджелудочной железы (см. рисунок).



**Эхограмма поджелудочной железы
(косое сканирование).**

*Диффузный отек поджелудочной
железы.*

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Расскажите хирургическую анатомию пораженного органа?
3. Инкреторная и экскреторная функции данного органа?
4. Каков механизм развития боли в эпигастрии?
5. Какие еще симптомы характерны для данной патологии?
6. Какие дополнительные методы исследования помогут установить правильный диагноз?
7. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
8. Какова тактика хирурга?
9. Какова консервативная терапия?
10. Показано ли хирургическое вмешательство? В чем заключается оперативное лечение данной патологии?
11. Какова причина возникновения изменений на электрокардиограмме?

12. Каков прогноз данного заболевания?

Задача № 2.3.

Женщина, 73 лет, в прошлом отмечала периодические приступы болей в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку и область сердца. За сутки до поступления в больницу после приема жирной пищи появились сильные боли в правом подреберье, иррадиирующие в лопатку и надключичную область, тошнота. Повторная рвота не приносила облегчения. После инъекции платифиллина, сделанной врачом скорой помощи боли уменьшились, но рвота не прекратилась. Появились озноб, жажда, сухость во рту, слабость. Ночь больная провела дома, принимала но-шпу, пыталась промыть желудок.

Доставлена в состоянии средней тяжести – беспокойна, температура тела 38° С, язык сухой. Пульс 110 в минуту, аритмичный, артериальное давление 100 и 70 мм рт. ст.

Живот умеренно вздут, резко болезненный в правых отделах. Положительный симптом Щеткина–Блюмберга в правом подреберье. Желчный пузырь не прощупывается из-за выраженного мышечного напряжения. Произведено ультразвуковое исследование (см.



Эхограмма желчного пузыря

рисунк).

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Опишите хирургическую анатомию внепеченочных желчных путей.
3. Расскажите патогенез желчной колики.
4. Опишите макроскопические изменения желчного пузыря при флегмонозном воспалении.
5. В чем состоит ошибка врача скорой помощи?

6. Какие миниинвазивные методы лечения приступа желчной колики Вы знаете?
7. Показаны ли инструментальные методы исследования?
8. Назначьте медикаментозную терапию для данной больной.
9. Показана ли операция? Какой объем хирургического вмешательства предполагаете выполнить?
10. Приведите методы интраоперационного обследования желчевыводящих путей.
11. Требуется ли ревизия холедоха?
12. Какие варианты билиодигестивных анастомозов Вы знаете?

Задача № 2.4

При погрузке рабочий придавлен задним бортом машины к стене. Машина сразу же отъехала. Прибытие работников скорой помощи через 30 мин.

При осмотре: состояние пострадавшего средней степени тяжести, цианоз кожных покровов, одышка, левая половина грудной клетки резко отстаёт в акте дыхания, дыхание частое, поверхностное. Положительный симптом «прерывистого вдоха».

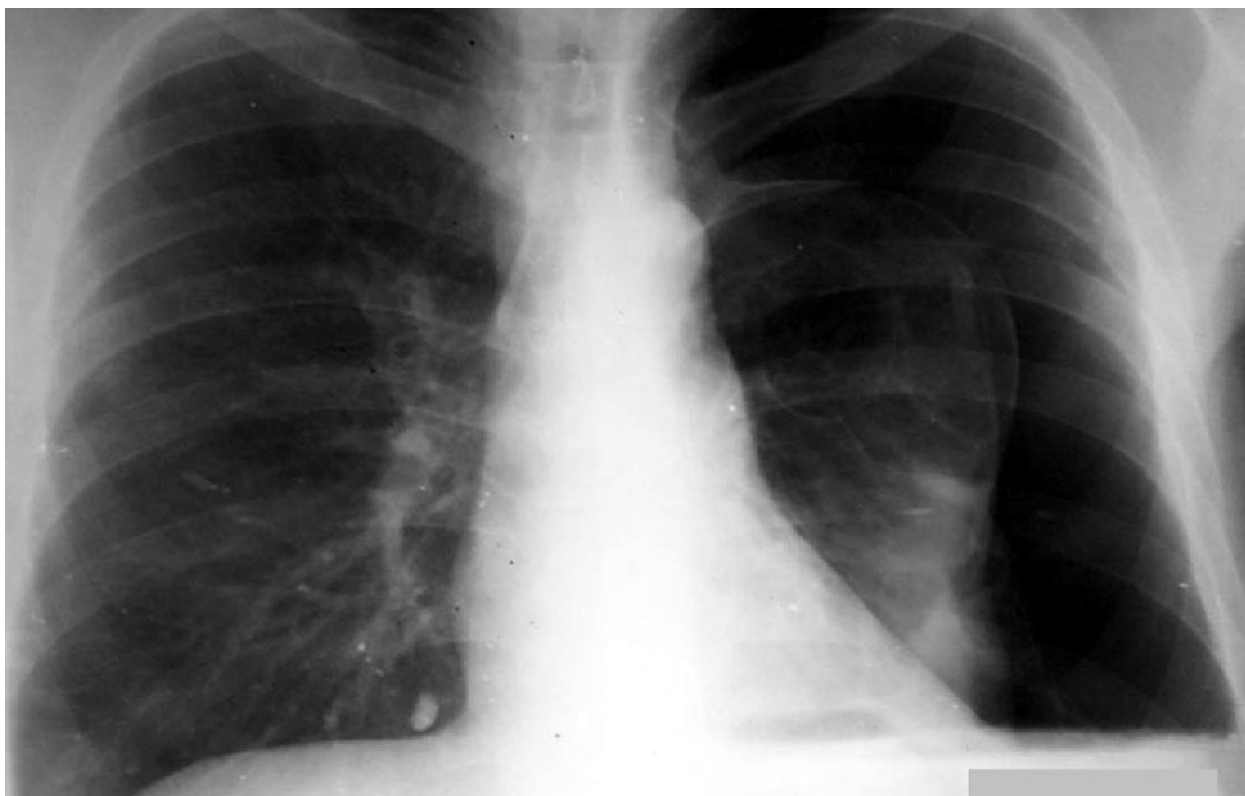
При перкуссии – в левой половине грудной клетки – тимпанит, границы сердца смещены вправо.

При аускультации - дыхание слева резко ослаблено, в нижних отделах не выслушивается.

При пальпации - подкожная эмфизема по левой половине груди, определяется болезненность, крепитация отломков, отек в проекции левых 8-9 ребер по средне-ключичной линии. Положительный симптом осевой нагрузки на левые 8-9 ребра.

Пульс 130 в 1 мин, АД 90/60 мм. рт. ст.

В анализах красной крови: гемоглобин – 125 г/л, эритроциты – $3,6 \cdot 10^{12}$, гематокрит – 35%.



Обзорная рентгенограмма грудной клетки, прямая проекция.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Раскройте полный объем первой врачебной помощи на месте происшествия и во время транспортировки больного в порядке очередности.
3. Расскажите о классификации данной патологии.
4. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
5. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
6. Консультации каких смежных специалистов необходимо назначить больному в приемном отделении больницы?
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения (ранние и поздние) возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Пункция плевральной полости, техника.
11. Опишите прилагаемую рентгенограмму.

Задача № 2.5

Больной К., 50 лет, поступил с жалобами на схваткообразную боль в животе, тошноту, рвоту, неотхождение стула и газов. За 5 часов до госпитализации выполнял тяжелую физическую работу на заводе, появилось опухолевидное образование и резкие боли в правой паховой области. Обратился в медицинский пункт. Медицинская сестра здравпункта ввела внутримышечно раствор анальгина 50% 2 мл и раствор папаверина 2% 2 мл. Состояние больного не улучшилось. Бригадой «скорой помощи» доставлен в дежурную больницу.

При поступлении состояние средней степени тяжести. Кожный покров бледно-розовой окраски. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст., пульс 91 удар в мин. Язык влажный обложен белым налетом. Живот умеренно равномерно вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. При перкуссии определяется тимпанический звук. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. В правой паховой области имеется опухолевидное образование 6×8 см, при пальпации резко болезненное, плотно-эластической консистенции, не вправимое в брюшную полость, симптом «кашлевого толчка» отрицательный. Общий анализ крови: гемоглобин – 134 г/л, лейкоциты – $14,3 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 11 мм/ч. Общий анализ мочи без изменений.



Обзорная рентгенография органов брюшной полости

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
3. Были ли в действиях медсестры ошибки?
4. Опишите рентгенограмму органов брюшной полости.
5. Показана ли больному экстренная операция?
6. Будет ли учитываться возраст больного при проведении лечения?
7. В чем должно заключаться лечение?
8. Тактика хирурга при флегмоне грыжевого мешка.
9. Перечислите признаки нежизнеспособности кишечника на определенном участке.
10. Какой из способов наложения анастомоза при резекции кишки наиболее предпочтителен: а) конец в конец; б) конец в бок, и почему?
11. В чем заключается предоперационная подготовка больного?
12. Послеоперационное ведение больного.

Задача № 2.6

Больная П. 55 лет поступила в клинику с жалобами на боль в правом подреберье, желтуху, кожный зуд. Болея в течение 8 дней. Заболела остро, после приема жирной пищи, когда появились боли в правом подреберье. На следующий день отметила темную окраску мочи, обесцвеченный кал, желтушность кожных покровов и склер.

Состояние средней степени тяжести. Кожный покров желтушной окраски со следами расчесов, склеры иктеричные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, пульс 88 ударов в минуту, артериальное давление 140 и 80 мм рт.ст.

Живот мягкий болезненный в правом подреберье и эпигастриальной области. Симптомов раздражения брюшины нет.

Общий анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, лейкоциты – $9,3 \times 10^9$ /л, СОЭ – 14 мм/ч.

Билирубин 231 мкмоль/л (прямой – 183 мкмоль/л, непрямой – 48 мкмоль/л), АлАТ – 2,6

ммоль/л, АсАТ – 1,5 ммоль/л.

При ультразвуковом исследовании отмечается умеренное расширение внутрипеченочных желчных протоков, холедох расширен до 1,6 см, в просвете желчного пузыря и холедоха определяются плотные эхоструктуры диаметром от 0,5 до 1,5 см.

Произведена пункционная холангиография (см. рисунок).



Холангиограмма

Вопросы:

1. Каков Ваш предварительный диагноз?
2. Какие необходимо сделать дополнительные методы обследования для постановки клинического диагноза?
3. Нарисуйте схему желчевыводящих путей.
4. Перечислите рентгенологические методы диагностики механической желтухи.
5. Объясните понятия: конъюгированный и неконъюгированный билирубин.
6. Какой специальный инструментарий необходим для удаления камней из холедоха?
7. Перечислите варианты дренирования холедоха.
8. Назовите операционные доступы при операциях на желчевыводящих путях и перечислите преимущества каждого.
9. Какова функция желчного пузыря и последствия его удаления?
10. Объясните понятия: холецистэктомия, холецистостомия.
11. Принципы предоперационной подготовки больных с желтухой.
12. Назовите методы (способы) экстракорпоральной коррекции механической желтухи.

Задача № 2.7

Больной А., 63 лет, доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» с жалобами на сильные боли, онемение, зябкость в области правой верхней конечности, затруднение движений в правом лучезапястном суставе и пальцах правой кисти. Из анамнеза установлено, что у больного 4 года назад был инфаркт миокарда. Внезапное заболевание связывает с нервно-

эмоциональным возбуждением.

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 36,2°C. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. Артериальное давление 150 и 90 мм рт. ст., пульс 62 удара в минуту. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.

При осмотре кожный покров правого предплечья и правой кисти бледный, холодный на ощупь. Пульсация правой плечевой артерии в кубитальной ямке удовлетворительных качеств, аритмичная, на предплечье – отсутствует, на левой верхней конечности – пульсация сохранена на всех уровнях.

Выполнена ангиография (см. рисунок).



Артериограмма правой плечевой артерии

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить у данного больного?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы для документального подтверждения и уточнения Вашего диагноза?
3. Ваша тактика, как врача приемного отделения.
4. Топографическая анатомия сосудов верхней конечности.
5. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с обоснованием предварительного диагноза.
6. Какие современные неинвазивные методы исследования в ангиохирургии Вы знаете?

7. Что такое синдром Рейно?
8. Какие методы лечения Вы примените у данного больного.
9. Хирургические доступы к плечевой артерии.
10. Какие виды операций Вы знаете при данной патологии?
11. Принципы фибринолитической и антикоагулянтной терапии.
12. Дайте рекомендации при выписке его из стационара с выздоровлением.

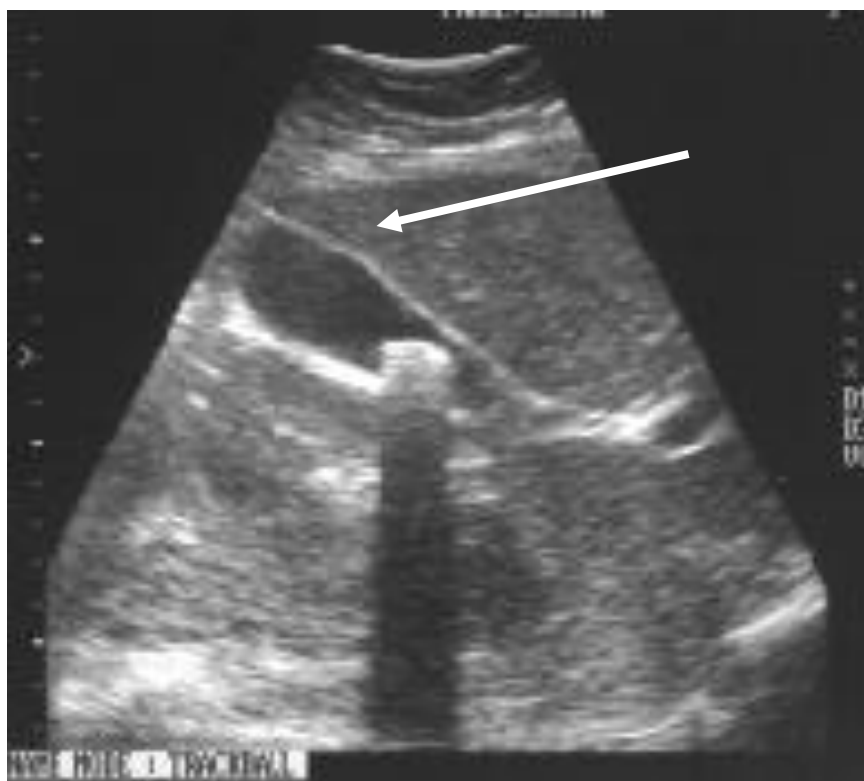
Задача № 2.8

Больная 67 лет поступила в отделение через 20 часов от начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье, рвоту, лихорадку.

В анамнезе желчнокаменная болезнь, ИБС, стенокардия напряжения, II ФК, НК 0–1 ст. Артериальная гипертензия II стадия. Ранее неоднократно были подобные приступы, купированные консервативными средствами, а также неоднократно получала курсы лечения в кардиологических стационарах.

При объективном исследовании: кожные покровы обычной окраски, склеры иктеричные. Пациентка умеренного питания. АД 180 / 100 мм рт. ст. Пульс 88 в мин., ритм правильный. Язык сухой, покрыт налетом. Живот не вздут, защитное напряжение мышц в правых отделах, здесь же резкая болезненность, положительные симптомы Щеткина–Блюмберга, Образцова, френikus-симптом.

Количество лейкоцитов – $12 \cdot 10^9/\text{л}$, температура тела – 38,3 °C.



Эхограмма желчного пузыря. В шейке желчного пузыря визуализируется гиперэхогенная структура до 1,5 см в диаметре (показана стрелкой), дающая широкую акустическую тень.

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Приведите необходимый предоперационный объем диагностических исследований?
3. В чем будет заключаться предоперационная подготовка?

4. Какова хирургическая тактика у данной больной?
5. Расскажите хирургическую анатомию внепеченочных желчных путей.
6. Приведите методы интраоперационного исследования желчевыводящих путей.
7. Дайте определение постхолецистэктомическому синдрому.
8. Перечислите осложнения желчнокаменной болезни.
9. Какие медикаментозные средства Вы назначите после операции?
10. Перечислите заболевания при которых может наблюдаться механическая желтуха?
11. Назовите местные противопоказания к лапароскопической холецистэктомии?
12. Назовите основные клинические признаки холангита и приведите триаду Шарко.

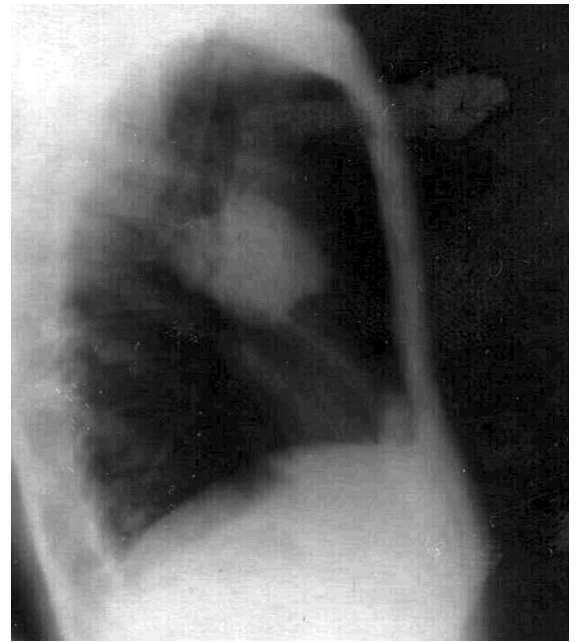
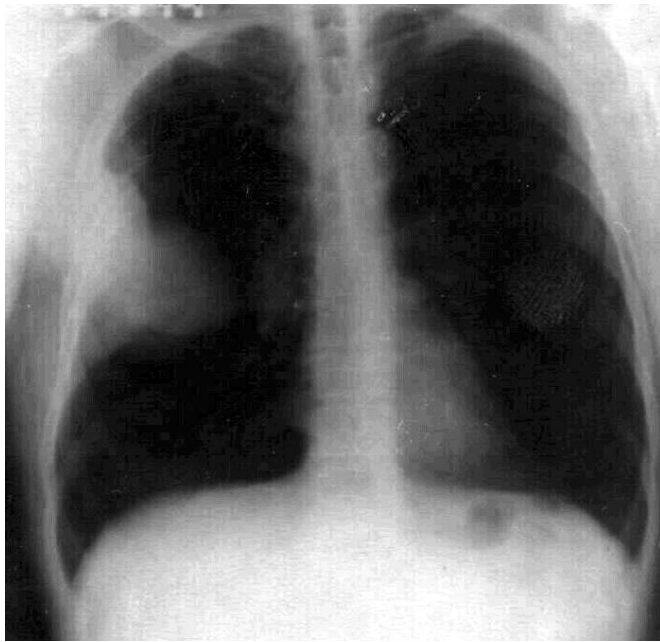
Задача № 2.9

Больной В., 49 лет поступил с жалобами на боли в правой половине грудной клетки при кашле и глубоком дыхании, кашель с незначительным количеством трудноотходящей мокроты желтого цвета, похудание, общую слабость, повышение температуры тела до 37,8° С.

Больным себя считает в течение 2^х недель, когда появился кашель, общая слабость. В то же время, снижение веса отмечает в последние 6 месяцев (похудел на 8 кг). Ухудшение состояния наступило за 3 дня до поступления в стационар, когда возникли боли в грудной клетке и повышение температуры.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Питание пониженное, кожный покров бледно-розовый. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка конической формы, участвует в акте дыхания. Частота дыхания – 22 в мин. При пальпации безболезненная, перкуторно определяется легочный звук по всем легочным полям, при аускультации выслушивается ослабленное везикулярное дыхание по всем легочным полям. Тоны сердца ясные, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 80 уд. в мин. Артериальное давление – 130 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

Общий анализ крови: гемоглобин – 110 г/л, лейкоциты – $5,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 28 мм/ч. Общий белок – 55 г/л, сахар крови – 6,6 ммоль/л. Общий анализ мочи без изменений. При ультразвуковом исследовании органов грудной клетки обнаружено гомогенное, гипозоногенное образование правого легкого, овальной формы, размерами 6×7 см, расположенное по среднеподмышечной линии на уровне IV–VI ребер. Обнаруженное образование не смещается при глубоком дыхании (фиксировано к грудной клетке). Выполнена флюорография грудной клетки в прямой и правой боковой проекциях (см. снимок).



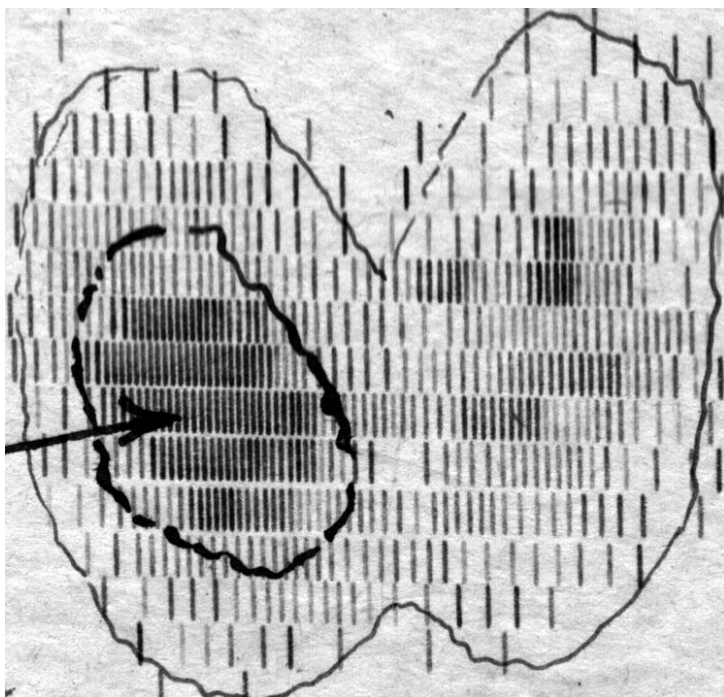
Флюорограмма грудной клетки в прямой и правой боковой проекциях

Вопросы:

1. Какое заболевание можно заподозрить у данного больного?
2. Топографическая анатомия легких.
3. Какие дополнительные методы диагностики показаны для уточнения диагноза?
4. Назовите морфологические методы верификации диагноза.
5. Классификация данного заболевания.
6. Опишите пути диссеминации процесса.
7. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания с обоснованием предварительного диагноза.
8. Чем, по Вашему мнению, обусловлен болевой синдром у данного больного?
9. Перечислите возможные осложнения.
10. Какие методы лечения Вы примените у данного больного?
11. Каковы принципы предоперационной подготовки.
12. Какой объем операций используется при данной патологии?

Задача № 2.10

Женщина 34 лет больна 2 года. При клиническом исследовании выявлены признаки тиреотоксического зоба в легкой форме. Щитовидная железа увеличена до 2-й степени. В правой доле определяется узел до 4 см. Результаты сканирования показали наличие в правой доле «горячего узла» размером 4 x 5 см. Функция остальной ткани повышена. Отмечается снижение уровня ТТГ и увеличение тиреогормонов.



Радиоизотопная сканограмма
щитовидной железы

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Приведите классификацию зоба. Что такое аберрантный зоб?
3. Какие специальные методы исследования используются при заболеваниях щитовидной железы?
4. Какие методы морфологической верификации диагноза можно использовать?
5. Опишите клиническую картину тиреотоксикоза.
6. Какую тактику лечения Вы предложите? Обоснуйте ее.
7. Показания к хирургическому лечению больных зобом.
8. Каковы особенности предоперационной подготовки больных с тиреотоксическим зобом?
9. Какие немедикаментозные способы предоперационной подготовки Вы можете назвать?
10. Перечислите возможные специфические осложнения при хирургическом лечении зоба.
11. Какова патофизиологическая причина возникновения судорог при удалении паращитовидных желез? Какие препараты вводятся в такой ситуации?
12. Перечислите и назовите причину возникновения глазных симптомов при токсическом зобе.

Задача № 2.11

Больная К., 21 года, поступила в приемное отделение с жалобами на распирающие боли в правой молочной железе, повышение температуры тела до 39°C. Больна в течение трех дней. За месяц до обращения родила девочку. Общее состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожный покров, вне левой молочной железы, бледный. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются, частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный с частотой сердечных сокращений 96 в минуту. Пульс удовлетворительного наполнения, артериальное давление 130 и 80 мм рт. ст. При осмотре молочных желез выявлено, что правая молочная железа значительно больше левой, отечная, кожный покров в области верхне-внутреннего квадранта резко гиперемирован, а при пальпации там же определяется плотный резко болезненный инфильтрат размером 7×4 см (см. рисунок). Симптом флюктуации положительный. Общий анализ крови: гемоглобин –

102 г/л, лейкоциты – $12,6 \times 10^9$ /л, СОЭ – 32 мм/ч. Общий анализ мочи без изменений.



Внешний вид правой молочной железы

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз?
2. Приведите анатомо-физиологические сведения о молочной железе.
3. Этиология и патогенез данной патологии?
4. Приведите классификацию данного заболевания.
5. Какие дополнительные методы исследования помогут Вам в постановке диагноза?
6. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
7. Какая тактика хирурга?
8. Какова лекарственная терапия данного заболевания?
9. Какую местную терапию вы назначите?
10. Какие хирургические доступы используются в зависимости от локализации процесса?
11. Какие методы детоксикации показаны?
12. В чем заключается профилактика данной патологии?

Задача № 2.12

Больная 35 лет, жалуется на умеренные боли в эпигастральной области, возникающие сразу после еды, слабость, головокружение, желание принять горизонтальное положение, периодический жидкий стул, преимущественно после молочной и сладкой пищи, похудание. Из анамнеза выяснено, что указанные жалобы возникли через 6 месяцев после хирургического лечения – резекции 2/3 желудка по Бильрот II, выполненной по поводу гигантской язвы малой кривизны верхней трети тела желудка (диаметром до 3^х см). После приема пищи из-за приступов слабости и головокружения вынуждена лежать в горизонтальном положении в течение 40 – 50 минут. За 3 месяца заболевания похудела на 15 кг. В связи с данным состоянием участковым терапевтом была признана временно нетрудоспособной.

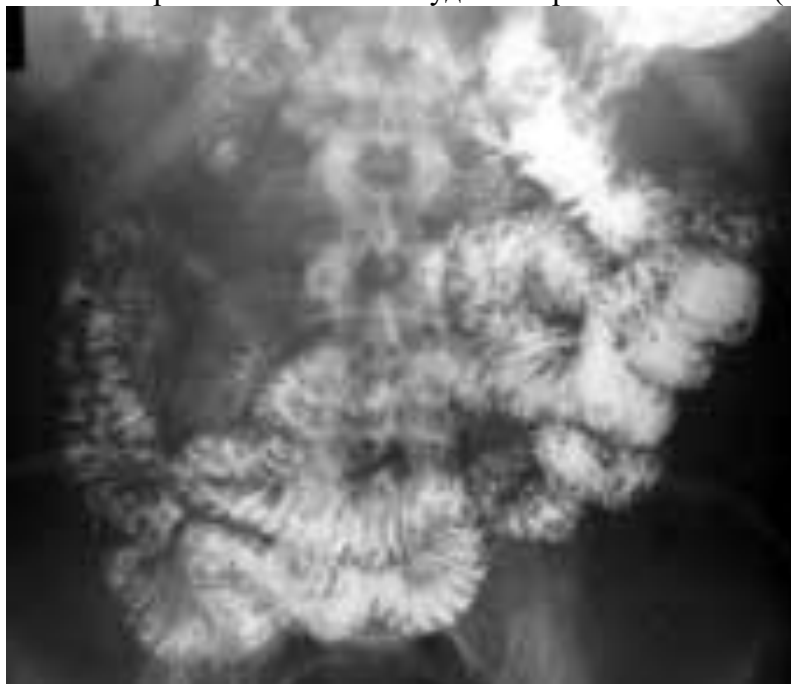
Ближайший послеоперационный период протекал без особенностей. Была выписана из стационара на 13 день после операции в удовлетворительном состоянии. До операции

приступов слабости и головокружения не отмечала.

Объективно: состояние средней тяжести, пониженного питания. Рост 170 см, масса тела – 55 кг. Кожные покровы бледно-розовые, тургор кожи снижен. Со стороны легких без особенностей. Артериальное давление 120 и 80 мм рт. ст., во время приступа слабости оно снижается до 90 и 70 мм рт. ст. Пульс учащается до 110 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм сердца правильный. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастральной области. Симптомы Керра, Орнера, Керте, Щеткина – Блюмберга и Склярова отрицательные. Слабо положительный симптом Менделя. Опухолевидные образования не определяются. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Общий анализ крови в пределах нормы, анализ мочи без изменений. На ЭКГ патологии не выявлено.

Выполнена рентгеноскопия желудка с бариевой взвесью (см. рисунок).



Рентгенограмма желудка с пассажем бариевой взвеси по тонкой кишке.

Отмечается быстрая эвакуация контраста из желудка и ускоренный пассаж его по тонкой кишке. Через 30 минут небольшое количество контраста в культе желудка, большая часть контраста заполнила всю тонкую кишку до илеоцекального отдела.

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Перечислите возможные причины данного состояния.
3. Какие функциональные послеоперационные расстройства Вы можете назвать?
4. Объясните механизм возникновения приступов слабости со снижением артериального давления и учащением пульса после резекции желудка.
5. Составьте план обследования. Какие дополнительные методы исследования Вы проведете? В чем их диагностическое значение?
6. Проведите дифференциальный диагноз с инсулиномой.
7. Каково диагностическое значение может иметь тест с сахарной нагрузкой?
8. Какие лекарственные средства Вы можете назначить по поводу данного заболевания?
9. Существуют ли рекомендации по изменению образа жизни и питания? Если да, то назовите их?
10. Показания к хирургическому лечению?
11. Какое хирургическое пособие Вы можете предложить?
12. В чем смысл операции по «редуоденизации»?

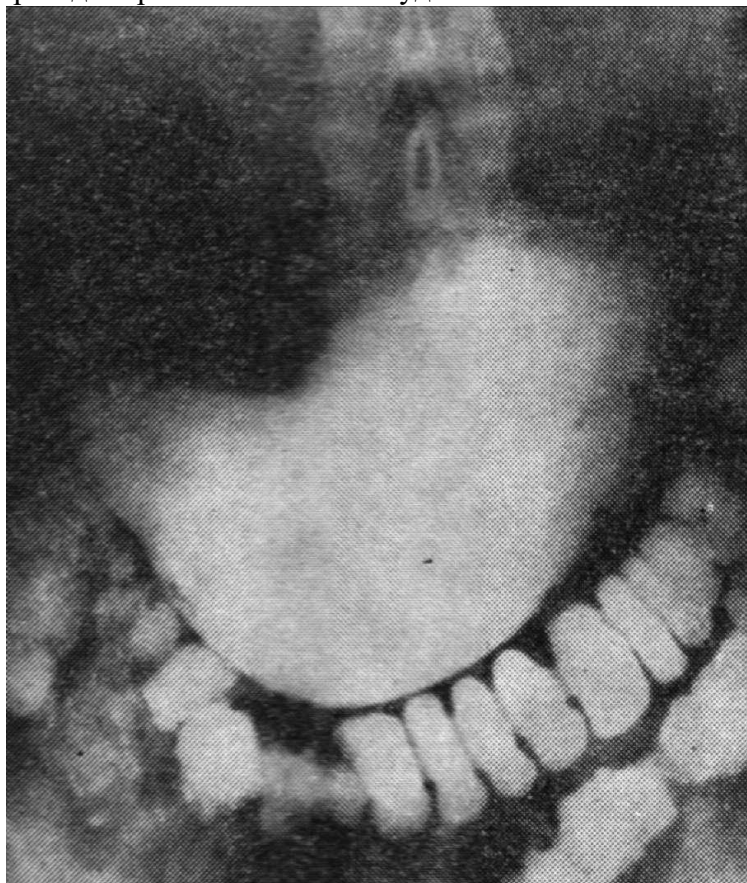
13. Профилактика болезней оперированного желудка. Экспертиза трудоспособности.

Задача № 2.13

Больной С., 52 лет поступил в клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, усиливающиеся ночью, изжогу, отрыжку, многократную рвоту, слабость, похудание.

В анамнезе язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в течение 8 лет, много раз лечился консервативно, эффект отмечался до 6 месяцев. Рецидивы язвы 2 раза в год. Последнее усиление болей в течение 1 недели после тяжелой физической работы. Ранее периодически принимал ранитидин. В первое время при обострениях лечился стационарно в гастроэнтерологическом отделении. При данном обострении также начал принимать ранитидин, однако он оказался малоэффективным, боли практически не купировались, сохраняется рвота, ночные и голодные боли сменились постоянной болью с иррадиацией в левый реберно-позвоночный угол.

Объективно состояние средней тяжести, в сознании. Кожные покровы бледно-розовые, тургор кожи снижен, кожная складка расправляется не сразу. Костно-суставная система без видимой деформации. Со стороны легких и сердца без особенностей. Артериальное давление 120 и 80 мм рт.ст, пульс 84 в минуту. Язык влажный. Живот симметричный, не вздут, мягкий болезненный в эпигастральной области. Здесь же болезненность. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом Ортнера, Керте, Керра отрицательные. Положительные симптомы Склярова, Менделя, Мейо-Робсона. Печень у края реберной дуги, размеры по Курлову в норме, область ее безболезненная. Симптом Пастернацкого отрицательный. Со слов мочеиспускание не нарушено. Проведена рентгеноскопия желудка.



Рентгенограмма желудка

Через 24 часа большая часть контраста находится в желудке, часть контраста заполняет поперечно-ободочную и нисходящую ободочную кишки.

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Опишите хирургическую анатомию желудка.
3. Приведите классификацию данного заболевания.
4. С чем связано изменение характера и ритма боли, а также появление рвоты?
5. Показаны ли дополнительные методы диагностики и какие?

6. Какую диагностическую ценность имеет рентгенологическое исследование? Опишите прямые и косвенные признаки заболевания.
7. Проведите дифференциальный диагноз с заболеваниями, имеющими сходную клиническую картину.
8. Составьте план лечения. Какие лекарственные средства и лечебные мероприятия Вы назначите?
9. Показано ли хирургическое лечение и в каком объеме?
10. Опишите этапы предложенного оперативного пособия.
11. Перечислите возможные осложнения хирургического лечения.
12. Какие допущенные дефекты в диспансерном наблюдении Вы можете указать?

Задача № 2.14

Больной В., 16 лет, после переохлаждения заболел ангиной. Лечился амбулаторно. Через 10 дней был выписан с выздоровлением и стал посещать школу. Через 5 суток появились боли в левом бедре, перестал ходить. Ночью не спал из-за болей, лихорадил, температура повысилась до 39°C, была рвота, появилась менингеальная симптоматика, а на теле появилась мелкоточечная сыпь.

После осмотра педиатром с диагнозом «менингит, полиомиелит?» направлен в инфекционный стационар. Через несколько часов из инфекционной больницы переведен в хирургическое отделение. Состояние тяжелое. Ребенок заторможен. На коже лица, туловища и конечностей отмечается сливающаяся пятнистая сыпь. Пульс 130 в минуту пониженного наполнения, ритмичный. Артериальное давление 80 и 40 мм рт. ст. Частота дыхания 32 в минуту. Язык сухой, обложен серо-белым налетом. Живот умеренно вздут, мягкий. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см. Больной лежит с ногой, согнутой в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротированной кнаружи. Местно отмечается отечность и пастозность тканей левого бедра, болезненность, кожа лоснится, в ней просвечиваются поверхностные венозные сплетения. Флюктуация не определяется. При поколачивании по левой пятке выявляется острейшая локальная болезненность в средней трети левого бедра, определяется увеличение окружности бедра на 3 см.

В крови лейкоцитоз до $15,4 \times 10^9$ /л, сильный сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ – 45 мм/ч, нарастает анемии, диспротеинемия.

На рентгенограмме левой бедренной кости изменений не обнаружено.



Внешний вид левого бедра

Вопросы:

1. Укажите диагноз.

2. Приведите классификацию заболевания.
3. Каков патогенез данного заболевания?
4. Патологическая анатомия остеомиелита.
5. Какова клиническая картина данного заболевания.
6. Дифференциальная диагностика данного заболевания.
7. Лечение данного заболевания.
8. Показания к операции и способы хирургического лечения данного заболевания.
9. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?
10. Назовите исходы лечения данного заболевания.
11. Каковы критерии постановки диагноза хронический остеомиелит?
12. Какие рентгенологические признаки остеомиелита Вы знаете?
13. Назовите показания к операции и этапы хирургического лечения хронического остеомиелита.
14. Дайте характеристику атипичным формам хронического остеомиелита.
15. Профилактика остеомиелита.

Задача № 2.15

Больной М., 62 лет, поступил в хирургическое отделение с жалобами на отек правого предплечья и кисти, покраснение, сильные жгучие боли, повышение температуры до 39°C, озноб. За 6 месяцев до поступления лечился по поводу оскольчатого перелома правой локтевой кости со смещением отломков наложением аппарата Илизарова. Общее состояние средней степени тяжести. В сознании, адекватный. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, частота дыхательных движений 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с частотой сердечных сокращений 88 в минуту. Артериальное давление 140 и 80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Правая верхняя конечность в области предплечья и в большей степени кисти резко гиперемирована, края гиперемии «зазубрены» в виде языков, предплечье и кисть увеличены в объеме за счет отека, при пальпации умеренно болезненные. В области первого пальца правой кисти имеется фликтена (см. рисунок). В анализах крови лейкоцитоз до $17,4 \times 10^9/\text{л}$, сильный сдвиг влево, токсическая зернистость нейтрофилов, СОЭ – 25 мм/ч.



Внешний вид конечности

Вопросы:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Приведите классификацию заболевания.
3. Какие микроорганизмы являются причиной данного заболевания?
4. Каков патогенез данного заболевания?
5. Наиболее частые локализации данной патологии.
6. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
7. В чем заключается консервативная терапия данного состояния?
8. Перечислите показания к хирургическому лечению.
9. Какие методы квантовой терапии показаны в данном случае?
10. Какие осложнения данного заболевания Вы знаете?
11. Тактика хирурга при эритематозной и буллезной формах заболевания.
12. Профилактика данного заболевания.

Задача № 2.16

Больная С., 48 лет, поступила в отделение хирургии сосудов по направлению хирурга поликлиники с жалобами на наличие варикозных вен обеих нижних конечностей по системам малой и большой подкожных вен, отек правой нижней конечности, наличие трофической язвы правой голени.

Тоны сердца ясные, ритм правильный. Артериальное давление 140 и 80 мм рт.ст. Пульс на верхних конечностях 64 уд. в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Дыхание везикулярное, хрипов нет, перкуторно – ясный лёгочный звук. ЧДД 16 движений в минуту. Живот мягкий, безболезненный, не вздут. Симптомов раздражения брюшины нет.

При осмотре правая голень утолщена, имеется гиперпигментация. Поверхностные вены резко расширены. Выраженный варикоз обеих нижних конечностей по системам малой и большой подкожных вен, больше справа. Имеется трофическая язва правой голени в области латеральной лодыжки размерами 3,0×4,0 см. покрытая налётом фибрина. Пальпаторно определяется сброс крови по коммуникантным венам, инфильтрация подкожно-жировой клетчатки бедра и голени, особенно в области язвы. Кожа в области язвы несмещаемая. Лейкоциты $6,4 \times 10^9/\text{л}$., гемоглобин – 130 г/л, СОЭ – 25 мм/ч.



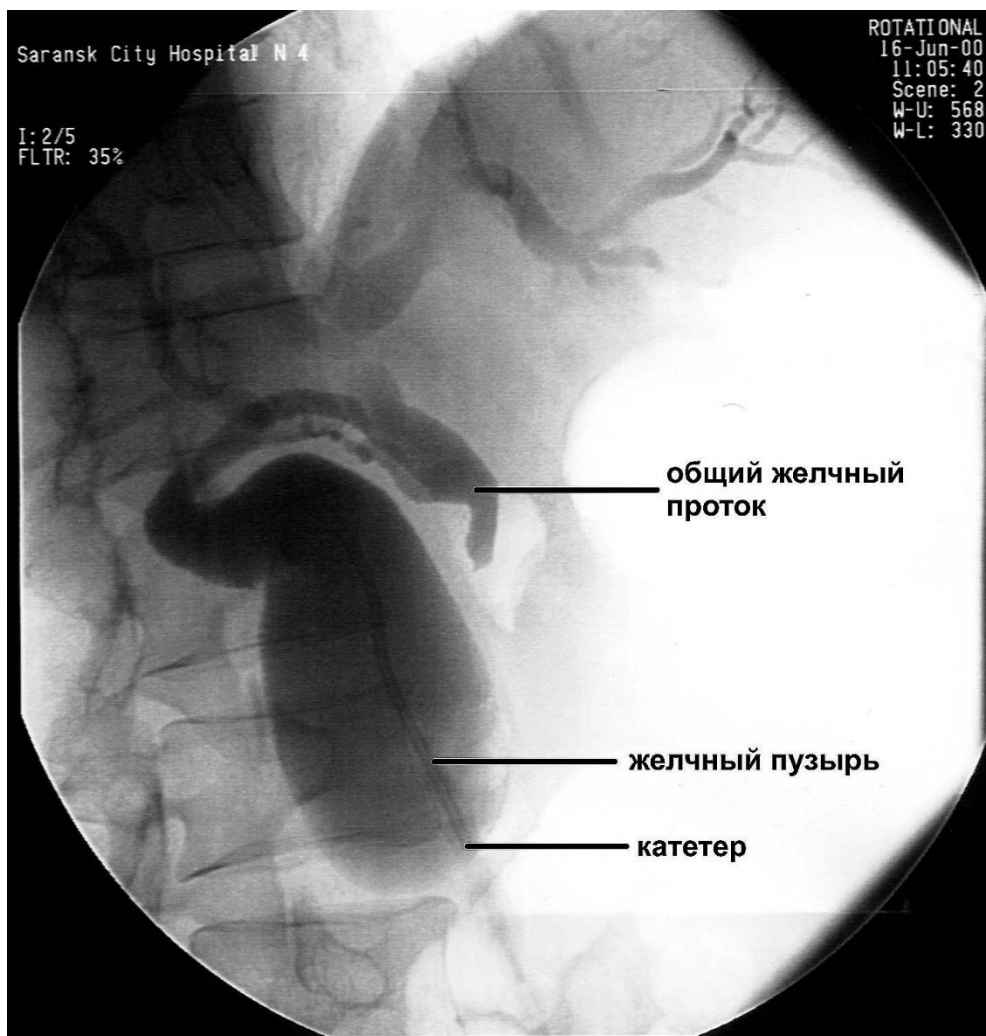
Внешний вид нижней конечности

Вопросы:

1. Каков диагноз?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимо провести больной?
3. Какие дополнительные клинико-биохимические анализы необходимо провести?
4. Каковы этиопатогенетические предпосылки этого заболевания?
5. Какова тактика хирурга при этом заболевании?
6. Назначьте лечение больной.
7. Какие операции применяют при этом заболевании?
8. Как осуществлять контроль за ходом лечебных мероприятий?
9. Какие осложнения возможны у больной?
10. Какие способы профилактики этого заболевания Вы знаете?
11. Каков прогноз заболевания у данной больной?
12. Какая реабилитационная терапия показана больной?

Задача № 2.17

Больная 67 лет поступила в клинику с жалобами на желтуху, кожный зуд, боли в эпигастральной области. Больна 2 недели. Моча темного цвета, кал обесцвечен. Живот мягкий, при пальпации в эпигастральной области болезненный. Количество общего билирубина – 212, прямого – 100 мкмоль/л, щелочной фосфатазы – 6, АлАТ – 0,65 ммоль/(ч.л), количество лейкоцитов – $5 \cdot 10^9/\text{л}$. При ультразвуковом сканировании отмечается увеличение желчного пузыря, расширение внутрипеченочных желчных протоков и холедоха. Больной выполнена чрескожная микрохолецистостомия и фистулохолангиография.



Фистулохолангиография

Вопросы:

1. О каком заболевании идёт речь?
2. На основании обмена билирубина объясните клинические, лабораторные изменения?
3. Какие изменения выявлены при фистулохолангиографии?
4. Определите характер желтухи?
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное состояние?
6. Назовите дополнительные методы исследования, применяемые при синдроме холестаза?
7. Какие лекарственные препараты Вы назначите для лечения больного?
8. Необходима ли операция, и если необходима, то в каком объеме?
9. Какие осложнения могут встретиться при хирургическом лечении заболеваний желчевыводящих путей?
10. Что включает в себя программа послеоперационного ведения больных с заболеваниями желчевыводящих путей.
11. Какие операции выполняются при желчнокаменной болезни, холедохолитиазе?
12. Назовите показания для диагностической холедохотомии?

Задача № 2.18

У больной 26 лет отмечаются периодические приступы головокружения, слабости, дрожания во все теле. Указанные симптомы купируются после приема сладкого чая или внутривенного введения 40% раствора глюкозы. По поводу данного состояния была обследована. Объективно: больная повышенного питания, кожные покровы обычной

окраски, со стороны сердца и легких патологии не обнаружено. Живот симметричен, не вздут, мягкий, безболезненный. Опухолевидные образования не определяются. В анализах крови и мочи, биохимических анализах отклонений от нормы нет; концентрация сахара крови на фоне приема сладкого колеблется от 4,4 до 6,6 ммоль/л, на фоне возникающей слабости снижение сахара до 2,5 – 3 ммоль/л. При проведении аортоцелиакографии (см. рис.) обнаружена зона гиперваскуляризации в области головки поджелудочной железы.



Зона гиперваскуляризации в области головки поджелудочной железы

Аортоцелиакограмма

Вопросы:

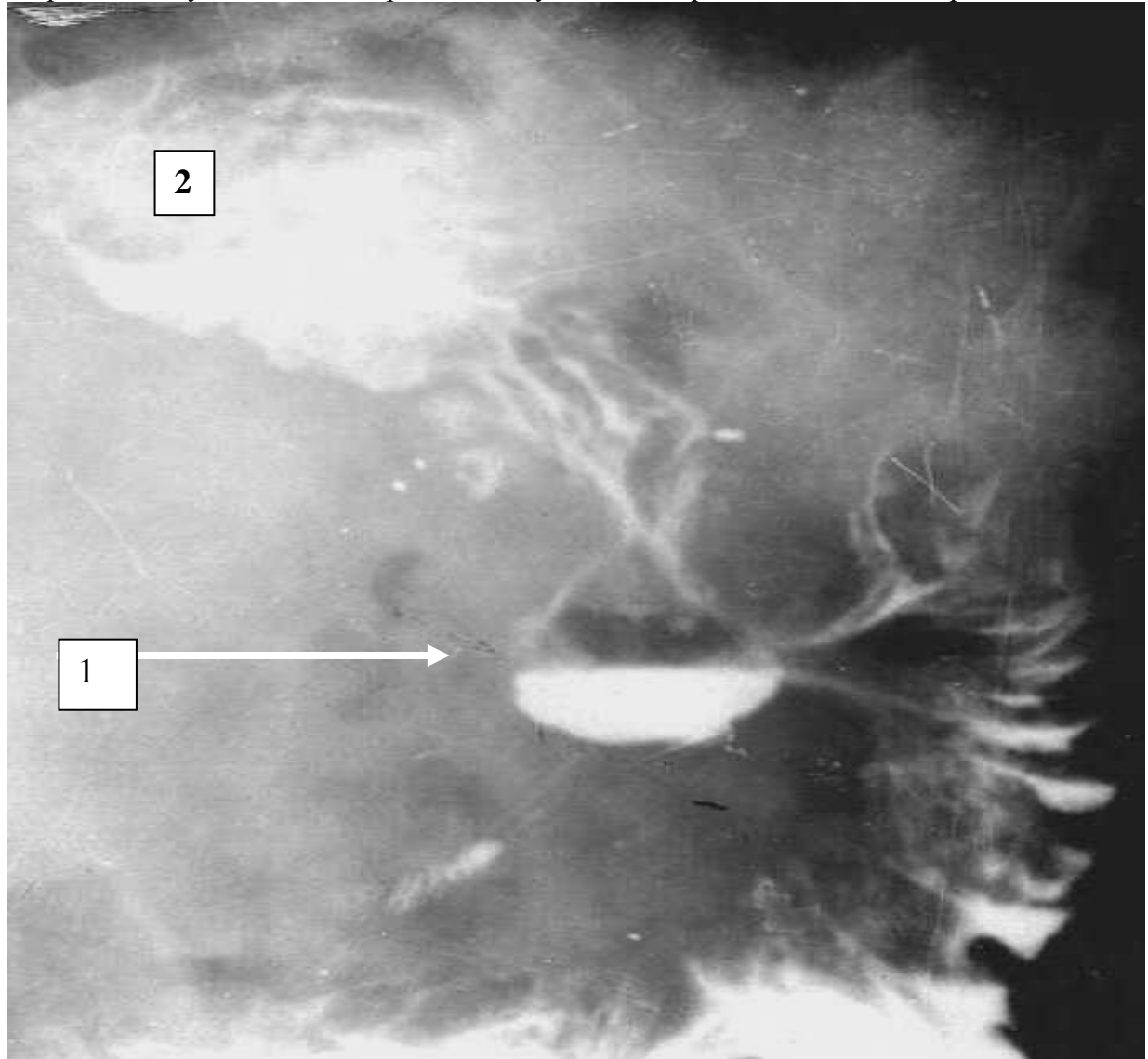
1. Какие заболевания можно заподозрить у данной больной?
2. Какие функциональные пробы можно использовать для верификации диагноза?
3. Перечислите методы инструментального обследования для клинической диагностики?
4. Какие признаки при целиакографии характерны для данного заболевания?
5. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
6. Опишите возможные внеорганные места локализации морфологического субстрата.
7. Чем клинически проявляются гастринома, глюкагонома?
8. Почему поджелудочную железу относят к железам смешанной секреции?
9. Какие гормоны вырабатывает поджелудочная железа?
10. Влияние инсулина на углеводный и жировой обмен.
11. Способы хирургического лечения в зависимости от локализации опухоли.
12. Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?

Задача № 2.19

У больного 60 лет через 3 года после резекции желудка по поводу каллезной язвы желудка диагностирована пептическая язва гастроэнтероанастомоза с выраженным болевым синдромом с иррадиацией в область левого реберно-позвоночного угла. Признаков стеноза анастомоза и кровотечения из язвы нет.

Сопутствующей патологии у пациента не выявлено.

На рентгенограмме в области гастроэнтероанастомоза имеется глубокая ниша диаметром до 4 см (рис.). При исследовании желудочной секреции отмечена высокая кислотность. При введении атропина на фоне интрагастральной рН-метрии отмечено резкое снижение секреции. Провокационный кальциевый тест не приводит к повышению желудочной секреции, что указывает на вероятное отсутствие гастриноклеточной гиперплазии.



Резецированный по Ру желудок.

Пептическая язва в области гастроэнтероанастомоза (1). Культи желудка (2) небольших размеров, нарушения эвакуации из культи желудка нет, проходимость анастомоза хорошая. Нормальная скорость продвижения контрастной взвеси по тонкой кишке

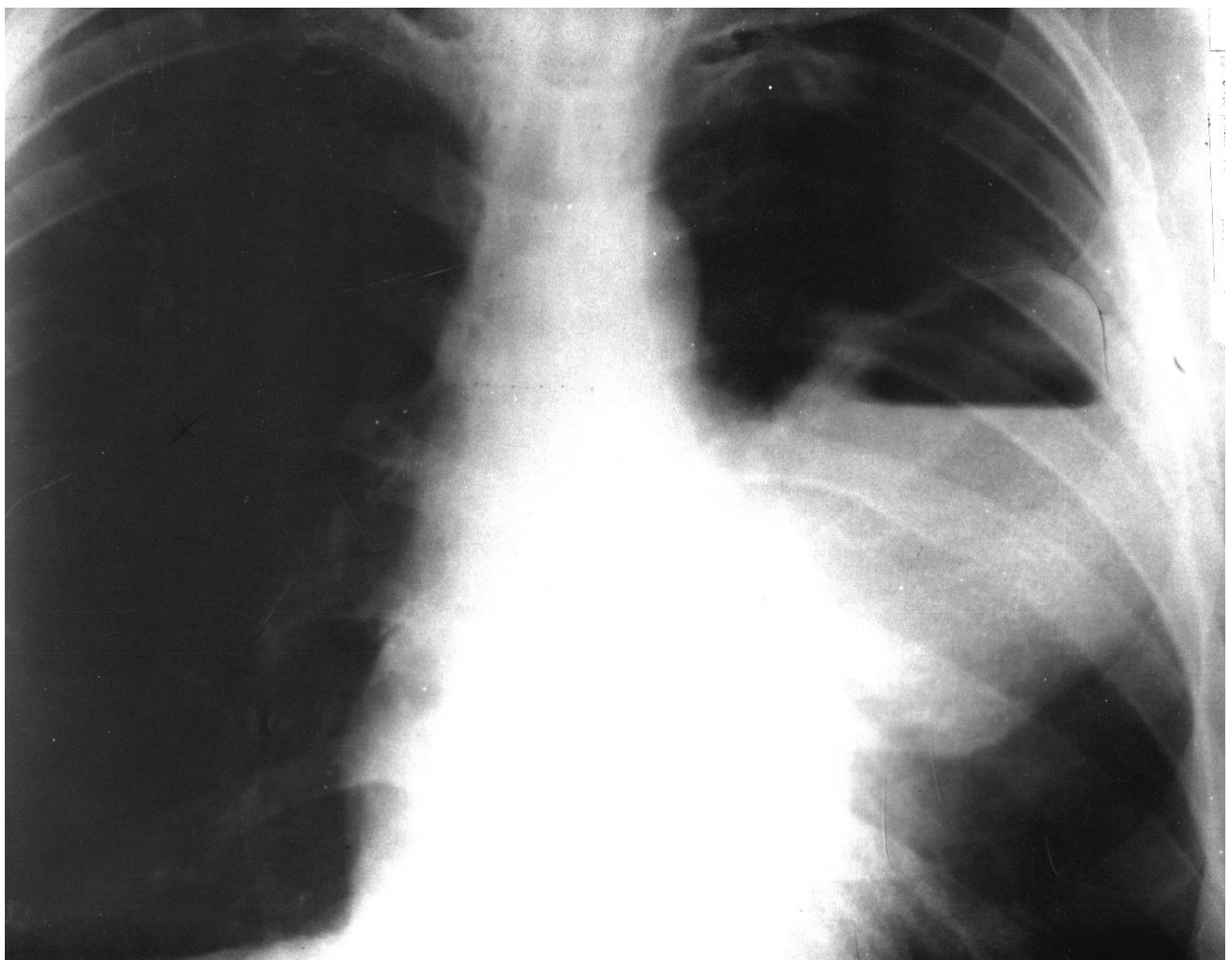
Вопросы:

1. Каков клинический диагноз?
2. Какова причина образования пептической язвы?
3. Какие функциональные отделы желудка Вы знаете?

4. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
5. Опишите рентгенограмму желудка?
6. Какой метод инструментальной диагностики следует назначить для уточнения диагноза?
7. С чем связана иррадиация болей в левый реберно-позвоночный угол?
8. На что указывает резкое торможение секреции после введения атропина?
9. Какие методы тонической визуализации можно использовать для исключения гастриномы?
10. Какие лекарственные средства назначите?
11. Показано ли хирургическое лечение?
12. Какую операцию можно выполнить у данного больного?
13. Какие патологические синдромы встречаются после резекции желудка?

Задача № 2.20

У больного в возрасте 50 лет после переохлаждения температура тела повысилась до 39,5°C, появились боли в груди слева, усиливающиеся при дыхании, отмечено отхождение скудной слизистой мокроты. Высокая температура наблюдалась в течение недели. Затем количество выделяемой мокроты с неприятным запахом увеличилось до 200 мл в сутки, общее состояние больного улучшилось, температура снизилась до нормы. При обследовании в левой подлопаточной области определялись укорочение перкуторного звука, ослабленное дыхание. Сделана рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции.



Рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции

Вопросы:

1. Опишите рентгенограмму легких.
2. О каком заболевании следует думать? Поставьте предварительный диагноз.
3. Какие пути попадания инфекции Вы можете назвать?
4. Опишите хирургическую анатомию легких.
5. Перечислите патогенетические факторы данного заболевания.
6. Какие фазы течения заболевания выделяют?
7. Перечислите исходы заболевания.
8. Какие дополнительные методы исследования необходимы в данном клиническом случае?
9. Какие антибактериальные препараты Вы назначите? Обоснуйте свой выбор.
10. Показано ли хирургическое лечение? Если да, то каков объем вмешательства.
11. Перечислите возможные осложнения в течении заболевания.
12. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?

Задача № 2.21

Больной М., 51 года, поступил на плановое лечение в гастроэнтерологический стационар с предварительным диагнозом: «Хронический панкреатит, обострение». Болен в течение 2-х месяцев. В анамнезе: 20 лет назад оперирован по поводу двусторонней косой паховой грыжи. Послеоперационных осложнений не было. В течение 3^{-х} лет страдает бедренной грыжей. Назначены спазмолитики, ферментные препараты, гастрофарм, М-холиноблокаторы. Через 12 дней от начала лечения появились резкие боли в животе схваткообразного характера, вздутие живота, многократная рвота.

При осмотре хирургом: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Конституция нормостеническая. Кожные покровы обычной окраски. Костно-суставная система без патологии. Аускультативно дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный, частота сердечных сокращений 88 ударов в минуту. Артериальное давление 110 и 70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот умеренно вздут, асимметричный, мягкий, болезненный в эпигастрии и в околопупочной области. В обеих паховых областях рубцы от грыжесечений. Ниже рубца в проекции бедренного кольца опухолевидное образование до 5 см в диаметре, не вправимое в брюшную полость, резко болезненное, отрицательный симптом кашлевого толчка. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Аускультативно перистальтика кишечника усилена, звонкая. Положительный симптом Склярова. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон.



При ректальном исследовании – ампула свободная, стенки ее безболезненные. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости выявлены множественные чаши Клойбера и Керкринговы складки в тонкой кишке (см. рисунок). Анализ крови: гемоглобин – 132 г/л, гематокрит – 40%, количество эритроцитов – $3,8 \cdot 10^{12}/л$, лейкоцитов – $13,4 \cdot 10^9/л$, б – 1%, п – 39%, с – 56%, л – 4%. Биохимические анализы в пределах нормы.

**Обзорная рентгенограмма
органов брюшной полости**

Вопросы:

1. Сформулируйте клинический диагноз.
2. Дайте классификацию заболевания.
3. Приведите предрасполагающие и производящие факторы заболеваний.
4. Опишите хирургическую анатомию бедренного канала.
5. Какие осложнения наружных грыж Вы знаете?
6. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?
7. Охарактеризуйте патофизиологические изменения при данном заболевании.
8. Показано ли хирургическое вмешательство в случае спонтанного вправления грыжи? Если да, то почему?
9. Приведите признаки жизнеспособности кишки.
10. Существуют ли особенности выполнения операции у данного больного?
11. Какую послеоперационную терапию Вы назначите?
12. Какие осложнения могут встретиться после операции?

Задача № 2.22

Больная А., 49 лет, инженер-химик, поступила в хирургическую клинику через 23 часа с момента заболевания с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту. В анамнезе хронический гастрит, хроническая железодефицитная анемия, гипертоническая болезнь. Проходила неоднократное лечение по поводу анемии. Отмечала извращение вкуса в виде желания есть мел. Один год назад проходила обследование. Патологии со стороны желудка, двенадцатиперстной и тонкой кишок по данным эндоскопического и рентгенологического методов исследования выявлено не было. Операций на органах брюшной полости не проводилось.

При поступлении состояние средней тяжести, в сознании. Кожные покровы обычной окраски. Костно-суставная и мышечная система без патологии. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы сердца в пределах нормы. Тоны приглушены, ритм правильный, пульс

82 удара в минуту. Артериальное давление 190 и 100 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот округлой формы, симметричный, умеренно вздут, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии и в околопупочной области. Положительный симптом Склярова. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена, край ее мягкий, безболезненный. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

Общий анализ крови: Нb 96 г/л, лейкоцитов крови $18,2 \cdot 10^9/\text{л}$, п – 4%, с – 85%, л – 7%, м – 4%, СОЭ – 23 мм/час; общий анализ мочи: белок 132 мг/л, лейкоцитов 1–2 в п/зрения, эпителия – 3–5 в п/зрения, бактерии. При ультразвуковом исследовании патологии со стороны печени, желчных путей, поджелудочной железы, селезенки, почек не обнаружено. При обзорной рентгенографии органов брюшной полости выявляются множественные чаши Клойбера и Керкринговы складки в тонкой кишке.



Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости

В правой подвздошной области нечетко определяется интенсивное гомогенное образование до 5 см в диаметре. Назначена консервативная терапия, на фоне которой улучшение не наступило. Отмечено появление защитного напряжения мышц передней брюшной стенки в эпи- и мезогастрии, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. «Шум плеска» стал более выраженным.

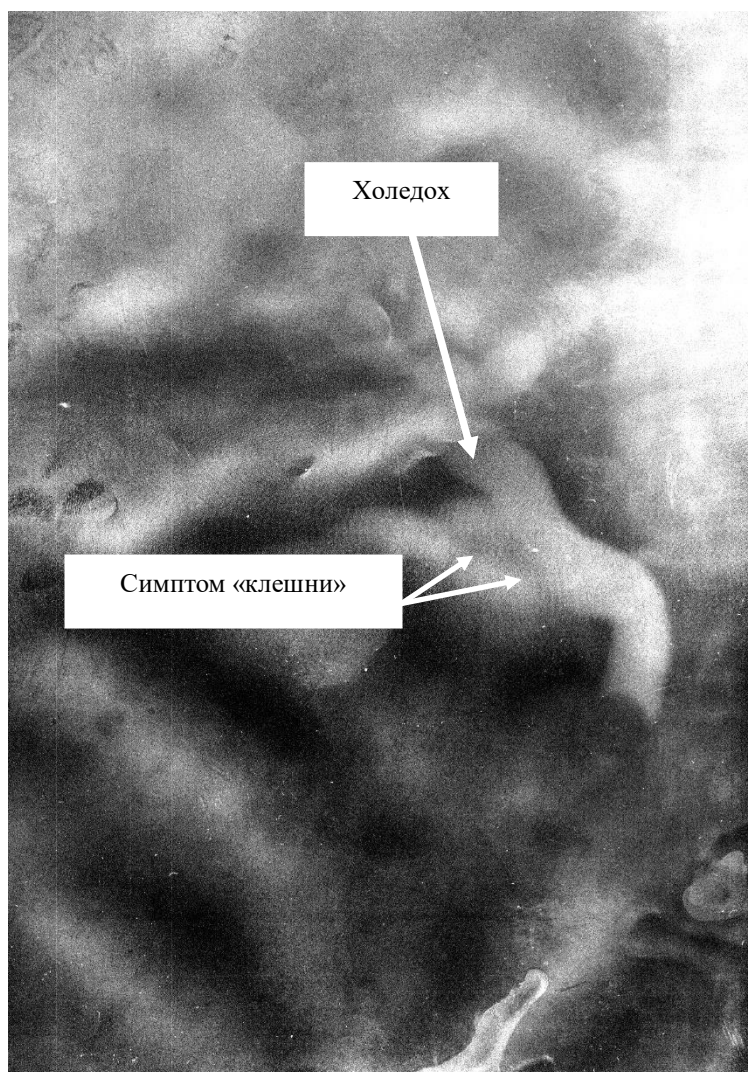
Вопросы:

1. Какова вероятная причина заболевания?
2. Сформулируйте и обоснуйте клинический диагноз.
3. Дайте классификацию заболевания.
4. Приведите предрасполагающие и производящие факторы заболеваний.
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать данное заболевание?
6. Охарактеризуйте патофизиологические изменения при данном заболевании.
7. Какую консервативную терапию Вы назначите до операции?
8. Какие дополнительные методы диагностики Вы назначите для уточнения диагноза?
9. Приведите признаки жизнеспособности кишки.
10. Существуют ли особенности выполнения операции у данного больного?
11. Какую послеоперационную терапию Вы назначите?

12. Какие осложнения могут встретиться после операции?

Задача № 2.23

У больной 75 лет с желчнокаменной болезнью после очередного приступа появилась желтушность склер и кожи. При обследовании выявлен увеличенный болезненный желчный пузырь, симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Сопутствующие заболевания: ИБС, гипертония, мерцательная аритмия. При УЗИ выявлен калькулез желчного пузыря и холедоха. Диаметр печечно-желчного протока 15 мм. Больной выполнена чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия под контролем УЗИ с последующей фистулохолангиографией.



Фистулохолангиограмма

Вопросы:

1. Каков вероятный диагноз у этого больного?
2. Причина расширения холедоха и каков диаметр его в норме?
3. Опишите хирургическую анатомию внепеченочных желчных путей?
4. Какие эндоскопические лечебно-диагностические вмешательства можно использовать?
5. Перечислите вероятные изменения в лабораторных показателях и в чем заключается их диагностическое значение?
6. Определите объем операции с учетом сопутствующей патологии?

7. Какие методы интраоперационного исследования используются в хирургии желчных путей?
8. Каков объем предполагаемого хирургического вмешательства?
9. Назначьте предоперационное лечение с учетом ИБС с нарушением ритма?
10. Опишите макроскопическую картину печени при механической желтухе?
11. Назовите способы наружного дренирования холедоха?
12. Каковы причины образования камней в желчных протоках после холецистэктомии?

Задача № 2.24

Больной К., 64 лет, поступил в стационар через 16 часов после возникновения схваткообразных болей внизу живота с жалобами на задержку стула и газов, тошноту, однократную рвоту. Страдает запорами в течение 8 лет.

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, положение пассивное. Кожные покровы бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет, ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с частотой 90 ударов в минуту. Пульс напряженный, хорошего наполнения. Артериальное давление 160 и 90 мм рт. ст. Живот вздут, ассиметричен за счет выбухания его верхних отделов справа. При пальпации мягкий, не напряженный, болезненный по ходу толстой кишки. Левая подвздошная область «пустая». Симптомы Склярова и «Обуховской больницы» положительные. Определяется «шум плеска».

Произведена обзорная рентгенография органов брюшной полости (см. рисунок).



Обзорная рентгенограмма органов брюшной полости

Вопросы:

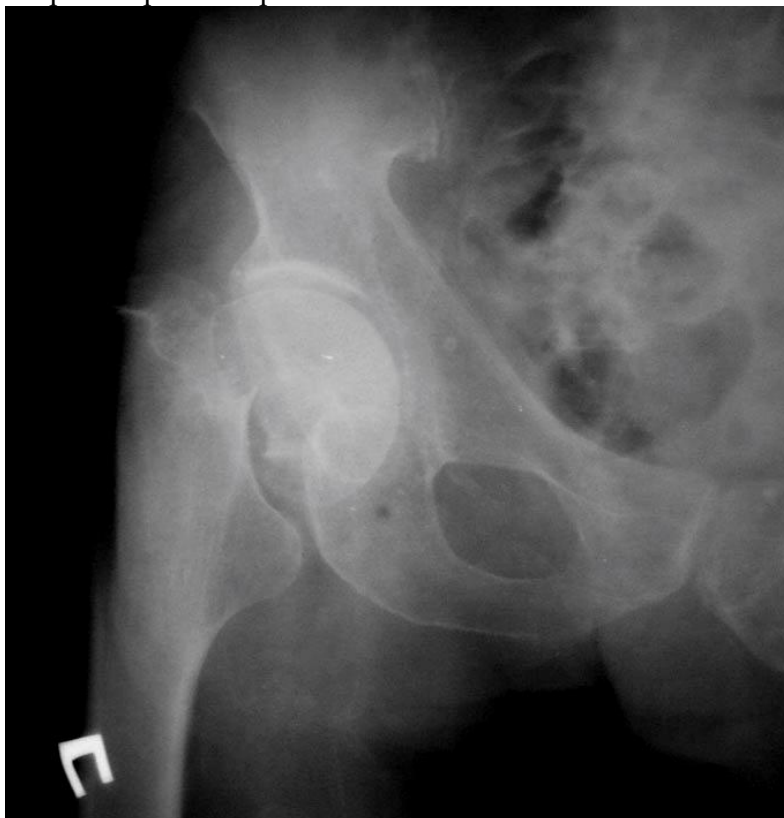
1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования помогут в постановке диагноза?

3. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
4. Какой должна быть тактика хирурга в данной ситуации?
5. Приведите классификацию острой кишечной непроходимости?
6. О каком виде кишечной непроходимости можно думать у данного больного?
7. Перечислите признаки жизнеспособности кишки.
8. В чем особенности строения и кровоснабжения толстой кишки?
9. В каких отделах кишечника чаще случаются завороты?
10. Перечислите причины заворота кишечника?
11. Какие особенности послеоперационного ведения больного, если была выполнена операция Гартмана?
12. Какой прогноз?

Задача № 2.25.

Больной П., 81 года, со слов родственников и больного, упал со стула. Сразу почувствовал резкую боль в правом тазобедренном суставе, самостоятельно встать не смог. Больной предъявляет жалобы на боль в области тазобедренного сустава, которая локализуется под пупартовой связкой. Боль усиливается при пальпации.

Из анамнеза выявлено, что больной страдает гипертонической болезнью. Объективно: лежит в постели, правая нижняя конечность ротирована кнаружи. Больной не в состоянии поднять и удержать выпрямленную в коленном суставе ногу. При попытке поднять поврежденную конечность пятка скользит по поверхности кровати (положительный симптом «прилипшей пятки»), нога отечна, несколько укорочена по сравнению с другой. При попытке произвести пассивные и активные движения, а так же при осевой нагрузке бедра или шейки (поколачивание по пятке выпрямленной конечности или по области большого вертела) боль резко усиливается. Отмечается усиление пульсации бедренной артерии под пупартовой связкой (положительный симптом С. С. Гирголава). Большой вертел находится выше линии Розер-Нелатона, выявляется нарушение равновесия треугольника Бриана. АД 180/90 мм. рт. ст., тоны сердца глухие, экстрасистолия. Со стороны органов брюшной полости изменений нет.



Рентгенограмма тазобедренного сустава прямая проекция

Вопросы:

1. Провести дифференциальную диагностику.
2. Сформулируйте диагноз.
3. Каковы ваши действия в условиях домашнего режима?
4. Предложите план лечения в стационаре.
5. Каковы осложнения, возникающие при данном виде травмы?
6. Анатомическое строение тазобедренного сустава.
7. Приведите классификацию переломов бедренной кости.
8. Назовите симптомы, характерные для данной патологии.
9. Перечислите принципы лечения данной травмы.
10. Назовите способы хирургического лечения данной патологии.
11. Ваш план реабилитации.
12. Решите вопросы транспортной и лечебной иммобилизации.

Задача № 2.26

Больной С., 41 года, работает длительное время грузчиком мясокомбината. При опросе предъявляет жалобы на боли в нижних конечностях, иррадиирующие в бедра, голени, боли усиливаются во второй половине дня, к вечеру отмечается умеренная отечность мягких тканей тыла стопы. При осмотре: выраженные отклонения первых пальцев обеих стоп кнаружи, боли при ходьбе и в положении стоя, припухлость передних отделов стоп, на подошвенной поверхности стоп – натоптыши. Имеются сгибательные и разгибательные контрактуры суставов пальцев. Носит широкую обувь, на 1-2 размера больше обычной, боли усиливаются к смене погоды, сезона, смене обуви, при прыжках и беге. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушены.



Внешний вид обеих стоп

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Какова частота данной патологии?
4. Расскажите о классификации.
5. Ваш план лечебных мероприятий в амбулаторных и стационарных условиях.
6. Виды оперативных вмешательств при данной патологии, показания.
7. Возможные осложнения при данном заболевании.
8. Ваш план реабилитации.
9. Анатомическое строение стопы, особенности.

Задача № 2.27

Доставлен машиной скорой помощи больной М. из травмпункта через 1,5 часа после получения травмы, падение с высоты 3-х метров. Бледен АД 105/65 мм рт. ст., пульс 100 в минуту, левая голень фиксирована двумя шинами Крамера.

При осмотре: после снятия иммобилизации в средней трети голени отек, резкая болезненность, нарушение оси конечности. Имеется воронкообразное втяжение (умбиликация) кожи над местом перелома, искривление оси голени под углом, открытым кнаружи и кпереди, острый конец верхнего отломка виден и легко прощупывается под кожей, определяется ненормальная подвижность и крепитация костных отломков при осторожном давлении на место перелома, местная болезненность при надавливании на переднюю поверхность и по оси голени. Деформация голени увеличивается при поднимании ноги, невозможность опоры на конечность. При попытке произвести пассивные и активные движения, а так же при осевой нагрузке на голень (поколачивание по пятке выпрямленной конечности) боль резко усиливается. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.



Рентгенограмма голени в прямой проекции

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова частота данной патологии.
3. Расскажите о классификации.
4. Объем помощи в условиях «Скорой помощи».
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
11. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
12. Транспортная и лечебная иммобилизация.

Доставлен больной Ц. В приемное отделение больницы через 1 час после автотравмы. Жалобы на слабость, головокружение, боли в области правого бедра, невозможность пользоваться конечностью, которая значительно ротирована кнаружи.

При осмотре: сознание сохранено, но больной заторможен, кожные покровы бледные, на лице капли холодного пота. Имеется угловая деформация верхней трети правого бедра, конечность фиксирована ремнем к левой ноге, укорочение бедра по сравнению со здоровой конечностью достигает 8 см. Мягкие ткани на уровне перелома напряжены из-за большого кровоизлияния. Вследствие укорочения конечности появились складки кожи над надколенником, тонус мышц понижен, выражена патологическая подвижность. АД 90/70 мм рт. ст., пульс слабый, 120 в минуту. Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.



Рентгенограмма тазобедренного сустава в прямой проекции

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова частота данной патологии.
3. Расскажите о классификации.
4. Объем помощи в условиях «Скорой помощи».
5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.

6. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
11. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
12. Транспортная и лечебная иммобилизация.

Задача № 2.29

Мужчина 42 лет сбит автомобилем. Жалобы на боли в области левой половины таза. Объективно: вынужденное положение пострадавшего - лежа с полусогнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами с отведением и наружной ротацией бедер (симптом Волковича), подкожные кровоизлияния в области промежности, мошонки, лобкового симфиза. Боли усиливаются при попытке больного поднять ноги, повернуться или сесть. Положительные симптомы Вернея и Ларрея. Определяется отечность в левой паховой области. Сдавливающая и разводящая нагрузка на крылья подвздошных костей болезненна, крепитации нет. В лежащем положении не может оторвать левую ногу от кушетки (положительный симптом «прилипшей пятки»). Иннервация и кровоснабжение конечностей не нарушено.



Рентгенограмма таза в прямой проекции

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какова частота данной патологии.
3. Расскажите о классификации.
4. Объем помощи в условиях «Скорой помощи».

5. Укажите, какое лечение необходимо провести в стационаре.
6. Расскажите о дополнительных методах исследования данной патологии.
7. Сформулируйте показания для оперативного вмешательства.
8. Какие осложнения возможны при данной травме?
9. Каковы ваши рекомендации для предупреждения осложнений?
10. Каковы сроки потери трудоспособности при данной патологии?
11. Решите вопросы реабилитации больного и трудоустройства.
12. Транспортная и лечебная иммобилизация.

Задача № 2.30

Больной С., 46 лет, страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. За 3 дня до госпитализации появились боли в левой голени, усиливающиеся при движении, температура тела повысилась до 37,8°C. Такие жалобы появились впервые.

Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы, вне левой голени, бледно-розовые. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхательных движений 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный с частотой 82 удара в минуту. Пульс удовлетворительного напряжения и наполнения. Артериальное давление 130 и 80 мм рт. ст. Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, не напряженный, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет.

На левой нижней конечности, по ходу большой подкожной вены имеются варикозно расширенные вены по смешанному типу (см. рисунок). По ходу основной магистрали в области голени определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно, пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа инфильтрирована, гиперемирована, болезненная. Отека на стопе и голени нет. Пульсация артерий на обеих нижних конечностях удовлетворительная на всех уровнях.



Внешний вид голени

Вопросы:

1. Каков предварительный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования помогут в верификации диагноза?

3. Перечислите причины данного заболевания?
4. С какими заболеваниями следует дифференцировать данную патологию?
5. Приведите классификацию острого тромбоза вен?
6. Опишите строение венозного русла нижних конечностей?
7. Почему варикозным расширением вен преимущественно болеют женщины?
8. Что способствует оттоку крови от нижних конечностей?
9. Перечислите триаду Вирхова. Какой компонент повлиял на развитие заболевания в данном случае?
10. Какая особенность венозного кровотока позволяет удалять систему поверхностных вен нижних конечностей с отличными послеоперационными результатами?
11. Какой должна быть тактика хирурга в этой ситуации?
12. В чем заключается предоперационная подготовка при данном заболевании?
13. С какой целью необходимо проводить функциональные пробы на проходимость глубоких вен и определение коммуникантных вен?
14. Почему при непроходимости глубоких вен противопоказано удаление большой подкожной вены?

4.3. Ситуационные профессиональные задачи к государственному экзамену (акушерско-гинекологический блок)

Задача № 3.1.

Больная К., 22 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на внезапно возникшую сильную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 2 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, тошнота, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: корь, скарлатина, воспаление легких, хронический пиелонефрит. Из гинекологических заболеваний отмечает хроническое воспаление матки и придатков, последнее обострение 2 года назад.

Менструации с 13 лет, по 3 – 4 дня через 28 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 19 лет, в первом зарегистрированном браке. Беременность 1, закончилась родами.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Артериальное давление 100/55 мм рт.ст. Пульс 106 уд/мин. Живот при пальпации болезненный во всех отделах, резко болезненных в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Положителен симптом «Ваньки-встаньки». При перкуссии живота определяется притупление звука в нижнем отделе.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные.

Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки не пальпируются из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через своды определяется образование без ясных контуров, тестоватой консистенции.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Укажите причины данной патологии.
3. Каковы клинические формы и классификация данного заболевания?
4. Назовите основные клинические проявления данной патологии.

5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
8. Как оценить характер пунктата из брюшной полости?
9. Какое осложнение основного процесса имеется у больной?
10. Определите тактику ведения больной.
11. Нуждается ли больная в хирургическом вмешательстве и, если да, то каков его объем?
12. Каковы современные методы лечения данной патологии?
13. Каковы вероятные последствия данного заболевания?
14. Составьте программу реабилитации больной.
15. Какие меры могут быть предприняты для профилактики данной патологии?

Задача № 3.2.

Больная К., 30 лет, доставлена бригадой скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли в нижней части живота и пояснице.

Анамнез: Менструации с 12 лет, установились через 3 года, по 7 дней через 30 дней, регулярные, болезненные, обильные. Последние 5 месяцев длятся по 2 дня. Последняя менструация 14 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет. Беременностей 6: (4 закончились родами, 2 искусственными абортами).

Перенесла воспаление придатков матки. Три года назад была госпитализирована в стационар с диагнозом апоплексия яичников. Проведено консервативное лечение. В последние дни беспокоят сильные боли в нижней части живота и поясничной области.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки, бледно-розового цвета. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Пульс 74 уд/мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение лобка по женскому типу.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения слизисто-сукровичные, скудные.

Бимануально: тело матки в ante flexio, нормальных размеров, плотное подвижное, безболезненное. Справа от матки в области придатков определяется объемное образование размерами 7 x 6 x 7 см, плотноэластической консистенции, подвижное, чувствительное при пальпации. Слева придатки не определяются. Задний свод болезненный при осмотре.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. В каких возрастных группах чаще встречаются кисты яичников?
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Оцените общее состояние пациентки.
5. Какие дополнительные методы исследования следует провести срочно?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциацию?
8. Какова классификация данной патологии?
9. Определите тактику ведения больной.

10. Определите объем хирургического вмешательства.
11. Каковы современные методы лечения данной патологии.
12. Каковы вероятные последствия данного заболевания?
13. Составьте программу реабилитации больной.
14. Каковы меры профилактики данной патологии?

Задача № 3.3.

В гинекологический стационар поступила больная 60 лет с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза: менархе в 11 лет, до 50 лет месячные ходили регулярно по 4 – 6 дней, в умеренном количестве, безболезненные. Постменопауза 10 лет. Имела 7 беременностей: 2 закончились срочными родами живыми детьми, 5 – искусственными абортами в сроке 7 – 11 недель; роды и аборты протекали без осложнений.

Из гинекологических заболеваний отмечает псевдоэрозию шейки матки после первых родов (проводилась диатермокоагуляция). Страдает гипертонической болезнью с 47 лет, сахарным диабетом II типа с 55 лет.

Объективное исследование: Общее состояние больной удовлетворительное. Кожные покровы чистые. Рост 157 см., масса 92 кг. АД – 205/115 мм рт.ст., тоны сердца ясные, ритм правильный, слегка приглушены, акцент II тона, ЧСС 76 уд/мин. Со стороны легких, органов брюшной полости и почек патологии не выявлено.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно, без проявлений возрастной атрофии.

Осмотр при помощи зеркал: слизистые шейки матки и влагалища не изменены. Выделения из цервикального канала кровянистые, в умеренном количестве.

Бимануальное исследование: влагалище рожавшей женщины, слизистая оболочка умеренно складчатая, эластичная. Шейка матки цилиндрической формы, длина влагалищной части 2,5 см., наружный зев пропускает кончик пальца. Тело матки в anteversio-flexio, несколько больше нормы, подвижное, безболезненное. Придатки не увеличены, область их безболезненна. Своды и параметрии свободны.

Анализ крови: Hb – 102 г/л, эритроциты – $2,8 \cdot 10^{12}/л$, СОЭ – 52 мм/час, сахар крови – 10,7 ммоль/л. Мочеиспускание учащено, без рези. Отмечает склонность к запорам.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие факторы риска для развившейся патологии имеются у данной больной?
3. Какие нарушения гормонального статуса предрасполагают к этому заболеванию?
4. Каковы возможные источники продукции эстрогенов в постменопаузальном периоде?
5. Какие исследования следует провести для определения гормонального статуса больной?
6. С какими гинекологическими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику у данной больной?
7. Какие исследования следует провести для дифференциальной диагностики?
8. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику у данной больной?
9. Какие исследования следует провести для дифференциальной диагностики с заболеваниями системы крови?
10. Какое исследование позволит поставить окончательный диагноз?
11. Назовите стадии заболевания и дайте их характеристики.
12. Какие методы лечения данного заболевания существуют?
13. Какова их эффективность в настоящее время?

14. Расскажите о возможных путях профилактики этого заболевания?

Задача № 3.4.

В гинекологический стационар поступила больная М., 46 лет с жалобами на боли в правой подвздошной области, тошноту, однократную рвоту. Заболела остро, 4 часа назад, после физической нагрузки.

Из анамнеза: менструации с 13 лет, установились сразу, через 4 недели по 4-5 дней, умеренные, безболезненные. С 43 лет отмечает задержки месячных до 3 месяцев. Последняя менструация 6 недель назад. Половая жизнь в браке. Имела 2 родов, 3 медицинских аборта. Контрацепция – ВМС.

Перенесенные заболевания: ОРЗ, хронический гастрит, холецистит, бронхит, воспаление матки и придатков. Последние 3 года на приеме у гинеколога не была.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Т – 36,9°C. АД – 125/80 мм. рт. ст. Пульс 88 уд/мин ритмичный, удовлетворительного наполнения. Со стороны легких и сердца патологии не выявлено. Молочные железы без особенностей, отделяемого из сосков нет.

Язык суховат, обложен у края белым налетом. Живот правильной формы, передняя брюшная стенка в акте дыхания участвует ограниченно. Перкуторно – тимпанический звук. При пальпации живот мягкий безболезненный, незначительное напряжение мышц передней брюшной стенки в правой подвздошной области, где отмечается локальная болезненность. Печень, селезенка не пальпируются. Симптомы раздражения брюшины слабо положительны справа. Стул, диурез не нарушены.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Осмотр в зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки не изменены. Выделения – слизистые бели. Бимануальное исследование: влагалище свободное, шейка матки цилиндрической формы, плотная, длина влагалищной части 2,5 см, наружный зев закрыт.

Тело матки несколько больше нормы, плотное, смещено влево, безболезненное. Левые придатки уплотнены, подтянуты к матке. В области правых придатков определяется образование 8 x 10 x 7 см, неравномерной плотности, ограниченно подвижное, болезненное. Своды и параметрии свободны. Смещение шейки матки болезненно.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. С какими гинекологическими заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
3. С какой экстрагенитальной патологией следует дифференцировать имеющееся заболевание?
4. Какое лабораторное обследование следует провести по cito?
5. Какие изменения в гемограмме характерны для воспалительного процесса?
6. Какие изменения в гемограмме характерны при прервавшейся внематочной беременности?
7. Какие изменения в моче характерны при почечно-каменной болезни?
8. Какое дополнительное обследование показано больной?
9. Какие результаты УЗИ подтверждают предварительный диагноз?
10. Определите тактику ведения больной при данном заболевании?
11. Каким методом можно провести оперативное лечение в данном случае?
12. Какова последовательность действий после вхождения в брюшную полость?
13. Какие анатомические структуры необходимо будет пересечь?
14. Что определяет объем хирургического вмешательства при этой патологии?
15. Какова профилактика осложнений данного заболевания?

Задача № 3.5.

Первобеременная Л., 22 лет, доставлена машиной скорой помощи из женской консультации с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, мелькание мушек перед глазами, понижение зрения, заложенность носа.

Из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит с 16 лет, находится на диспансерном учете. Аллергологический и трансфузиологический анамнез без особенностей. Гинекологические заболевания – аднексит 2 года назад. В течение года с целью предохранения от беременности использовала презервативы. Данная беременность вторая, первая беременность в 18 летнем возрасте была прервана медицинским абортom в сроке 8 нед, без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 800 г в неделю с 30 нед. С 32 нед отмечает повышение АД до 140/90 мм рт.ст.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледноватые. Лицо одутловатое. Телосложение правильное, питание повышено. Рост 164 см, масса тела 82,5 кг. Отеки голеней, передней брюшной стенки.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, 80 в мин. АД – 170/120 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

Матка в нормальном тонусе. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 138 уд/мин. Нестрессовый тест положителен.

Срок беременности по всем данным 36–37 нед. Высота дна матки 29 см, окружность живота – 85 см. Предполагаемый вес плода – 2400 г.

Общий анализ крови: Нb – 140 г/л. Эр – $3,5 \times 10^{12}/л$, тромб – $130,0 \times 10^9 /л$, Le – $5,1 \times 10^9/л$, п/я – 1 %, с – 63 %, э – 1 %, л – 26 %, м – 9 %, СОЭ – 41 мм/час, Ht – 39 %.

Общий анализ крови: уд. вес – 1020, Le – 2 – 4 в п/зрения, эпителий – 5 – 6 в п/зрения, белок – 3500 мг/л, цилиндры гиалиновые – 3 – 4 в п/зрения.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз данной беременной.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые способствовали развитию данного заболевания.
3. На каком сроке беременности началось данное осложнение?
4. По каким признакам диагностируется степень тяжести осложнения у данной беременной?
5. Какие изменения можно выявить на эхокардиоскопии у этой беременной?
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
7. В консультации каких специалистов нуждается данная беременная?
8. Что лежит в основе классификации данной патологии?
9. Какие факторы являются ведущими в патогенезе этого осложнения?
10. Напишите лист назначений для данной пациентки.
11. Чем обусловлен выбор тактики ведения при этой патологии?
12. Назовите основные направления лечения данного осложнения беременности.

Задача № 3.6.

Беременная С., 22 лет, доставлена в приемное отделение роддома мужем в тяжелом состоянии с помраченным сознанием. Родовая деятельность началась 3 часа назад, околоплодные воды отошли по дороге в родильный дом.

Из рассказа мужа удалось выяснить, что больная раньше ничем не болела, беременность первая, протекала без осложнений. Беременная уехала на дачу, расположенную в 20 км от города. Пробыла там две недели и возвратилась домой, так как почувствовала общее недомогание, появились отеки и головная боль, появились схваткообразные боли внизу живота. Во время ужина была рвота, усилилась головная боль, поэтому муж решил срочно

проконсультироваться в рядом расположенном роддоме.

Объективно. Женщина повышенного питания, правильного телосложения. Лицо бледное, одутловатое, веки отечные, на голенях пастозность. Экстренно перед обследованием произведена нейролептоаналгезия. Несмотря на это во время измерения артериального давления (160/130 мм рт. ст.) появились мелкие фибриллярные подергивания мышц лица. Затем начались подергивания верхних конечностей, тело беременной вытянулось, позвоночный столб изогнулся, челюсти плотно сжались, дыхание прекратилось. Вслед за этим последовали клонические судороги, наступил сильный цианоз, яремные вены напряглись. Затем судороги стали реже и, наконец, прекратились, появился глубокий шумный вдох, на губах выступила пена, окрашенная кровью. Дыхание восстановилось, стало глубоким, беременная не приходила в сознание. Припадок длился 1,5 мин.

Во время приступа наркоз был прекращен, после восстановления дыхания больную перевели на наркоз закисью азота с кислородом. Во время глубокого сна произведено дообследование: температура тела – 36,8 °С, пульс 86 уд/мин, ритмичный, напряженный, АД 150/120 – 150/100 мм рт. ст. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Дно матки на 2 поперечных пальца ниже мечевидного отростка, положение плода продольное, предлежащая голова при наружном акушерском исследовании на определяется. Схватки через 1 – 1,5 мин по 35 – 40 сек. Сердцебиение плода слева, ниже пупка, ясное, частота – 136 уд/мин. Размеры таза: 25-27-30-20 см.

При влагалищном исследовании: открытие шейки матки полное, пузыря нет, головка доношенного плода на тазовом дне, стреловидный шов в прямом размере выхода, малый родничок спереди.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические признаки указывают на данное осложнение?
3. Оцените состояние плода в данной ситуации.
4. Оцените наружные размеры таза.
5. Какова должна быть врачебная тактика?
6. Каковы особенности ведения послеродового периода при данной патологии?
7. Какие дополнительные методы обследования должны быть использованы?
8. Какие осложнения могут сопутствовать данной патологии?
9. Положен ли данной женщине дополнительный отпуск по беременности и родам и, если да, то на какой срок?
10. На какие сутки можно произвести выписку этой родильницы?
11. Как проводится профилактика этого осложнения беременности?
12. Нужно ли оперативное пособие данной пациентке и, если да, то какое. Назовите условия для выполнения этой операции.

Задача № 3.7.

Беременная К., 40 лет, доставлена в клинику из участковой больницы. Состояние крайне тяжелое. Беременность 7. Роды 4. Самопроизвольных выкидышей 2. Срок беременности по всем данным 39 – 40 нед. Во время данной беременности были отеки конечностей. 2 часа назад при отсутствии родовой деятельности внезапно появились боли в животе и кровотечение из половых путей. Со слов беременной, кровопотеря около стакана (200 – 250 мл). Одновременно появились и постепенно нарастали общая слабость, одышка, была рвота. Кожа и видимые слизистые бледные, холодный пот. Пульс нитевидный, тахикардия до 136 уд/мин. Артериальное давление 70/40 мм рт.ст. Температура 35,5 °С. Тоны сердца приглушенные, ритм правильный. Язык влажный. Живот вздут, брюшная стенка напряжена, болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Матка плотной

консистенции, напряжена, части плода ясно не определяются. Над входом в таз с трудом пальпируется головка. Сердцебиение плода не выслушивается. Из родовых путей небольшое кровотечение.

Ан. крови

Дата	Нб, г/л	Эр × 10 ¹² /л	ЦП	Тр, × 10 ⁹ /л	Le × 10 ⁶ /л	СОЭ, мм/ч	Свертываемость	Длительность кровотечения	Нт, %
28/09/11 г	87	1,9		105	16,2	36	3	0 м 30 с	26

Ан. мочи

Дата	Белок, г/л	Le	Эр	Цилиндры	Эпителий	Соли	Бактерии
28/09/11 г	0,3	0-1-2	0-1	—	плоский, немного	оксалаты в умер к-ве	—

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику данной акушерской патологии?
3. Какие дополнительные инструментальные исследования желательно провести для уточнения диагноза?
4. Какая тактика дальнейшего ведения пациентки?
5. Показана ли гемотрансфузия?
6. Какое необходимо сделать лабораторное обследование?
7. Каковы возможные причины этого акушерского осложнения?
8. Назовите характерные симптомокомплексы возникшего осложнения?
9. Что произошло с плодом?
10. Какой характерный вид может иметь плацента при данной патологии?
11. Что может произойти с маткой (назовите симптом по автору).
12. Каков прогноз для плода.
13. Показания к какой операции возникают при появлении признаков состояния, о котором идет речь в п. 11
14. Какие возможны дальнейшие осложнения?
15. Нуждается ли пациентка в интенсивной терапии, если да, то что именно может быть назначено?

Задача № 3.8.

Беременная, 35 лет, поступила в клинику с доношенной беременностью, в родах. Беременность 7-я. Протекала без осложнений. Все предыдущие беременности закончились нормальными родами. Воды не отходили. Состояние при поступлении хорошее. Температура 36,6 °С. Артериальное давление 130/80 мм. рт.ст. Пульс 78 уд/мин. Ритмичный. Живот мягкий. Дно матки у мечевидного отростка. Продольное положение плода, головка над входом в малый таз. Схватки через 4 – 5 мин по 35 сек., регулярные. Сердцебиение плода 120 уд/мин, ритмичное, слева ниже пупка, а справа ниже пупка выслушивается сердцебиение с частотой 128 уд/мин. Но определить положение плода второго не удастся. ОЖ 118 см. Таз: 25-27-32-21.

Влагалищное исследование: шейка матки сглажена, открытие маточного зева 4 п/п (8 см). Плодный пузырь цел, выражен при схватке. Над входом в таз определяется подвижная головка. Мыс не достигается. Через 3 часа с момента поступления отходят воды, потуги появляются и через 1,5 часа рождается мальчик с массой 3250 г. В матке определяется второй плод в поперечном положении, головка слева.

Начинается обильное кровотечение сразу после рождения I плода. Общая кровопотеря в родах составила 600 мл.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику?
3. Каковы причины кровотечения после рождения первого плода?
4. Тактика врача при возникшем кровотечении?
5. Нужна ли акушерская операция и, если да, то какая?
6. Нужно ли извлекать послед второго плода и, если да, то каким способом?
7. Нужен ли осмотр родовых путей в раннем послеродовом периоде?
8. Нужен ли контроль за маткой?
9. Условия для какой акушерской операции имеются в данном случае?
10. Какие методы родоразрешения возможны в подобной ситуации?
11. Нужно ли в данном случае анестезиологическое пособие и, если да, то какое предпочтительнее?
12. Какие осложнения, могут возникнуть в родах и в послеродовом периоде?
13. Нужна ли интенсивная терапия и, если да, то какие компоненты она должна включать?
14. Каков прогноз для матери и плода?
15. Какие нужно сделать лабораторные исследования?

Задача № 3.9.

Беременная К., 20 лет, поступила в клинику 24.11.2013 г. с жалобами на рвоту до 20 раз в сутки.

Менструации с 16 лет, установились сразу, приходят через 30 дней, длятся по 4 дня, безболезненные, в умеренном количестве, последние месячные были 13.09.2013г. Замужем 6 месяцев. Гинекологических заболеваний не было. Других заболеваний также не отмечает. Настоящая беременность первая, больной себя считает 3 недели и указывает, что вначале появилась, а в последующем развилась сильная слабость. Рвота вначале была 2 – 3 раза в день, а затем участилась до 20 раз в сутки. За время болезни до поступления в клинику больная потеряла в весе 7 кг. Отношение к беременности положительное.

При поступлении: телосложение правильное, питание резко пониженное. Вес 50 кг, рост 162 см. Кожа суховата, язык влажный, обложен беловатым налетом, губы сухие, аппетит понижен. Артериальное давление 90/55 мм рт. ст., пульс 90 уд/мин, ритмичный.

Тоны сердца слегка приглушены, границы в норме. В легких – везикулярное дыхание. Живот мягкий болезненность при пальпации в области эпигастрия. Мочеиспускание редкое, малыми порциями. В моче следы белка.

Наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки чистая. Матка в anteflexio-versio. Тело ее шарообразной формы, увеличено соответственно 7 – 8 недель беременности. Признак Горвица-Гегара положительный. Придатки не определяются.

Анализ крови: эритроциты – $3,0 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобина – 93 г/л, лейкоциты – $10,0 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 38 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков патогенез данного осложнения беременности?
3. В какие сроки беременности возникают эти осложнения?
4. Какие еще формы подобных осложнений встречаются?
5. Какие патологические процессы являются фоновыми при возникновении рвоты беременных?
6. Какие заболевания следует исключить при установлении данного диагноза?
7. Расскажите классификацию данной патологии.

8. Совокупность каких симптомов свидетельствует о неблагоприятном течении заболевания?
9. Что предусматривает комплекс лечебных мероприятий в подобных случаях?
10. Кто автор исторического метода лечения данной патологии, в чем этот метод заключался?
11. Можно ли применять физиотерапевтические методы и, если да, то какие?
12. Какова тактика при безуспешности консервативной терапии?

Задача № 3.10.

Роженица А., 36 лет, поступила в родильный дом с родовой деятельностью, начавшейся 6 часов назад. Роды срочные.

Данных о гинекологических заболеваниях в анамнезе нет. Беременность третья, протекала без осложнений. Первые две закончились нормальными родами, затем в течение 5 лет использовала с целью контрацепции ВМС. Женскую консультацию посещала нерегулярно. Женщина правильного телосложения: рост 164 см, масса 80 кг. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые оболочки чистые, нормальной окраски. Отеков нет. Пульс – 76 уд/мин, ритм правильный, удовлетворительного наполнения. АД – 120/80 – 125/85 мм рт. ст. Живот вытянут в поперечном направлении. Брюшная стенка дряблая, справа ниже пупка небольшой линейный рубец после аппендэктомии. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

Схватки средней силы, продолжительностью 30 – 35 с, интервал между схватками 4 – 5 мин. При пальпации по Леопольду-Левицкому дно матки широкое, плоское, расположено низко. В боковых отделах матки определяются: справа – округлая плотная ballotирующая часть, слева – крупная мягкой консистенции часть. Предлежащая часть плода над входом в малый таз не определяется. Сердцебиение плода наиболее отчетливо прослушивается справа на уровне пупка, частота – 136 уд/мин, ясное ритм правильный. Воды не отошли. Окружность живота – 110 см, высота дна матки – 28 см. Размеры таза: 26 – 29 – 31 – 21 см. Индекс Соловьева – 14 см.

Влагалищное исследование. Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное, шейка матки сглажена, открытие маточного зева на 3 поперечных пальца (6 см). Плодный пузырь цел, во время схватки хорошо наливается. Предлежащую часть ни через плодный пузырь, ни через влагалищный свод обнаружить не удалось. Мыс крестца не достигается, емкость таза достаточная, экзостозов нет.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение положению плода у данной пациентки?
3. Какие клинические признаки подтверждают диагноз?
4. Какова тактика ведения родов в рассматриваемом случае?
5. Каковы вероятные причины формирования такого осложнения?
6. Возможны ли самопроизвольные роды при подобных состояниях? При каких условиях?
7. Каковы возможные механизмы самопроизвольных родов при наличии соответствующих условий?
8. Каковы возможные осложнения развившейся ситуации?
9. Какие методы родоразрешения возможны при подобных состояниях?
10. Дайте оценку таза роженицы.
11. Какова тактика ведения этих родов?
12. Необходима ли при подобном состоянии дородовая госпитализация и, если да, то в каком сроке?
13. Какой прогноз родов при подобных состояниях?

14. Каков возможный исход при неоказании своевременной помощи и тактика врача в этом случае?

Задача № 3.11.

Беременная А., 24 года, поступила в отделение патологии беременности в сроке 30 недель. Жалобы на слабость, нарушения сна, сердцебиение и отеки нижних конечностей. В 12-летнем возрасте был поставлен диагноз: Врожденный порок сердца: дефект межпредсердной перегородки. Беременность первая. В сроке 12 недель было предложено прерывание беременности, от чего беременная категорически отказалась.

Объективные данные: общее состояние средней тяжести, температура тела 36,7 °С. АД 110/70 мм. рт.ст. Пульс 90 уд/мин, экстрасистолия. Видимые слизистые цианотичны. Сердце: на верхушке систолический шум, выраженный акцент II тона на легочной артерии. Печень на 1,5 см ниже реберной дуги. Акушерское обследование: размеры таза без патологии, окружность живота 80 см. Высота дна матки 29 см. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз, сердцебиение плода приглушено, ритм правильный, 142 уд/мин.

Влагалищное исследование: наружные половые органы без изменений. Влагалище не рожавшей женщины, шейка матки чистая, сохранена, наружный зев закрыт. Мыс не достижим. Экзостозов нет. Емкость таза достаточная.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз?
2. Какие симптомы подтверждают поставленный диагноз?
3. Напишите лист назначений?
4. Какие изменения можно выявить у плода с помощью УЗИ?
5. В консультации каких специалистов нуждается данная женщина?
6. По каким признакам можно поставить срок беременности?
7. Как решаются вопросы возможности сохранения беременности у беременных с заболеваниями данного класса?
8. Каковы противопоказания к пролонгированию беременности у таких пациенток?
9. Какой вопрос следует решить в первую очередь с началом родовой деятельности у роженицы с подобным заболеванием?
10. Как вести II и III периоды родов и что необходимо сделать в раннем послеродовом периоде у данной женщины?
11. Перечислите мероприятия, направленные на профилактику повышенной кровопотери во втором периоде родов?
12. Перечислите особенности ведения раннего и послеродового периода?
13. Перечислите мероприятия по профилактике осложнений во время беременности и в родах?

Задача № 3.12.

Беременная 26 лет поступила в отделение беременности в сроке 38 недель. Жалобы на боли внизу живота и пояснице. Настоящая беременность вторая. Первая беременность закончилась родами. Родился мальчик массой 3000 г, живой, здоровый. После операции на сердце – успешно проведенная комиссуротомия по поводу стеноза митрального клапана 2 года тому назад – по заключению специалистов беременность не противопоказана.

Женскую консультацию посещала регулярно. Наблюдалась совместно акушером-гинекологом и терапевтом. Стационарное обследование и курс профилактического лечения проведены в сроке 11 недель, 18, 30 недель беременности.

Поступила в родильный дом для подготовки к родоразрешению. Общее состояние средней

степени тяжести. Температура тела 36,7 °С. Артериальное давление 110/70 мм рт.ст. Пульс 90 уд/мин, ритм правильный. Видимые слизистые цианотичные. На верхушке сердца выслушивается систолический шум. Дыхание 20 в мин. Умеренные отеки голеней. Печень не пальпируется.

Акушерское обследование. Положение плода продольное. Предлежит головка, подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение 138 уд/мин, ритм правильный. Размеры таза: 26-28-32-21. Окружность живота 95 см. Высота дна матки 36 см.

Влагалищное исследование: Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище рожавшей женщины. Шейка матки 1,5 см, размягчена, цервикальный канал пропускает 1 поперечный палец свободно. Плодный пузырь цел. Мыс не достижим. Емкость таза достаточная.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз данной больной?
2. Перечислите типичные жалобы беременной, страдающей заболеванием сердца?
3. Через какое время и почему может быть решен вопрос о сохранении беременности после комиссуротомии?
4. Назовите возможные причины декомпенсации сердца во время беременности?
5. Какие изменения можно выявить у плода на УЗИ?
6. Какие характерные изменения плаценты можно выявить на УЗИ?
7. В консультации каких специалистов нуждается данная женщина?
8. Какие лекарственные средства и с какой целью могут быть применены в I, II и III периодах родов?
9. Каковы используемые методы обезболивания?
10. Какие спазмолитические препараты могут быть применены в родах?
11. Перечислите мероприятия, направленные на профилактику патологической кровопотери?
12. По каким симптомам вы диагностируете состояние ребенка при рождении?
13. На какие сутки после родов данная пациентка может быть выписана домой? Куда пойдет ребенок?

Задача № 3.13.

Беременная К., 20 лет, доставлена в стационар в 8 часов 20 минут, с жалобами на сильные схваткообразные боли внизу живота, в конце схватки отмечает желание тужиться.

Из анамнеза: Данная беременность третья, предыдущие две закончились нормальными родами, новорожденные имели вес 2900,0 и 3100,0 грамм. Срок настоящей беременности 40 недель. Схватки начались дома, накануне вечером в 22 часа, воды отошли дома, за 3 часа до поступления в стационар, в течение последних 1,5 часов в конце схватки возникает желание тужиться.

При поступлении: Поведение беспокойное, пульс 90 уд/мин, АД 120/80 мм рт.ст., температура тела 36,6 °С. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, на уровне пупка визуализируется косорасположенное контракционное кольцо. Схватки сильные, частые, во время пауз между схватками стенка матки почти не расслабляется. Пальпация нижнего сегмента матки болезненная. Положение плода продольное, головка плода прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода глухое, ритм правильный, 120 уд/мин. ВДМ – 40 см, ОЖ – 100 см. Размеры таза 24-26-29-19. Индекс Соловьева 16 сантиметров.

При влагалищном исследовании: шейка матки сглажена, открытие маточного зева полное, края отечные. Плодного пузыря нет. Предлежит головка плода, занимает верхний край лона, вставление правильное. На головке определяется выраженная родовая опухоль. Мыс достижим, диагональная конъюгата 11 см.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какое осложнение родов имеет место?
3. Дайте определение этого осложнения?
4. Приведите классификацию подобных состояний.
5. Назовите причины возникновения осложнения применительно к данному случаю.
6. Какие клинические признаки, которые описаны в данной задаче, подтверждают диагноз?
7. С чего должно начинаться оказание помощи в данном случае?
8. Какова дальнейшая тактика ведения?
9. Какие существуют методы оценки предполагаемой массы плода, каков этот показатель в данном случае?
10. Дайте характеристику таза у данной женщины, какая степень сужения?
11. Каковы размеры истинной конъюгаты у данной женщины?
12. Что такое «признак Вастена», о чем он свидетельствует?
13. Что такое контракционное кольцо? Назовите его синоним.

Задача № 3.14.

Роженица К., 40 лет, многорожавшая, доставлена в родильный дом. Срок беременности доношенный.

Из анамнеза: настоящая беременность восьмая: первые пять закончились нормальными родами в срок, дети живые, шестая – искусственным абортom без осложнений, седьмая – срочными родами, в родах проводили ручное отделение последа, в послеродовом периоде в течение 10 дней наблюдалось повышение температуры. Во время настоящей беременности женскую консультацию не посещала, планировала родить дома. Через 6 ч. от начала активной родовой деятельности отошли околоплодные воды и появились сильные, болезненные потуги, которые вскоре приняли почти непрерывный характер.

Затем внезапно появилась очень сильная боль внизу живота, со слов женщины, как «удар ножом в живот». После этого родовая деятельность полностью прекратилась. Появилась общая слабость, головокружение, тошнота, рвота, постоянная боль в животе, усиливающаяся при изменении положения. Общее состояние быстро ухудшалось, что заставило родственников вызвать машину скорой помощи.

Объективно: состояние женщины тяжелое, отмечается вялость, апатичность. На вопросы отвечает с трудом, стонет. Кожа и видимые слизистые оболочки бледные, черты лица заострены. Температура тела – 35,8 °С. АД – 100/60 – 100/55 мм рт. ст., пульс – 116 уд/мин., слабого наполнения и напряжения. Со стороны сердца и легких патологических изменений не обнаружено.

Живот несколько вздут, окружность – 112 см, болезнен при пальпации, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, при перкуссии определяется тупость в отлогих местах. Контуры матки определяются нечетко. Плод пальпируется отчетливо. Сердцебиение плода не прослушивается, шевеление отсутствует более часа. Размеры таза: *distantia spinarum* – 26 см, *distantia cristarum* – 28 см, *distantia trochanterica* – 30 см, *conjugata externa* – 21 см. Родовая деятельность отсутствует.

При влагалищном исследовании: влагалище свободное, открытие шейки матки полное, плодного пузыря нет. Предлежащая часть не определяется. Мыс крестца не определяется, емкость малого таза хорошая. Имеются кровянистые выделения в небольшом количестве.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какое осложнение родов имеет место в данном случае?

3. Приведите определение данного осложнения?
4. Дайте классификацию разрывов матки.
5. Назовите причины возникновения осложнения применительно к данному случаю.
6. Перечислите клинические признаки, позволяющие заподозрить имеющуюся патологию, которые описаны в данной задаче.
7. Какова дальнейшая тактика ведения?
8. Оцените таз у данной женщины?
9. Охарактеризуйте состояние гемодинамики у данной женщины?
10. Чем обусловлена тяжесть состояния пациентки?
11. Перечислите профилактические мероприятия, которые могли бы предотвратить данное осложнение родов?
12. Что произошло с плодом? Каковы причины этого?
13. Перечислите факторы риска по возникновению данного осложнения родов? Какие из них имеются в рассматриваемом случае?

Задача № 3.15.

Роженица С., 35 лет, поступила в роддом с родовой деятельностью, начавшейся 4 часа назад. Роды в срок.

Из анамнеза: гинекологические заболевания – миома матки небольших размеров. Беременность III, первая закончилась нормальными родами, II – медаборт на сроке 7 – 8 недель. Настоящая беременность III. Женскую консультацию посещала нерегулярно.

Женщина правильного телосложения, умеренного питания: рост 165, масса 80 кг. Состояние удовлетворительное, кожа и видимые слизистые оболочки обычной окраски, чистые, отеков нет. Стул и мочеиспускание не нарушены. PS – 68 уд/мин. АД 110/70 мм рт.ст., D=S. Изменений со стороны внутренних органов не выявлено.

При наружном осмотре живот вытянут в поперечном направлении. ВДМ – 31, ОЖ – 118 см. Дно матки широкое, плоское, расположено низко. В боковых отделах матки определяются: справа – крупная мягкой консистенции часть, слева – округлая плотная баллотирующая часть. Предлежащая часть плода над входом в малый таз не определяется. Схватки по 25-30 секунд через 4 минуты, средней силы. Сердцебиение плода наиболее отчетливо выслушивается на уровне пупка до 140 уд/мин, ясное, ритм правильный. Воды не отошли. Размеры таза 26-29-31-21. Индекс Соловьева – 14,5 см; Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище свободное без рубцов. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева 3 поперечных пальца (6 см). Плодный пузырь цел. Во время схватки хорошо наливается. Предлежащую часть ни через плодный пузырь, ни через передние своды обнаружить не удалось. Мыс крестца не достигается, емкость таза достаточная, экзостозов нет.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Дайте определение основному акушерскому осложнению, имеющемуся у данной женщины.
3. Какую форму чаще всего имеет матка при наружном осмотре в подобных случаях?
4. Соответствует ли ВДМ и ОЖ сроку беременности при данных состояниях?
5. Как определяется позиция плода в этой ситуации?
6. Как определяется вид плода?
7. Где будут определяться крупные части плода?
8. Где лучше выслушивается сердцебиение плода в таких случаях?
9. Как определить предлежащую часть (головку или ягодицы) при влагалищном исследовании в таких случаях?

10. Нужна ли родовая госпитализация и, если да, то в каком сроке беременности?
11. Какой метод родоразрешения предпочтительнее?
12. Чем вероятнее всего закончится консервативное ведение родов в подобных случаях? Что делать в этой ситуации?

Задача № 3.16.

Первородящая П., 25 лет, поступила в роддом с регулярной родовой деятельностью, начавшейся 8 часов назад. Роды в срок.

Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Наблюдалась в женской консультации регулярно. Беременность протекала без осложнений.

Женщина правильного телосложения. Рост 162 см. Масса 70 кг. Общее состояние удовлетворительное. Отеков нет. АД на обеих руках 110/70 мм рт.ст. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Схватки через 1 мин по 45 – 50 сек, переходят в потуги. Положение плода продольное, предлежит головка, прижата ко входу в малый таз. Признак Вастена положительный. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, до 140 уд/мин. ВДМ – 39 см, ОЖ – 101 см. Размеры таза: 25-28-30-20. Индекс Соловьева 16 см. Ромб Михаэлиса имеет форму перевернутого квадрата, все стороны которого равны 11 см.

Влагалищное исследование: наружные половые органы развиты правильно. Влагалище нерожавшей. Шейка матки сглажена. Открытие маточного зева полное (10 см). Плодный пузырь отсутствует. Предлежит головка плода, ее занят верхний край лона и терминальная линия. Стреловидный шов в правом косом размере, малый родничок слева у лона. Мыс крестца не достижим.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Как называется таз, при котором имеется несоответствие между размерами головки плода и тазом матери?
3. Когда признак Вастена считается положительным?
4. Когда признак Вастена считается отрицательным?
5. Когда признак Вастена считается вровень?
6. Каким будет признак Вастена при клинически узком тазе?
7. О чем свидетельствует признак отсутствия продвижения головки по родовому каналу при хорошей родовой деятельности?
8. О чем свидетельствует признак появления отека шейки матки, симулирующего неполное открытие?
9. О чем свидетельствует признак появления потуг при высоко стоящей головке?
10. О чем свидетельствует признак задержки мочеиспускания или появление примеси крови в моче?
11. При каком открытии можно с большей вероятностью установить правильный диагноз при подобном осложнении родов?
12. Какой метод родоразрешения лучше использовать в данной ситуации?

Задача № 3.17.

Родильница И., 26 лет. Рост 172 см, вес 79 кг. Находится на родовом столе. Через 1 час после рождения последа, при очередном массаже выделился сгусток крови до 250 мл и продолжают яркие кровянистые выделения. Общая кровопотеря достигла 400 мл и продолжается.

В анамнезе 3 беременности, 1 из них закончилась срочными родами без осложнений, 2 – самопроизвольными выкидышами. Во время последней беременности страдала анемией.

Объективно: Кожа и видимые слизистые бледноваты. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс 82 уд/мин. АД 115/70 мм. рт.ст. на обеих руках.

Живот мягкий безболезненный при пальпации. Изменений со стороны внутренних органов нет. Матка мягкая, выше пупка, на массаж реагирует плохо. Выделения из половых путей – алая кровь.

Вопросы:

1. Какое осложнение имеет место и с чем оно связано?
2. Каковы критерии постановки данного диагноза?
3. Каковы клинические признаки.
4. Нужна ли акушерская операция? Если да, то какая?
5. Какие еще есть методы, которые могут быть использованы в данном случае?
6. Какие осложнения беременности приводят к подобным состояниям?
7. Какие осложнения родов ведут к имеющейся у пациентки патологии?
8. Какие экстрагенитальные заболевания способствуют развитию этого осложнения?
9. Каковы показания к гемотрансфузии?
10. Напишите лист назначений данной пациентке.
11. Препараты какой группы играют ведущую роль в лечении этой патологии?
12. Какие коллоидные растворы применяются в лечении гипотонии матки?
13. Каков окончательный метод гемостаза?
14. Какое осложнение со стороны системы гемостаза может развиваться в случае неправильного и несвоевременного лечения?
15. Какую операцию необходимо будет произвести в этом случае?

Задача № 3.18.

Родильница М., 33 лет, повторнородящая, на 4-е сутки послеродового периода предъявила жалобы на обильные лохии с неприятным запахом.

Из анамнеза: Страдает хроническим пиелонефритом в течение 2-х лет. Беременность VI, первая беременность закончилась родами, медицинских аборт – 4, 2 из которых осложнились острым эндометритом. Роды длились 19 часов 20 минут. Температура тела 38,6 °С.

Объективно: Кожные покровы влажные, бледность слизистых оболочек. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясное, ритмичное. АД 110/70 на обеих руках. Пульс 92 уд/мин. Печень и селезенка не пальпируется. Живот мягкий, болезненный в нижних отделах. Симптом Пастернацкого справа слабо положительный.

Матка мягковатая 15 см над лоном, болезненная при пальпации. Выделения из половых путей мутно-сукровичные, обильные с запахом.

Бимануально: Шейка матки окончательно не сформирована, цервикальный канал свободно пропускает 2 поперечных пальца. Матка мягкая, увеличена до

14 – 15 недель беременности. Придатки не определяются; своды свободные. Выделения мутные с неприятным запахом.

Вопросы:

1. Каков диагноз?
2. Какова возможная причина имеющегося у родильницы заболевания?
3. Какой симптом является патогномоничным?
4. К какой группе послеродовых осложнений относится имеющееся заболевание?
5. Какова роль иммунной системы и какие звенья иммунной защиты вовлечены в патологический процесс при данном заболевании в большей степени?
6. Какие возможны изменения в системе гемостаза?

7. Какова роль инфекции в генезе данного осложнения? Что является входными воротами?
8. Какие экстрагенитальные заболевания способствуют развитию этого осложнения у данной пациентки?
9. Какие заболевания репродуктивной системы способствуют развитию этого осложнения?
10. Какие осложнения в течении беременности играют ту же роль?
11. Какие дополнительные методы диагностики могут быть использованы?
12. Напишите лист назначений для данной пациентки.
13. Назовите основные направления лечения этого заболевания?
14. Можно ли использовать немедикаментозные методы лечения и, если да, то какие?

Задача № 3.19.

Первобеременная Л., 18 лет, доставлена в стационар из женской консультации машиной скорой помощи с жалобами на головную боль, боли в подложечной области, мелькание мушек перед глазами, понижение зрения, заложенность носа.

Анамнез: из перенесенных заболеваний отмечает детские инфекции, простудные заболевания, хронический пиелонефрит с 14 лет, находится на диспансерном учете. Аллергологический и трансфузиологический анамнез без особенностей. Гинекологические заболевания – двусторонний аднексит 1 год назад. В течение года с целью предохранения от беременности использовала презервативы. Данная беременность вторая, первая беременность в 17 летнем возрасте была прервана медицинским абортom в сроке 7 нед., без осложнений. Во время данной беременности отмечает прибавки массы тела до 600 г. в неделю с 30 нед. С 32 нед. отмечает повышение АД до 145/95 мм рт. ст.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести. Кожные покровы чистые, бледноватые. Лицо одутловатое. Телосложение правильное, питание повышено. Рост 160 см, масса тела 81,0 кг. Выраженные отеки голеней, передней брюшной стенки.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, 92 в мин. АД – 180/120 мм рт.ст. Моча при кипячении свернулась.

Матка в нормальном тонусе. Положение плода продольное. Спинка справа, мелкие части плода слева. Головка подвижна над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, 144 уд/мин. Нестрессовый тест положителен. ВДМ – 30 см, ОЖ – 84 см. Предполагаемый вес плода – 2520 г.

Срок беременности по всем данным 36 – 37 нед.

Общий анализ крови: Нb – 136 г/л, эритроциты – $3,6 \times 10^{12}/л$, тромбоциты – $138,0 \times 10^9/л$, лейкоциты – $5,1 \times 10^9/л$, п/я – 1 %, с – 63 %, э – 1 %, л – 26 %, м – 9 %, СОЭ – 41 мм/час, Ht – 39 %.

Общий анализ мочи: уд. вес – 1014, лейкоциты – 4 – 8 в п/зрения, эпителий – 5-6 в п/зрения, белок – 3,5 г/л, цилиндры гиалиновые – 3 – 4 в п/зрения.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз данной беременной.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, которые могли способствовать развитию данного заболевания.
3. На каком сроке беременности началось данное осложнение?
4. По каким признакам диагностируется степень тяжести осложнения у данной беременной?
5. Какие изменения можно выявить на эхокардиоскопии у этой беременной?
6. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?

7. В консультации каких специалистов нуждается данная беременная?
8. Что лежит в основе классификации данной патологии?
9. Какие факторы являются ведущими в ее патогенезе?
10. Назначьте лечение (напишите лист назначений).
11. Чем обусловлен выбор тактики ведения?
12. Назовите основные направления лечения.

Задача № 3.20.

Роженица З., 27 лет, поступила в родильный дом с доношенной беременностью и регулярными схватками, начавшимися 5 часов назад.

Из анамнеза: из перенесенных заболеваний отмечает простудные и детские инфекции (дифтерию, скарлатину). Наследственность не отягощена. Менструации с 14 лет, установились через 6 месяцев, продолжительностью 3 дня через 21 день, умеренные, безболезненные. Настоящая беременность четвертая: первая закончилась срочными родами, вторая и третья – медицинскими абортами. Беременность протекала нормально. Наблюдалась в женской консультации регулярно, посетила участкового акушера-гинеколога 11 раз.

Объективно: телосложение правильное, питание удовлетворительное. Температура тела – 36,5 °С, пульс – 76 уд/мин, АД – 120/80 мм рт.ст. Патологии со стороны внутренних органов не выявлено.

Положение плода продольное, предлежащая головка находится высоко над входом в малый таз, подвижная, больших размеров. Кости черепа истончены, что создает впечатление пергаментного хруста при пальпации головы плода. Сердцебиение плода выслушивается слева на уровне пупка, частота 136 уд/мин. Живот овоидной формы, окружность живота – 109 см, высота стояния дна матки – 38 см, размеры таза: *distantia spinarum* – 26 см, *distantia cristarum* – 28 см, *distantia trochanterica* – 30 см, *conjugata externa* – 20 см.

Данные влагалищного исследования. Наружные половые органы развиты нормально. Шейка матки укорочена до 1 см, открытие на 3 пальца (6 см), плодный пузырь цел, напрягается при схватках. Предлежащая часть – головка, расположена высоко над входом в малый таз. Стреловидный шов в правом косом размере. Обращает на себя внимание необычная ширина шва (более 1 см), обширный флюктуирующий малый родничок слева, ближе к лобку, смещающиеся кости черепа. Мыс крестца не достигается.

Вопросы:

1. Напишите диагноз данной пациентки.
2. Каковы клинические симптомы, подтверждающие диагноз?
3. Какой дополнительный диагностический метод исследования может быть использован?
4. Какова оптимальная тактика ведения?
5. Каков прогноз родов?
6. Какие осложнения родов возможны в случае своевременно не распознанного заболевания в данной ситуации?
7. Каков прогноз для плода?
8. Назовите факторы риска развития этой патологии. Какие из них имеются у данной пациентки?
9. Расскажите классификацию данной патологии.
10. Какие еще аномалии плода возможны при данном заболевании?
11. Какие родоразрешающие операции могут быть выполнены? Назовите условия для каждой из них.
12. Какие осложнения возможны в ходе оперативного родоразрешения.

13. Есть ли в данном случае основания для предоставления дополнительного отпуска по беременности и родам? Если да, то на сколько дней такой отпуск должен быть предоставлен?
14. В консультации врача какой специальности нуждается роженица З. после родов?

Задача № 3.21.

Беременная Н. поступила в родильный дом с жалобами на кровянистые выделения из половых путей.

Данные анамнеза: наследственность неотягощена, из перенесенных заболеваний отмечает грипп. Менструации с 13 лет, установились сразу, продолжительностью 5 дней умеренные, регулярные, через 28 дней. Последняя менструация 5 месяцев назад. Половая жизнь с 23 лет. Было 3 беременности: первая закончилась срочными родами, вторая – медицинским абортом, третья – самопроизвольным выкидышем. На учете в женской консультации не стоит. Срок беременности, определенный по дате первого дня последней менструации, соответствует 20 неделям.

Объективно: при поступлении общее состояние женщины удовлетворительное. Телосложение правильное. Питание пониженное. Температура тела 36,7 °С, пульс 80 уд/мин., АД 120/80 мм. рт.ст., патологии внутренних органов не выявлено. Живот овоидной формы, величина матки визуально соответствует 24-недельному сроку беременности. Матка при пальпации тестоватой консистенции, безболезненная, части плода не пальпируются, сердцебиение не прослушивается, шевеление плода беременная не ощущает.

Данные влагалищного исследования: наружные половые органы развиты правильно, влагалище рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрической формы, наружный зев пропускает кончик пальца. Матка увеличена как при 24-недельной беременности, тестоватой консистенции, безболезненная. При пальпации в области яичников с обеих сторон определяются овоидные образования тугоэластической консистенции, размерами 5 х 6 см., подвижное, безболезненное. Слизистая оболочка влагалища и шейки матки цианотична, чистая, без изменений. Выделения кровянистые в небольшом количестве. Кровь темная, жидкая, с мелкими тонкостенными пузырьками, соединенными между собой шнуровидными стебельками.

Анализ крови: Нб – 120 г/л, эритроциты – $3,5 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $7 \times 10^9/л$, СОЭ – 12 мм/ч. В моче патологических изменений не выявлено.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Назовите клинические симптомы, подтверждающие диагноз.
3. Какие дополнительные методы исследования, уточняющие диагноз, могут быть использованы.
4. Назначьте лечение.
5. Какие осложнения могут возникнуть в процессе лечения?
6. Расскажите об акушерской тактике при величине матки до 12 недель беременности.
7. Расскажите об акушерской тактике при величине матки больше 12 недель беременности.
8. Ведение женщины в послеоперационном периоде.
9. В течение какого времени по окончании лечения женщина должна находиться под наблюдением акушера-гинеколога? С чем это связано?
10. Какой лабораторный тест может быть проведен для уточнения диагноза и дальнейшего динамического наблюдения за состоянием пациентки?
11. Какова динамика результатов этого теста при благоприятном течении процесса и при возникновении осложнений?
12. Какова тактика ведения при неблагоприятных результатах теста?

13. Какова оптимальная частота выполнения этого теста?
14. Какие осложнения возможны?
15. Какие контрацептивы противопоказаны в период реабилитации при данном заболевании?
16. Через какое время можно рекомендовать женщине повторную беременность?

Задача № 3.22.

Больная О., 26 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, рези при мочеиспускании, повышение температуры до 39,0 °С, слабость, озноб, тошноту.

Менструальная функция с 14 лет, не нарушена. Последняя менструация началась 6 дней назад, в срок.

Половая жизнь с 20 лет. Имела 1 роды, 2 искусственных аборта.

Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков в течение 2 лет. Заболела остро: появились боли внизу живота, температура повысилась до 39,5 °С, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Однократно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.

Объективно: температура – 38,6°С, пульс – 98 уд/мин., АД – 110/65 мм. рт.ст. Язык обложен белым налетом, суховат.

Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины.

Анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, лейкоциты – $18,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 36 мм/ч.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована.

Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.

Бимануально: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. К какой группе заболеваний относится процесс у данной пациентки?
3. Назовите другие заболевания относящиеся к этой же группе.
4. Какие данные позволяют думать об этиологии процесса?
5. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
6. Что именно и откуда необходимо взять для исследования?
7. Расскажите классификацию данного заболевания.
8. Какие существуют пути распространения?
9. Применяются ли, и, если да, то какие методы провокации воспалительного процесса?
10. Сохраняется ли иммунитет у лиц, ранее переболевших данным заболеванием?
11. Какова тактика ведения данной больной?
12. Консультация какого специалиста необходима данной больной?
13. Какой дополнительный медицинский документ оформляется при выявлении подобных заболеваний.
14. Какой основной принцип лечения подобных заболеваний?
15. Каковы критерии излеченности?

Задача № 3.23.

Больная М., 20 лет, доставлена машиной скорой медицинской помощи в гинекологическое отделение с жалобами на резкую схваткообразную боль в нижней части живота с иррадиацией в поясничную область, задний проход, слабость, головокружение.

Заболела 3 часа назад, когда появились резкие боли в нижней части живота, больше справа, тошнота, рвота, был обморок. Начало заболевания связывает с поднятием тяжести.

В анамнезе: корь, коревая краснуха, хронический пиелонефрит. Перенесенные гинекологические заболевания: хронический аднексит.

Менструации с 14 лет, по 3 – 4 дня через 30 дней, регулярные, безболезненные. Последняя менструация 12 дней назад, пришла в срок, прошла без особенностей. Половая жизнь с 18 лет, в браке. Беременность 1, закончилась срочными родами, которые протекали без осложнений, масса плода 3700,0. Послеродовый период протекал без особенностей, выписана домой на 5-е сутки.

Объективно: Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. Артериальное давление 95/55 мм рт. ст. Пульс 104 уд/мин. Живот при пальпации болезненный, особенно в надлобковой области, напряженный, не вздут. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При перкуссии живота определяется притупление в отлогих местах.

Гинекологический статус: Наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Наружный зев закрыт. Выделения сукровичные скудные.

Бимануально: тело матки отклонено кзади, нормальных размеров, плотное, подвижное, безболезненное. Придатки четко пальпировать не удастся из-за резкой болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки. Через правый боковой свод определяется образование без ясных контуров, тестоватой консистенции, болезненное.

При кульдоцентезе получена темная кровь.

Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Каковы возможные причины данной патологии?
3. Назовите основные клинические проявления данной патологии.
4. Расскажите классификацию заболевания.
5. Какие дополнительные методы исследования помогут в установлении правильного диагноза? Следует провести их срочно или в плановом порядке?
6. С какими экстрагенитальными заболеваниями следует дифференцировать эту патологию?
7. С какими гинекологическими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?
8. Дайте оценку характера пунктата, полученного при кульдоцентезе?
9. Какое осложнение основного процесса имеется у больной?
10. Какова должна быть тактика ведения данной пациентки?
11. Нуждается ли больная в хирургическом вмешательстве и, если да, то каков должен быть объем хирургического вмешательства?
12. Назовите современные методы лечения данной патологии.
13. Опишите вероятные последствия данного заболевания.
14. Составьте программу реабилитации больной.
15. Какие мероприятия могут быть проведены для профилактики данной патологии?

Задача № 3.24.

Беременная К., 17 лет, поступила в клинику с жалобами на рвоту до 16 раз в сутки.

Менструации с 15 лет, установились сразу, через 30 дней, по 5 дней, безболезненные, в умеренном количестве. Последние месячные 7 недель назад. Замужем первый год.

Гинекологические заболевания отрицает. Из общесоматических – детские инфекции. Настоящая беременность первая, больной себя считает 2 недели. Вначале появилась, а в последующем нарастала общая слабость. Рвота по 2 – 3 раза в день, в последнюю неделю участилась до 15 – 16 раз в сутки.

За время болезни до поступления в клинику больная потеряла в массе 5 кг. Беременность желанная.

При поступлении: телосложение правильное, питание пониженное. Масса тела 52 кг, рост 160 см. Кожа суховата, язык влажный, обложен беловатым налетом, губы сухие, аппетит понижен. Артериальное давление 95/50 мм рт. ст., пульс 96 уд/мин, ритмичный, ослабленного наполнения.

Тоны сердца слегка приглушены, границы в норме. В легких – везикулярное дыхание. Живот мягкий болезненность при пальпации в области эпигастрия. Мочеиспускание редкое, малыми порциями. В моче следы белка.

Осмотр в зеркалах: наружные половые органы развиты правильно, слизистая влагалища и шейки матки чистая.

Бимануально: Матка в anteflexio-versio. Тело ее шарообразной формы, увеличено до 7 – 8 недель беременности. Признак Горвица – Гегара положительный. Придатки не определяются. Своды свободные, выделения слизистые умеренные.

Анализ крови: эритроциты – $3,5 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин – 104 г/л, лейкоциты – $12 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 32 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Каков патогенез данного осложнения беременности?
3. В какие сроки беременности возникают подобные осложнения?
4. Расскажите классификацию группы осложнений беременности, в которую входит имеющееся у данной пациентки.
5. Перечислите факторы риска развития данной патологии. Какие из них имеются у пациентки?
6. Проведите дифференциальную диагностику данного заболевания.
7. Расскажите о степенях тяжести данного осложнения.
8. Перечислите основные направления лечения данного осложнения.
9. Напишите лист назначений данной пациентке.
10. Существуют ли противопоказания к физиотерапевтическим методам лечения и, если да, то назовите их.
11. Какова возможная тактика врача при отсутствии эффекта от проводимого лечения?

Задача № 3.25.

Беременная С., 27 лет, срок беременности 37 нед, поступила в родильный дом по поводу обильных ярких кровянистых выделений из половых органов, появившихся 1 ч назад на фоне полного благополучия. К моменту поступления кровопотеря составила 600 мл.

Анамнез. Наследственность не отягощена. В детстве перенесла скарлатину, взрослой неоднократно болела ОРЗ, гриппом, перенесла послеабортный эндометрит. Менструации с 12 лет, установились сразу, продолжительность 3 – 5 дней, через 30 дней, умеренные, безболезненные. Замужем с 19 лет, брак первый. Всего беременностей три: первая закончилась срочными родами без особенностей, затем был 1 медицинский аборт, после которого был подъем температуры до 39 °С, кровянистые выделения, по поводу чего лечилась стационарно в гинекологическом отделении, где было проведено abrasion cavi uteri, курс антибиотикотерапии. Настоящая беременность третья. На учет по беременности встала в сроке 7 – 8 недель. Во время беременности дважды отмечала кровянистые выделения в небольшом количестве, без болей. Женскую консультацию посетила 14 раз.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост – 162 см, масса тела – 68 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки обычной окраски, чистые АД - 90/50 мм. рт.ст., пульс 110 уд/мин, слабого наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный. Матка при пальпации безболезненна. Положение плода продольное, предлежащая часть – головка, высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритм правильный, лучше всего выслушивается слева, чуть выше пупка, частота 134 уд/мин. ВДМ – 32 см, ОЖ – 95 см. Размеры таза: 23 – 25 – 29 – 18 см, индекс Соловьева 14 см, ромб Михаэлиса 8 и 10 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка укорочена до 2,5 см, Наружный зев пропускает кончик пальца, внутренний зев закрыт. Предлежащая часть через своды не определяется, своды тестоватые. Мыс достижим, $cd = 11,5$ см, $cv = 10$ см. Экзостозов и деформаций костного кольца малого таза нет.

После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 150 мл яркой алой крови.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Каковы возможные причины данного осложнения беременности?
4. Какие факторы риска развития данной патологии имеются у пациентки?
5. Приведите классификацию этого осложнения беременности.
6. Какие дополнительные методы исследования могут быть использованы для подтверждения диагноза?
7. Что нужно делать в данной ситуации?
8. Что может произойти с плодом?
9. Какие факторы определяют выбор акушерской тактики при этом осложнении беременности?
10. С чего надо начинать лечение?
11. Возможно ли использование утеротонических средств для остановки кровотечения и, если да, то в каких дозах и каков должен быть путь введения?
12. В каком сроке беременности чаще всего возникает данное осложнение?
13. Какова тактика ведения на амбулаторно-поликлиническом этапе?
14. Нуждаются ли беременные с подобной патологией в дородовой госпитализации и, если да, то в каком сроке?

Задача № 3.26.

Роженица Т., 31 год, поступила в родильный дом по поводу кровотечения из половых органов, начавшегося 2 ч назад при появлении родовых схваток. К моменту поступления кровопотеря составила 250 мл. Беременность доношенная.

Данные анамнеза. Наследственность неотягощена. Из перенесенных в детстве заболеваний отмечает ветряную оспу, простудные заболевания 1 – 2 раза в год. Менструации с 14 лет, установились сразу, продолжительность 4 – 5 дней через 28 дней, умеренные безболезненные. Замужем с 20 лет, брак первый. Всего беременностей пять: первая закончилась нормальными срочными родами, затем было 3 медицинских аборта, без осложнений, предпоследняя беременность прервалась самопроизвольным выкидышем на сроке 11 нед. Настоящая беременность шестая. Впервые обратилась в женскую консультацию при сроке беременности 9 недель. Беременность протекала без осложнений. Прошла физиопсихопрофилактическую подготовку к родам.

Объективно. При поступлении состояние женщины удовлетворительное, рост – 164 см, масса тела – 78 кг, телосложение правильное. Кожа и слизистые оболочки розовые. АД –

120/80 – 120/70 мм. рт.ст, пульс 80 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено.

Живот правильной овоидной формы, мягкий безболезненный. Пальпация матки безболезненна. Схватки через 6 – 7 мин, продолжительностью 20-25 с, хорошей силы. Положение плода продольное, предлежащая голова стоит высоко над входом в малый таз. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, слева на уровне пупка, частота 128 уд/мин. ВДМ – 33 см, ОЖ – 98 см. Размеры таза: 26 – 28 – 31 – 21 см.

Данные влагалищного исследования. Влагалище рожавшей женщины, шейка сглажена, открытие маточного зева на 1,5 поперечных пальца (3 см). Сразу за внутренним зевом сзади и справа прощупывается мясистая, губчатая ткань с неровной поверхностью, занимающая 1/3 маточного зева. Остальная часть занята плодными оболочками, плодный пузырь наливается во время схватки. Предлежащая голова плода подвижна над входом в малый таз. Мыс не достигается. Экзостозов и деформаций полости таза нет.

После влагалищного исследования кровотечение усилилось, выделилось одномоментно 250 мл яркой алой крови.

Вопросы:

1. Напишите диагноз.
2. Какие клинические данные подтверждают диагноз?
3. Назовите возможные причины, приводящие к данному осложнению беременности.
4. Дайте классификацию этого осложнения беременности.
5. Какие инструментальные методы могут быть использованы для подтверждения диагноза?
6. Какова врачебная тактика в ситуации, описанной в задаче?
7. Существует ли опасность для плода и, если да, то в чем она заключается?
8. Чем обусловлен выбор акушерской тактики в подобных ситуациях?
9. Как определить величину физиологической или патологической кровопотери в данном случае?
10. Каково должно быть открытие маточного зева для уверенной диагностики этого осложнения?
11. Возможно ли в данной ситуации применение утеротонических средств? Что именно? Каким способом?
12. Назовите особенности ведения данной категории беременных в женской консультации.

Задача № 3.27.

Больная С., 29 лет, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота, тошноту, слабость, мажущие кровянистые выделения из половых путей.

Из анамнеза: вышеуказанные жалобы появились после задержки очередной менструации на 4 недели. Менструации по 5 – 6 дней, умеренные, безболезненные, цикл – 28 дней. Половая жизнь в браке, с 21 года. Беременностей было две: роды – 1, медицинский аборт – 1. В течение двух последних лет с целью контрацепции использует ВМС.

Объективно: состояние удовлетворительное. АД=110/70 мм. рт.ст.

Пульс 80 уд/мин, ритм правильный, удовлетворительного наполнения. Язык обложен белесоватым налетом, влажный. Живот слегка вздут, болезненный в нижних отделах, больше справа. Симптом Щеткина-Блюмберга слабopоложительный. Физиологические отправления не нарушены.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Шейка матки цилиндрической формы, слизистая не изменена. В наружном зеве цервикального канала видны контрольные нити ВМС. Выделения темно-кровянистые,

мажущие. Тело матки увеличено до 5-6-недельного срока беременности, мягковатой консистенции, болезненное при исследовании. Слева придатки не определяются. Справа пальпируется опухолевидное образование без четких контуров, болезненное, тестоватой консистенции, ограниченное в подвижности. Движения за шейку матки резко болезненны. Задний свод при пальпации болезненный.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Какова наиболее частая причина возникновения подобных состояний?
3. Какова их классификация?
4. Какие существуют варианты течения данного состояния?
5. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?
6. Повышается ли риск возникновения этих состояний при наличии ВМС?
7. Какие дополнительные методы исследования могут быть использованы для подтверждения диагноза?
8. Какова методика выполнения и интерпретация прогестеронового теста?
9. Каков характер пунктата из брюшной полости чаще всего получают при этих состояниях?
10. Показано ли *abrasio cavi uteri*, и если да, то что может быть обнаружено в соскобе из полости матки?
11. При каком типе течения процесса для уточнения диагноза можно провести гистеросальпингографию?
12. Какова тактика ведения больной?
13. Требуется ли оперативное вмешательство и, если да, то какие виды операций существуют в настоящее время в подобных случаях?
14. Можно ли будет использовать ВМС после операции?

Задача № 3.28.

Больная О., 31 года, поступила в гинекологическое отделение с жалобами на сильные боли внизу живота, повышение температуры до 39,0 °С, слабость, озноб, тошноту, рези при мочеиспускании.

Менструальная функция не нарушена. Последняя менструация началась 8 дней назад, в срок. Половая жизнь с 21 года. Имела 1 роды, 1 медицинский аборт.

Гинекологические заболевания: хроническое воспаление матки и придатков.

Заболела остро: появились боли внизу живота, температура повысилась до 39,5 °С, озноб, обильные гнойные выделения из половых путей, рези при мочеиспускании. Однократно был жидкий стул. 2 недели назад имела случайный половой акт.

Объективно: Общее состояние средней степени тяжести, температура тела – 39,0 °С, пульс – 100 уд/мин., АД – 110/70 мм. рт.ст. Язык обложен белым налетом, суховат. Живот резко болезненный в нижних отделах. Определяются симптомы раздражения брюшины.

Гинекологический статус: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище свободное.

Осмотр в зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, слизистая гиперемирована.

Наружный зев щелевидный. Выделения из цервикального канала гнойные, обильные.

Бимануально: наружный зев закрыт. Тело матки и придатки пропальпировать не удается из-за резкой болезненности и напряжения мышц брюшной стенки. Движения за шейку матки болезненные. Задний свод болезненный.

Анализ крови: гемоглобин – 117 г/л, лейкоциты – 19,2x10⁹/л, СОЭ – 41 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. К какому классу заболеваний относится данная патология женской половой системы?
3. Какие данные позволяют сделать предположения об этиологии данного заболевания?
4. Какие дополнительные методы исследования необходимы для подтверждения диагноза?
5. Откуда берут материал для исследования в подобных случаях?
6. Как классифицируется данное заболевание?
7. Какие существуют пути его распространения?
8. Применяются, и если да, то какие методы провокации воспалительного процесса?
9. Сохраняется ли иммунитет у лиц, ранее переболевших данным заболеванием?
10. Какова тактика ведения данной больной?
11. Консультация какого специалиста необходима данной больной?
12. Какой дополнительный медицинский документ оформляется при выявлении подобных заболеваний.
13. Какой основной принцип лечения подобных заболеваний?
14. Каковы критерии излеченности?

Задача № 3.29.

Больная З., 40 лет поступила в гинекологическое отделение с жалобами на схваткообразные боли внизу живота и обильные выделения из половых путей.

Считает себя больной в течение 4-х лет, когда стала отмечать обильные менструации со сгустками крови, схваткообразные боли внизу живота.

Анамнез: в детстве перенесла ангину, грипп. Страдает анемией, последние 3 года дважды лечилась в стационаре, получала антианемическую терапию. Менструации с 12 лет, установились сразу (по 7 дней через 30 дней), умеренные, безболезненные. Последние 2 года – через 15-16 дней, обильные, со сгустками крови, болезненные. После менструации отмечает слабость, недомогание, мелькание «мушек» перед глазами. Половая жизнь с 35 лет, не замужем. Всего было 2 беременности, обе (сроки 10 и 9 недель) закончились искусственными абортами без осложнений. Перенесенные гинекологические болезни отрицает.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное, PS – 100 уд/мин., ритм правильный. АД – 120/80 мм. рт.ст. Кожные покровы и видимые слизистые бледноватые, тоны сердца ритмичные, отмечается систолический шум на его верхушке. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, стул и мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Влагалищное исследование: влагалище нерожавшей женщины, из цервикального канала шейки матки исходит узел, диаметром 3 см. на тонкой ножке. Матка имеет размеры слегка больше нормы, плотная, безболезненная. Придатки с обеих сторон не определяются, область их безболезненная. Выделения кровянистые, обильные.

Лабораторные показатели: общий анализ крови: гемоглобин – 75 г/л, лейкоциты – $4,5 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 18 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте определение данного заболевания?
3. Расскажите классификацию этого заболевания?
4. Каков план дальнейшего обследования?
5. Перечислите возможные осложнения развившегося состояния?
6. Назовите основной клинический симптом данных состояний?

7. Какой наиболее информативный метод диагностики в данном случае?
8. Определите тактику лечения больной?
9. Какие дополнительные лабораторные показатели необходимо уточнить?
10. Перечислите возможные осложнения при миомах матки?
11. Составьте рекомендации по наблюдению и ведению больной после выписки из стационара?
12. Перечислите основные показатели при диспансерном наблюдении по поводу данных заболеваний?
13. Какая патология эндометрия часто является сопутствующей в подобных случаях?

Задача № 3.30.

Больная Д., 49 лет, обратилась к врачу женской консультации с жалобами на ноющие боли внизу живота, больше слева.

Анамнез: на профилактическом осмотре 14 лет назад обнаружена миома матки (до 6 недель беременности). Больная находилась под наблюдением врача-гинеколога, но последние 2 года к врачу не обращалась; 2 года назад миома матки увеличилась до 10 недель беременности. В течение этих же 2 лет стала отмечать тянущие боли внизу живота.

Из перенесенных заболеваний отмечает: в детстве, ангину, хронический тонзиллит, скарлатину. Из перенесенных гинекологических заболеваний: двустороннее воспаление придатков, вторичное бесплодие.

Менструации с 11 лет, установились сразу (по 7 дней, цикл 28 дней), умеренные, безболезненные. В последние годы менструации стали более обильными и болезненными, последняя менструация наступила в срок.

Половая жизнь с 30 лет; замужем. Всего было 2 беременности: первая закончилась искусственным абортom (срок 12 недель) без осложнений, вторая – искусственным абортom (срок 7 недель) с осложнением: произведено повторное выскабливание стенок полости матки с целью удаления остатков плодного яйца, после чего развилось острое двустороннее воспаление придатков, проводилась противовоспалительная терапия.

Объективное обследование: состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин, ритмичный, хорошего наполнения. АД – 100/80 мм. рт.ст.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. В легких прослушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Над лоном пальпируется плотное, слегка болезненное образование. Мочеиспускание в норме, симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Выделения из половых путей слизистые, умеренные.

Влагалищное исследование: шейка матки конической формы, чистая. Матка увеличена до 14 недель беременности, поверхность ее бугристая, с множественными округлой формы плотными узлами, подвижная, слегка болезненная слева. Придатки с обеих сторон не увеличены, чувствительные при пальпации. Выделения слизистые, умеренные.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.
2. Нужно ли хирургическое вмешательство и, если да, то какие критерии определяют его объем?
3. Какие причины могут способствовать быстрому прогрессированию заболевания?
4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальную диагностику?
5. Составьте план обследования и дальнейшего лечения больной.
6. Может ли данное заболевание приводить к маточным кровотечениям и если да, то каковы могут быть причины кровотечения?
7. Перечислите формы роста узлов при данном заболевании.
8. Какова основная концепция патогенеза данного заболевания?

9. Какие дополнительные методы позволят уточнить диагноз?
10. Каковы возможные осложнения у данной больной?
11. Перечислите характерные рентгенологические признаки заболевания, которые могут быть выявлены у данной пациентки.
12. Какими критериями следует руководствоваться при выборе метода лечения?
13. Перечислите основные клинические симптомы данного заболевания?
14. Чем обусловлен болевой синдром при данной патологии?
15. Возможно ли сохранение детородной функции при данном заболевании и, если да, то в каких случаях и при использовании каких методов?