**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ**

1. Больной поступил в клинику на третьи сутки от начала сильных болей в левой ноге. Четкие признаки гангрены голени и стопы. Пульсация на бедренной артерии отсутствует. План лечения, диагноз.
2. У больного с илеофеморальным тромбозом, развившемся в послеоперационном периоде, появилось затрудненное дыхание, цианоз, кровохарканье. Какое осложнение? Лечение.
3. После перенесенного острого парапроктита у больного остался свищ, из которого выделяется каловое содержимое. Действия хирурга, диагноз?
4. Больной в течение ряда лет страдает геморроем с частыми кровотечениями. За последнее время кровь выделяется не в начале акта дефекации (как обычно),а в вместе с каловыми массами и в конце акта. Диагноз и действия хирурга?
5. Поступил больной с пульсирующими болями в области заднего прохода, высокой температурой, отек распространяется на промежность и на внутренние поверхности ягодичных областей. Действия хирурга и диагноз?
6. Больной 50 лет поступает через 5 часов от начала сильных болей в правой голени. Пульсация на бедренной артерии сохранена, на подколенной и артериях стопы не определяется. Симптомы ишемии голени. Локализация процесса и выбор метода операции.
7. Рядовой Б 29 лет. Получил ожог напалмом и от загоревшейся одежды. При поступлении на ПМП состояние пострадавшего очень тяжелое. Возбужден. Пытается приподняться с носилок. Одышка, хриплый кашель, сильная жажда, афония. Пульс 124 в мин., среднего наполнения .Лицо отечное, кожа гиперемирована, на щеках и ушах пузыри. Обгоревшая одежда местами прилипла к коже. Ожог захватывает почти полностью бедра, половые органы, правую ягодицу, весь живот, правую половину грудной клетки, большую часть спины, всю правую руку и левую кисть. Почти на всей поверхности ожога кожа серая, с желтоватым оттенком, сухая, частично закопченная, местами со слущенным эпидермисом, видна сеть тромбированных вен. Ваш диагноз и лечебно-тактические мероприятия.
8. У больной с 35-недельной нормально протекающей беременностью появились сильные боли в правой подвздошной области, рвота,температура 37,8°С. Язык сухой, обложен белым налетом. Дно матки пальпируется на два поперечных пальца выше пупка. В правой половине живота, больше в нижнем отделе, определяется при пальпации резкая болезненность, защитное напряжение мышц, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Симптом Пастернацкого отрицателен. Лейкоцитов в крови 16,0⋅х109 в 1 мкл. В моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения. Ваш диагноз и тактика лечения?
9. Больной 36 лет обратился с жалобами на внезапно появившиеся резкие боли в правой половине живота, иррадиирующие в пах и в правую поясничную область, Заболел 2 ч назад. Раньше подобных боле никогда не было. Боли сопровождались однократной рвотой. Больной беспокоен, мечется, принимает коленно-локтевое положение. Температура при поступлении 37,5°С. Пульс 100 в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот напряжен в правой половине, резко болезнен, не участвует в дыхании, симптом Щеткина-Блюмберга отрицателен. Симптом Пастернацкого справа резко положителен. Лейкоцитов в крови 14,0⋅10 в 1 мкл. В моче: следы белка, относительная плотность 1,018, свежих эритроцитов 8-10 в поле зрения, выщелоченных эритроцитов 1-2 в поле зрения, клеток плоского эпителия большое количество. Ваш диагноз и тактика лечения?
10. У больной 30 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, головокружение, кратковременная потеря сознания. Больная бледна. Пульс 120 в минуту. Температура нормальная. Язык чист, влажен. Живот принимает участие в дыхании, мягкий. В правой подвздошной области определяется болезненность. Симптом Щеткина-Блюмберга слабо положительный. Лейкоцитов в крови 9,6⋅10 в 1 мкл.

О каком заболевании можно думать? Что следует уточнить из анамнеза? Какие дополнительные исследования помогут подтвердить диагноз?

1. Девушка 18 лет поступила в приемное отделение с жалобами на боли в правой подвздошной области. Боли начались внезапно 2 ч назад, распространились по всему животу, иррадиировали в крестец и задний проход. Затем они локализовались в правой подвздошной области. Больная отмечала головокружение, слабость, тошноту. Последняя менструация закончилась у нее 12 дней назад (была в срок).При осмотре отмечена бледность кожных покровов. Температура нормальная. Пульс 100 в минуту. Язык чист, влажен. Живот мягкий, в правой подвздошной области небольшое напряжение мышц. Анализ мочи без отклонений от нормы. Лейкоцитов в крови 10,0⋅10 в 1 мкл, эритроцитов 3,1⋅10 в 1 мкл. Гемоглобин 100 г/л (по старой системе 10%). Ваш диагноз и тактика лечения?
2. Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10х12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.

Какой диагноз вы поставите? Как будете лечить больного?

1. У больной 50 лет, поступившей в хирургическое отделение на 4-е сутки от начала заболевания, диагноз острого аппендицита несомненен. Ни при пальпации, ни при влагалищном и ректальном исследованиях четких данных об инфильтрате не получено. Больную решено оперировать. Вскрыта брюшная полость и обнаружен аппендикулярный инфильтрат.

Каковы ваши действия на операционном столе? Каково дальнейшее лечение больной?

1. У больного с четко отграниченным аппендикулярным инфильтратом, субфебрильной температурой и значительно улучшившимся в процессе лечения состоянием на 5-е сутки после поступления и на 10-е сутки от начала заболевания внезапно появились сильные боли в животе, температура стала повышаться, появилась жажда, тахикардия, язык стал сухим, была однократная рвота. Живот вздут, резко болезнен во всех отделах, брюшная стенка ограничена в подвижности при дыхании, определяется разлитой симптом Щеткина-Блюмберга. Лейкоцитоз возрос с 10,0⋅10 9 до 18,0⋅10 9 в 1 мкл .Какое осложнение наступило у больного? Что следует предпринять?
2. Больной оперирован по поводу острого аппендицита на 3-й день от начала заболевания. По ходу операции обнаружен флегмонозно измененный отросток и ограниченный серозный перитонит. Основание отростка инфильтрировано. При погружении культи в кисетный шов были значительные трудности. Культя дополнительно прикрыта серо-серозными швами и сальником.

Как следует закончить операцию? Какой еще существует способ оперирования при инфильтрированном и фиксированном отростке

1. У больного 22 лет, оперированного 16 ч тому назад по поводу острого аппендицита, появилась слабость, головокружение. Температура нормальная. Больной бледен, пульс 110 в минуту. Живот мягкий, болезненный в области операционной раны. В отлогих местах живота при перкуссии определяется укорочение перкуторного звука, граница которого смещается при повороте больного на бок. Лейкоцитов в крови 11,2⋅10 9 в 1 мкл. Какое осложнение вы заподозрили у больного? Чем подтвердите ваше предположение? Что следует предпринять?
2. У больного, оперированного по поводу острого флегмонозного аппендицита 7 дней назад, поднялась температура. Она носит гектический характер. Болей в области операционной раны больной не отмечает. Жалуется на болезненность в конце акта мочеиспускания, частые позывы на дефекацию. Язык суховат. Пульс 110 в минуту. Живот принимает участие в акте дыхания, мягкий при пальпации, болезненный в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Лейкоцитов в крови 18,0⋅10 9 в 1 мкл. В области раны воспалительной реакции нет. В легких при аускультации и рентгенологическом исследовании патологии не выявлено. О каком осложнении можно думать? Какие следует применить исследования для уточнения диагноза? Какова тактика в лечении такого осложнения?
3. У больного оперированного 5 дней назад по поводу острого флегмонозного аппендицита, появились боли в правом подреберье, усиливающиеся на вдохе. Повысилась температура до 38,7°С. Пульс учащен, Язык влажный. Живот мягкий при пальпации, но в правом подреберье слегка болезненный. Печень выходит из-под реберной дуги на 6 см. Симптом Грекова-Ортнера положителен. В легких везикулярное дыхание. При рентгенологическом исследовании изменений со стороны легочной паренхимы не найдено. В плевральном синусе справа имеется небольшое количество выпота. Правый купол диафрагмы уплощен, ограничен в подвижности. Лейкоцитов в крови 16.0⋅10 9 в 1 мкл.

О каком осложнении вы подумали? Какое исследование может помочь уточнить диагноз? Ваша тактика при лечении этого больного?

1. На 2-е сутки после операции аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита у больного 61 года резко ухудшилось общее состояние. Возник потрясающий озноб, температура поднялась до 39,6°С, появились боли в правом подреберье. При пальпации стала определяться увеличенная и болезненная печень. Живот оставался мягким, умеренно болезненным в правой половине. В последующие 2 дня потрясающие ознобы продолжались, температура приняла гектический характер, появилась желтушность склер. Лейкоцитов в крови 20,0⋅10 9 в мкл, СОЭ − 43 мм/ч, резкий сдвиг формулы белой крови влево. Рентгенологических изменений в грудной и брюшной полости не обнаружено. Симптом Крюкова отрицательный. Какое осложнение развилось у больного? Что следует предпринять?
2. У ребенка 3 мес, страдающего запорами, в области пупка появилось выпячивание размером 1,5х1,5 см, мягкоэластической консистенции, увеличивающееся при плаче. В горизонтальном положении при спокойном состоянии ребенка это образование самостоятельно исчезает, после чего можно установить, что пупочное кольцо круглое, диаметр его − 1 см.

Ваш диагноз и тактика лечения?

1. Больной 71 года в течение 3 последних лет испытывает затруднения при мочеиспускании. Моча выделяется тонкой вялой струей, часты позывы на мочеиспускание. Год назад больной заметил в обоих паховых областях округлой формы выпячивания размером 5х5 см, исчезающие в горизонтальном положении. Образования эти безболезненные, мягкой консистенции. Семенные канатики расположены кнаружи от выпячиваний. Наружные отверстия пахового канала круглой формы диаметром 1,5 см.

 Ваш диагноз и тактика лечения?

1. У больного 16 лет во время операции левосторонней паховой грыжи оказалось, что левое яичко находится внутри грыжевого мешка.

К какому типу относится такая грыжа. В чем заключается особенность оперативного вмешательства у данного больного ?

1. Во время плановой операции грыжесечения после вскрытия грыжевого мешка выделилось около 50 мл прозрачной жидкости с запахом мочи. При ревизии оказалось, что вскрыт просвет мочевого пузыря.

Почему это произошло? Как закончить операцию? Как избежать подобных осложнений?

1. В приемное отделение доставлен больной 50 лет, страдающий в течение 3 лет пахово-мошоночной грыжей. Сутки назад грыжа ущемилась. Больной, находясь дома, пробовал сам вправить грыжу. Это ему не удалось. Состояние больного ухудшалось, и он решил обратиться в клинику. Во время гигиенической ванны в приемном отделении грыжа самопроизвольно вправилась. Больной почувствовал себя совершенно здоровым и был отпущен домой. Через 5 часов был доставлен вновь, уже с явлениями перитонита.

В чем состоит ошибка врача? Какие могут быть варианты течения заболевания при вправлении грыжи и какая должна быть соответственно тактика врача?

1. Больной 45 лет поступил в стационар по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи через 2 часа после ущемления. Через 30 мин взят на операционный стол. Во время операции ущемленная петля кишки ускользнула в брюшную полость до вскрытия грыжевого мешка, так что состояние ее не было определено.

Какими будут ваши дальнейшие действия?

1. У больного 36 лет вами была сделана операция через 12 часов после ущемления паховой грыжи. В грыжевом мешке оказались две петли тонкой кишки. После рассечения ущемляющего кольца цвет кишечных петель стал нормальным, они перистальтировали, пульсация сосудов брыжейки была хорошей. Обе петли погружены в брюшную полость, произведена пластика задней стенки пахового канала. Через сутки после операции больной повторно оперирован по поводу разлитого гнойного перитонита. Во время операции обнаружена перфорация некротизированной петли тонкого кишечника.

Какая была допущена вами ошибка, приведшая к возникновению перитонита?

1. Больная 46 лет в течение 3 лет страдает невправимой пупочной грыжей. Особых неприятных ощущений она не причиняла. Но в последние 3 дня у больной в области выпячивания появилась краснота, отечность и резкая болезненность при прикосновении. Поднялась температура до 38°С. Язык чист, влажен. Пальпация живота безболезненна. Симптомов раздражения брюшины нет.

Какое осложнение грыжи наступило? Какова ваша тактика?

1. Во время операции по поводу ущемленной бедренной грыжи хирург после вскрытия грыжевого мешка рассек ущемляющее кольцо, как это и положено, в медиальном направлении, после чего началось сильное артериальное кровотечение.

Что является источником кровотечения? Какие меры и в какой последовательности следует предпринять для остановки кровотечения?

1. Больной 65 лет оперирован вами по поводу ущемленной пахово-мошоночной грыжи. При ревизии кишечника ущемленная петля оказалась нежизнеспособной. Была произведена резекция кишечника.

Что заставляет считать ущемленную кишку нежизнеспособной? На каком расстоянии от границы некротизированного участка следует резецировать кишку в дистальном и проксимальном направлениях?

1. У больного 56 лет, в течение 5 лет страдающего приступообразными болями в правом подреберье, очередной приступ болей сопровождался рвотой, повышением температуры до 38,5°С. Боли держатся уже 3 сут. Язык сухой, обложен белым налетом, небольшая иктеричность склер. Живот слегка вздут. Резкая болезненность в правом подреберье и значительное мышечное напряжение. Остальные отделы живота безболезненны. Симптом Щеткина-Блюмберга локализован в правом подреберье. Пульс 96 в минуту. Лейкоцитов в крови 12,0⋅10 9 в 1 мкл.. Сахара в крови 2,46 г/л (по старой системе 246 мг %).

Ваш диагноз и тактика лечения?

1. Больному во время операции по поводу острого калькулезного холецистита после холецистоэктомии через культю пузырного протока произведена холангиография. На рентгенограмме определяются расширенные печеночные протоки и общий желчный проток. В начале общего желчного протока виден как бы обрыв контрастного вещества, дальше общий желчный проток не контрастируется и в двенадцатиперстную кишку контрастное вещество не поступает.

Как вы расцениваете данные холангиограммы? Каковы ваши дальнейшие действия? Как вы закончите операцию?

1. У больной 48 лет во время операции по поводу острого холецистита обнаружен больших размеров напряженный флегмонозно измененный желчный пузырь. Он удален. Общий желчный проток расширен до 3 см в диаметре. При холедохотомии удалены 2 камня 1х1 см и большое количество темной замазкообразной массы с наличием множества мелких камней и песка. Каким образом хирург должен закончить операцию?
2. У больной 49 лет после приема обильной мясной, жирной и пряной пищи внезапно появился приступ жестокой опоясывающей боли в эпигастральной области, многократная рвота. Температура оставалась нормальной. При пальпации эпигастральной области умеренная болезненность. Диастаза мочи 1024 единицы. Проводимое консервативное лечение в течение суток привело к улучшению состояния: боли стали значительно меньше, прекратилась рвота. Живот стал мягким, легкая болезненность в эпигастральной области еще оставалась. Симптомов раздражения брюшины не выявлялось. Диастаза мочи стала 256 ед.

Ваш диагноз и тактика лечения?

1. У больного 51 года, злоупотреблявшего алкоголем, внезапно появились резкие боли в эпигастрии, которые как бы опоясывая, отдавали в спину. Температура оставалась нормальной. Появилась многократная рвота, не дающая облегчения. При осмотре выявлялась небольшая болезненность в эпигастральной области. Живот мягкий, симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза в моче 4096 ед. Консервативные мероприятия (паранефральная двусторонняя блокада, антибиотики, спазмолитики, обезболивающие, введение парентерально большого количества жидкостей - физиологического раствора и 5% раствора глюкозы) улучшения не дали. На следующие сутки состояние больного ухудшилось: участился пульс до 120 в минуту, артериальное давление упало до 70/40 мм рт.ст. Появились симптомы раздражения брюшины. Диастаза в моче стала 8 ед.

Каким образом следует расценить течение заболевания и какова должна быть тактика лечения?

1. Больному в плановом порядке по поводу язвы желудка была сделана резекция желудка по Гофмейстеру-Финстереру. На 3-й день состояние резко ухудшилось. Появились боли в эпигастральной области, которые, постепенно нарастая, распространились по всему животу. Дыхание стало затруднительным и болезненным. Беспокоит икота. Пульс 120 в минуту. В легких везикулярное дыхание. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот несколько вздут, болезненный, особенно в эпигастральной области, напряжен. Положителен симптом Щеткина-Блюмберга, перистальтические шумы не выслушиваются. В отлогих местах брюшной полости притупление перкуторного звука.

О каком осложнении следует в этом случае думать? Что могло привести к данному осложнению? Какова ваша тактика в лечении больного?

1. Во время операции у больного раком желудка опухоль обнаружена на границе антрального отдела желудка и привратника. Опухоль диаметром до 3 см. Она не прорастает серозную оболочку. В лимфатических узлах большого сальника определяются отдельные регионарные метастазы.

Какая операция должна быть выполнена?

1. Больной 40 лет, оперированный 30 дней назад по поводу острого гангренозного аппендицита и тяжело перенесший послеоперационный период (длительная лихорадка, вскрытие межкишечного абсцесса и абсцесса дугласова пространства), вновь поступил в стационар с жалобами на боли в правом подреберье, потрясающие ознобы, повышение температуры вечерами до 38,5°С (утром до 37,2°С), появившуюся и постепенно нарастающую желтуху. Пульс 110-120 в минуту. Язык влажный. Верхнюю половину живота щадит при дыхании. Живот мягкий, но в области правого подреберья определяется болезненность и ригидность мышц. Слабо положителен симптом Щеткина-Блюмберга. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см, резко болезненная при пальпации. Лейкоцитов в крови 18,0⋅10 9 в 1 мкл. При рентгенологическом исследовании правый купол диафрагмы на своем обычном месте, но несколько ограничен в подвижности. Легочная ткань прозрачна. В правом плевральном синусе небольшой выпот.

Каков ваш предположительный диагноз? Чем можно его подтвердить? Какова тактика лечения?

1. Больной 41 лет, охотник, жалуется на тяжесть в области правого подреберья. Других жалоб нет. В анамнезе год назад были беспричинная крапивница и зуд кожи. При осмотре край печени пальпируется на 3 см ниже реберной дуги, он закругленный, безболезненный. Другой патологии обнаружить не удалось. Температура нормальная. При рентгенологическом исследовании определяется выпячивание в области правого купола диафрагмы полусферической формы.

О каком заболевании следует в этом случае думать? Какие дополнительные методы исследования могут помочь в постановке диагноза? Как определить откуда исходит выявленное при рентгенологическом обследовании образование? Как лечить больного?

1. Больной 44 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Заболел внезапно. Появилась обильная повторная кровавая рвота. Больной резко ослаб. Из анамнеза удалось выяснить, что он много лет злоупотреблял алкоголем. При обследовании больного обращала на себя внимание большая плотная селезенка. Печень не пальпировалась.

Что, по вашему мнению, может служить источником кровотечения? Между какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

1. Больной 42 лет поступил в стационар в порядке оказания экстренной помощи. Кровавая рвота возникла внезапно. Больной отмечает, что в течение 2 лет такое кровотечение начинается в 3-й раз. В анамнезе болезнь Боткина. При осмотре выраженная венозная сеть на животе в виде «головы медузы». Пальпируется большая селезенка и плотный край печени у реберной дуги.

Вами поставлен диагноз кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода. В чем будет заключаться неотложная помощь больному? Как следует обследовать больного в дальнейшем, после остановки кровотечения?

1. Из психиатрической больницы доставлен больной, который сегодня сообщил врачу, что он 2 дня назад проглотил английскую булавку. Больной никаких жалоб не предъявляет, общее состояние остается удовлетворительным, живот мягкий, безболезненный. При рентгенологическом исследовании большая английская булавка обнаружена в тонком кишечнике, она находится в закрытом положении.

Что следует предпринять?

1. В срочном порядке вам пришлось оперировать больную 56 лет по поводу острой кишечной непроходимости. Состояние больной средней тяжести. До операции подозревалась спаечная непроходимость, но ревизия брюшной полости показала, что непроходимость вызвана опухолью слепой кишки. Видимых метастазов не определяется. Опухоль размером 10х8 см, подвижна. Ниже ее кишечник находится в спавшемся состоянии, а тонкий кишечник резко растянут, переполнен кишечным содержимым и газами.

Какое оперативное пособие показано в данном случае?

1. Больного 55 лет оперируют в экстренном порядке по поводу опухоли селезеночного угла толстой кишки, вызвавшей картину острой кишечной непроходимости 6-часовой давности. После вскрытия брюшной полости обнаружено, что опухоль не прорастает в соседние органы, подвижна, видимых метастазов нет. Приводящая кишка забита каловыми массами. Общее состояние больного удовлетворительное.Какую операцию следует выполнить?
2. Больной 60 лет поступил в стационар по поводу обтурационной кишечной непроходимости, вызванной опухолью сигмовидной кишки. Общее состояние больного средней тяжести. По ходу операции выяснилось, что приводящая кишка забита каловыми массами. Видимых метастазов нет. Опухоль подвижна, однако при осмотре ее обнаружен истонченный распадающийся участок, где вот-вот должна произойти перфорация. Как следует поступить в такой ситуации?

1. Больной 69 лет оперирован в плановом порядке по поводу опухоли слепой кишки, вызывающей частичную кишечную непроходимость. При ревизии выявлено, что опухоль размером 15х10 см, плотная, неподвижная, прорастает париетальную брюшину. Отмечается много метастазов в лимфатические узлы брыжейки и сальника. Как вы закончите операцию?
2. У ребенка 2 лет среди полного здоровья появились сильные боли в животе, продолжавшиеся несколько минут. Во время приступа ребенок побледнел, ручками держался за живот, сучил ножками. Приехавший на вызов врач скорой помощи нашел ребенка спокойно играющим, при осмотре ребенка никакой патологии у него не обнаружил и уехал. Приблизительно через час болевой приступ повторился. После третьего приступа, появившегося через полчаса и столь же кратковременного, ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение. В стационаре у ребенка был стул с примесью крови и слизи. Температура оставалась нормальной, пульс 100 в минуту. Язык несколько суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, мягкий безболезненный. При ректальном исследовании патологии не определяется, отчетливо видна кровь. Лейкоцитов в крови 10,2⋅10 9 в 1 мкл.

Какова должна быть тактика врача скорой помощи при первом осмотре больного? Ваш предположительный диагноз? Какое уточняющее диагноз исследование следует предпринять?

1. Больную 39 лет, страдающую в течение 4 лет приступами спаечной непроходимости, оперируют по поводу острой кишечной непроходимости. Хирург разделил значительное количество сращений, перитонизировал десерозированные участки кишечника и брюшной стенки.

Какие мероприятия следует еще выполнить для предупреждения образования новых спаек?

1. Больной 42 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят. При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя беспокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ним не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено. Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут. Ваш диагноз и тактика лечения?
2. Мужчина 39 лет проснулся среди ночи от жестоких болей в животе, постоянного характера, сопровождавшихся многократно повторяющейся рвотой. Через час после начала заболевания был госпитализирован в хирургический стационар. Состояние больного тяжелое. Черты лица заострены, кожные покровы цианотичны. Пульс слабого наполнения, 112 в минуту. Артериальное давление 90/60 мм рт.ст. Температура нормальная. Больной беспокоен, все время меняет положение. Кричит от болей. Рвота продолжается, рвотные массы приобрели каловый запах. Стула нет, газы не отходят. Язык сухой. Живот мягкий асимметрично вздут в правой половине, где нечетко пальпируется плотноэластическое образование. В отдельных местах определяется притупление. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Определяется «шум плеска». Перистальтика не выслушивается. При пальцевом ректальном исследовании: сфинктер зияет, ампула прямой кишки пуста. Ваш диагноз и действия?
3. Оперируют больного 60 лет с узлообразованием через 4 ч от момента заболевания. Каков порядок ваших действий по ходу операции (варианты)?
4. Больная 56 лет поступила в стационар с картиной обострения хронического холецистита на вторые сутки от начала приступа. Общее состояние больной было удовлетворительным. Температура 38,1°С. Пульс 92 в минуту. Живот болезнен только в правом подреберье, где определялось умеренно выраженное защитное мышечное напряжение и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Остальные отделы живота оставались спокойными. Больная получала консервативное лечение.

Внезапно состояние больной резко ухудшилось: появились сильные боли в животе, чувство страха, больная побледнела, появились одышка и рвота, температура повысилась до 40°С. Пульс стал 120 в минуту. Лейкоцитоз увеличился с 9,0⋅10 9 до 25,0⋅10 9 в 1 мкл. Живот вздут, определяется разлитая болезненность и положительный симптом Щеткина-Блюмберга во всей правой половине живота.

Что произошло с больной? Какова должна быть тактика хирурга?

1. У молодой женщины внезапно возникли сильные боли в нижней половине живота справа. Боли носят постоянный характер, иррадиируют в прямую кишку. Общее состояние больной удовлетворительное, температура 38,8°С, пульс 100 в минуту. Язык влажный. Живот не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации брюшной стенки в правой подвздошной области она напряжена, резко болезненна. Симптом Щеткина-Блюмберга определяется по всей нижней половине живота. Симптом Ровзинга - положителен, симптом Ситковского - отрицателен, но при малейшем движении больной боли в животе усиливаются. Лейкоцитов в крови 12,3⋅10 9 в мкл.

 Какое заболевание вы предположили? Какие дополнительные исследования нужно проделать? Как лечить больную?

1. У больного 34 лет на 2-й день после верхнедолевой лобэктомии, выполненной по поводу хронического абсцесса верхней доли правого легкого, состояние резко ухудшилось. Усилились боли в груди, резко наросла одышка, появилась тахикардия - 132 в минуту. Температура 37°С. Правая половина грудной клетки отстает при дыхании, дыхательные шумы не выслушиваются. При перкуссии над всем правым легочным полем перкуторный звук укорочен. Рентгенологически отмечается затемнение всей правой половины грудной клетки. Средостение смещено вправо, диафрагма справа стоит высоко.

Какое осложнение наступило у больного? Причина его развития? Как лечить больного?

1. Больному 42 лет была произведена пневмонэктомия по поводу множественных хронических абсцессов правого легкого. Операция осложнилась развитием эмпиемы плевры. Лечение больного на протяжении 8 мес плевральными пункциями. Промыванием плевральной полости и дренированием ее не ликвидировало эмпиемы. Общее состояние его удовлетворительное. Он не истощен. Признаков амилоидоза нет.

Как дальше лечить больного?

1. У больного 48 лет после перенесенного гриппа, начавшегося с температуры 39,5°С, вот уже в течение 3 нед держится субфебрильная температура. Больной отмечает сухой кашель, слабость, упадок сил, одышку. Слева в верхнем отделе легкого выслушивается ослабленное дыхание. СОЭ 45 мм/ч. В скудной мокроте слизистого характера много эритроцитов. Рентгенологически в верхней доле правого легкого определяется неравномерной интенсивности затемнение без четких границ. На боковом снимке определяется ателектаз ΙΙΙ сегмента. При бронхографии было выявлено значительное сужение верхнедолевого бронха и изъеденность его контуров, отсутствие бронха переднего сегмента. Ваш диагноз и тактика лечения больного?
2. У больного 30 лет, считающего себя совершенно здоровым, при профилактическом осмотре в верхней доле правого легкого была обнаружена округлой формы гомогенная тень с четкими границами диаметром 6 см.

Какое заболевание можно предположить? Какие вы проведете исследования в целях дифференциального диагноза?

1. У кормящей женщины через 4 нед после родов появились колющие боли в левой молочной железе. Железа увеличилась в объеме. На следующий день температура поднялась до 39°С, появилась головная боль, чувство разбитости, пропал аппетит, кормление левой грудью стало болезненным. При обследовании обнаружено, что левая железа увеличена в объеме, имеется лимфангоит. При пальпации железа диффузно болезненна, плотновата, но ни локальных инфильтратов, ни участков флюктуации не определяется. Ваш диагноз и тактика лечения больной?
2. Больная 36 лет обнаружила опухолевидное образование на передней поверхности шеи. Никаких жалоб не предъявляет. Образование появилось 5 лет назад, когда больная проживала на Урале, и оно постепенно медленно увеличивается. При осмотре больная хорошего питания. Пульс 78 в минуту. Тоны сердца чистые. В левой доле щитовидной железы определяется на глаз и при пальпации овальной формы, плотноватой консистенции образование с гладкой поверхностью, размером 10х8 см, безболезненное, подвижное при глотании. Глазные симптомы не выражены. Основной обмен +10%. Ваш диагноз и тактика лечения?
3. Больная 42 лет в течение 4 лет страдает тиреотоксическим диффузном зобом ΙΙΙ степени. Основной обмен +50%. Больная раздражительна, плаксива. Отмечает потерю в массе (за полгода на 6 кг). Пульс 132 в минуту. Направлена в клинику для операции.

Какая операция показана больной? Какая необходима предоперационная подготовка? Что явится критерием, определяющим готовность больной к операции? Какое следует применить обезболивание?

1. Больная 25 лет перенесла тяжелую фолликулярную ангину. Постепенно боли при глотании прошли, температура стала нормальной. Почувствовала себя здоровой. Но через 2 дня вновь поднялась температура до 38°С и появились боли при глотании. Левая доля щитовидной железы увеличилась, стала плотной, резко болезненной. Кожа над ней гиперемирована, появилась тахикардия, раздражительность, потливость. Лейкоцитов в крови 14,0⋅10 9 в 1 мкл; СОЭ 30мм/ч. Основной обмен +25%. Ваш диагноз и тактика лечения?
2. Больная, оперированная полгода назад по поводу тиреотоксического зоба, пришла на прием с жалобами на слабость, сонливость, упадок сил, прогрессирующее прибавление массы (30 кг). При осмотре обращала на себя внимание пастозность, одутловатость лица, сухость и грубость кожи. Щитовидная железа не увеличена. Послеоперационный рубец в хорошем состоянии. Основной обмен -25%. Что произошло с больной? Как ее нужно лечить?
3. У больной 32 лет, страдающей пороком сердца и мерцательной аритмией, внезапно возникли резкие боли в левой голени и стопе. Больная осмотрена через час на дому. Она стонет от боли. Стопа и нижняя треть голени резко бледны, холодны. Пальпация голени резко болезненна, движения в голеностопном суставе отсутствуют, тактильная чувствительность на стопе снижена. Пульсация бедренной артерии тотчас под пупартовой связкой отчетлива, на остальных артериях конечности пульс не определяется. Что случилось с больной? Какова должно быть лечебная тактика?
4. У больного 30 лет 3 мес назад появилась перемежающаяся хромота: через каждые 300-400 м он был вынужден останавливаться из-за болей в икроножных мышцах. Перед госпитализацией это расстояние сократилось до 100 м, появились боли в Ι пальце правой стопы, на пальце образовалась глубокая некротическая язва. Голени больного имеют мраморную окраску, дистальные части стоп синюшно-багрового цвета. Ногти сухие и ломкие. Пульс на артериях стопы и голени отсутствует, на подколенных артериях - ослаблен. Резко положительный симптом плантарной ишемии.

Какое заболевание у больного? Как его следует лечить?

1. Больной 46 лет в течение ряда лет страдает варикозным расширением вен нижних конечностей. 3 дня назад появилась болезненность по ходу расширенной вены на заднемедиальной поверхности голени. Болезненность постепенно нарастала. Стал испытывать затруднение при передвижении. Температура поднялась до 37,8°С. При осмотре по ходу вены определяется резкая гиперемия. Вена утолщена, местами четкообразно. Пальпируется в виде резко болезненного шнура. Кожа в окружности несколько инфильтрирована, гиперемирована, болезненна. Отека на стопе и голени нет.Каковы диагноз и тактика лечения?
2. Больная 53 лет поступила в стационар с жалобами на сильные боли в правой голени распирающего характера, отек стопы и голени, судорожные сокращения икроножных мышц, повышение температуры до 38,5°С. Больна в течение 3 дней. Вначале были судорожные сокращения икроножных мышц, боли появились на второй день, а еще через день появился отек. При осмотре кожа правой стопы и голени гиперемирована , напряжена, лоснится. Окружность правой голени больше левой на 5 см. Движения возможны, но крайне болезненны. При ощупывании определяется болезненность по ходу сосудистого пучка, особенно в подколенной ямке. Сдавление рукой икроножных мышц вызывает резкую болезненность Какой диагноз вы поставите? Какое назначите лечение?

1. Больной 27 лет ранее страдал изжогой, болями в подложечной области после нарушения диеты. Два часа назад после обильной еды почувствовал сильные боли в подложечной области постоянного характера с иррадиацией в правое надплечье, затруднения дыхания. Однократная рвота пищей не принесла облегчения. Стула нет. Мочится сам.

 ОБЪЕКТИВНО: Состояние средней тяжести. Бледность кожи, холодный пот. Язык обложен, суховат. В легких- дыхание ослаблено с обеих сторон, хрипов нет. Пульс 86 уд. в мин. А/ Д- 100/80 мм.рт.ст., ЧДД- 28 в мин. Живот не вздут, напряжен в верхней половине, болезнен при перкуссии. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Кишечные шумы выслушиваются. Симптом Куленкампфа -положителен, Синдром Бернштейна -положительный. Анализ крови: Лейкоцитов- 9000 ,эритроцитов-350000, гемоглобин- 10 гр.%

Предварительный диагноз? Какие методы обследования Вы назначите? Какие признаки заболевания следует еще выявить для уточнения диагноза? Какое тактическое решение Вы примете и какой вид лечения показано больному? Если Вы решите оперировать то:

1. Какая предоперационная подготовка?
2. Какие сроки операции?
3. Какой оптимальный вид операции?
4. Если операция не показана, то определите состав лечебных назначений?
5. Больной 39 лет в течении 8 лет страдает болями в эпигастрии после еды, изжогой, иногда рвотой. Запоры. Не лечился, не обследовался. Пять часов назад появились сильные боли в эпигастрии, однократная рвота пищей, затрудненное дыхание. Через 15 мин. боли стали стихать, но не исчезли, а переместились в нижнюю половину живота. Доставлен в больницу.

 ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной обычной окраски. Язык обложен ,влажный. Легкие -без патологии. Пульс- 76 уд. в мин. А/Д 120 /80 мм.рт.ст. ЧДД- 18 в мин.. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, болезненность в правом подреберье умеренная. В правой подвздошной области умеренное напряжение мышц и выраженная болезненность при пальпации, где слабо положителен симптом Щеткина -Блюмберга. Кишечные шумы выслушиваются. Анализ крови: лейкоциты-11200, эритроциты-3800000 ,гемоглобин- 14,8 гр%

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши дополнительные методы обследования?
3. Какие еще симптомы и синдромы следует выявить?
4. Ваша концепция патогенеза данного заболевания.
5. Ваше тактическое решение? Ваш метод лечения и его состав?
6. Больной 61 года длительное время страдал болями в эпигастрии через 1,5-2 часа после еды, изжогой, рвотой кислым. Три дня назад после обильной пищи боли в эпигастрии резко усилились, появилось затрудненное дыхание, перестали отходить газы. Спустя 10 часов боли ослабли, но самочувствие не улучшилось, появилась температура до 37,6 о Лечился грелкой, началось вздутие живота, боли усилились, тупые по всему животу, постоянного характера без иррадиации, икота, частая рвота зловонными массами, одышка, кашель со скудной мокротой, задержка стула и газов с начала заболевания. Мочится редко и мало.

ОБЪЕКТИВНО: Состояние тяжелое. Черты лица заострены. Кожа сухая. Язык сухой, обложен. Губы цианотичны. В задних отделах обоих легких обилие влажных хрипов, дыхание ослаблено. Акроцианоз. Пульс -120 в мин., аритмичен, А/Д 80/60 мм.рт.ст., ЧДД- 32 в мин. ЦВД- 0. Анализ крови: лейкоцитов- 18900, палочкоядерных- 28,сегментоядерных- 62, лимфоцитов -8, моноцитов-2, СОЭ-26 мм.час, HB- 19,8 гр/л. Мочи добыто -100 мл. Живот симметричен, значительно вздут, не участвует в акте дыхания, упругий и болезненный во всех отделах. Перкуторно- высокий тимпанит, укорочение перкуторного звука в отлогих отделах при повороте на бок. Кишечные шумы не выслушиваются. Симптом Бергмани- отрицательный. Симптом Щеткина- Блюмберга - положителен. во всех отделах. Симптом Куленкампфа положителен.

1. Ваш предварительный диагноз? Ваша тактика?
2. Ваша диагностическая программа?
3. Ваша лечебная программа? Ваша концепция патогенеза?
4. Больной 24 лет в течении 3 лет отмечал боли в животе через 2 часа после острой пищи, изжогу, редко- рвоту кислым содержимым желудка, приносящую облегчение. 12 часов назад отметил слабость, кратковременное головокружение на фоне уменьшения болей в животе. Стула не было 1 сутки, мочится нормально. Рвота с кровью 1 раз необильная, но есть чувство тяжести в животе.

 ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Умеренная бледность кожи и видимых слизистых. Язык обложен белым налетом, суховат. В легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс- 78 уд. в мин. А/Д 130/90 мм.рт.ст., ЧДД- 18 в мин. Живот не вздут, правильной формы, участвует в акте дыхания, мягкий и безболезненный. Анализ крови: Hb -14, 9 гр/л. эритроциты- 380000, Нt- 50 %.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваша программа обследования и ее обоснование?
3. Ваша тактика в приемном покое больницы и отделении?
4. Ваша лечебная программа и ее обоснование?
5. Больной 63 лет ,длительно страдает язвенной болезнью желудка. Обследовался, лечился. Год назад был эпизод кровавой рвоты. Лечился дома.2 месяца назад в течении 3 дней был черный стул, слабость. Накануне поступления в больницу появилась резкая слабость и головокружение, кратковременный обморок, дважды обильная рвота сгустками крови, жидкий стул вишневого цвета. Болей в животе нет.

 ОБЪЕКТИВНО: Состояние тяжелое. Полуобморочное состояние, апатия, плохо контактирует, зевота, икота, срыгивание кровью. Резкая бледность кожных покровов и видимых слизистых. Пульс -136 уд. в мин., мягкий.А/Д 50/20 мм.рт.ст. ЧДД- 26 в мин., ЦВД- 0. Живот вздут в эпигастрии, мягкий и безболезненный. Симптом Щеткина- отрицательный. Каловые массы жидкие, вишневого цвета. Анализ крови: Hb- 4,2 гр/л., эритроциты- 1150000, лейкоциты- 8900, гематокрит - 19 %. Мочи нет.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши дополнительные методы обследования?
3. Ваша тактика Каков объем, состав, и сроки выполнения лечебных мероприятий?
4. В случае показания к операции - ее сроки, цель и объем?
5. Если операция не показана - характер лечебных мер, состав динамического контроля? Ваша концепция патогенеза данного заболевания?
6. Больной 47 лет. 15 лет назад перенес эпид.гепатит. В течении последних 3 лет отмечает тупую боль в правом подреберье, слабость, похудание, потерю аппетита, нарушение трудоспособности, носовые кровотечения. Сутки назад появилось головокружение, усилилась слабость, трижды была обильная рвота кровью, однократно- черный стул.

 ОБЪЕКТИВНО: Состояние тяжелое. Кожа и видимые слизистые бледные, желтушные, сухие. Питание пониженное. Язык суховат. Пульс 116 уд.в мин. мягкий, аритмичный. А/Д 90/40 мм.рт.ст. ЦВД- 10. Живот не вздут, выражен рисунок расширенных вен, мягкий, безболезненный. Печень не прощупывается, перкуторно- уменьшена. Селезенка- выступает из под реберной дуги на 3 поперечных пальца. Свободной жидкости в брюшной полости не обнаружено. Анализ крови: Hb- 60 гр/ л., эритроциты= 1900000, лейкоциты- 11800, НФ- 23% мочевина -26 мм/л. биллирубин - 34,5 мкм/л (прямой- 29, непрямой- 5,5),ПТИ- 62% , Сахар крови - 5,4 мм/л. Суточный диурез- 600 мл. В моче- желчные пигменты ++, гиалиновые цилиндры,белок

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Ваши дополнительные методы обследования?
3. Ваша тактика?
4. Ваша концепция патогенеза?
5. Ваша лечебная программа?
6. Больной 38 лет длительно страдает язвенной болезнью с частыми обострениями. Жалуется на боли в эпигастрии, чувство тяжести после еды, изжогу, рвоту тухлым, слабость, похудание, запоры. Год назад был эпизод кровавой рвоты. Лечился Н 2- блокаторами, диетой.

 ОБЪЕКТИВНО: Состояние относительно удовлетворительное. Пониженного питания. Кожа сухая, дряблая. Язык густо обложен, сухой. Пульс -90 уд.в мин. А/Д 120/ 75 мм.рт.ст. ЧДД- 18 в мин. Живот умеренно вздут в эпигастрии, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный. Шум плеска -положительный. Нижний край желудка на уровне гребешковой линии. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови: Hb -8,4 гр/л. НФ = 32 %, лейкоциты- 11400, эритроциты-2890000. Общий белок- 54 г/ л. Сахар крови- 4,2 мм/л., мочевина- 8,1 мм/л. ФГДС: слизистая пищевода в нижней трети эррозирована с фибрином. Желудок содержит зеленоватую жидкость с пищей в значительном количестве. Складки слизистой плоские, гиперемированы, эррозированы. Привратник ригиден, деформирован, имеет диаметр 5 мм. В 12 п.к. аппарат не прошел. Язвенный дефект не виден.

1. Ваш диагноз? Ваша тактика? Ваши дополнительные методы обследования ?
2. Ваша лечебная программа? Ваша концепция патогенеза ?
3. Если операция не показана, то какое лечение?
4. Если показана операция, то какие сроки ее исполнения, характер и состав подготовки, объем оперативного вмешательства ?
5. Больной 58 лет, в течении 12 лет страдает язвенной болезнью желудка. Неоднократно лечился в стационаре. Отмечал болевой синдром в эпигастральной области вскоре после еды, отрыжку воздухом. В течение последних 2-3 -х месяцев боли носят постоянный характер и стихают после приема анальгетиков. Стул и мочеиспускание не нарушены.

 ОБЪЕКТИВНО: Состояние удовлетворительное. Питание пониженное. Тургор кожи снижен. Кожные покровы бледноваты. Живот не вздут, мягкий умеренно болезнен в эпигастрии. печень и селезенка не увеличены. Пульс 84 уд.в мин. А/Д 150/80 мм.рт.ст. ЧДД - 16 в мин., Анализ крови: Hb -12,4 гр/л. эритроцитов- 3400000, лейкоцитов - 10200. СОЭ - 26 мм/час. ФГДС: В желудке слизь, слизистая гиперемирована, по малой кривизне в субкардии кратерообразный дефект 3,5 х 4,5 см. с высокими неровными, плотными краями, дно покрыто серым фибрином., слизистая вокруг регидна, бледная. Привратник проходим.

1. Ваш предварительный диагноз ?
2. Ваши дополнительные методы обследования ?
3. Ваша тактика?
4. Ваша лечебная программа ?
5. Ваша концепция патогенеза заболевания?
6. Больной 29 лет, в течении 3 лет отмечает боли в подложечной области через 1,5 часа, после еды и ночью, иногда рвоту кислым. Не лечился. Курит. Диету не соблюдает. Боли , изжогу снимает приемом пищевой соды. Два дня назад после нарушения диеты боли значительно усилились, носят постоянный характер, без иррадиации, неоднократная рвота выпитой жидкостью и пищей приносящей облегчение на 1-1,5 часа. Прием соды не эффективен. Задержка стула. ОБЪЕКТИВНО: Состояние средней тяжести. беспокоен, стонет от боли в эпигастрии, держится руками за живот. Кожа физиологической окраски. Язык обложен, суховат. Пульс- 90 уд.в мин. А/Д - 120/70 мм.рт.ст. ЧДД- 19 в мин. Живот не вздут, мягкий, болезненный в эпигастрии. Свободной жидкости в брюшной полости не определяется. Анализ крови: Hb - 15,2 гр/ л., эритроцитов= 4100000, лейкоцитов -6400, СОЭ- 12 мм/ч. НФ- 48 %.. ФГДС: пищевод без особенностей. В желудке слизь, слизистая антрального отдела гиперемирова, отечна, эррозирована, привратник сомкнут, регидный. В луковице 12 п.к. язвенный дефект 0,8х 0,6 см. с фибрином на дне, гиперемия и отек окружающей слизистой оболочки, эррозии.
7. Ваш диагноз ?Ваши дополнительные исследования?
8. Ваша тактика?Ваша лечебная программа?
9. Если показана операция, то ее сроки и объем ?
10. Больной 60-лет. Кашель сухой, температура тела по вечерам 37,2- 37,3оС, небольшая слабость. Болен около 2-х недель. При аускультации мелкие хрипы в проекции 6 сегмента легких справа. При рентгенографии в прямой проекции - снижением пневматизации легкого справа, без четких контуров, связанная со средостением.

 Анализ крови: Гем.- 106,Л.-8,2-109, п. -6, с.-72, л. -20.

 Ваш диагноз? Тактика?

1. В приемный покой доставлен больной 68 лет, с острой задержкой мочи, обусловленной аденомой простаты. Мягкий и металлический катетер провести в мочевой пузырь не удается. Введение инструмента вызывает кровотечение из уретры. Ваша тактика?
2. При взрыве мины получил осколочное ранение в грудь. Появились кровохаркание, кашель, боль в груди. Справа на уровне третьего межреберья по средней ключичной линии имеется рана с неровными краями диаметром 0,6 см. Другая рана - по задней подмышечной линии размером 4х3 см. Из нее при кашле выделяется в умеренном количестве пенистая кровь.
3. Поставьте диагноз.
4. Наметьте план лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании первой врачебной и квалификационной медицинской помощи.
5. Оцените оказание первой медицинской помощи, если при этом есть ошибки или недостатки, то укажите , какие.
6. Ранен пулей в живот. Товарищ положил повязку на раны в области поясницы и на передней брюшной стенке. Из ран небольшое кровотечение. При осмотре в МПП: больной резко бледен, кожа покрыта липким потом, сознание спутанное. АД 40/0 мм рт.ст., пульс нитевидный. При перкуссии в отлогих участках живота определяется тупость

 1.Поставьте диагноз.

 2.Наметьте план лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании первой врачебной и квалификационной медицинской помощи.

 3.Оцените оказание первой медицинской помощи, если при этом есть ошибки или недостатки, то укажите , какие.

1. Сержант М. доставлен на МПП через 2 часа с осколочным проникающим ранением правой половины груди. Объективно: состояние тяжелое, положение полусидячее, кожные покровы бледные, выражен цианоз губ и кистей рук. Дыхание учащенное, затрудненное. В рану под повязку подсасывается воздух. Пульс 126 в минуту, слабого наполнения и напряжения, АД 75/40 мм рт.ст.
2. Поставьте диагноз.
3. Наметьте план лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании первой врачебной и квалификационной медицинской помощи.
4. Оцените оказание первой медицинской помощи, если при этом есть ошибки или недостатки, то укажите , какие.
5. Рядовой О. доставлен на МПП через час после осколочного ранения живота. Объективно: состояние тяжелое. Бледен, адинамичен. На животе повязка, под которой видны петли кишечника. При перкуссии в отлогих местах живота четко определяется притупление. Пульс 130 в минуту, слабого наполнения и напряжения. АД 75/30 мм рт.ст.
6. Поставьте диагноз.
7. Наметьте план лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании первой врачебной и квалификационной медицинской помощи.
8. Оцените оказание первой медицинской помощи, если при этом есть ошибки или недостатки, то укажите , какие.
9. Ранен пулей в грудь справа. Появились значительный кашель с мокротой, нарастающая одышка. Кожные покровы цианотичны. Холодный пот. Дыхание значительно затруднено. Пульс 120 в минуту. На уровне III ребра справа по средней ключичной линии имеется рана размером 1х1 см., у нижнего угла правой лопатки вторая рана размером 2,5х2,0 см. Подкожная эмфизема распространяется на шею, лицо, живот. Глаза открыть не может из-за эмфиземы век. Перкуторно сердечная тупость значительно смещена влево.
10. Поставьте диагноз.
11. Наметьте план лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании первой врачебной и квалификационной медицинской помощи.
12. Оцените оказание первой медицинской помощи, если при этом есть ошибки или недостатки, то укажите , какие.
13. При взрыве получил удар в живот тяжелым тупым предметом. Появились резкие боли в животе, слабость. Состояние тяжелое. Бледен. Покрыт холодным потом. Выражены симптомы раздражения брюшины, перистальтика не прослушивается, жажда. Повторная рвота. Пульс 144 в минуту, слабого наполнения. АД 65/30 мм. рт.ст. Печеночная тупость не определяется. В отлогих местах живота определяется притупление перкуторного звука. Брюшная стенка в акте дыхания не участвует, напряжена.
14. Поставьте диагноз.
15. Наметьте план лечебно-эвакуационных мероприятий при оказании первой врачебной и квалификационной медицинской помощи.
16. Оцените оказание первой медицинской помощи, если при этом есть ошибки или недостатки, то укажите , какие.
17. Молодая женщина случайно выпила около 50 мл разбавленной уксусной кислоты. Появились резкие боли во рту, глотке, по ходу пищевода и в эпигастральной области. Больная заторможена, отмечается неутолимая жажда и обильное слюноотделение. Пульс частый, слабого наполнения, артериальное давление низкое. Пострадавшую беспокоит многократная рвота, часто с примесью крови. Вскоре после получения ожога развился отек гортани. Нарастает интоксикация, отмечается олигурия. Ваш диагноз? Ваша тактика?