

Colloquium 3_2025_semester 2

Задача 1. Около часа назад во время выполнения ремонтных работ пациент получил ранение осколком стекла. При осмотре на передней поверхности правого бедра имеется линейная рана длиной 6 см, шириной 3 см, глубиной 3 см. Края раны ровные, не разможены, зияют. Из раны активно поступает темная кровь непульсирующей струей. Кожные покровы вокруг раны не изменены.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. В чем заключается первая доврачебная помощь у данной категории пациентов?
4. Какие лечебные мероприятия необходимо провести данному пациенту после госпитализации в стационар? В какие сроки наиболее рационально их проведение?
5. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.
6. Развитие каких раневых осложнений можно ожидать при данном виде травматического повреждения?
7. Какие варианты течения раневого процесса с точки зрения типа заживления раны могут наблюдаться у данного пациента? От чего это зависит?

Задача 2. В травматологический пункт бригадой СМП доставлен мужчина 37-ми лет. Со слов фельдшера скорой помощи около 45 минут назад пострадавший во время колки дров по неосторожности нанес себе топором ранение средней трети правой голени. Из полученной раны отмечено активное кровотечение, которое сразу пропитало штанину брюк, надетых на пострадавшего. Жена пострадавшего с трудом остановила кровотечение путем наложения жгута из автомобильной аптечки на нижнюю треть бедра и вызвала бригаду СМП. Прибывший на место пришествия фельдшер скорой помощи убедился, что кровотечение остановлено, в связи с чем не стал тратить время на дополнительные манипуляции с пораженной конечностью и как можно быстрее доставил пострадавшего в травматологический пункт. При осмотре в условиях операционной на передней поверхности средней трети правой голени имеется линейная рана длиной 4 см, шириной 2 см, глубиной не менее 3 см. Края раны ровные, не разможены, в дне раны видны костные структуры. Несмотря на наложенный жгут из раны отмечено поступление темной крови непульсирующей струей.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Дайте оценку первой доврачебной помощи, оказанной женой пострадавшего.
4. Дайте оценку первой медицинской помощи, оказанной фельдшером.
5. Какие лечебные мероприятия необходимо провести данному пациенту в условиях травматологического пункта?
6. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.
7. Развитие каких раневых осложнений можно ожидать при данном виде травматического повреждения?
8. Какие варианты течения раневого процесса с точки зрения типа заживления раны могут наблюдаться у данного пациента? От чего это зависит?

Задача 3. Вы стали свидетелем ограбления инкассаторской службы. Один из инкассаторов получил огнестрельное ранение верхней трети левой голени. При осмотре голени имеется сквозное ранение. Из отверстия на передней поверхности голени имеется наружное

Colloquium 3_2025_semester 2

кровотечение умеренной интенсивности, из отверстия на задней поверхности отмечается активное поступление крови пульсирующей струей.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Перечислите главные особенности данного вида ран.
4. В чем заключается первая доврачебная помощь у данной категории пациентов?
5. Какие лечебные мероприятия необходимо провести данному пациенту после госпитализации в стационар? В какие сроки наиболее рационально их проведение?
6. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.
7. Развитие каких раневых осложнений можно ожидать при данном виде травматического повреждения?
8. Какие варианты течения раневого процесса с точки зрения типа заживления раны могут наблюдаться у данного пациента? От чего это зависит?

Задача 4. В хирургическое отделение госпитализирован пациент, который 5 суток назад при падении с лестницы получил ранение правого предплечья. За медицинской помощью больной не обращался, лечился самостоятельно повязками с линиментом бальзамическим (по Вишневскому). При осмотре на наружной поверхности верхней трети предплечья имеется рана размерами 5 x 3 см, глубиной до 2 см. Рана неправильной формы, с неровными контурами, кожные края раны отечны, гиперемированы. Стенки и дно раны отечны, гиперемированы, с участками некрозов и фибрина. Отделяемое из раны мутное гнойное. Пальпация мягких тканей вокруг раны сопровождается резкой болезненностью.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Дайте оценку лечебным мероприятиям, проведенным пациентом самостоятельно.
4. Какие лечебные мероприятия необходимо провести данному пациенту после госпитализации в стационар? В какие сроки наиболее рационально их проведение?
5. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.
6. Какое местное лечение раны следует проводить с учетом фазы течения раневого процесса?
7. Какой тип заживления раны следует ожидать у больного? Какие хирургические приемы позволяют ускорить заживление раны?

Задача 5. Пациенту 60-ти лет по поводу острого гангренозно-перфоративного аппендицита, распространенного перитонита выполнена нижнесрединная лапаротомия. Течение раннего послеоперационного периода протекало без особенностей, однако на 5-е сутки после вмешательства больной вновь отметил нарастание болей в области операционной раны, в вечернее время гипертермию до 38,5 гр по С. Местный статус: по средней линии живота от пупка до лона ушитая операционная рана линейной формы 20 на 1,0 см. Кожные края раны резко отечны, гиперемированы, пальпация области раны резко болезненная. При инструментальной ревизии между швами отмечено поступление гнойного отделяемого.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Какое осложнение течения раневого процесса имеется у пациента?

Colloquium 3_2025_semester 2

4. Какие лечебные мероприятия (хирургические, медикаментозные) необходимо провести данному пациенту?
5. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.
6. Какое местное лечение раны следует проводить с учетом фазы течения раневого процесса?
7. Какой тип заживления раны следует ожидать у больного? Какие хирургические приемы позволяют ускорить заживление раны?

Задача 6. Пациентке 86-ти лет с тяжелой соматической патологией выполнена аппендэктомия доступом по Волковичу-Дьяконову. Интраоперационно был диагностирован острый гангренозно-перфоративный аппендицит, местный фибринозно-гнойный перитонит. На 4-е сутки после вмешательства было диагностировано нагноение операционной раны. На фоне проведенного комплекса лечебных мероприятий явления воспаления в ране стихли. На 10-е сутки послеоперационного периода в правой подвздошной области имеется рана размерами 12 x 4 см, глубиной до 5 см. Кожные покровы вокруг раны не отечны, не гиперемированы. Стенки и дно раны выполнены ярко-розовой грануляционной тканью, отделяемого из раны нет. Пальпация краев раны безболезненна.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. На этапе нагноения операционной раны какие лечебные мероприятия (хирургические, медикаментозные) было целесообразно выполнить данному пациенту?
4. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.
5. Какое местное лечение раны следует проводить с учетом фазы течения раневого процесса?
6. Какой тип заживления раны следует ожидать у больного? Какие хирургические приемы позволяют ускорить заживление раны?

Задача 7. В клинику доставлен больной со слепым огнестрельным ранением мягких тканей нижней трети правого бедра, полученного в результате несчастного случая на охоте. В связи с активным артериальным кровотечением из раны на месте происшествия использована автомобильная аптечка, на среднюю треть бедра наложен артериальный жгут, рана укрыта повязкой. При осмотре повязка, наложенная на догоспитальном этапе, обильно пропитана кровью. При снятии повязки установлено, что рана загрязнена землей.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Дайте оценку лечебным мероприятиям, проведенным на догоспитальном этапе.
4. Какие лечебные мероприятия необходимо провести данному пациенту после госпитализации в стационар? В какие сроки наиболее рационально их проведение?
5. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.
6. Вероятность развития каких раневых осложнений высока у данного пациента?

Задача 8. Пациент 32 лет доставлен бригадой СМП с места ДТП. Со слов сотрудников скорой помощи пострадавший являлся водителем легкового автомобиля, во время движения был не

Colloquium 3_2025_semester 2

пристегнут ремнем безопасности. В результате лобового столкновения с другим автомобилем пациент ударился грудной клеткой о рулевое колесо. При осмотре состояние больного тяжелое. Жалобы на ноющие боли в правой половине грудной клетки, одышку, кровохарканье, нарастающую слабость. При физикальном осмотре кожные покровы бледно-розовые. При осмотре грудной клетки обращает на себя внимание отставание в акте дыхания правой стороны, межреберные промежутки сглажены. При пальпации мягких тканей грудной клетки справа определяется крепитация. При перкуссии грудной клетки справа определяется коробочный перкуторный звук. При аускультации грудной клетки дыхание справа не выслушивается, слева везикулярное, выслушивается над всем левым легочным полем. Пульс на лучевой артерии сниженного наполнения и напряжения, 118 ударов в минуту, АД 108/65 мм рт.ст. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Какие травматические повреждения вероятнее всего имеются у данного пациента?
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза?
3. Нуждается ли пациент в проведении хирургического вмешательства? Если да, какова его экстренность и в чем оно будет заключаться?
4. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.

Задача 9. В результате несчастного случая строитель, находясь на рабочем месте, упал с высоты 2 этажа, ударился левой половиной грудной клетки о бетонную балку. Пострадавший бригадой СМП доставлен в хирургический стационар. При осмотре в приемном отделении пациент предъявляет жалобы на ноющие боли в левой половине грудной клетки, не стихающие при изменении положения тела, одышку, слабость. При физикальном осмотре кожные покровы бледные, с синюшным оттенком. При осмотре грудной клетки обращает на себя внимание отставание в акте дыхания левой стороны. При перкуссии грудной клетки слева в средних и нижних отделах имеется притупление перкуторного звука. При аускультации грудной клетки дыхание слева резко ослаблено, справа дыхание везикулярное, выслушивается над всем легочным полем. Пульс на лучевой артерии сниженного наполнения и напряжения, 128 ударов в минуту, АД 100/55 мм рт.ст. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет.

Вопросы:

1. Какие травматические повреждения вероятнее всего имеются у данного пациента?
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза?
3. Нуждается ли пациент в проведении хирургического вмешательства? Если да, какова его экстренность и в чем оно будет заключаться?
4. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.

Задача 10. Бригадой СМП в хирургический стационар госпитализирован 40 летний мужчина. Со слов сотрудников скорой помощи на пострадавшего было совершено покушение на убийство, в результате чего пострадавший получил ранение грудной клетки, предположительно ножом. При осмотре пациент без сознания, на осмотр не реагирует. Кожные покровы обычной окраски с синюшным оттенком. Обращает на себя внимание расширение яремных вен, усиливающееся на вдохе. При аускультации грудной клетки дыхание ослабленное везикулярное,

Colloquium 3_2025_semester 2

выслушивается над обоими легочными полями. При аускультации сердца тоны резко ослаблены, число сердечных сокращений 140 ударов в минуту. Пульс резко сниженного наполнения и напряжения. АД 70/40 мм рт.ст. Местный статус: по среднеключичной линии слева на уровне 5-го межреберья имеется колото-резанная рана 2,5 x 0,2 см. Кожные края раны ровные, не зияют. Из раны отмечается неинтенсивное поступление темной крови.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Перечислите главные особенности данного вида ран.
3. Определите фазу течения раневого процесса.
4. Какое травматическое повреждение вероятнее всего имеются у данного пациента?
5. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза?
6. В чем будет заключаться хирургическое лечение? Какова его экстренность?
7. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.

Задача 11. Больной 25 лет доставлен в приемный покой с жалобами на ноющие боли в левой половине живота, нарастающую слабость. При изменении положения тела пациент отмечает усиление болей в животе. Из анамнеза известно, что около часа назад упал с велосипеда на бордюрный камень левым боком. При осмотре состояние пациента тяжелое, стабильное. Пациент в сознании, однако на вопросы отвечает преимущественно односложно. При физикальном осмотре кожные покровы бледные. При аускультации грудной клетки дыхание везикулярное, выслушивается над всеми отделами. Пульс на лучевой артерии сниженного наполнения и напряжения, 118 ударов в минуту, АД 100/60 мм рт.ст. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, болезненный в левом подреберье, левом мезогастрii, там же определяется положительный симптом Куленкампа. При перкуссии отмечается притупление в отлогих местах брюшной полости. На уровне приемного отделения выполнена обзорная рентгенография органов грудной клетки, при которой патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Какое травматическое повреждение вероятнее всего имеются у данного пациента?
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза?
3. Нуждается ли пациент в проведении хирургического вмешательства? Если да, какова его экстренность и в чем оно будет заключаться?
4. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.

Задача 12. Пострадавшая 45 лет после ДТП доставлена в приемный покой на носилках. Из анамнеза известно, что 60 минут назад была сбита на пешеходном переходе автомобилем Toyota Land Cruiser Prado. Обстоятельства происшествия помнит хорошо, сознание не теряла. Со слов пострадавшей основной удар автомобиля пришелся в живот. При осмотре состояние пациентки тяжелое, стабильное. При физикальном осмотре кожные покровы обычной окраски. При аускультации грудной клетки дыхание ослабленное везикулярное, выслушивается над всеми отделами. Пульс на лучевой артерии удовлетворительных качеств, 102 удара в минуту, АД 128/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. При поверхностной ориентировочной пальпации живот напряжен, резко болезненный в эпигастральной и мезогастральной областях, там же

Colloquium 3_2025_semester 2

определяется положительный симптом Щеткина-Блюмберга. При перкуссии отмечается притупление в отлогих местах брюшной полости.

Вопросы:

1. Какое травматическое повреждение вероятнее всего имеются у данного пациента?
2. Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить для верификации диагноза?
3. Нуждается ли пациент в проведении хирургического вмешательства? Если да, какова его экстренность и в чем оно будет заключаться?
4. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.

Задача 13. В стационар госпитализирован пациент с ранением передней брюшной стенки. Со слов сопровождающих, около 30 минут назад в ходе уличной драки больной получил удар в живот длинным узким ножом. Состояние пациента тяжелое, больной заторможен, адинамичен, кожные покровы бледные. Сердечно-легочная деятельность нестабильная, ЧСС 120 ударов в минуту, пульс сниженного наполнения и напряжения. АД 90/60 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах. Местный статус: на передней брюшной стенке в правом подреберье имеется колото-резанная рана 2 x 0,3 см. Кожные края раны ровные, не зияют. Из раны отмечается неинтенсивное поступление темной крови.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Перечислите главные особенности данного вида ран.
3. Определите фазу течения раневого процесса.
4. В чем наиболее вероятная причина тяжелого состояния пациента?
5. В чем будет заключаться хирургическое лечение? Какова его экстренность?
6. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.

Задача 14. Мужчина 38-ми лет доставлен бригадой СМП в хирургический стационар. Со слов сотрудников скорой помощи во время новогоднего корпоратива в ресторане в результате драки пострадавший получил удар ножом в область пупка. При осмотре состояние пациента тяжелое. Больной в состоянии алкогольного опьянения, в связи с чем полноценному вербальному контакту недоступен. При физикальном осмотре кожные покровы обычной окраски. При аускультации грудной клетки дыхание ослабленное везикулярное, выслушивается над всеми отделами. Пульс на лучевой артерии удовлетворительных качеств, 118 ударов в минуту, АД 138/70 мм рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. При поверхностной ориентировочной пальпации живот напряжен, на пальпацию живота больной реагирует психомоторным возбуждением. Местный статус: на передней брюшной стенке по среднеключичной линии слева на уровне пупка имеется колото-резанная рана 5 x 2 см. Кожные края раны ровные, не зияют. В рану эвентрирована петля тонкой кишки.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Перечислите главные особенности данного вида ран.
3. Определите фазу течения раневого процесса.
4. В чем будет заключаться хирургическое лечение? Какова его экстренность?
5. Нужно ли в данном случае проводить профилактику столбняка? Если да, то какова должна быть последовательность действий.

Задача 15. В стационар доставлена пациентка 76 лет с жалобами на интенсивные боли в правой стопе и голени, чувство онемения и парестезии в конечности. Из анамнеза известно, что больная длительное время страдает ИБС: мерцательной аритмией, трижды перенесла инфаркт миокарда, наблюдается врачом-кардиологом. Вопреки лечебным рекомендациям кардиолога пероральные антикоагулянты пациентка не принимает. При физикальном осмотре общее состояние тяжелое. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост 160 см, вес 128 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 98 ударов в минуту, пульс аритмичный, АД 140/90 мм.рт.ст., число дыхательных движений 19 в мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Местный статус: при осмотре правой нижней конечности последняя сформирована правильно, имеется выраженная бледность кожного покрова стопы и голени. На данных участках конечность холодная на ощупь. Пульсация на общей бедренной артерии ослаблена, на подколенной артерии и артерии тыла стопы не определяется. Пассивные движения в суставах конечности сохранены. Активные движения в голеностопном суставе невозможны, в коленном суставе ограничены.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента? Проклассифицируйте стадию данного синдрома.
2. Какие заболевания наиболее часто приводит к развитию данного синдрома? С чем вероятнее всего связано развитие данного патологического синдрома в описанном клиническом случае и как можно было снизить риски его развития?
3. Какие инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. Какова лечебная тактика у данного пациента?

Задача 16. В приемное отделение хирургического стационара доставлен пострадавший 32-х лет. Со слов сопровождающих лиц во время охоты в тайге в значительном отдалении от медицинских учреждений в результате несчастного случая пострадавший получил сквозное огнестрельное ранение левого предплечья. Из полученной раны отмечено интенсивное артериальное кровотечение, с целью остановки последнего на верхнюю треть плеча достаточно быстро был наложен артериальный жгут. Со слов сопровождающих лиц объем потерянной крови не превысил 300 мл, с момента получения травмы прошло не менее 10-ти часов, все это время жгут с руки не снимался. Состояние пострадавшего стабильное, пациент в сознании, доступен полноценному вербальному контакту. В условиях операционной жгут с плеча удален, при этом кровотечение из раны предплечья отсутствует. При осмотре пострадавшей конечности обращает на себя внимание выраженная бледность кожного покрова. Кисть, предплечье и плечо холодные на ощупь. Пульсация на плечевой и лучевой артерии не определяется. Пассивные движения в плечевом суставе сохранены, в локтевом суставе ограничены, в лучезапястном суставе и суставах пальцев невозможны.

Вопросы:

1. Определите вид раны с учетом известных Вам классификаций.
2. Определите фазу течения раневого процесса.
3. Перечислите главные особенности данного вида ран.
4. Какой патологический синдром развился у пациента на госпитальном этапе? Проклассифицируйте стадию данного синдрома.
5. Каков механизм развития описанного синдрома и как можно было снизить риски его развития?
6. Какие инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз?

7. Какова лечебная тактика у данного пациента?

Задача 17. К Вам обратился пациент 57-ми лет с жалобами на боли в левой икроножной мышце, возникающих при ходьбе на расстояние около 300 метров. После кратковременного отдыха боли проходят. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 1,5 лет. Из анамнеза известно, что пациент курит около 20 лет. При осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост 177 см, вес 89 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 78 в минуту, АД 150/90 мм рт.ст., число дыхательных движений 16 в мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Местный статус: при осмотре левой нижней конечности последняя сформирована и развита правильно. Обращает на себя внимание бледность кожного покрова, волосистой покров отсутствует, мускулатура развита слабо. При пальпации левой конечности болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения в левой нижней конечности сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренной артерии ослаблена, на подколенной артерии и артерии тыла стопы не определяется.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента? Проклассифицируйте стадию данного синдрома.
2. Какое заболевание наиболее часто приводит к развитию данного синдрома?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. С чем вероятнее всего связано появление заболевания у данного пациента и как можно снизить риски его развития?
5. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
6. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 18. К Вам обратился пациент 62-х лет с жалобами на боли в правой икроножной мышце, возникающей при ходьбе на расстояние около 40 метров. После кратковременного отдыха боли проходят. Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение 5 лет. Из анамнеза известно, что пациент курит около 30 лет. При осмотре: общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост 170 см, вес 115 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 80 ударов в минуту, АД 145/85 мм рт.ст., число дыхательных движений 16 в мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Местный статус: при осмотре правой нижней конечности последняя сформирована и развита правильно. Обращает на себя внимание бледность кожного покрова, волосистой покров отсутствует, мускулатура развита слабо. При пальпации правой конечности болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения в правой нижней конечности сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренной, подколенной и артерии тыла стопы не определяется.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента? Проклассифицируйте стадию данного синдрома.
2. Какое заболевание наиболее часто приводит к развитию данного синдрома?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. С чем вероятнее всего связано появление заболевания у данного пациента и как можно снизить риски его развития?
5. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?

Задача 19. В стационар госпитализирована женщина 78 лет с жалобами на боли в животе. Данные боли носят ноющий характер и возникают после приема пищи. Для снижения интенсивности болей пациентка старается питаться дробно малыми порциями. Больная отмечает склонность запорам, часто беспокоит вздутие живота. Из анамнеза известно, что на протяжении последних 4 лет в связи с вышеперечисленными жалобами пациентка несколько раз была госпитализирована в хирургический стационар с подозрением на обострение хронического панкреатита, однако данный диагноз не подтверждался. При физикальном осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост 158 см, вес 52 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 70 ударов в минуту, АД 115/65 мм.рт.ст., число дыхательных движений 18 в мин. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный во всех отделах, перитонеальных симптомов нет. При осмотре нижних конечностей обращает на себя внимание сухость кожных покровов, отсутствие волосяного покрова и слабое развитие мускулатуры.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента?
2. Какое заболевание наиболее часто приводит к развитию данного синдрома?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 20. К вам обратился пациент 32 лет с жалобами на тупые распирающие боли, тяжесть и отек правой верхней конечности, которые появились сегодня утром. При тщательном опросе удалось выяснить, что мужчина спал с женой, которая перед тем как заснуть положила голову ему на плечо, а пациент, боясь потревожить супругу, не стал убирать руку и заснул в этом положении. Среди ночи он почувствовал жгучие боли и онемение правой руки, в связи с чем извлек ее из-под головы супруги и продолжил свой сон. После пробуждения с утра обнаружил появление указанных жалоб. Самостоятельно не лечился, сразу обратился за медицинской помощью. При физикальном осмотре пациента общее состояние удовлетворительное. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 76 ударов в минуту, АД 130/70 мм.рт.ст., число дыхательных движений 16 в мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Местный статус: правая верхняя конечность увеличена в размерах (+1 см в средней трети предплечья, +3 см в средней трети плеча), кожный покров цианотичной окраски, отмечается набухание подкожных вен, отек подкожной клетчатки тыла кисти. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация на плечевой и лучевой артериях отчетливая.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента?
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?
3. Каков механизм развития заболевания у данного пациента?
4. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
5. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
6. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 21. К вам обратилась пациентка 33 лет с жалобами на тупые распирающие боли и отек левой нижней конечности, усиливающиеся при нахождении в вертикальном положении тела и уменьшающиеся в положении лежа. Данные жалобы беспокоят в течение 3-х дней. Со слов больной в связи с дисфункцией яичников репродуктивного периода на протяжении 5 месяцев принимает комбинированные оральные контрацептивы (Ярина). При физикальном осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост 165 см, вес 60 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 82 удара в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст., число дыхательных движений 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме. Местный статус: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, имеется небольшой цианоз кожного покрова, пастозность мягких тканей в области нижней трети голени. Голень увеличена в размерах: +1 см в нижней трети, +3 см в средней трети, + 3 см в верхней трети. Отмечается усиление подкожного венозного рисунка, варикозной трансформации подкожных вен нет. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренной, подколенной и артерии тыла стопы отчетливая.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента?
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?
7. Каков наиболее вероятный механизм развития заболевания у данного пациента?
3. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 22. Пациентка 82-х лет в результате падения с высоты собственного роста получила перелом шейки левого бедра. Находилась дома одна, смогла самостоятельно добраться только до кровати. Через 3-е суток от момента получения травмы была обнаружена в квартире родственниками, госпитализирована в травматологическое отделение. В стационаре начата противовоспалительная терапия, назначено обезболивание. Пациентка активна только в пределах кровати, не встает, себя практически не обслуживает. Лечащим врачом-травматологом принято решение о необходимости эндопротезирования тазобедренного сустава, в связи с чем начато предоперационное обследование. Больной выполнено ультразвуковое ангиосканирование вен нижних конечностей, при котором выявлена тромботическая окклюзия мышечных вен икроножной мышцы слева с переходом на подколенную и поверхностную бедренную вены с наличием свободной флотирующей головки тромба в общей бедренной вене длиной до 7 см.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента?
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?
3. Какие лечебные мероприятия позволяют снизить риск развития данного заболевания?
4. Какие лечебные мероприятия должны быть проведены у данной пациентки?
5. В случае выполнения эндопротезирования сустава вероятность развития каких послеоперационных осложнений высока у данной категории больных? Какие лечебно-профилактические мероприятия снижают риски развития подобных осложнений?

Задача 23. В приемное отделение хирургической клиники доставлен сотрудник частного охранного предприятия 35 лет. После 12-часового пребывания в легковом автомобиле во время

Colloquium 3_2025_semester 2

дежурства, отметил появление тяжести и тупых распирающих болей в левой нижней конечности. За медицинской помощью по окончанию смены не обратился, самостоятельно не лечился. На протяжении 2-х суток боли не утихали, появилась отечность стопы, голень увеличилась в объеме, в связи с чем вызвал скорую помощь и доставлен в больницу. Из анамнеза известно, что отец пациента умер в молодом возрасте от «оторвавшегося тромба». Местный статус: при осмотре левой нижней конечности последняя сформирована правильно, имеется небольшой цианоз кожного покрова, пастозность мягких тканей в области нижней трети голени. Голень увеличена в размерах: + 2 см в нижней трети, + 4 см в средней трети. Отмечается усиление подкожного венозного рисунка, признаков варикозной трансформации вен нет. При пальпации температура кожи слегка повышена, болезненности нет. Чувствительность и пассивные движения сохранены в полном объеме. Активные движения в голеностопном суставе ограничены в связи с болезненностью. Видимых повреждений кожи стопы и голени не выявлено. Пульсация на бедренной, подколенной и артерии тыла стопы отчетливая.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента?
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?
3. С чем связано развитие заболевания у данного пациента?
4. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
5. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
6. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 24. К Вам обратился пациент 28 лет с жалобами на долго не спадающий отек правой стопы и голени. Из анамнеза известно, что около 6-ти недель назад катаясь на горных лыжах упал, в связи с чем вывихнул голеностопный сустав. В связи с данным травматическим повреждением в течение 4-х недель стопа и голень были фиксированы ортезом. После снятия ортеза обратил внимание на стойкий отек области тыла стопы и нижней трети правой голени. Данный отек несколько регрессирует после ночного отдыха и нарастает к концу дня. Врачом-травматологом назначена лечебная физкультура и физиотерапия. Несмотря на проводимые в течение 2-х недель консервативные мероприятия отек не спадает. При физикальном осмотре: общее состояние удовлетворительное, Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост 179 см, вес 78 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 72 удара в минуту, АД 120/70 мм.рт.ст., число дыхательных движений 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет, физиологические отправления в норме. Местный статус: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров обычной окраски, определяется пастозность мягких тканей в области нижней трети голени и голеностопного сустава, голень увеличена в размерах: +1 см в нижней трети, +3 см в средней трети. Подкожный венозный рисунок не усилен, варикозной трансформации подкожных вен нет. При пальпации конечность теплая, определяется легкая болезненность в области голеностопного сустава и медиальной головки икроножной мышцы в средней ее трети. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены в полном объеме. Активные и пассивные движения ограничены в голеностопном суставе вследствие отека и тугоподвижности. Пульсация на бедренной, подколенной и артерии тыла стопы отчетливая.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента?
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?
3. С чем связано развитие заболевания у данного пациента?
4. Какие дополнительные инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
5. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?

Задача 25. На поликлинический прием к хирургу пришла пациентка 45 лет с жалобами на наличие болезненного уплотнения, расположенного на внутренней поверхности средней и верхней трети голени с переходом на нижнюю треть бедра справа по ходу варикозно расширенных подкожных вен. Около 5-ти дней назад впервые отметила появления покраснения и уплотнения кожи на голени. Больная за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала согревающие компрессы. На фоне такого лечения покраснение увеличивалось в размерах и распространилось на бедро, в связи с чем обратилась в поликлинику. При физикальном осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение гиперстеническое, рост 170 см, вес 110 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 76 ударов в минуту, АД 150/90 мм.рт.ст., число дыхательных движений 17 в мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Местный статус: при осмотре правой нижней конечности последняя сформирована правильно, отмечается умеренная пастозность мягких тканей в области голеностопного сустава и нижней трети голени. В бассейне большой подкожной вены картина варикозной трансформации подкожных сосудов по смешанному типу. На медиальной поверхности средней и верхней трети голени с переходом на нижнюю треть бедра по ходу варикозно расширенных подкожных вен имеется резко болезненное уплотнение в виде жгута. На данных участках кожные покровы гиперемированы, отечны, горячие на ощупь. Чувствительность, активные и пассивные движения в конечности сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренной, подколенной и артерии тыла стопы отчетливая.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента?
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?
3. Дайте оценку лечебным мероприятиям, проведенным пациенткой. Какое влияние они оказали на течение заболевания?
4. Какие инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
5. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
6. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 26. К хирургу в поликлинику обратилась пациентка 38 лет с жалобами на расширение подкожных вен на правой нижней конечности, тяжесть и тупые распирающие боли в правой нижней конечности, возникающие в конце рабочего дня, уменьшающиеся и полностью исчезающие после ночного отдыха. Работает учителем начальных классов, мать троих детей. При физикальном осмотре общее состояние удовлетворительное. Кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост 165 см, вес 63 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 70 ударов в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст., число дыхательных движений 16 в мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Физиологические отправления в норме. Местный статус: при осмотре правой нижней конечности последняя сформирована правильно, отмечается умеренный отек мягких тканей в области голеностопного сустава и нижней трети голени. В бассейне большой подкожной вены картина варикозной трансформации подкожных сосудов по смешанному типу. Данные сосуды мягко-эластичной консистенции, спадаются при надавливании. Симптом Хоманса отрицательный.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента? Проклассифицируйте стадию данного синдрома.
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?

Colloquium 3_2025_semester 2

3. Укажите факторы, повышающие риски развития заболевания у данной пациентки.
4. Какие инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
5. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
6. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 27. К Вам обратилась пациентка 57 лет с жалобами на тупые распирающие боли в левой нижней конечности, усиливающиеся в вертикальном и сидячем положении тела, значительно усиливающиеся при ходьбе. Кроме того, больную беспокоит отек левой голени и стопы, нарастающие к концу дня, а также потемнение кожи нижней и средней трети данной голени. При сборе анамнеза установлено, что около 4-х лет назад проходила стационарное лечение по поводу илеофemorального тромбоза. После выписки из стационара предписанное лечение прошла не в полном объеме, хирургом-флебологом не наблюдалась. Местный статус: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров цианотичной окраски. На внутренней поверхности нижней трети голени имеется участок гиперпигментации с неровными четкими границами неправильной формы до 6 см в поперечнике. Конечность увеличена в объеме (+ 5 см на уровне с/3 голени, + 8 см на уровне с/3 бедра), мягкие ткани тыла стопы и голени отечны. Имеется варикозная трансформация подкожных вен бедра и голени в бассейне большой подкожной вены. При пальпации конечность теплая, отмечается уплотнение кожи в центре гиперпигментации, варикозные вены легко сжимаются, безболезненные. Чувствительность, активные и пассивные движения сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренной, подколенной и артерии тыла стопы отчетливая. Правая нижняя конечность без особенностей.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента? Проклассифицируйте стадию данного синдрома.
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?
3. Какие инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 28. К Вам обратился пациент 52 лет с жалобами на постоянный отек левой нижней конечности, усиливающийся к концу дня, потемнение кожи левой голени в области нижней трети. Из анамнеза известно, что около 3-х лет назад больной перенес тромбоз глубоких вен. С тех пор указанные жалобы прогрессивно нарастают, однако врачом-флебологом не наблюдается, специфического лечения не получает. При физикальном осмотре общее состояние удовлетворительное, кожный покров обычной окраски. Телосложение нормостеническое, рост 174 см, вес 80 кг. Сердечно-легочная деятельность стабильная, ЧСС 66 ударов в минуту, АД 130/80 мм рт.ст., число дыхательных движений 16 в мин. При пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Местный статус: левая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров обычной окраски с участком гиперпигментации на внутренней поверхности нижней трети голени с неровными четкими границами неправильной формы в поперечнике до 10 см, а также участками белого цвета в центре пигментации. Конечность увеличена в объеме (+3 см на уровне средней трети голени, +6 см на уровне средней трети бедра), голень отечная в области нижней трети. Имеются варикозно расширенные вены в бассейне БПВ на внутренней поверхности голени. При пальпации конечность теплая, отмечается рубцовое уплотнение кожи в центре гиперпигментации, варикозные вены легко сжимаются, безболезненные. Чувствительность, активные и пассивные

Colloquium 3_2025_semester 2

движения сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренной, подколенной и артерии тыла стопы отчетливая. Правая нижняя конечность без особенностей.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента?
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?
3. Какие инструментальные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
4. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
5. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 29. В стационар доставлен мужчина 65 лет с жалобами на затрудненное дыхание, чувство нехватки воздуха, боли в грудной клетке, сухой кашель. Со слов больного 6 дней назад он вернулся в Москву из Новой Зеландии, где находился в командировке. Во время 19-часового авиаперелета пациент отметил появление тяжести в обеих голених, больше справа, и их отек. После ночного отдыха отек левой нижней конечности исчез сразу, в то время как отеки и ноющие боли в правой голени прогрессивно нарастали. Сегодня утром при подъеме с кровати почувствовал резкое головокружение, затрудненное дыхание и потерял сознание. Очнувшись, пациент ощутил резкую слабость, затруднение вдоха, боли в грудной клетке, сильное сердцебиение, сухой кашель, одышку при малейшей физической активности в связи с чем вызвал скорую помощь и доставлен в стационар. При осмотре общее состояние тяжелое, стабильное. В сознании, контактен, ориентирован. Кожный покров с цианотичным оттенком. Телосложение гиперстеническое, рост 175 см, вес 120 кг. При аускультации дыхание жесткое, проводится во все отделы, число дыхательных движений 24 в мин. Тоны сердца приглушены, определяется акцент и расщепление II тона в 3-й точке, ЧСС 125 в мин, ритм правильный, АД – 90/60 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный, перитонеальных симптомов нет. Местный статус: правая нижняя конечность сформирована и развита правильно, кожный покров цианотичен, определяется отек мягких тканей на голени. Конечность увеличена в размерах (при сравнении с левой голенью и бедром): + 3 см в нижней трети голени, + 5 см в средней трети голени, + 6 см в верхней трети, + 7 см в средней трети бедра. В бассейне большой подкожной вены имеются варикозно измененные притоки, набухшие в горизонтальном положении, при пальпации сжимающиеся, кожный покров над ними обычной окраски. При пальпации температура кожи повышена, болезненности нет. Чувствительность, пассивные и активные движения сохранены в полном объеме. Пульсация на бедренной, подколенной и артерии тыла стопы отчетливая.

Вопросы:

1. Какой патологический синдром имеется у пациента?
2. Какое заболевание привело к развитию данного синдрома?
3. С чем связано развитие заболевания у данного пациента?
4. Какие инструментальные и лабораторные методы исследования позволяют уточнить диагноз?
5. Какие осложнения данного заболевания Вам известны?
6. Какова Ваша лечебная тактика?

Задача 30. В медико-санитарную часть завода за помощью обратился рабочий теплосети, который в результате аварии получил ожоги горячим паром II – IIIа степени обеих рук и лица.

Вопросы:

1. Какую первую помощь следует оказать пострадавшему?
2. Какова примерная площадь ожога?

Colloquium 3_2025_semester 2

3. Следует ли госпитализировать пострадавшего? Если следует, то в какое отделение наиболее целесообразно поместить пациента?
4. Принимая во внимание характер полученного повреждения, какой сценарий течения заболевания следует ожидать у данного пациента?
5. Каковы основные принципы лечения пациентов с данной глубиной ожога?

Задача 31. В травматологический пункт доставлен мальчик 11 лет. Со слов мамы ребенка, на протяжении 1,5 часов мальчик играл в хоккей на открытом воздухе.

Местно: ушные раковины мраморной окраски, болезненные, кожа сухая, ее чувствительность снижена. Мама ребенка призналась, что, пытаясь оказать первую помощь, растирала уши сына снегом.

Вопросы:

1. Какой вид травматического повреждения имеется у ребенка? Какова степень данного повреждения?
2. Правильно ли поступила мать ребенка?
3. Какая медицинская помощь должна быть оказана пострадавшему?
4. Следует ли рекомендовать повторный медицинский осмотр пострадавшего? Если да, то в какой временной интервал это следует сделать и какую цель он должен преследовать?

Задача 32. Пациент 45 лет госпитализирован через 2 часа с момента получения ожога пламенем. Пациент в сознании, однако заторможен, адинамичен, стонет от боли.

Местно: кожа обеих верхних конечностей на всем протяжении циркулярно гиперемирована, покрыта пузырями, содержащими жидкость янтарно-желтого цвета. На правом бедре по всей его поверхности имеется циркулярное поражение кожи в виде обугливания эпидермиса. Под кожей видны тромбированные вены.

Вопросы:

1. Каков ваш диагноз?
2. Какова примерная площадь ожога?
3. Как называется состояние, в котором находится пострадавший?
4. Принимая во внимание характер полученного повреждения, какой сценарий течения заболевания следует ожидать у данного пациента?
5. Каковы основные принципы лечения пациентов с данной глубиной ожога?

Задача 33. Пациент 26 лет доставлен в приемное отделение города Пятигорск вертолетом МЧС в тяжелом состоянии. Со слов сотрудников бригады СМП при восхождении на вершину Донгуз-Орун при пересечении ледника «Семерка» попал под лавину. Через 4 часа после схода лавины сотрудниками контрольно-спасательной службы Кабардино-Балкарии извлечен из-под снега. При осмотре в условиях приемного отделения пациент заторможен, адинамичен, доступен только элементарному вербальному контакту. Одежда пациента промерзла, при ее снятии кожные покровы пострадавшего холодные на ощупь, аксиллярная температура 27 градусов по Цельсию. По результатам инструментального обследования данных за повреждения костного скелета головы, туловища и конечностей, а также органов грудной клетки и брюшной полости не выявлено.

Вопросы:

1. Как называется патологическое состояние, в котором находится пострадавший?
2. Какое физикальное обследование позволит подтвердить Ваше предположение?

Colloquium 3_2025_semester 2

3. Какова клиническая классификация стадий развития данного патологического состояния?
4. Каковы принципы оказания помощи пострадавшему?