

## Ситуационные задачи

### Задача № 1.

Больной В., 35 лет, поступил в клинику с жалобами на боли по правому боковому каналу и правой подвздошной области, иррадиирующие в правое яичко, тошноту, повышение температуры тела до 38.5. Из анамнеза заболевания: болеет более 24 часов. Началось все с того, что сначала появились неопределенные боли в эпигастральной области, была однократная рвота. Самостоятельно принимал в таблетках Нош-пу, без эффекта. Позже отметил появление болей в правой подвздошной области и повышение температуры тела до 37.5. Нарастание болей, общей слабости и повышение температуры тела заставило обратиться за медицинской помощью.

Объективно: Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38.5. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс 96 уд. в минуту. Язык пониженной влажности, обложен белым налетом. Отмечается бледность носогубного треугольника. Живот мягкий, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации живота отмечается болезненность по правому боковому каналу с эпицентром в правой подвздошной области. Отмечается локальное вздутие живота в правой подвздошной области. Симптомы Раздольского, Ситковского, Ровзинга отрицательные. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. При положении пациента на левом боку выявлен положительный симптом Яуре - Розанова. Мочеиспускание свободное, учащенное, слегка болезненное. Газы и стул отходят.

Дополнительные методы исследования: В общем анализе крови отмечено повышение уровня лейкоцитов до  $20 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ до 25 мм/ч. В общем анализе мочи признаки микрогематурии. Биохимический анализ крови без изменений. Инструментальные исследования: При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено локальное вздутие купола слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки. Отсутствие перистальтики в терминальном отделе подвздошной кишки. Незначительное количество выпота в илеоцекальной области. Визуализировать червеобразный отросток не удалось.

### Вопросы:

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Абдоминальные боли, какого типа развились у пациента?
3. Какой инструментальный метод исследования нужно назначить для подтверждения диагноза?
4. Ваша лечебная тактика.

## Задача № 2.

Больная А., 45 лет доставлена СМП в приемный покой с жалобами на тупые острые боли в правом подреберье, повышение температуры тела до 38.0, однократную рвоту желчью. Из анамнеза заболевания: боли в животе появились через 2 часа после ужина (употребление жирной пищи). Из анамнеза жизни: страдает сахарным диабетом 2 типа, коррекция углеводного обмена достигается инсулином.

Объективно: Состояние больной средней степени тяжести. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Температура тела 38.0. Дыхание жесткое, хрипов нет. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 88 уд. в мин. Живот мягкий, не вздут, отмечается локальное напряжение мышц в правом подреберье. Симптомы Ортнера, Мерфи, Щеткина-Блюмберга положительные. Мочеиспускание свободное безболезненное. Газы и стул отходят.

Дополнительные методы исследования: В общем анализе крови выявлен лейкоцитоз  $18 \times 10^9/\text{л}$ , повышение СОЭ до 25 мм/ч. В общем анализе мочи патологических изменений не выявлено. В биохимическом анализе крови отмечено, незначительное повышение общего билирубина до 30 мкмоль/л, АЛТ до 45 Ед/л, АСТ до 40 Ед/л. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости выявлено увеличение размеров желчного пузыря, конкременты, утолщение его стенок до 1.0см, умеренный выпот в подпеченочном пространстве (рис.1).

### Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой тип абдоминальных болей у данной пациентки? Объясните их механизм.
3. Ваша лечебная тактика.

**Рис.1. Ультразвуковая картина: увеличение размеров желчного пузыря, конкременты, утолщение стенок.**



### **Задача № 3.**

Больная Е., 35 лет, доставлена СМП в приемное отделение с жалобами на боли коликообразного (спастического) характера в животе без четкой локализации, без иррадиации. Тошноту, однократную рвоту желудочным содержимым. Из анамнеза заболевания: 5 лет назад перенесла тяжелый психоэмоциональный стресс (развилась с мужем). После этого стала отмечать нарушение сна, частые пробуждения. Потеряла интерес к работе и жизни. Через 6 месяцев после развода, стала отмечать периодически диффузные боли спастического характера в животе, которые беспокоят уже на протяжении 5 лет. Сегодня после конфликтной ситуации на работе появились боли в животе. Нарастание болей заставило обратиться за медицинской помощью. Из анамнеза жизни: наблюдается у психолога по поводу астено-депрессивного синдрома.

Объективно: Состояние больной относительно удовлетворительное. Кожные покровы бледноватые, влажные. Телосложение астеническое. Температура тела 37.2. Дыхание везикулярное, хрипов нет. АД 100/70 мм.рт.ст. Пульс 86 уд. в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом у корня. Живот, мягкий, доступен глубокой пальпации. При пальпации определяется умеренная болезненность во всех отделах, без четкой локализации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Физиологические отправления не нарушены.

Дополнительные методы исследования: В общих клинических анализах крови и мочи патологии не выявлено. В биохимическом анализе крови также изменений не выявлено. При рентгенографии органов брюшной полости и ультразвуковом исследовании живота патологии со стороны внутренних органов не обнаружено.

#### **Вопросы:**

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какой тип абдоминальных болей имеется у пациентки? Объясните их механизм.

#### Задача № 4.

Больной И., 65 лет, обратился самостоятельно в приемное отделение с жалобами на боли в животе схваткообразного характера, без четкой локализации, тошноту. Рвоту отрицает. Из анамнеза заболевания известно, что на протяжении года пациент страдает запорами по 3-4 дня. Три дня назад стал отмечать периодические схваткообразные боли в животе, без четкой локализации. Стула не было три дня. Газы периодически с трудом отходят. Нарастание болей заставило обратиться за медицинской помощью. Из анамнеза жизни: 10 лет назад перенес операцию: резекцию желудка по Бильрот 2 по поводу кровотечения из хронической язвы.

Объективно: Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледноватые, сухие. Температура тела 36.8. Дыхание жесткое, хрипов нет. АД 140/90 мм.рт.ст. Пульс 86 уд. в минуту. Язык пониженной влажности, обложен белым налетом. Живот равномерно умеренно вздут, мягкий, не напряжен. При пальпации определяется умеренная болезненность во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Газы периодически отходят в небольшом количестве. Стула не было 3 дня. При ректальном осмотре выявлено, что ампула прямой кишки пустая. Четких образований на высоте пальца не выявлено.

Дополнительные данные исследования: В общем анализе крови выявлены признаки анемии гемоглобин 110 г/л, Эр.  $3.9 \times 10^{12}$ /л, повышение СОЭ до 35 мм/час. Лейкоциты в пределах нормы. В общем анализе мочи и биохимическом анализе крови патологических изменений не выявлено. При обзорной рентгенографии живота выявлены чаши Клойбера, расположенные по периферии (рис.2).



Обзорный снимок живота (чаши Клойбера).

#### Вопросы:

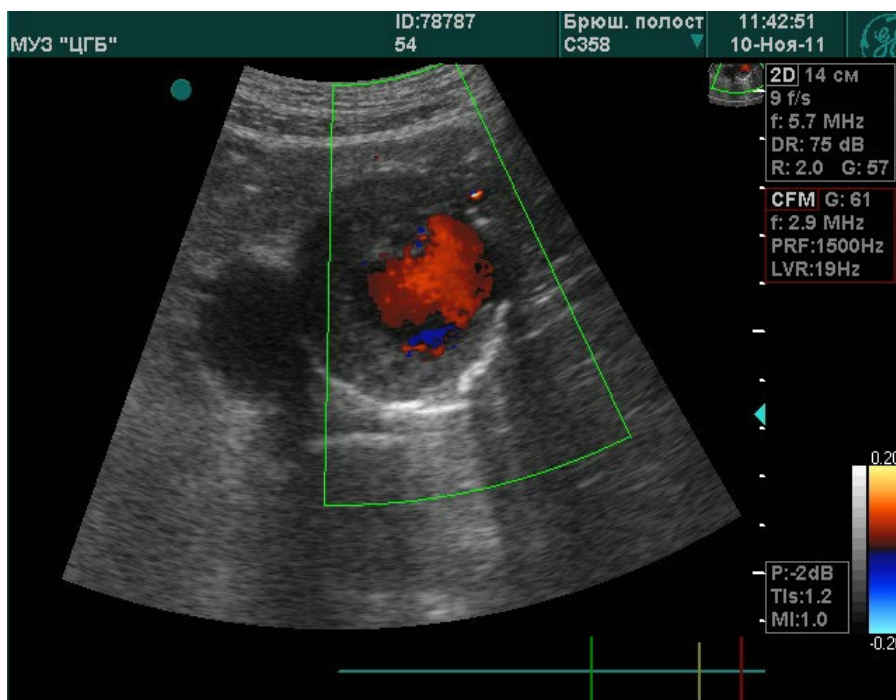
1. Ваш предварительный диагноз?
2. Какой тип абдоминальных болей развился у больного?
3. Какой дополнительный метод исследования нужно назначить, чтобы подтвердить диагноз?

## Задача № 5.

Больной И., 45 лет, доставлен СМП в приемное отделение с жалобами на резкие боли в центральные отделы живота, с иррадиацией в спину. Общую слабость. Из анамнеза: боли в животе появились резко 2 часа назад. Нарастание болей заставило обратиться за медицинской помощью. Из анамнеза жизни известно, длительное время страдает гипертонической болезнью, перенес два инфаркта.

Объективно: Состояние больного тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы бледные, влажные. Температура тела 36.9. Дыхание учащенное, жесткое, единичные сухие хрипы. АД 120/60мм.рт.ст. Пульс 100 уд. в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот равномерно вздут в центральные отделы, болезненный во всех отделах с эпицентром в околопупочной области, где пальпируется образование продолговатой формы размерами 10х8см, пульсирующее. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Газы отходят с трудом. Стула не было два дня.

Дополнительные данные: В общем анализе крови выявлены признаки анемии Эр.  $3.5 \times 10^{12}/л$ , гемоглобин 100 г/л, лейкоциты  $12 \times 10^9/л$ . В общем анализе мочи и биохимическом анализе крови патологических изменений не выявлено. При ультразвуковом исследовании брюшной полости выявлено, что имеется выраженный пневматоз кишечника. В проекции брюшного отдела аорты визуализировано образование размерами 8х6см, с двойным контуром по задней стенке (рис.3). Выпота в брюшной полости не обнаружено.



Ультразвуковая картина расслоения аневризмы брюшного отдела аорты.

### Вопросы:

1. Какой Ваш предварительный диагноз?
2. Какой тип абдоминальных болей развились у больного?
3. Какой метод инструментальной диагностики нужно назначить, чтобы уточнить диагноз?
4. Ваша лечебная тактика.