Больной М. 38 лет поступил в приемное отделение с жалобами на резкую боль в эпигастральной области опоясывающего характера, сопровождающуюся многократной рвотой, не приносящей облегчения. Приступ развился после приема большого количества спиртного и острой, жирной пищи. При осмотре: больной бледен, беспокоен, стонет от болей. ЧД 22 в минуту. ЧСС-100 ударов в минуту, АД-100/70 мм.рт ст. Живот не вздут, при пальпации мягкий во всех отделах, резко болезненный в эпигастральной области. Положительные симптомы Керте и Воскресенского. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика выслушивается. Шума плеска нет. В биохимическом анализе отмечается повышение Альфа-амилазы до 2024 ед., СРБ до 70. В ОАК лейкоцитоз-15,3 x 10.

-Поставьте диагноз.

-Какие инструментальные методы диагностики необходимо назначить пациенту для верификации диагноза?

-Показания к оперативному вмешательству и виды оперативного лечения?

В приёмное отделение стационара по СМП поступила пациентка С. 72 лет с жалобами на внезапно возникшую боль в правой кисти, похолодание и онемение правой кисти. Вышеуказанные жалобы возникли 5 часов назад. Страдает персистирующей формой фибрилляции предсердий, принимает варфарин. Последнее МНО за 14 дней до поступления в стационар - 1,1. Доза варфарина после этого не корректировалась.

При осмотре состояние средней тяжести, ЧД 17 в минуту, тоны сердца аритмичные, шумов нет. АД 140/90 мм.рт.ст. Правая верхняя конечность: тёплая, обычной окраски на плече, предплечье, кисть прохладнее плеча, бледные. Движения, чувствительность сохранены в полном объёме. Отёка, трофических расстройств нет, пульсация определяется на подмышечной и плечевой артериях, на лучевой, локтевой артериях отсутствует. При рукопожатии правой и левой руки – справа мышечная сила снижена.

-Поставьте диагноз

-Перечислите методы диагностики, которые необходимо выполнить пациенту

-Опишите тактику лечения пациента

Больной В. 50 лет длительное время злоупотреблял алкоголем. Утром, в день поступления отметил появление резкой слабости, холодного пота, после чего пациента вырвало большим количеством крови со сгустками. При поступлении состояние больного тяжелое. Кожа и слизистые бледные. ЧД 20 в минуту. ЧСС - 120 в мин, пульс слабого наполнения, АД-80/40 мм. рт. ст. Живот увеличен в размерах. На коже живота контурируются расширенные вены, пальпируется плотная бугристая печень, выступающая из-под края реберной дуги на 7 см. При перкуссии определяется притупление перкуторного звука в отлогих местах живота. В общем анализе крови гемоглобин – 80 г/л

- Какова наиболее вероятная причина кровотечения?
- Способы остановки кровотечения?
- Профилактика рецидива подобных кровотечений?

Больной А. 75 лет поступил в приемное отделение с жалобами на интенсивную боль в мезогастррии, иррадиирующую в правую поясничную область, спину. Из анамнеза известно, что боль возникла два часа назад и сопровождалась внезапно возникшей слабостью, головокружением. При осмотре пациент гиперстенического телосложения. ЧД 19 в минуту. ЧСС 110 уд. в мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, резко болезненный в мезогастррии, где пальпируется пульсирующее объёмное образование размерами 8x7 см. Перитонеальные симптомы отрицательные. Перистальтика выслушивается во всех отделах отчетливая.

- Поставьте предварительный диагноз
- Перечислите инструментальные методы диагностики для верификации диагноза
- Тактика лечения пациента?

Больной, 57 лет, поступил с жалобами на схваткообразные боли, больше в левой половине живота, отсутствие стула в течение 4 дней, плохое отхождение газов. До этого в течение последних двух лет отмечал прогрессирующие запоры, чередующиеся с поносами. В связи с запорами стал прибегать к слабительным и очистительным клизмам, ограничил прием пищи. Несколько похудел. При обследовании удовлетворительного питания, кожные покровы обычной окраски. Язык сухой. Живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный. В левой подвздошной области пальпируется слегка болезненное образование без четких контуров. Перистальтика временами усилена, резонирующая. При ректальном исследовании тонус сфинктера снижен, ампула пустая.

- Ваш предварительный диагноз?
- Опишите план обследования пациента и лечебную тактику

Больная, 62 лет, поступила с сильной болью в эпигастрии с иррадиацией в спину. Боль связана с приемом острой, жирной пищи. Больна в течение суток. Боль сопровождается неукротимой рвотой, не приносящей облегчения. Состояние средней тяжести, температура тела 38 С, лицо гиперемировано. ЧСС 110 уд. в мин., АД 150/100мм.рт.ст. Живот умеренно вздут, преимущественно в эпигастрии отмечается незначительная ригидность, там же резкая болезненность при пальпации. Положительные симптомы Керте, Воскресенского, Мейо-Робсона. В правой подвздошной области небольшая болезненность без явных перитониальных явлений.

-Поставьте предварительный диагноз.

-Какие инструментальные и лабораторные методы диагностики необходимо назначить пациенту для верификации диагноза?

-Показания к оперативному вмешательству?

Пациентка Е. 38 лет поступила в РАО с жалобами на резко возникшую одышку при малейшей физической нагрузке, слабость, учащенное сердцебиение. Пациентка соматически здорова, принимает комбинированный эстроген-гестагенный контрацептивный препарат по назначению гинеколога.

При осмотре: состояние тяжёлое. Дыхание в лёгких везикулярное, проводится во все отделы равномерно, хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются ЧД – 24 в минуту в покое, при изменении положения тела в кровати возрастает до 28 в минуту. StO₂ – 89% на воздухе. Тоны сердца ясные, ритм синусовый. ЧСС 115 уд/мин уд. мин, АД 90/65 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. На ЭКГ выявлена правограмма.

-Сформулируйте предварительный диагноз

-Опишите методы исследования для верификации диагноза

-Определите тактику лечения

Пациент П 59 лет в течение последних 5 лет отмечал боль по типу «перебегающей» хромоты при ходьбе на расстояние до 100 метров. В течение последнего год дистанция безболевой ходьбы сократилась до 20 метров и появилась боль в покое. Пациент спит, свесив ногу с кровати. При осмотре состояние удовлетворительное. ЧД – 17 в минуту. ЧСС 66 уд. мин, АД 140/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Правая н/к тёплая на бедре, голень, стопа, прохладнее контралатеральной. Стопа несколько отечна, пальцы гиперемированы. Движения, чувствительность сохранены в полном объеме. Пульсация определяется на ОБА дистальнее отсутствует.

Левая н/к: Тёплая, обычной окраски. Движения, чувствительность не нарушены. Отёка нет. Пульсация определяется на ОБА, ПоА, дистальнее отсутствует.

-Сформулируйте предварительный диагноз

-Опишите методы исследования для верификации диагноза

-Определите тактику лечения

У больной С. 55 лет, с аппендикулярным инфильтратом, в процессе консервативного лечения усилились боли в правой подвздошной области и появились ознобы. При пальпации живота отмечено некоторое увеличение размеров инфильтрата и усиление его болезненности. Консистенция инфильтрата неравномерная. По вечерам наблюдалась повышение температуры до 38,0 - 38,3 С. Лейкоциты- 17000.

- Поставьте диагноз

-Перечислите инструментальные методы для верификации диагноза

-Ваша тактика лечения

Больной Л., 40 лет, внезапно почувствовал резкую слабость, головокружение. Была однократная рвота по типу кофейной гущи». При осмотре кожные покровы бледные. ЧСС 105 в 1 мин, АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Перитонеальных симптомов нет. При ректальном исследовании на перчатке определяется «мелена». В ОАК гемоглобин 100 г/л
Весной и осенью у пациента появлялись «голодные» боли в эпигастральной области, которые он снимал употреблением соды.

- Предположительный диагноз основного заболевания?
- Какое осложнение развилось у данного больного?
- Какое исследование позволит верифицировать диагноз?
- Лечебная тактика.

Пациент С. 68 лет поступил в РАО в тяжелом состоянии с жалобами на острую, внезапно возникшую боль в обеих нижних конечностях, похолодание, онемение нижних конечностей. В последующем отметил потерю чувствительности в стопах, резкое снижение в них активных движений. В анамнезе у пациента также ИБС ПИКС с формированием аневризмы левого желудочка. При осмотре состояние тяжёлое, ЧД 22 в минуту, тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 150/100 мм.рт.ст: Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается. Перитонеальные симптомы отрицательные. Обе нижние конечности: холодные, мраморно-цианотичные на всём протяжении. Активные движения отсутствуют, пассивные сохранены. Чувствительность отсутствует. Отека, трофических расстройств нет. Пульсация на бедренных артериях и ниже с двух сторон не определяется.

- Сформулируйте предварительный диагноз
- Опишите методы исследования для верификации диагноза
- Определите тактику лечения

Пациент Б. 75 лет поступил в стационар с жалобами на появившуюся сутки назад боль, онемение, похолодание правой н/к. Боль стремительно выросла. Из сопутствующих заболеваний страдает ИБС постоянной формой фибрилляций предсердий, гипертонической болезнью 2 ст. Боль в нижних конечностях при ходьбе, в покое, ранее не отмечал. При осмотре состояние средней тяжести. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца ясные, аритмичные., АД 145/85 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Правая н/к пациента тёплая на бедре, голень, стопа, холодные. Активные и пассивные движения в голеностопном суставе и пальцах отсутствуют, чувствительность в стопе отсутствует. Имеется напряженный отёк голени. Пульсация определяется пальпаторно на ОБА, усиленная, дистальнее отсутствует

Левая н/к н/к: Тёплая, обычной окраски. Движения, чувствительность не нарушены. Отёка нет. Пульсация определяется пальпаторно на всём протяжении.

-Сформулируйте предварительный диагноз

-Определите тактику лечения

Больной, 28 лет, поступил в клинику с жалобами на дегтеобразный кал, слабость. Заболел 5 дней назад, когда впервые появился чёрный стул. До этого чувствовал себя здоровым. Общее состояние средней тяжести, бледность кожи и слизистых. Пульс-96 в 1 мин, ритмичный. АД 90/60. Живот мягкий, безболезненный. В общем анализе крови обращает внимание снижение Hb до 80 г/л.

При ЭГДС выявлена хроническая язва передней стенки луковицы 12- перстной кишки, ниже привратника, 0,3 x 0,8 см., прикрытая сгустком, из-под которого подтекает кровь.

-Определите тактику лечения пациента

-Возможности эндоваскулярной хирургии в остановке кровотечений из ЖКТ

Больной, 42 лет, в течение 10 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Несколько дней назад, во время очередного сезонного обострения, почувствовал слабость, заметил, что кал приобрел черную окраску. Была однократная рвота по типу «кофейной гущи». Гемоглобин 90 г/л

При осмотре состояние средней тяжести. ЧД 17 в минуту. ЧСС 100 в минуту. АД 100/60 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Перистальтика выслушивается звучная. Шума плеска нет. При ректальном исследовании на высоте пальца патологии не выявлено, на перчатке следы мелены.

-Поставьте диагноз

-Инструментальная диагностика заболевания?

-Методы лечения данного заболевания?

В приёмное отделение по СМП поступил пациент 72 лет с жалобами на острую боль в правой стопе, похолодание и онемение стопы. В анамнезе: постоянная форма фибрилляции предсердий, антикоагулянты принимает нерегулярно. При осмотре: состояние средней тяжести. ЧД 17 в минуту. ЧСС 100-110 уд. в минуту, тоны сердца аритмичные, АД 140/90 мм.рт.ст. Правая нижняя конечность тёплая на бедре, голень, стопа холодные, мраморной окраски.

Активные движения в стопе снижены, пассивные сохранены в полном объеме. Чувствительность снижена. Отёка, трофических расстройств нет. Пульсация определяется на общей бедренной артерии, усилена по сравнению с контралатеральной конечностью, дистальнее отсутствует.

- Сформулируйте предварительный диагноз

- Перечислите инструментальные методы для подтверждения диагноза

- Определите тактику лечения пациента.

Пациент Н 69 лет в течение последних 5 лет отмечал боль в икроножных мышцах при ходьбе на расстояние до 400 метров. В течение последнего года дистанция безболевой ходьбы сократилась до 100 метров. Лимитирует правая н/к. При осмотре состояние удовлетворительное. ЧД – 17 в минуту. ЧСС 66 уд. мин, АД 140/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Правая н/к тёплая на бедре, голень, стопа, прохладнее контралатеральной. Отмечается отсутствие волос на голени, уменьшение объема голени по сравнению с контралатеральной конечностью, утолщение ногтевых пластин. Движения, чувствительность сохранены в полном объеме. Пульсация определяется резко ослабленная на ОБА дистальнее отсутствует.

Левая н/к: Тёплая, обычной окраски. Движения, чувствительность не нарушены. Отёка нет. Пульсация определяется на ОБА, ПоА, дистальнее отсутствует.

По данным МСКТ ангиографии: имеются признаки 80% стеноза в с/3 наружной подвздошной артерии справа. Дистальнее все артерии проходимы.

-Сформулируйте диагноз, определите стадию ХАН

-Перечислите и опишите стадии ХАН

-Определите тактику лечения

Пациент перенес перелом латеральной лодыжки правой н/к, по поводу чего в течение 8 недель правая н/к находилась в иммобилизации посредством гипса. По снятии гипса обратил внимание на отёк голени и бедра до с/3, боль в икроножной мышце при ходьбе, чувство распирания правой н/к к концу дня. При осмотре состояние удовлетворительное. ЧД 17 в минуту, ЧСС 72 в минуту, А 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Правая н/к: тёплая, обычной окраски. Движения, чувствительность сохранены. Трофических расстройств нет. Имеется отёк голени и бедра до с/3 с разницей периметров в с/3 голени +4 см; в с/3 бедра +3 см. Пульсация определяется на всём протяжении. С-мы Хоманса, Мозеса слабо-положительные.

Левая н/к: тёплая, обычной окраски. Движения, чувствительность сохранены. Отёка, трофических расстройств нет. Пульсация определяется на всём протяжении.

-Поставьте предварительный диагноз

-На какое исследование необходимо направить пациента для верификации диагноза?

-К какому фатальному осложнению может привести данное заболевание?

В приемное отделение поступил больной к концу **первых** суток от начала острой боли в животе, которая возникла в эпигастрии и вскоре сместилась в правую подвздошную область. Была тошнота и однократная рвота. Три часа назад боль усилились и распространились на всю нижнюю часть живота. При осмотре: заострены черты лица, температура тела 38,5С, ЧД 22 в минуту, ЧСС 100 уд. в мин, АД 110/70 мм.рт.ст., язык обложен, сухой; живот не участвует в акте дыхания, при пальпации напряжен во всех отделах, болезненный, наибольшая болезненность в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга положительный во всех отделах; перистальтика не выслушивается

- Сформулируйте клинический диагноз
- Определите тактику лечения

Больной 17 лет, поступил через 6 часов от начала заболевания с жалобами на боли в животе, которые начались в эпигастрии, но потом сместились в правую подвздошную область, где и локализуются в данный момент. Состояние больного средней тяжести, температура 37,8; ЧД 19 в минуту, ЧСС 100 уд. в мин., АД 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот не вздут, в дыхании участвует. При пальпации живот мягкий, болезненный в правой подвздошной области, где отмечается напряжение мышц передней брюшной стенки. С-мы Ровзинга, Ситковскго, Бартомье-Михельсона положительные. С-м Щёткина-Блюмберга положительный в правой подвздошной области, в других отделах отрицательный.

- Поставьте диагноз
- Определите тактику лечения

Пациентка К. 67 лет проходит курс химиотерапевтического лечения по поводу злокачественного новообразования левой молочной железы. Во время лечения пациентка пожаловалась на внезапно возникший отёк правой н/к, появившуюся в ней распирающую боль. При осмотре ЧД 17 в минуту, ЧСС 68 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный

Правая н/к: тёплая, обычной окраски с цианотичным оттенком. Движения, чувствительность сохранены. Трофических расстройств нет. Имеется а выраженный отёк голени и бедра с разницей периметров в с/3 голени +7 см; в с/3 бедра +7 см. Пульсация сохранена на ОБА, дистальнее не определяется из-за отека. С-мы Хоманса, Мозеса положительные.

Левая н/к: тёплая, обычной окраски. Движения, чувствительность сохранены. Отёка, трофических расстройств нет. Пульсация определяется на всём протяжении.

- Поставьте предварительный диагноз
- На какие исследования необходимо направить пациента для верификации диагноза?
- От чего будет зависеть тактика лечения пациента?

Больной, оперирован по поводу острого перфоративного аппендицита с местным перитонитом. На 6-е сутки после операции появились боли в правой половине грудной клетки, легкий кашель, озноб. При осмотре отмечено отставание правой половины грудной клетки в акте дыхания. Перкуторно нижняя граница легких несколько приподнята, пальпаторно определяется болезненность в правом подреберье и по ходу IX - X межреберий. При рентгеноскопии грудной клетки отмечено наличие жидкости в правом синусе, высокое стояние правого купола диафрагмы. В ОАК обращает внимание повышение лейкоцитов до 25000×10^9 , СОЭ 45. В биохимическом анализе СРБ повышен до 145. Температура тела в течение суток колеблется от 37,5 до 39 С. Преимущественно повышается в вечерне-ночное время, снижается к утру.

- Поставьте предварительный диагноз
- Перечислите инструментальные методы верификации диагноза
- Расскажите о тактике лечения.

У больного, 42 лет, на 6-й день после аппендэктомии по поводу острого флегмонозного аппендицита появились вечерние эпизоды повышения температуры тела до 38,5-39С, чувство дискомфорта над лонном, тенезмы, учащенное мочеиспускание. В общем анализе крови отметилось повышение лейкоцитов до 25×10^9 в лейкоцитарной формуле отмечается повышение палочкоядерных нейтрофилов до 15%. При ректальном исследовании обнаружен инфильтрат в дугласовом пространстве с признаками флюктуации.

- Поставьте диагноз
- Какие методы обследования необходимы для верификации диагноза.
- Определите тактику лечения.

У больной, 62 лет, в течение многих лет страдающей приступообразными болями в правом подреберье, после приема жирной пищи возникли резкие боли в правом подреберье, была трёхкратная рвота с примесью желчи. Через сутки больная доставлена в клинику. При осмотре кожа, слизистые обычной окраски. ЧД 18 в минуту. ЧСС 100 ударов в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Язык сухой. Живот не вздут, умеренно напряжен в правом подреберье, там же пальпируется увеличенный и резко болезненный желчный пузырь. Симптом Щеткина-Блюмберга положителен в правой подреберной области. Температура – 37,8 С, лейкоцитоз – 16500.

- Поставьте предварительный диагноз (с указанием клинической формы заболевания)
- Перечислите инструментальные методы диагностики для верификации диагноза?
- Определите тактику лечения

Через 6 часов после лапароскопической аппендэктомии по поводу флегмонозного аппендицита, больной С. 42 лет пожаловался на тошноту, быстро нарастающую слабость, головокружение. При осмотре кожные покровы бледные, лоб больного покрыт липким потом, ЧД 19 в минуту, ЧСС 98 в 1 минуту; АД-90/60ммрт.ст. Живот мягкий, болезненный в зоне лапароскопических проколов и в правой подвздошной области, где также определяется притупление перкуторного звука. При попытке присесть больной потерял сознание. Гемоглобин при экстренном ОАК: 120 г/л.

- Поставьте диагноз
- Перечислите методы его верификации
- Определите тактику лечения

Больной В. 67 лет поступил в отделение сосудистой хирургии в плановом порядке с жалобами на пульсирующее опухолевидное образование в мезогастральной области. Длительное время страдает гипертонической болезнью, лекарственную терапию принимает нерегулярно..

При осмотре – состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, ЧД – 16 в мин, пульс 76 в мин, АД – 160\90. Живот мягкий, безболезненный, в околопупочной и эпигастральной областях определяется плотное, пульсирующее опухолевидное образование размерами 6х 7 см, безболезненное при пальпации. Перитонеальных с-мов нет.

- Поставьте предварительный диагноз
- Перечислите инструментальные методы диагностики
- Определите тактику лечения

Больная В. 46 лет поступила в хирургическое отделение с клинической картиной ЖКБ острого флегмонозного калькулёзного холецистита. Сопутствующих заболеваний нет. Пациентке предложена ЛХЭ, от которой пациентка категорически отказалась. Было начато консервативное лечение, включающее в себя спазмолитики, антибиотики и инфузионную терапию. Через 8 часов боль в правом подреберье резко усилилась и распространилась по всему животу. При осмотре черты лица заострены, кожа лба покрыта холодным липким потом. ЧД 24 в минуту, дыхание поверхностное, живот в акте дыхания не участвует. ЧСС – 120 уд. в минуту. Живот напряжен и резко болезнен во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга положительный также во всех отделах живота.

- Что случилось с пациенткой?
- Какова Ваша дальнейшая тактика лечения?

У больной В 65 лет длительное время страдающей пупочной грыжей, внезапно грыжевое выпячивание перестало вправляться в брюшную полость, стало резко болезненным, напряженным. Пациентка поступила в стационар через 2 суток от начала заболевания. При осмотре состояние пациентки тяжелое, температура тела 38,5С, ЧД 22 в минуту, хрипов нет. ЧСС 115 уд. В минуту АД 100/60 мм.ртст. Живот вздут во всех отделах. При пальпации мягкий, резко болезненный в области грыжевого выпячивания, нельзя исключить флюктуацию. Грыжевое выпячивание напряжено, кожа над ним гиперемирована. С-м кашлевого толчка отрицательный. Перистальтика не выслушивается во всех отделах, однако определяется шум плеска. Газы не отходят.

-Поставьте диагноз

-Перечислите этапы оперативного лечения

Больной А. 45 лет, бывший профессиональный спортсмен (тяжелоатлет) поступил с жалобами на наличие варикозно-расширенных вен на обеих нижних конечностях, усталость голеней и отек области лодыжек и стоп к концу дня. Вышеуказанные жалобы впервые появились 10 лет назад. При осмотре состояние удовлетворительное. ЧД 17 в минуту, ЧСС 72 в минуту, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный.

Status localis: обе нижние конечности теплые, обычной окраски, движения и чувствительность в полном объеме, отмечается наличие варикозно-расширенных вен по задней поверхности обеих голеней, по медиальной поверхности голени и бедра с обеих сторон. Пульсация артерий на всем протяжении отчетливая. Отека нет.

-Установите клинический диагноз со стадией заболевания

-Какой метод инструментальной диагностики необходимо провести пациенту для верификации диагноза?

-Перечислите варианты хирургического лечения.

У больного В. 25 лет, 3 часа назад внезапно возникла «кинжальная» боль в эпигастриальной области, которая в последующем приняла жгучий характер и распространилась на правую половину живота. Рвоты не было. При поступлении живот втянут, доскообразно напряжен, в дыхании не участвует. При пальпации резко болезненный в эпигастрии и правых отделах живота. В этих же отделах определяется положительный симптом Щёткина-Блюмберга. Печеночная тупость не определяется.

Из расспроса больного выявлено, что в течение последних двух лет беспокоили (главным образом осенью и весной) голодные и ночные боли в правом мезогастррии, нередко возникала изжога.

-Поставьте предварительный диагноз

-Перечислите инструментальные методы для верификации диагноза.

-Расскажите о вариантах хирургического лечения данного заболевания.

Пациент Б. 72 лет поступил в стационар с жалобами на появившуюся 8 часов назад боль, онемение, похолодание правой н/к. Боль стремительно выросла. Из сопутствующих заболеваний страдает ИБС постоянной формой фибрилляций предсердий, гипертонической болезнью 2 ст. Боль в нижних конечностях при ходьбе, в покое, ранее не отмечал. При осмотре состояние средней тяжести. ЧД – 19 в минуту. Тоны сердца ясные, аритмичные., АД 140/82 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах.

Правая н/к пациента тёплая на бедре, голень, стопа, холодные. Активные движения, чувствительность отсутствуют, пассивные движения сохранены. Имеется субфасциальный отёк конечности. Пульсация определяется пальпаторно на ОБА, усиленная, дистальнее отсутствует

Левая н/к н/к: Тёплая, обычной окраски. Движения, чувствительность не нарушены. Отёка нет. Пульсация определяется пальпаторно на всём протяжении.

-Сформулируйте предварительный диагноз

-Определите тактику лечения