

ЗАДАЧА 1

Пациент 63 лет восемь месяцев назад впервые подавился картофельным пюре. С того времени стал отмечать затрудненное прохождение по пищеводу не только твердой, но и полужидкой пищи. Во время прохождения пищи чувствует за грудиной болезненность, которая иррадиирует в правое подреберье. За время болезни потерял 12 кг. Последние 2 месяца питается полужидкой и жидкой пищей.

Общее состояние больного удовлетворительное, питание снижено.

Ваш предварительный диагноз?

Какими специальными исследованиями Вы уточните диагноз?

Какое лечение Вы будете рекомендовать пациенту?

ЗАДАЧА 2

У пациента 28 лет появились ноющие боли в правой подвздошной области, которые постепенно усиливались. К вечеру температура поднялась до $37,8^{\circ}$ появились частые позывы на мочеиспускание. При поступлении язык суховат, обложен беловатым налетом. При пальпации отмечается резкая болезненность в правой подвздошной области, где имеется напряжение мышц. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского положительные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Лейкоциты крови $18 \cdot 10^9$.

Ваш диагноз и тактика лечения?

ЗАДАЧА 3

У пациентки 31 лет с четко ограниченным аппендикулярным инфильтратом на 9 сутки после поступления в стационар усилились боли внизу живота, температура тела приняла гектический характер с размахом до 1,5 градусов.

Объективно: язык влажный, пульс 96 уд.в. мин., живот мягкий, болезненный при пальпации в правой подвздошной области, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. При пальцевом исследовании нависание стенки прямой кишки не выявлено.

Какое осложнение возникло у пациентки?

Лечебная тактика?

ЗАДАЧА 4

Пациент 34 лет самостоятельно обратился в приемное отделение больницы с жалобами на боль в верхних отделах живота, иррадиирующие в спину, неоднократную рвоту. Заболел 6 часов

назад после приема 200 мл водки. При осмотре кожные покровы обычной окраски. Температура 36,8 °. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот не вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии и левом подреберье. Перитонеальные симптомы отрицательные. Определяется поперечная резистентность мышц в верхних отделах живота. Врач приемного отделения, учитывая то, что больной находился в состоянии алкогольного опьянения, не стал госпитализировать больного и отправил его домой.

О каком заболевании можно думать?

Каковы должны быть действия врача приемного отделения больницы?

ЗАДАЧА 5

Пациент 58 лет, страдающий хроническим алкоголизмом и циррозом печени, был доставлен в больницу по поводу тяжелого массивного кровотечения из варикозно-расширенных вен пищевода. Эзофагоскопия подтвердила этот диагноз и установила факт продолжающегося кровотечения.

Ваши мероприятия по остановке кровотечения и восполнению кровопотери?

ЗАДАЧА 6

Пациент 36 лет в течение последних 3 дней отмечает умеренные боли в промежности с иррадиацией в крестец, задний проход, лихорадку до 38°C, озноб. Работает водителем.

При наружном осмотре область заднего прохода, крестца и межягодичной складки не изменены.

О каком заболевании следует предполагать.

Какими специальными методами исследования Вы уточните диагноз?

План лечения?

ЗАДАЧА 7

Пациентка 47 лет обратилась к врачу с жалобами на боли в эпигастрии, тошноту, рвоту. Указанные жалобы появились на следующее утро после обильного приема пищи со спиртными напитками.

При осмотре у пациента кожные покровы бледные, ЧД – 20 в мин., ЧСС – 100 в мин.. Живот мягкий, симметричен, незначительно поддут в эпигастрии, при пальпации болезненный в эпигастральной области с иррадиацией боли в поясничную область. Положительные симптомы Керте, Воскресенского. Симптом Щеткина-Блюмберга – отрицательный.

Ваш предварительный диагноз?

Какие специальные методы исследования помогут уточнить диагноз?

ЗАДАЧА 8

У пациентки 60 лет диагностирован острый холецистит и механическая желтуха. Больная 5 суток на протяжении 10 лет страдает гипертонической болезнью II ст. Общее состояние больной тяжелое. Пальпаторно в проекции желчного пузыря определяется болезненное, округлое, тугоэластическое образование.

Какой способ лечения Вы выберете?

ЗАДАЧА 9

Пациент 42 лет поступил в клинику с жалобами на острую боль в животе внезапно возникшую 2 часа назад, отмечаются частые позывы на рвоту. Стула нет, газы не отходят. Беспокоен. Громко кричит. Живот вздут больше в верхней половине, перитонеальных симптомов нет. Выше и слева от пупка определяется овоидной формы образование плотно-эластической консистенции. Рентгенологически выявляются многочисленные уровни и чаши Клойбера.

Ваш диагноз?

Тактика лечения?

Какие дополнительные методы исследования необходимо применять?

ЗАДАЧА 10

У пациента 25 лет восемь месяцев назад после нервного потрясения появились затруднения в прохождении по пищеводу сухой плотной и холодной пищи. Иногда, наоборот, плотная оформленная пища проходила хорошо, а жидкая холодная задерживалась. Три месяца спустя при резком переполнении пищевода содержимым стали возникать боли за грудиной, которые проходили только после опорожнения пищевода. В последнее время во время сна пища возвращалась в рот и, попадая в дыхательные пути, вызывала мучительный кашель. За время болезни потерял в весе около 7 кг.

Рентгенологическое исследование выявило резкое расширение пищевода, в котором натошак содержится большое количество жидкости с верхним горизонтальным уровнем. Перистальтика пищевода почти отсутствует. Контрастная взвесь длительно задерживается над суженным кардиальным отделом. Только после приема стакана воды кардия частично тонкой струей пропускает барий.

Ваш диагноз?

Какое лечение Вы будете рекомендовать пациенту?

ЗАДАЧА 11

У пациентки 56 лет в нижнем наружном квадрате правой молочной железы пальпаторно определяется одиночный плотный округлый не спаянный с кожей узел размером 1.5 см в диаметре. Симптом Кенига положительный. В регионарных зонах увеличенные лимфатические узлы не выявлены.

Ваш предварительный диагноз?

Какие методы необходимо использовать для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 12

У пациентки 50 лет при рентгенологическом исследовании установлен стенозирующий рак выходного отдела желудка. Кроме того у нее выявлен шницлеровский метастаз и асцит.

Ваш план лечения?

ЗАДАЧА 13

У пациента 60 лет пять месяцев назад возникли затруднения и болезненность при прохождении пищи по пищеводу. В последующем указанные симптомы прогрессировали. Ко времени поступления в клинику с трудом проходит даже жидкая пища. Больной резко истощен. В левой надключичной области определяется плотной округлой формы болезненный, малоподвижный узел размером около 3 см в диаметре.

Ваш диагноз?

Тактика лечения?

Какие лечебные мероприятия Вы проведете пациенту?

ЗАДАЧА 14

Пациент 32 лет поступил в хирургическую клинику с жалобами на боли в эпигастральной области, которые возникают через 3 часа после приема пищи и достигают наивысшей интенсивности через 2 часа после начала. Боли при голодании стихают и прекращаются вслед за рвотой или приемах соды. Во время болевого приступа больной занимает согнутое положение с приведенными к животу ногами. На высоте приступа отмечает выраженное слюноотделение. Обострение болезни продолжается 3-4 недели и периодически повторяется 2-3 раза в год в течение последних 12 лет. Неоднократное лечение в терапевтических стационарах приносило лишь временное облегчение. За последние 2 года потерял в весе 8 кг.

Исследование желудочного сока выявило повышенную кислотность, а рентгенологическое исследование обнаружило дополнительную тень на малой кривизне желудка.

Ваш диагноз?

ЗАДАЧА 15

У пациентки 70 лет диагностирован острый холецистит с симптомами местного перитонита и сердечно-сосудистая недостаточность II степени. Больная 3-ое суток. Общее состояние больной тяжелое. Выраженные явления интоксикации.

Какова тактика хирурга?

ЗАДАЧА 16

У пациента 52 лет внезапно возникла обильная рвота «кофейной гущей» с примесью сгустков темной крови. Из анамнеза выявлено, что больным в течение 15 лет злоупотреблял алкоголем.

При поступлении больной бледен, пульс – 120 уд.в 1 мин. АД 90/70 мм рт.ст. Живот увеличен, видны широко развитые подкожные вены. Определяются плотные резко увеличенные печень и селезенка. В брюшной полости – свободная жидкость. Гемоглобин 54 г/л.

Ваш предположительный диагноз?

Какие срочные мероприятия надо выполнить в данном случае?

Что нужно сделать для уточнения диагноза?

ЗАДАЧА 17

Пациентка 45 лет жалуется на тянущие боли в низу живота и в области правого паха, тошноту, дизурические явления. К вечеру отмечается отек правой конечности. При осмотре: ниже правой пупартовой связки отмечается припухлость размером 4/4 см, слегка болезненная при ощупывании и не вправляющаяся в брюшную полость. В положении стоя и при натуживании эта припухлость несколько увеличивается в размерах.

Ваш диагноз?

Тактика?

Лечение?

ЗАДАЧА 18

Пациентка 42 лет обратилась к врачу по поводу случайно выявленного опухолевого узла в левой молочной железе.

На границе верхних квадратов левой молочной железы определяется изменение ее контуров за счет некоторого втяжения кожи, а также более высокого стояния левого соска. Пальпацией в этом месте определяется плотный, бугристый безболезненный узел размером около 5 см в диаметре, кожа над которым фиксирована. Симптомы Кенига. Прибрама и умбликации положительные. В левой подмышечной впадине определяется одиночный плотный округлый узел размером до 1,5 см в диаметре. Печень не увеличена. Рентгенологически – легкие без отклонения от нормы.

Ваш диагноз?

Какими методами можно его уточнить?

План лечения?

ЗАДАЧА 19

У пациента 40 лет во время операции по поводу острого холецистита и механической желтухи выявлены конкременты в общем желчном протоке. Общее состояние пациента средней тяжести.

Какова последовательность хирургической тактики?

Как необходимо закончить операцию?

ЗАДАЧА 20

Пациент 30 лет предъявляет жалобы на боли в области заднего прохода, периодически слизисто-гнойное отделяемое из этой области. Считает себя больным около 3-х лет, после вскрытия и дренирования острого парапроктита.

При осмотре имеется на семи часах в 1,5 см от наружного анального сфинктера гранулирующая ранка 2х3 мм со свищевым ходом. При ревизии бужом свищевого хода, буж уходит в просвет прямой кишки на 4 см выше ануса.

Ваш диагноз?

Какое лечение Вы назначаете пациенту?

ЗАДАЧА 21

У пациента 46 лет рентгенологическим исследованием установлено, что жидкая контрастная масса задерживается в пищеводе на уровне 5-го грудного позвонка и ниже. В зоне выявления дефекта контрастная масса проходит неравномерной узкой полосой. В этом же месте видна инфильтрация заднего средостения, что особенно хорошо видно на фоне введенного в средостение газа.

Ваш диагноз?

Какими специальными методами исследования Вы подтвердите диагноз?

Какое лечение Вы назначаете пациенту?

ЗАДАЧА 22

Пациент Б., поступил в хирургическую клинику с жалобами на сильные боли в правом подреберье и эпигастрии. Боль иррадирует в правое плечо и правую половину шеи. Заболел остро за 6 часов до поступления в клинику. Была трижды рвота, которая не приносила облегчения. Из анамнеза установлено, что больной страдает язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки, подтвержденной рентгенологически и эндоскопически.

Общее состояние пациента средней тяжести. Язык суховат, обложен серым налетом. Живот не вздут. Брюшная стенка ограниченно участвует в акте дыхания. Пальпаторно определяется выраженная болезненность в правом подреберье и эпигастрии.

Какие заболевания органов брюшной полости могут дать сходную клиническую картину?

Какие исследования необходимо провести для выяснения диагноза?

ЗАДАЧА 23

Пациентка А., при поступлении в хирургическое отделение предъявляла жалобы на постоянную боль в подложечной области, иррадирующую в поясницу, умеренную тошноту, чувство тяжести в правом подреберье. Заболевание началось остро, накануне после приема острой пищи. Из анамнеза выяснено, что в течении 7 лет у пациентки бывали подобные состояния, которые всегда расценивались врачом поликлиники как обострение хронического гастрита.

Какие дополнительные анамнестические и объективные данные необходимо получить, чтобы поставить диагноз?

Ваша тактика?

ЗАДАЧА 24

При бронхоскопии пациента 60 лет выявлена деструкция гребня карины трахеи. Левый главный бронх концентрически сужен до 0,5 см в диаметре, слизистая его шероховата и легко кровоточит при дотрагивании. Левая наружная стенка дистального отдела трахеи уплотнена и ригидна.

На рентгенограммах грудной клетки этого пациента видны ателектаз верхней доли левого легкого и расширенная тень средостения.

Ваше заключение по данным этих методов?

ЗАДАЧА 25

Пациент 32 лет поступил с резкими болями в эпигастральной области через 10 часов от начала заболевания. Учитывая наличие в анамнезе указания на язвенную болезнь желудка, пациент был в экстренном порядке, без проведения предварительного обследования, оперирован с подозрением на перфоративную язву желудка. Однако на операции прободной язвы не обнаружено. В брюшной полости около 200 мл светлого серозного выпота, поперечно-ободочная кишка раздута, желчный пузырь увеличен, напряжен, плохо опорожняется при надавливании, признаков воспаления желчного пузыря нет. После вскрытия желудочно-ободочной связки обнаружено, что поджелудочная железа увеличена, отечна, структура ее сохранена.

С какими заболеваниями встретился хирург?

Какие дополнительные методы исследования позволили бы врачу избежать ошибок?

ЗАДАЧА 26

Вы оперируете пациента по поводу непроходимости кишечника. На операции обнаруживаете опухоль слепой кишки в резектабельном состоянии. Подвздошная кишка резко раздута содержимым и газами. Какую операцию Вы произведете пациенту?

Почему?

ЗАДАЧА 27

У пациентки 20 лет с 35 недельной нормально развивающейся беременностью появились сильные боли в правой подвздошной области, была однократная рвота, температура повысилась до 37,9⁰С. При поступлении язык сухой, обложен беловатым налетом. При пальпации живота определяется увеличенная матка и резкая болезненность в правой подвздошной области. Симптом Шеткина—Блюмберга резко положительный, имеется защитное мышечное напряжение. Симптом Пастернацкого отрицательный, лейкоциты 16*10⁹. В моче следы белка, 5-6 лейкоцитов в поле зрения.

Ваш диагноз?

ЗАДАЧА 28

Пациент при поступлении предъявляет жалобы на сильные боли в верхних отделах живота опоясывающего характера, многократную рвоту. Болен около суток. Заболевание началось

внезапно. При осмотре состояние пациента средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 96 ударов в 1 минуту. АД-110/70 мм рт.ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, болезненный в верхних отделах, где определяется поперечная резистентность мышц. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Пульсация аорты в эпигастральной области не определяется. При пальпации в реберно-позвоночном углу отмечается болезненность. Перистальтические шумы выслушиваются, ослабленные.

Ваш диагноз?

ЗАДАЧА 29

У пациентки 31 лет внезапно появились сильные боли в правой подвздошной области, слабость, тошнота, головокружение, была кратковременная потеря сознания. При поступлении пациентка бледная, температура тела нормальная, пульс 125 уд. в мин. Язык чистый. Живот мягкий при пальпации во всех отделах, симптом Щеткина-Блюмберга положительный. Лейкоциты крови $9,6 \cdot 10^9$.

Ваш диагноз?

Что следует предпринять для уточнения диагноза?

Лечебная тактика?

ЗАДАЧА 30

Пациент 40 лет среди полного здоровья внезапно почувствовал резчайшую боль в эпигастральной области, которая быстро распространилась по всему животу. Рвоты не было. Через 6 часов доставлен в хирургическое отделение. Пациент бледен, акроцианоз, холодный пот. Положение его на правом боку с приведенными к животу ногами. Живот доскообразный, в акте дыхания не участвует, симптом Щеткина-Блюмберга положительный, Френикус - симптом также положительный. Пульс медленный - 60 ударов в 1 минуту.

Ваш предварительный диагноз?

Какое физикальное и специальное исследование надо провести для уточнения диагноза?

Возможное лечение?

ЗАДАЧА 31

У пациента 57 лет температура тела внезапно повысилась до 39°C появились потрясающие ознобы, одышка, акроцианоз, резкие колющие боли в левой половине грудной клетки, сухой отрывистый кашель. На третьи сутки кашель резко усилился, через некоторое время в левом боку внезапно возникла резкая боль, усилилась одышка.

В стационар был доставлен скорой помощью в крайне тяжелом состоянии. Кожные покровы синюшные, покрыты липким холодным потом. Пульс 120 уд. в мин. нитевидный, АД-70/50 мм рт.ст. Дыхание поверхностное, одышка до 40 дыханий в минуту. Рентгенологически определяется коллапс левого легкого, а в левой плевральной полости - жидкость и газ.

Ваш диагноз?

Какие срочные лечебные мероприятия надо проводить, чтобы вывести больного из тяжелейшего состояния?

ЗАДАЧА 32

У пациента 28 лет среди полного здоровья внезапно появились сильные боли в правой паховой области с иррадиацией в поясницу, была многократная рвота. Самостоятельная попытка вправить содержимое паховой грыжи в брюшную полость, обычно легко удававшаяся пациенту, на этот раз окончилась неудачей. Грыжа стала напряженной, увеличенной в размере, болезненной при ощупывании. Через 2 часа был доставлен в клинику.

Ваш диагноз?

Тактика?

Особенности лечебного мероприятия?

ЗАДАЧА 33

Пациент 30 лет оперирован по поводу ущемленной паховой грыжи. При вскрытии грыжевого мешка обнаружено ущемление двух петель тонкой кишки, которые по внешнему виду жизнеспособны.

Возможный диагноз?

Что должен предпринять хирург?

ЗАДАЧА 34

Пациент 22 лет обратился к врачу по поводу болезненного овоидного образования размером до 15 см в диаметре, расположенного в правой половине мошонки. Верхний полюс этого образования уходит в паховый канал. Оно полностью не вправляется в брюшную полость и при натуживании и кашле увеличивается в размерах. Перкуссия его выявляет тупой звук, а пальпация - тугую эластичность.

Ваш предварительный диагноз?

Какими исследованиями Вы подтвердите его?

Какое лечение Вы будете рекомендовать пациенту?

ЗАДАЧА 35

Пациент 25 лет 2 часа назад почувствовала сильные боли в верхней половине живота, которые сопровождались тошнотой и рвотой, не приносящей облегчения. Одновременно перестали отходить газы и каловые массы. В анамнезе указаний на какие-либо заболевания нет.

При объективном исследовании перитонеальных симптомов нет. Отмечается болезненность в эпигастрии и правой половине живота. Живот умеренно вздут. Перистальтика очень слабая. Живот несколько асимметричен за счет смещения белой линии вправо.

Проведите дифференциальную диагностику.

Ваша тактика? Какие дополнительные методы исследования необходимо произвести?

ЗАДАЧА 36

При профилактическом осмотре у пациента 57 лет в левой надключичной области выявлен плотный, малоподвижный, округлой формы узел размером 2 см в диаметре. Расспросом установлено, что больной в течении 5 месяцев чувствует общее недомогание, снижение аппетита, жалуется на отрыжку.

Ваш предварительный диагноз?

ЗАДАЧА 37

Пациент поступил на 3 сутки от начала заболевания. Заболел остро, когда после погрешности в диете появились сильные боли в эпигастрии и левом подреберье, неукротимая рвота. При осмотре состояние пациента тяжелое. Т-37, °С. Кожные покровы бледные, акроцианоз, фиолетовые пятна на лице и на боковых стенках живота. Пульс 130 уд в мин. АД-90/50 мм рт. ст. Язык сухой. Живот вздут, при пальпации болезненный во всех отделах, больше в эпигастрии и в левом подреберье, где определяется слабopоложительный симптом Щеткина-Блюмберга. Перистальтические шумы ослабленные. Пациенту была выполнена срочная лапароскопия, в брюшной полости обнаружено до 1000,0мл геморрагического выпота, кровоизлияния на париетальной брюшине, геморрагическая имбибиция забрюшинного пространства, на большом сальнике-бляшки жирового стеатонекроза, увеличенный напряженный желчный пузырь без признаков воспаления.

Ваш диагноз? Какие лапароскопические манипуляции целесообразно выполнить в данном случае?

Какова должна быть тактика врача?

ЗАДАЧА 38

Пациент 32 лет обратился к врачу с жалобами на болевые ощущения в левом паху. При осмотре выше пупартовой связки выявлена припухлость размером 5х3х3 см, увеличивающаяся при натуживании и кашле. При исследовании пальцем установлено косое направление пахового канала. Симптом «кашлевого толчка» положительный. Дно выпячивания не выходит за пределы наружного пахового отверстия.

Ваш диагноз? Тактика? Лечение?

ЗАДАЧА 39

У пациента 40 лет на 7 день после операции по поводу флегмонозного аппендицита повысилась температура тела, приняла гектический характер, появились болезненность при мочеиспускании и частые позывы на дефекацию. Язык суховат, пульс 115 уд. в мин. Живот мягкий, болезненный в нижней отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Лейкоцитоз 18000. В области раны воспалительных изменений не наблюдается. В легких патологии не выявлено. Ваш диагноз? Дополнительное исследование. Лечение?

ЗАДАЧА 40

Пациент 18 лет поступил в больницу с жалобами на боли в нижних отделах живота и в правой подвздошной области. Температура тела при поступлении 37,7⁰С. Пульс 96 ударов в минуту. Пациент находится в положении с согнутыми в тазобедренном суставе и приведенными к животу правым бедром. При попытке разогнуть бедро появляются сильные боли в поясничной области. Живот мягкий, при пальпации отмечается умеренная болезненность в правой подвздошной области. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, отмечается болезненность в области Петитова треугольника и положительный симптом Пастернацкого справа. Симптом Ровзинга положительный. Симптом Ситковского отрицательный. Дезурических расстройств нет. Моча не изменена. Лейкоцитоз $14 \cdot 10^9$. Ваш диагноз?

Какие симптомы следует проверить для уточнения диагноза?

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?

ЗАДАЧА 41

У пациент 40 лет внезапно развились острые боли в эпигастральной области, была однократная рвота. Доставлен в больницу 4 часа от заболевания. При поступлении в правой подвздошной области имеется резкая болезненность, напряжение

мышц передней брюшной стенки и положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Температура 37,3 °С. Пульс 100 уд. в мин. Лейкоциты крови $17 \cdot 10^9$. В моче изменений нет. Был поставлен диагноз острого аппендицита. Пациент был оперирован. При вскрытии брюшной полости выделилось большое количество мутной жидкости и кусочки непереваренной пищи.

Ваш Диагноз?

ЗАДАЧА 42

Пациент 40 лет обратился в приемное отделение больницы с жалобами на сильные боли в правой половине живота, иррадиирующие в поясничную область и пах. Боли появились внезапно 2 часа назад. Была однократная рвота. При поступлении температура 37,6° С, больной мечется от боли. Принимает коленно-локтевое положение. Пульс 100 ударов в минуту, язык влажный, обложен беловатым налетом. При пальпации отмечается выраженная болезненность в правой половине живота, где имеется напряжение мышц. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. Симптом Пастернацкого резко положительный справа. Лейкоцитоз $15 \cdot 10^9$. В моче уд.вес -1019, следы белка, лейкоциты 10-12 в п/з, свежих эритроцитов 8-10 в п/з, выщелоченных 1-2 в п/з, клетки плоского эпителия в большом количестве.

Ваш диагноз и тактика лечения?

ЗАДАЧА 43

Пациентка 56 лет обратилась к врачу с жалобами на общее недомогание, быструю утомленность, снижение аппетита, отрыжки тухлым и похудание.

Заболела 3 месяца назад, когда появилась утомляемость и снизился аппетит. Стала терять в весе. Спустя 2 месяца появилось отвращение к мясной пище и отрыжка тухлым.

Похудела на 6 кг.

Состояние пациентки удовлетворительное. Бледна. Тургор понижен. Язык чистый, влажный. Живот правильной конфигурации, мягкий, слегка болезненный при глубокой пальпации в эпигастральной области. Исследование желудочного сока установило ахилию. Нв -60,0 г/л. СОЭ -25 мм в час.

Ваш предварительный диагноз?