

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Задачі для складання сценаріїв
об'єктивного структурованого клінічного іспиту з хірургії, дитячої хірургії

Клінічна ситуація № 1

Пізно ввечері на лавці біля приймального відділення лікарні, під ліхтарем помічений молодий чоловік без видимих ознак життя. Поруч використані порожні ампули з під морфіну та шприц. Об'єктивно рівень свідомості - 4 бали за шкалою ком Глазго (глибока кома). На підключеному до хворого моніторі: відсутнє дихання, брадикардія 40 уд./хв., гіпотонія 50/0 мм.рт.ст. Клінічно - точкові зіниці, ціаноз обличчя, місця свіжих ін'єкцій на передпліччі.

Питання для контролю:

1. Чому потерпілий не розмовляє, не орієнтується в просторі та часі?
2. Чим отруєння ?
3. Визначити глибину коми ?
4. Ведучий синдром танатогенезу (невідкладний стан) при обстеженні пацієнта ?
5. Як забезпечити збереження вітальних функцій ?
6. Який антидот потрібно використати, в якій дозі ?

Клінічна ситуація №2

Пацієнтка 64 років поступила в приймальний покій з наступними клінічними ознаками: загальмована, шумне клекочучи дихання, яке чути на відстані, піна з ротової порожнини, шкіра бліда з ціанотичним відтінком, покрита липким потом. ЧСС 100 уд. за хв., АТ 180/90 мм.рт.ст., ЧД 35 за хв. В нижніх відділах легень – крепітація, ослаблення дихання, велика кількість дрібно-пухирчастих вологих хрипів.

Питання для контролю:

1. Які обставини погіршення стану пацієнта є важливими?
2. Які характерні симптоми дихальної недостатності при набряку легень?
3. Для якого стану характерна аускультативна картина?
4. Оцініть гемодинаміку пацієнта, як етіологічного фактору?
5. Як зменшити венозне повернення та які піногасники ви застосуєте?
6. Для чого призначаються, гіпотензивні, нітрогліцерин?
7. З якою метою застосовуються дексаметазон, діуретики при набряку легень?

Клінічна ситуація №3

У лікарню машиною швидкої допомоги доставлена хвора А, 22 років. Загальний стан важкий, хвора загальмована, адинамічна. Верхні повіки опущені, хвора без допомоги не може відкрити очі. Скарги на виражену слабкість, багаторазову блювоту, сухість у роті, «туман перед очима», важкість при ковтанні навіть рідкої їжі. Шкіра бліда, тонус скелетних м'язів знижений, тони серця приглушені, ЧСС 130 уд. за хв., АТ 90/35 мм.рт.ст., ЧД 32 за хв. Менінгеальні знаки відсутні, температура субфебрильна. Напередодні вживала в їжу м'ясні консерви домашнього приготування.

Питання для контролю:

1. Для якого захворювання характерно вживання м'ясних консервів?
2. Які характерні скарги у пацієнта з ботулізмом?
3. Які характерні фізикальні ознаки при огляді у пацієнта з ботулізмом?
4. Як попередити подальше всмоктування токсинів з ШКТ
5. Якою буде специфічна терапія ?
6. Які інші лікарські засоби застосовуються ?

Клінічна ситуація №4

Вночі у приймальне відділення звернулася мама із хлопчиком 9 міс. Дитина захворіла раптово день тому з підвищення температури тіла до 39,0 С, відмічалось утруднення дихання

в стані спокою, значному збільшенні частоти дихання з періодами апное. Об'єктивно: дитина різко загальмована і реагує на сильний подразник, під час дихання наявний симптом «гойдалки», гіпертензія, тахікардія, відмічається ціаноз шкірних покривів. Дихання тахіпное з періодами апное, аускультативно – хрипи крепітуючого характеру.

Питання для контролю:

1. Які обставини на прогресування захворювання?
2. Визначте симптоми ДН?
3. Для якого стану це характерно та який ступінь стенозу?
4. Який метод відновлення прохідності дихальних шляхів слід застосувати для лікування даної дихальної недостатності?
5. З якою метою проводиться оксигенотерапія та садація?
6. Які лікарські засоби застосовуються при стенозуючому ларинготрахеїті?

Клінічна ситуація №5

В приймальне відділення звернулась мама із дитиною – хлопчиком 6 років. Дитина впала зі скейтборду, мати скаржиться на біль в ділянці лівого стегна у стані спокою, значне збільшення лівого стегна у об'ємі. Об'єктивно. Свідомість - оцінка по шкалі ком Глазго 9-10 балів, шкіра –блідо-ціанотична, сухі слизові, тургор шкіри різко знижений у формі «намету», симптом блідої плями більше 5 сек, артеріальний тиск 70/10 мм.рт.ст., тахікардія 135 за хв. При огляді в ділянці н/3 лівого стегна визначається набряк м'яких тканин, гематома значних розмірів.

Питання для контролю:

1. Про що говорить зв'язок стану хворого і отримання травми?
2. Визначте серцево-судинні симптоми при обстеженні пацієнта ?
3. Визначте вид невідкладного стану та ступінь шоку ?
4. Які шляхи проведення інфузійної терапії, мета оксигенотерапії?
5. Методи корекції ОЦК
6. Які адреноміметичні засоби застосовуються та коли?
7. Яка гемостатична терапія застосовується?
8. Яка замісна терапія препаратами крові?

Клінічна ситуація №6

Хворий 44р, якому було проведено ендопротезування кульшового суглобу 6 днів тому, знаходиться у травматологічному відділенні. Раптово у туалеті після напруження втратив свідомість, де і був знайдений медичним персоналом. Об'єктивно: виражена задишка 35/хв, виражений ціаноз верхньої половини грудної клітки, набухання шийних вен. В момент огляду хворий в свідомості, пульс 120 за хв, АТ 100/65 мм.рт.ст. Визначте характер патологічного стану та об'єм невідкладної допомоги.

Питання для контролю:

1. Які обставини погіршення стану пацієнта є важливими для встановлення діагнозу?
2. Які основні симптоми дихальної недостатності?
3. Для чого характерно даний характер ціанозу та набухання шийних вен чому?
4. З якою метою призначають оксигенотерапію?
5. З якою метою та яке дозування антикоагулянтів?

Клінічна ситуація №7

Хворий 42 років лікується у відділенні інтенсивної терапії з приводу синдрому тривалого стиснення. При лабораторному обстеженні: сечовина - 28,4 ммоль/л; креатинін - 820 мкмоль/л; К - 7,2 ммоль/л; Нв - 76 г/л; ер. - 2,4*10¹²/л. Діурез 50 мл / добу. Яке ускладнення виникло у хворого? Призначте лікування.

Питання для контролю:

1. Яке ускладнення виникло та яка стадія гострої ниркової недостатності у хворого?
2. Які основні критерії олігоануричної стадії ГНН (норма сечовини, креатиніну)?
3. Яка норма калію у сироватці крові.

4. Основні принципи надання невідкладної допомоги при олігоануричній стадії гострої ниркової недостатності.
5. Які методи екстракорпоральної детоксикації застосовуються?
6. Інші шляхи усунення гіперкаліємії?
7. Як знизити катаболізм у організмі хворого?
8. Інші шляхи корекції гомеостазу?

Клінічна ситуація №8

Зі слів матері дівчинка 14 років поскаржилась на нудоту, блювання, за п'ять годин до виникнення скарг їла свіжі приготовлені опеньки. При огляді - свідомість потьмарена, Т тіла 37,5°C. Шкіра бліда, поодинокі геморагічні висипання, вкрита холодним потом. Пульс 80 за хв, ритм. АТ 100/60 мм.рт.ст. Тони серця дещо ослаблені, чисті, ритмічні. Над легеньми везикулярне дихання. Живіт м'який, болісний при пальпації біля пупку за справа у підребер'ї. Випорожнення рідкі. Живіт дифузно-болючий, печінка виступає на 1,5-2 см з-під реберної дуги. ПТІ 51%. АЛТ 2,1 ммоль/л, білірубін 88 ммоль/л.

Питання для контролю:

1. За яких обставин виникли перелічені скарги та клініка?
2. Які особливості встановлені при пальпації живота?
3. Які зміни відмічаються у лабораторних дослідженнях?
4. Які додаткові лабораторні обстеження слід виконати для верифікації діагнозу?
5. Яка початкова терапія (попередження подальшого всмоктування та інш.)?
6. Який екстракорпоральний метод слід застосувати, з якого часу?
7. Який антидот слід ввести?
8. Яка патогенетична терапія отруєння блідою поганкою?

Клінічна ситуація №9

Хворий перебуває у відділенні реанімації з приводу Гострої ниркової недостатності, неуточненої (N 17.9). Останні декілька днів відмічається збільшення діурезу до 4 літрів, що не залежить від об'єму введеної рідини. Скарги на нудоту, блювоту, запаморочення. Пульс – 134 за хв., АТ – 100/65 мм рт.ст., температура тіла – 37.20С. Електроліти крові Na⁺ - 132 ммоль/л, K⁺ - 2,3 ммоль/л, Cl⁻ - 91 ммоль/л. Яке ускладнення виникло у хворого? Призначте лікування.

Питання для контролю:

1. Яка стадія гострої ниркової недостатності у хворого?
2. Які основні критерії поліуричної стадії ГНН (норма креатиніну, сечовини у сироватці крові)?
3. Норма калію у сироватці крові?
4. Основні принципи надання невідкладної допомоги при поліуричній стадії гострої ниркової недостатності?
5. Якими розчинами проводити корекцію гіпокаліємії?
6. Яким розчином забезпечується енергемічна потреба організму?
7. Яка дієтотерапія використується?

Клінічна ситуація №10

У приймальне відділення швидкою допомогою доставлена жінка 32 років у супроводі чоловіка. Свідомість порушена 7-8 балів по шкалі ком Глазго. АТ 90/60 мм рт ст, Пульс – 98 за хв, дихання Куссмауля, запах ацетону з роту. Глікемія 18,5 мм/л, рН крові 7,05; ВЕ - бммоль/л; ємкість бікарбонатного буфера 10ммоль/л; ацетон у сечі ++++. Зі слів чоловіка хворіє на цукровий діабет 1 типу. Останні 7 днів отримувала цефтріаксон з приводу лівобічної нижньо-часткової пневмонії.

Питання для контролю:

1. Чим обумовлена важкість стану хворої?
2. Ведучий синдром при обстеженні хворої?
3. Визначення глибини порушення свідомості?

4. Які маніпуляції необхідно провести ?
5. Визначити напрямки інтенсивної терапії.

Клінічна ситуація №11

У відділення інтенсивної терапії поступила хвора 82 років із порушенням свідомості 10-11 балів за шкалою Глазго із скаргами на спрагу, слабкість, нудоту. Об'єктивно: зниження тургору шкіри, очні яблука м'які. АТ 85/60 мм рт ст, Пульс – 106 за хв аритмічний. Лабораторні показники: цукор крові – 40 ммоль/л, Na крові 150 ммоль/л, Cl – 115 ммоль/л, K – 4,8 ммоль/л. Осмолярність плазми крові – 345 ммоль/л. Кетонурія відсутня. Із анамнезу відомо, що хворіє на ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу та цукровий діабет II типу. Впродовж останніх двох тижнів приймала діуретичні засоби.

Питання для контролю:

1. Що найвірогідніше спровокувало погіршення стану хворої?
2. Ведучий синдром при обстеженні хворої?
3. Яке порушення свідомості відповідає 10 – 11 балам за ШКГ?
4. Визначення виду порушення водно-електролітного балансу ?
5. Напрямки проведення інтенсивної терапії?

Клінічна ситуація №12

У хворого, що знаходився на стаціонарному лікуванні з приводу гострого апендициту, під час в/в введення цефтріаксону виникли головокружіння, різка загальна слабкість та утруднене дихання, висипання. Пульс – 100 уд./хв, АТ – 40/0 мм рт. ст.. В легенях свистячі хрипи, видих різко подовжений. З анамнезу відомо, що на бронхіальну астму пацієнт не хворів. Визначте патологічний стан та об'єм невідкладної допомоги.

Питання для контролю:

1. Причини погіршення стану пацієнта?
2. Припинити інфузію цефтріаксону?
3. Визначити ведучі синдроми при обстеженні пацієнта.
4. Способи корекції артеріального тиску.

Клінічна ситуація №13

В столовій лікарні під час вживання вишень у хворого наступив приступ ядухи, утруднення вдиху – хворий посинів та втратив свідомість. Наявні неефективні для вдиху дихальні рухи грудної клітки за участю в акті дихання допоміжних м'язів. При огляді відмічається виражений дифузний ціаноз, м'язова гіпотонія, пульс – 40 уд./хв, АТ – 50/30 мм рт.

Питання для контролю:

1. Чим зумовлено погіршення стану пацієнта?
2. Який тип та важкість дихальної недостатності?
3. Яка невідкладна допомога повинна бути надана?
4. Симптоматична терапія при відсутності дихання після відновлення прохідності ВДШ.

Клінічна ситуація №14

У приймальне відділення доставлена бригадою «швидкої медичної допомоги» хвора 45 років. Страждає на бронхіальну астму 14 років. Безсистемно використовувала сальбутамол і беротек (півтора флакони за 2 дні). На момент поступлення у приймальне відділення: самостійно сидіти не може, дихання «стогнуче», на звернення не реагує, при дотику – млява мімічна реакція. Загальний ціаноз. Дихання самостійне зі значно подовженим видихом, SpO₂ 39%. Тони серця дуже глухі, аритмічні. АТ 40/20 мм рт.ст.,

Питання для контролю:

1. Чим зумовлений важкий стан пацієнта?
2. Який тип та ступінь дихальної недостатності?
3. Діагноз?
4. Способи корекції гіпоксії ?

5. Способи корекції бронхоспазму.

Клінічна ситуація №15

У приймальне відділення лікарні звернувся хворий 23 років зі скаргами на біль в животі, нудоту, блювання, пронос, які виникли через 1 годину після вживання грибів з червоною шляпкою. Об'єктивно: шкіра бліда, вкрита потом, серцева брадиаритмія, посилена перистальтика кишечника, гіперсалівація, зіниці звужені, міоклонічні посмикування м'язів. АТ 80/50мм.рт.ст. Рс 46 на хв.

Питання для контролю:

1. Чим зумовлений стан пацієнта?
2. Ведучий синдром при обстеженні пацієнта ?
3. Яка невідкладна допомога ?
4. Який антидот необхідно ввести?
5. Які заходи є першочерговими для корекції гемодинаміки?

Клінічна ситуація №16

Сімейний лікар проводив ревакцинацію ДП хворій А. віком 26р. Через 5 хв жінка скаржиться на запаморочення, слабкість, з'явився уртикарний висип по всьому тілу. При обстеженні АТ-50/20мм.рт.ст, ЧСС на периферичних судинах 140/хв, слабого наповнення, частота дихання – 26/хв.

Питання для контролю:

1. Визначити основні симптоми можливої патології.
2. Поставити попередній діагноз.
3. Визначити клінічну форму шоку
4. Надати невідкладну допомогу.

Клінічна ситуація №17

До хворого П. 15 р., була викликана бригада екстреної медичної допомоги. Сестра повідомила, що брат ремонтував настільну електричну лампу. Виникло замикання і брат впав на підлогу..

Об'єктивно: По передній поверхні тіла сліди входження струму. Без свідомості, рефлекси відсутні, пульсу немає на сонній артерії. Після приїзду швидкої допомоги на ЕКГ діагностовано фібриляція шлуночків серця.

Питання для контролю:

- 1.Що є причиною важкого стану хворого?
- 2.Діагноз?
- 3.Невідкладна допомога ?
- 4.Інтенсивна терапія ?

Клінічна ситуація №18

У хворого Р. 20 р., на 2-гу добу після видалення нагноєної куприкової кісти в хірургічному відділенні виникло збудження, пронос, загальна слабкість, задишка. Об'єктивно: Кінцівки холодні на дотик, акроціаноз, холодний липкий піт. АТ – 60/20 мм рт ст., ЧСС – 135 уд/хв., частота дихання – 29/хв., Т тіла – 39,5°C. Перистальтика посилена. Лабораторне обстеження – лейкоцити – 22*10⁹/л, п/я – 32%, с/я – 43%, лімф. – 25%.

Питання для контролю:

1. Визначити основні симптоми можливої патології.
- 2.Поставити попередній діагноз.
- 3.Які додаткові методи обстеження потрібні для уточнення діагнозу.
- 4.Визначити спосіб стабілізації гемодинаміки..
- 5.Визначити характер антибіотикотерапії

Клінічна ситуація №19

До хворої Д. 16 років викликали сімейного лікаря з приводу втрати свідомості. З анамнезу стан погіршився після зустрічі з шкільними друзями. Спочатку було порушення

рівноваги, мови, дезорієнтація в просторі і особистості, нудота, блювання. Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки бліді, АТ-100/70мм.рт.ст, ЧСС-110уд/хв., тони серця звучні. Частота дихання – 20/хв., SaO₂-92%, відмічається храп. Над легеньми везикулярне дихання, провідні вологі хрипи. Перистальтика вислуховується. Тонус м'язів знижений. Корнеальний та блювотний рефлекс відсутній. Зіниці звужені, реагують на світло. Симптоми подразнення менінгеальних оболонок негативні.

Питання для контролю:

1. Чому потерпіла не розмовляє, не орієнтується в просторі та часі?
2. Ведучий синдром при обстеженні пацієнта ?
3. Визначення глибину коми ?
4. Забезпечення вітальних функцій?
5. Які стадії форсованого діурезу ?

Клінічна ситуація №20

В хірургічне відділення поступила гарної зовнішності пацієнтка 23 років, яка тривалий час лікувалась амбулаторно в зв'язку виразкою на гомілці, що не гоїлась. Сусіди по палаті відмітили, що хвора самотійно зробила собі якусь ін'єкцію, після чого в неї різко з'явився підвищений апетит, однак продуктів харчування в неї було обмаль. Через 10-15 хвилин в хворої почалося збудження, гіпертонус м'язів, гіперемія шкіри лица, які згодом змінились втратою свідомості.

Об'єктивно. Без свідомості, зіниці розширені, реакція на больове подразнення збережена. Волога холодна бліда шкіра, тургор збережений. На шкірі сліди великої кількості ін'єкцій, стоїть венозний катетер в кубітальній вені. Підвищена судомна готовність. На підключеному до хворої моніторі: частота дихання 12 за хвилину, тахікардія 110 уд/хв., артеріальний тиск 90/50 мм.рт.ст., сатурація крові 92%. Лабораторні обстеження відсутні.

Питання для контролю:

1. Чому потерпілий не розмовляє, не орієнтується в просторі та часі?
2. Визначення глибини коми, наявність судомної готовності ?
3. Виявлення слідів від підшкірних ін'єкцій ?
4. Причина холодного липкого поту, підвищеного апетиту ?
5. Який препарат слід ввести, в якій дозі?

Клінічна ситуація № 21

Хворий У., 29 років, на виробництві одержав удар металевою арматурою в область правого надпліччя.

При огляді визначається набряк правої надключичної ямки, біль при пальпації правої ключиці, крепітація відламків, укорочення правої половини плечового поясу. По тилу правого плечового поясу забита рана розмірами 3× 5 см., у рані видно кісткові відламки. При рентгенографії визначається осколковий перелом із зміщенням.

Питання для контролю.

1. Обґрунтуйте клінічний діагноз.
2. Який метод лікування доцільно застосувати?
3. Вкажіть терміни відновлення працездатності.

Клінічна ситуація № 22

Хворий Н, 18 років, впав з велосипеда. Скаржиться на біль у області лівого надпліччя, обмеження рухів в плечовому суглобі.

При огляді: ліву руку хворий притискує до грудей і підтримує під лікоть правою. Ліве надпліччя укорочене порівняно з правим, в проекції ключиці визначається набряклість і деформація. При пальпації набряку - болючість і крепітація кісткових відламків. Активні рухи в плечовому суглобі обмежені і болючі.

Питання для контролю.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Вкажіть типове зміщення відламків.

3. Який метод лікування доцільно застосувати?

Клінічна ситуація № 23

Робітникові 28 років на праву гомілку впала металева балка. Протягом 1 год з моменту травми доставлений в травматологічне відділення лікарні в стані середньої важкості.

На передньо-внутрішній поверхні верхньої третини правої гомілки є рана розміром 10 х 3 см. Відмічається виражена деформація та вкорочення гомілки. При спробі перекласти пошкоджену ногу, гомілка згинається в місці пошкодження (патологічна рухомість).

Питання для контролю.

1. Ваш діагноз?
2. Яка тактика лікування?

Клінічна ситуація №24

Чоловік 80 років оступився і впав на правий бік. Ударився ділянкою великого вертлюга. З'явилися сильні болі в пахової області. Потерпілий доставлений в травматологічне відділення лікарні. При огляді хворого в горизонтальному положенні права нога ротована назовні.

Самостійно поставити стопу вертикально не може. Спроба зробити це зі сторонньою допомогою призводить до появи сильного болю в кульшовому суглобі. Хворий не може підняти випрямлену в колінному суглобі ногу, замість цього він згинає її, і нога ковзає п'ятою по ліжку (симптом «прилиплої п'яти»). Постукування по п'яті і по великому вертлюгу болісне.

Питання для контролю

1. Ваш діагноз?
2. Які додаткові дослідження необхідно виконати?
3. Яка тактика?

Клінічна ситуація №25

Будівельник 44 років, під час роботи впав з 3-го поверху на будівельне сміття. Забив праву ногу. Доставлений в травматологічне відділення лікарні. При огляді праве стегно вкорочене і деформоване в середній третині. Пальпація цієї ділянки болюча. Визначається патологічна рухливість в місці травми.

Самостійно підняти випрямлену ногу хворий не може. По передньо-зовнішній поверхні правого стегна в середній третині наявна рана розміром 12х4 см, в якій видніються кісткова відламки.

Питання для контролю

1. Ваш діагноз?
2. Який метод лікування показаний?

Клінічна ситуація № 26

Хворий З, 28 років, скаржиться на біль в лівому ліктьовому суглобі, порушення рухів в ньому. Травма унаслідок падіння на зігнутий лікоть.

При огляді: ліву руку, зігнуту в ліктьовому суглобі, підтримує протилежною за передпліччя. Ліктьовий суглоб збільшений в об'ємі, виражений набряк по задній поверхні суглоба. При пальпації ліктьового відростка відмічається болючість, порушена рівнобедреність трикутника Гютера, западання між відламками. Активне розгинання передпліччя неможливе, пасивне – болюче.

Питання для контролю

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Який метод лікування доцільно застосувати і в чому він полягає?

Клінічна ситуація № 27

Хворий Л., 57 років, звернувся в травмпункт з скаргами на біль у області променево-зап'ясткового суглоба, порушення функції кисті. Травма унаслідок падіння на руку з упором на зігнуту кисть.

При огляді: ліве передпліччя набрякле в нижній третині, є «багнетоподібна» деформація. Кисть знаходиться в положенні згинання. Пальці кисті знаходяться в напівзігнутому положенні. Пальпаторно – різкий біль. Рухи в суглобі різко обмежені, чутливість в пальцях не порушена.

Питання для контролю

1. Сформулюйте діагноз.
2. Вкажіть види зміщення периферичного відламка.
3. Який метод лікування доцільно застосувати і в чому він полягає ?

Клінічна ситуація № 28

Хвора 60 років посковзнула на тротуарі, при падінні вдарилася долонею. Скаржитися на біль при рухах в правому променево-зап'ястковому суглобі. При огляді: праве передпліччя набрякле в нижній третині, є «багнетоподібна» деформація. Тиск на дистальну частину променевої кістки різко болючий.

Питання для контролю

1. Вкажіть діагноз пошкодження.
2. Вкажіть види зміщення периферичного відламка.
3. Спосіб знеболення при вправленні відламків.
4. Який метод лікування доцільно застосувати і в чому він полягає?

Клінічна ситуація № 29

Хворий К, 52 років, скаржитися на біль в правому плечі, порушення функції кінцівки. Травма внаслідок падіння на плече.

При огляді: плече збільшене в об'ємі за рахунок набряку, є кутова деформація його в нижній третині. При пальпації – різка болючість, крепітація, патологічна рухливість в нижній третині плеча. Кисть в положенні долонного згинання, розгинання її і відведення 1-го пальця неможливі. Також відсутня чутливість шкіри у області «анатомічної табакерки», пульсація на променевої артерії збережена.

Питання для контролю

1. Сформулюйте клінічний діагноз, яке ускладнення виникло у хворого?
2. Визначте тактику подальшого лікування.
3. Вкажіть терміни відновлення функції кінцівки.

Клінічна ситуація № 30

Молода дівчина, піднімаючись по сходах, впала і ударилася об сходинку. Звернулася в травматологічний пункт. При огляді: лівий колінний суглоб збільшений в об'ємі (гемартроз). Визначається локальна болючість при пальпації надколінка. Згинання колінного суглоба викликає біль. Розігнуту в колінному суглобі ногу хвора підняти не може. Між фрагментами надколінка пальпаторно визначається щілина.

Питання для контролю

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Вкажіть метод лікування та терміни іммобілізації.

Клінічна ситуація № 31

Пацієнтка 38 років після падіння на відведену руку відчула різкий біль у області правого плечового суглоба.

При огляді спостерігається набряк, деформація у верхній третині плеча, крововилив по внутрішній поверхні плеча. Вісь кінцівки порушена. Хвора підтримує руку у вимушеному дещо відведеному положенні. Активні рухи в плечовому суглобі із-за болю неможливі, пасивні – різко болючі і обмежені. Пальпація: локальний біль нижче великого горбика плечової кістки.

Питання для контролю

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Який метод обстеження необхідний для уточнення діагнозу?
3. Вкажіть метод лікування та терміни іммобілізації.

Клінічна ситуація № 32

Машиною швидкої допомоги в травматологічний пункт доставлений хворий Л, 36 років, з скаргами на болі в правому передпліччі, порушення функції кінцівки, наявність рани. Травма в результаті ДТП.

При огляді: права рука іммобілізована транспортною шиною. Виражений набряк передпліччя і його деформація, вкорочення сегменту. При пальпації передпліччя в середній третині відмічається різка болючість, крепітація і патологічна рухливість. По зовнішній поверхні плеча в нижній третині забита рана розмірами 3×8 см, помірно кровоточить, характеризується значним пошкодженням м'яких тканин і забруднена, в рані виступають кісткові уламки.

Питання для контролю

1. Сформулюйте діагноз.
2. Який метод лікування показаний?

Клінічна ситуація № 33

Хворий 24 років впав на ноги з балкона 4-го поверху. Відчув різкий біль у спині. Самостійно стати не може. При огляді: наявна згладженість лордозу у поперековому відділі, видне неозброєним оком напруження м'язів по типу «віжків». Рухи в поперековому відділі хребта різко обмежені через збільшення болю. Вісьове навантаження на хребет викликає сильний біль. При пальпації остистих відростків біль у зоні з XII грудного по I поперековий хребець, особливо при пальпації остистих відростків з одночасною спробою підняти розігнуті ноги. Однак пошкодження спинного мозку немає.

Питання для контролю

1. Встановіть первинний діагноз.
2. Який метод лікування показаний даному хворому і в чому він полягає?
3. Терміни лікування?

Клінічна ситуація № 34

Хворий скаржиться на біль в ділянці тазу, порушення функції нижніх кінцівок. Травма унаслідок падіння на сідниці з висоти 2 м. При огляді: положення вимушене (симптом Волковича), асиметрія тазу – передній - передній вертлюг розташований вище лівого. В ділянці лобка справа – набряк, болючість при пальпації. Відмічається укорочення правої ноги на 3 см і позитивним симптомом «прилиплої п'яти». Позитивні також симптоми Вернеля і Ларєя.

Питання для контролю.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Який метод лікування показаний даному хворому і в чому він полягає?
3. Терміни лікування?

Клінічна ситуація № 35

Жінка швидко йшла до автобусної зупинки, підвернула ліву стопу всередину. В результаті цієї травми з'явилися сильні болі в ділянці гомілковостопного суглоба. Звернулась в травматологічний пункт. Сильні болі в ділянці зовнішньої кісточки при ходьбі, кульгає, не може твердо стати на хвору ногу. При огляді лівого гомілковостопного суглоба ділянка зовнішньої кісточки набрякла, болюча при пальпації, крепітація. Рухи в гомілковостопному суглобі болючі і обмежені.

Питання для контролю.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Який метод обстеження необхідний для уточнення діагнозу?

3. Вкажіть метод лікування та терміни іммобілізації.

Клінічна ситуація № 36

У приймальне відділення звернувся хворий Н, 22 років, з скаргами на біль у області правого плечового суглоба, який посилюється при рухах. Напередодні впав на зовнішню поверхню плеча.

При огляді: в ділянці ключично-акроміального з'єднання набряк і сходинко-подібна деформація. При пальпації болючість, позитивний симптом «клавіші».

Питання для контролю.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Який метод обстеження необхідний для уточнення діагнозу?
3. Подальша тактика лікування.
4. Вкажіть терміни іммобілізації.

Клінічна ситуація № 37

Хворий А, 35 років скаржиться на біль в лівому плечовому суглобі, неможливість рухів в ньому. Отримав травму 12 годин тому назад внаслідок падіння на витягнуту і відведену руку. Ліва рука в положенні відведення, хворий підтримує за передпліччя правою рукою. Визначається западіння дельтовидного м'яза. Під шкірою чітко контурується акроміальний відросток. Активні рухи неможливі. При спробі привести плече до грудної клітки визначається посилення болючості, опір.

Питання для контролю

1. Вкажіть попередній діагноз.
2. Метод діагностики.
3. Метод лікування.
4. Терміни фіксації.

Клінічна ситуація № 38

Хворий Д., 41 рік, доставлений бригадою ШМД через 1годину після ДТП, скаржиться на інтенсивний біль в правому кульшовому суглобі, неможливість рухів в суглобі. При огляді: права нога ротована досередини, напівзігнута в кульшовому та колінному суглобах, приведена. Візуально значне вкорочення порівняно з лівою ногою. Великий вертлюг знаходиться вище лінії Розера-Нелатона. Активні рухи в кульшовому суглобі відсутні, при спробі пасивних – опір та пружна фіксація.

Питання для контролю

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Метод лікування, лікувальна іммобілізація, терміни іммобілізації

Клінічна ситуація № 39

Хворий С., 34 роки, впала з висоти 3 м. на зігнуті ноги. Поступив зі скаргами на болі в лівому кульшовому суглобі, неможливість рухів. При огляді: лежить на спині, ліва нога напівзігнута в колінному та кульшовому суглобі, відведена та ротована назовні. Великий вертлюг не пальпується. Активні рухи неможливі, пасивні болючі, пружні.

Питання для контролю

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Метод лікування, лікувальна іммобілізація, терміни іммобілізації

Клінічна ситуація № 40

Хворий І., 18 років, упав з опорою на перерозігнуту руку. Відчув різкий біль в ліктьовому суглобі, активні рухи стали в ньому неможливі. Під час огляду: ліктьовий суглоб деформований. Передпліччя вкорочено, зігнуто під кутом 130 градусів. Ліктьовий відросток виступає назад і назовні. Трикутник Гютера порушений. Активні рухи неможливі. При спробі зігнути пасивно передпліччя визначається пружний опір і посилення болю.

Питання для контролю

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Об'єм першої медичної допомоги.
3. Метод лікування.
4. Метод лікувальної іммобілізації, термін

Клінічна ситуація № 41

До амбулаторії звернувся хлопчик 16 років зі скаргами на неприємні відчуття та біль у паховій ділянці (по ходу сім'яного канатика) і яєчка зліва, що підсилюються при фізичних навантаженнях.

Об'єктивно: шкіра мошонки витончена, провисла зліва, при пальпації виявлено червоподібно розширені вени сім'яного канатика та яєчка зліва, які контурують крізь шкіру. Проба Вальсальви позитивна.

Завдання.

1. Визначити попередній діагноз.
2. Із якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Опишіть методику проведення проби Вальсальви при діагностиці варикоцеле?
4. Які додаткові методи обстеження доцільно призначити для уточнення діагнозу?
5. Визначити тактику лікування

Клінічна ситуація №42

Батьки дівчинки 4-ох тижнів скаржаться на те, що голова дитини постійно нахилена вліво, що викликало в них значне занепокоєння.

При огляді відмічається нахил голівки дитини на лівий бік, поворот підборіддя вправо. Спроба пасивно вивести голівку в пряме положення не має успіху через значне напруження та вкорочення лівого грудино-ключично-соскоподібного м'яза. На рівні середньої третини м'яза візуалізується і пальпується веретеноподібне потовщення, що не спаяне з прилеглими тканинами, і розташоване в черевці м'яза, ознаки запалення відсутні.

Завдання.

1. Визначити попередній діагноз.
2. Із якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Який додатковий метод діагностики доцільно призначити для уточнення діагнозу.
4. Які можливі наслідки при відсутності лікування даної патології?
5. Коли доцільно розпочинати консервативну терапію?
6. Коли показана оперативна корекція патології?

Клінічна ситуація №43

Батьки хлопчика 2 місяців під час її пеленання звернули увагу на асиметрію шкірних складок на стегнах. З цими скаргами звернулися до сімейного лікаря.

За даними акушерського анамнезу, дитина народилася в тазовому передлежанні, захворювань в період вагітності у матері не було. При об'єктивному огляді відмічається асиметрія шкірних складок на стегнах (яка виражається в різній кількості та різному їх розташуванню з обох боків), обмеження відведення лівого стегна в кульшовому суглобі, під час якого визначається симптом «кляцання» зліва (симптом Маркса-Ортолані). Ліва нога вкорочена відносно правої.

Завдання.

1. Визначити попередній діагноз.
2. Який метод обстеження дозволяє провести ранню діагностику проблеми?
3. Пояснити механіку виникнення симптому Маркса-Ортолані.
4. Визначити можливу тактику лікування.
5. Вказати оптимальні строки початку лікування даної патології

Клінічна ситуація №44

Батьки дитини віком 3 тижні звернулись за медичною допомогою до сімейного лікаря зі скаргами на наявність у дитини блювоти «фонтаном» без домішок жовчі, також батьки

звернули увагу на те, що дитина не набирає у вазі, рідкі сечовипускання, випорожнення схильні до закрепу.

Об'єктивно: у дитини зафіксовано дефіцит маси тіла 6%, під час огляду відмічено блювоту «фонтаном» без домішок жовчі (об'єм якої перевищує об'єм з'їденої їжі під час останнього годування), в епігастральній ділянці відмічена гіперперестальтика за типом піскового годинника.

Завдання.

1. Визначити попередній діагноз.
2. Із якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Яка терапія доцільна на догоспітальному етапі?
4. Визначити тактику ведення пацієнта.
5. Які додаткові методи діагностики можуть бути застосовані для уточнення діагнозу?

Клінічна ситуація №45

В приймальне відділення звернулася мама із дитиною – хлопчиком 14 років. Протягом останніх 3 діб дитина скаржиться на біль в ділянці лівого стегна в стані спокою, неможливість спиратись на ліву нижню кінцівку при ходьбі внаслідок вираженого больового синдрому, підвищення температури тіла до 38°C.

Об'єктивно. При огляді в ділянці н/3 лівого стегна визначається гіперемія шкіри, набряк м'яких тканин. При пальпації та перкусії в зазначеній ділянці визначається значна болючість і підвищення локальної температури.

На рентгенограмі лівого стегна патологічні зміни кісткової тканин відсутні. В загальному аналізі крові має місце лейкоцитоз $12,5 \times 10^9/\text{л}$, кількість нейтрофільних форм лейкоцитів складає 90%.

Завдання.

1. Визначити попередній діагноз.
2. Із якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Чому на рентгенограмі відсутні патологічні зміни кісткової тканини?
4. Визначити тактику лікування.
5. Чи необхідно іммобілізувати уражену кінцівку?

Клінічна ситуація №46

В приймальне відділення звернулася мама із дитиною – дівчинкою 2 років. Протягом останніх 2 діб у дитини мають місце втрата апетиту, багаторазова блювота та рідкі випорожнення, підвищення температури тіла до 39°C, біль в животі.

Об'єктивно. Дитина квола, лежить на кушетці у вимушеному положенні на правому боці із приведеними нижніми кінцівками до живота. Поверхнева пальпація болюча у всіх відділах, найбільше у правих мезогастральній та здухвинній ділянках. Глибока пальпація неінформативна внаслідок вираженого неспокою дитини. У правій здухвинній ділянці визначається позитивний симптом Воскресенського. В загальному аналізі крові має місце лейкоцитоз $10,5 \times 10^9/\text{л}$, кількість нейтрофільних форм лейкоцитів складає 83%.

Завдання.

1. Визначити попередній діагноз.
2. Визначити необхідні додаткові методи об'єктивного обстеження.
3. Як визначити симптом Воскресенського?
4. Із яким захворюванням необхідно провести диференційну діагностику?
5. Визначити тактику лікування

Клінічна ситуація №47

В приймальне відділення звернулася мама із дитиною – дівчинкою 6-місячного віку. Дитина перебуває на природньому вигодовуванні. Мати дитини, за 12 годин до звернення, нагодувала дитину манною кашею на коров'ячому молоці. Після цього у дитини мали місце 2-разова блювота, неспокій та плач із репризами 20 хвилин, під час випорожнень калові маси містили слиз рожевого кольору.

Об'єктивно. При огляді дитина бліда, квола. Живіт симетричний, не задіяний в акті дихання, не здутий, доступний глибокій пальпації та безболісний в усіх відділах, окрім правої мезогастральної ділянки, в якій пальпаторно визначається інфільтративне, рухоме, помірно болюче утворення. Симптом запусіння правої здухвинної ділянки позитивний. Перитонеальна симптоматика відсутня. При аускультатії в правих мезогастральній та здухвинній ділянках перистальтика не вислуховується. По завершенню пальцевого ректального дослідження на рукавичці визначається «малинове желе».

Результати УЗД ОЧП. В правій мезогастральній ділянці визначається УЗ симптом «мішені», перистальтика кишечника значно послаблена, в правій мезогастральній ділянці має місце м'ягкоподібна перистальтика.

Завдання.

1. Визначити діагноз.
2. Дати визначення симптомам «запусіння правої здухвинної ділянки» та «малинового желе».
3. Визначити відділення для госпіталізації пацієнта.
4. Скласти план обстеження.
5. Визначити тактику лікування.

Клінічна ситуація №48

До сімейного лікаря звернулись батьки дитини віком 4-ох тижнів зі скаргами на наявність плями червоного кольору, що локалізується в ділянці лівого плеча дитини.

При об'єктивному огляді: по зовнішній поверхні середньої третини лівого плеча, сімейний лікар виявив утворення у вигляді плями яскраво малинового кольору, з гладенькою поверхнею, що незначно підвищується над поверхнею шкіри, розмірами до 0,5 см в діаметрі, з чіткими контурами. Ознаки запалення відсутні. При натискуванні утворення блідніє.

Завдання.

1. Визначити попередній діагноз.
2. Назвати методи лікування даної патології.
3. Визначити тактику лікування.
4. Дати визначення критичної локалізації утворень.

Клінічна ситуація №49

В приймальне відділення звернулася мама із дитиною – дівчинкою 2 -місячного віку. Зі слів матері, 5 діб тому у дитини в ділянці правої молочної залози з'явилось інфільтративне утворення та почервоніння шкіри, із протоки періодично виділяється гнійний вміст у температура тіла періодично підвищується до 38°C.

Об'єктивно. Права молочна залоза збільшена, щільна, при пальпації визначається інфільтрація та набряк тканин, шкіра ураженої ділянки гіперемована..

В загальному аналізі крові має місце лейкоцитоз $11,5 \times 10^9/\text{л}$, кількість нейтрофільних форм лейкоцитів складає 91%.

Завдання.

1. Визначити діагноз.
2. Визначити необхідні загально-клінічні методи обстеження.
3. Визначити необхідні додаткові методи обстеження.
4. Визначити тактику консервативного лікування.
5. Визначити тактику хірургічного лікування

Клінічна ситуація №50

В приймальне відділення звернулася мама із дитиною – хлопчиком 3-ох місячного віку. Зі слів матері, 3 доби тому у дитини в перианальній ділянці з'явилось інфільтративне утворення та почервоніння шкіри, періодичне підвищення температури тіла до 39°C.

Об'єктивно. В перианальній ділянці визначається різко болюче при пальпації щільне, напружене інфільтративне утворення 2 см в діаметрі із флуктуацією в центрі, шкіра над утворенням гіперемована.

В загальному аналізі крові має місце лейкоцитоз $13 \times 10^9/\text{л}$, кількість нейтрофільних форм лейкоцитів складає 87%.

Завдання.

1. Визначити діагноз.
2. Визначити необхідні загально-клінічні методи обстеження.
3. Визначити необхідні додаткові методи обстеження.
4. Визначити тактику консервативного лікування.
5. Визначити тактику хірургічного лікування.

Клінічна ситуація №51

Батьки хлопчика 4 років звернулися до сімейного лікаря зі скаргами на випинання в паховій ділянці справа яке збільшується у вертикальному положенні та при фізичному навантаженні, та зменшується або зовсім зникає в горизонтальному положенні.

При об'єктивному огляді в правій паховій ділянці відмічається випинання, м'яко-еластичної консистенції при пальпації, безболісне, легко вправляється в черевну порожнину, зовнішнє пахове кільце розширене, шкіра не змінена. Симптом кашльового поштовху позитивний.

Завдання.

1. Визначити попередній діагноз.
2. Із якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Пояснити методику проведення симптому кашльового поштовху.
4. Визначити тактику лікування.
5. Оптимальний термін призначення хірургічного лікування

Клінічна ситуація №52

В приймальне відділення звернулася мама із дитиною – дівчинкою 2 - тижневого віку. Мати скаржиться на підвищення у дитини протягом останніх 2 діб температури тіла до 39°C , відмову від харчування, кволість, якій передував виражений неспокій, наявність почервоніння шкіри в ділянці правої сідниці.

Об'єктивно. Дитина квола, шкіряні покрови сірого кольору із мармуровим відтінком, дихання поверхневе, визначаються тахіпноє, тахікардія, тони серця приглушені. В ділянці правої сідниці визначається ділянка гіперемії шкіри 5 см в діаметрі. При пальпації ураженої ділянки визначаються значна болючість, флуктуація в центрі, інфільтрація та набряк м'яких тканин.

В загальному аналізі крові має місце лейкоцитоз $19,0 \times 10^9/\text{л}$, кількість нейтрофільних форм лейкоцитів складає 97%, має місце токсична зернистість нейтрофілів.

Завдання.

1. Визначити діагноз.
2. Який етіологічний фактор найчастіше є причиною захворювання?
3. Із якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
4. В чому полягають особливості хірургічного лікування?
5. Яке локальне ускладнення захворювання може виникнути у пацієнта?

Клінічна ситуація № 53

Пацієнт 25 р. скаржиться на постійний ріжучий біль в правій клубовій ділянці, інтенсивність якого зменшується в положенні лежачи на правому боці з зігнутими ногами, сухість в роті, загальну слабкість, підвищення температури тіла до $37,9^\circ\text{C}$, відсутність апетиту. Ниючий біль виник увечері в епігастрії. Через дві години відчув нудоту, було одноразове блювання. Біль до ранку став ріжучим і перемістився в праву здухвинну ділянку. Температура тіла підвищилася до $37,6^\circ\text{C}$, виникла тахікардія, сухість в роті. В дитинстві хворів простудними захворюваннями, паротитом. Офісний працівник. Курить протягом 4 років приблизно 7-8 цигарок на день. Міцного алкоголю не вживає, зрідка – пиво і енергетичні напої.

Об'єктивно: стан задовільний. Нормостенічної тілобудови. Шкіра тілесного кольору. АТ 122/80 мм рт. ст.. Пульс 92 за 1 хвилину. ЧД 18 за 1 хвилину, SpO₂ 98%. Аускультативно: дихання над легенями везикулярне. Тони серця фізіологічного співвідношення. При перкусії над легеневими полями ясний легеневий звук. Границі серця звичайні. При обстеженні черевної стінки: біль при пальпації та напруження м'язів передньої черевної стінки в правій нижній ділянці, там же позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Печінка та селезінка не пальпуються. Перистальтика квола.

Додаток:

- сонограма ділянки живота в зоні болю
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок УЗД дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 54

Пацієнт 56 років скаржиться на приступоподібний ріжучий біль в правому підребер'ї, що посилюється в горизонтальному положенні та в положенні на правому боці, віддає в праве плече, лопатку, праву частину поперекової ділянки, блювання шлунковим вмістом з домішками жовчі, підвищенням температури до 38,5°C, сухість в роті, загальну слабкість, відсутність апетиту, здуття живота. Хворіє третю добу, як вважає, після вживання смаженого м'яса, самостійно приймав панкреатин, спазмалгон, амоксицилін, ібупрофен з тимчасовим ефектом. Загалом, інтенсивність болю та гарячка наростають. Близько року тому був епізод схожого приступу, однак, з меншою інтенсивністю проявів. Тоді, як вважає, перелічених ліків виявилось достатньо для одужання. Працює приватним підприємцем. Не курить. Алкоголь вживає епізодично. Страждає на артеріальну гіпертензію, приймає ко-пренеса (периндоприл/індапамід) 1т. раз на добу.

Об'єктивно: стан важкий. Гіперстенічної тілобудови. Індекс маси тіла 30,85. Шкіра тілесного кольору, слизові субіктеричні. Язик обкладений жовтуватим нальотом. АТ 152/90 мм рт. ст.. Пульс 112 за 1 хвилину. ЧД 24 за 1 хвилину, SpO₂ 96%. Аускультативно: дихання над легенями везикулярне. Тони серця фізіологічного співвідношення. При перкусії над легеневими полями ясний легеневий звук. Границі серця звичайні. Живіт збільшений в об'ємі через надмірну масу тіла. При обстеженні черевної стінки: біль при пальпації та напруження м'язів передньої черевної стінки в правому підребер'ї, там же позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Постукування по правій реберній дузі різко болюче. Перистальтика квола.

Додаток:

- сонограма ділянки живота в зоні болю
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок УЗД дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 55

Хворий 55 р. страждає жовчно-кам'яною хворобою. Після зловживання алкоголем і смаженою їжею з'явився біль оперізуючого характеру в епігастральній ділянці з іррадіацією

в спину, нудота, багаторазове блювання, яке не приносить полегшення. Самопочуття прогресивно погіршується.

При огляді: стан тяжкий. Пульс 130 уд/хв. АТ 90/50 мм рт. ст. Добовий діурез до 450 мл. Температура тіла 36.9°C. В свідомості, адекватний при спілкуванні, проте трохи сонливий. Гіперстенічної тілобудови. Надмірного живлення, індекс маси тіла 35,7. Шкіра бліда, вкрита потом, тургор знижений, навколо пупка і в поперековій ділянці з'явилися синюшні плями. Видимі слизові субіктеричні. Дихання поверхневе, частота 31 за 1 хв. При аускультативній над легенями везикулярне дихання. Тони серця рівномірно ослаблені. Язик сухий, обкладений жовтуватим нальотом. Живіт збільшений в розмірах. При пальпації передня черевна стінка м'яка, болюча в епігастральній ділянці, там же пальпується болючий інфільтрат. Симптоми подразнення очеревини від'ємні. Перистальтика квола.

Додаток:

- сонограма органів черевної порожнини
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок УЗД дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 56

Пацієнт 30 р. доставлений бригадою “Швидкої допомоги” у приймальне відділення лікарні зі скаргами на різкий біль у животі ріжучого характеру, загальну слабкість. Захворів раптово, години півтори тому, коли відчув гострий біль в епігастральній ділянці. Вважає, що у минулому нічим не хворів. Протягом року турбує періодична печія. Останніх 2 місяці, переважно ночами, турбують ниючі болі в епігастрії. Епізодично приймає фосфалюгель, гавіскон. Працює програмістом. Курить понад 10 років, щонайменше пачку цигарок на день. Живе сам. Алкоголю не вживає, зрідка – пиво, сухе вино. Регулярно п'є міцну каву, деколи по 5-6 чашок, оскільки часто працює допізна.

Об'єктивно: стан середньої важкості. Астенічної тіло будови. Зниженого живлення, індекс маси тіла 17,21. Шкірні покриви бліді, риси обличчя загострені. Зміна положення тіла викликає посилення болю. Пульс 98 уд/хв, ритмічний, середньої величини і наповнення. АТ 100/60 мм рт. ст. ЧД 21 за 1 хвилину, SpO₂ 98%. З боку серця та легенів без патологічних змін. Язик сухий, обкладений нальотом. Живіт втягнутий, не бере участі в акті дихання, при пальпації різко напружений та болючий у верхніх відділах. Симптом Щоткіна – Блюмберга позитивний. Перкуторно над реберними дугами високий тимпаніт. Перистальтика квола.

Додаток:

- радіограма органів черевної клітки в прямій проекції
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію

Клінічна ситуація № 57

Пацієнт 40 років, який тривалий час страждає виразковою хворобою шлунку, відмічає, що за останні 2 дні біль у нього став менш інтенсивним, але, в той же час, з'явилась наростаюча слабкість, запаморочення. Вранці, піднявшись з ліжка, він на декілька секунд втратив свідомість. В дитинстві хворів простудними захворюваннями, паротитом. Приватний

підприємець. Курить протягом 4 років приблизно 7-8 цигарок на день. Міцного алкоголю не вживає, зрідка – пиво.

При огляді: стан середньої важкості. Астенічної тілобудови. Пульс 112 уд/хв. АТ 115/60 мм рт. ст. Температура тіла 36.3°C. ЧД 19 за 1 хвилину, SpO₂ 98%. В свідомості, адекватний. Шкіра бліда, тургор збережений. Видимі слизові бліді. Аускультативно: дихання над легеньми везикулярне. Тони серця фізіологічного співвідношення. При перкусії над легеньними полями ясний легеньний звук. Границі серця звичайні. Язик сухий, обкладений білуватим нальотом. Живіт симетричний, бере участь в дихальних рухах. При пальпації передня черевна стінка м'яка, в епігастральній області дуже незначна болючість. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптомів подразнення очеревини немає. Перистальтика квола. Проведена фіброгастроуденоскопія (ендофото додається).

Додаток:

- Фотографія ендоскопічної картини (ФГДС)
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок ФГДС дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію

Клінічна ситуація № 58

Пацієнт 68 років скаржиться на ниючий біль в правому підребер'ї, що посилюється в положенні на правому боці, віддає в праве плече, лопатку, праву частину поперекової ділянки, нудоту, підвищенням температури до 37,5°C, сухість в роті, загальну слабкість, відсутність апетиту, пожовтіння шкіри і склер, потемніння сечі, прояснення калу. Хворіє третю добу, як вважає, після переїдання, самостійно приймав панкреатин, спазмалгон без явного ефекту. Протягом двох років тричі були епізоди болю в правому підребер'ї, приймав спазмолітики з позитивним ефектом. Пенсіонер. Не курить. Алкоголь вживає епізодично. Страждає на артеріальну гіпертензію, приймає ко-пренеса (периндоприл/індапамід) 1т. раз на добу, кардіомагніл, аторвастатин.

Об'єктивно: стан середньої важкості. Гіперстенічної тілобудови. Індекс маси тіла 31,22. Шкіра, слизові іктеричні. Шкіра суха, тургор знижений. Язик обкладений жовтим нальотом. АТ 144/90 мм рт. ст.. Пульс 93 за 1 хвилину. ЧД 21 за 1 хвилину, SpO₂ 96%. Аускультативно: дихання над легеньми везикулярне. Тони серця ослаблені, більше перший. При перкусії над легеньними полями ясний легеньний звук. Живіт збільшений в об'ємі через надмірну масу тіла. При обстеженні черевної стінки: біль при пальпації та незначна резистентність передньої черевної стінки в правому підребер'ї, там же слабо-позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Постукування по правій реберній дузі болюче. Перистальтика квола. Пацієнту виконана ЕРХПГ (холангіограма додається).

Додаток:

- Холангіограма
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Дайте трактування результатам ЕРХПГ.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 59

Хворий 45 р. доставлений у стаціонар у дуже важкому стані. Він в'ялий, адинамічний, важко вступає в контакт, не може нічого розказати про початок захворювання. Зі слів сусіда,

котрий супроводжує пацієнта, протягом 4 діб не виходив з дому. Живе сам. Зловживає алкоголем. Не працевлаштований.

Астенічної тіло будови. Шкіра бліда, тургор знижений Риси обличчя загострені. Температура тіла 39,2°C. Пульс 132 уд/хв, слабкого наповнення. АТ 80/40 мм рт. ст. Дихання поверхнєве, 36 за 1 хв. При аускультатії над легеньми везикулярне дихання, справа донизу з помірним ослабленням. Тони серця рівномірно ослаблені. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Живіт здутий, при пальпації дифузно болючий і напружений. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний. Печінкова тупість відсутня. У вільній черевній порожнині відмічається рідина. Перистальтика не вислуховується

Додаток:

- рентгенограма органів черевної порожнини
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 60

Пацієнт 45 р. скаржиться на переймоподібний біль у животі, блювання шлунковим вмістом з домішками жовчі, здуття живота, затримку відходження газів і кишкових випорожнень. Біль наростає протягом останніх 3х діб, локалізований більше справа і внизу живота. Початок хвороби пов'язує з переїданням на весіллі у родича. В анамнезі – апендектомія 16 років тому з приводу гострого гангренозного апендициту, ускладненого перитонітом, перелом ключиці в дитинстві, травма хребта під час служби в армії. Працює трактористом. Курить протягом 28 років приблизно півпачки цигарок на день. Алкоголь вживає 1-2 рази на тиждень. Об'єктивно: стан середньої важкості. Температура тіла 37.8°C. Пульс 108 уд/хв., ритмічний, середньої величини і наповнення. АТ 110/70 мм рт. ст. ЧД 20 за 1 хвилину, SpO₂ 97%. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки звичайного кольору, чисті. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Аускультативно: дихання везикулярне, симетричне з обох боків. Тони серця фізіологічного співвідношення. При перкусії над легеньними полями ясний звук. Ліва границя серця на 1,5 см досередини від середньо ключичної лінії, де виявляється серцевий поштовх, права на 1 см від правого краю грудини. Живіт збільшений в розмірах, асиметричний за рахунок випинання у правій здухвинній ділянці. При пальпації м'який, болючий у правій половині. Перистальтика посилена, визначається шум "плескоту". Перкуторно над черевною стінкою тимпаніт, печінкова тупість збережена.

Додаток:

- радіограма органів черевної клітки в прямій проекції
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 61

Пацієнт 56 років скаржиться на біль в м'язах правого стегна, ступні та гомілки, що виникають при ходьбі на відстань близько 150-200 м, мерзлякуватість, затерпання пальців правої ступні. Зауважує погіршення у вогуку холодну погоду. Періодично турбують спастичні

болі в животі після їди. Працює муляром. Курить понад 40 років, приблизно пачку-півтори цигарок на день. Алкоголь вживає 1-2 рази на тиждень.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Адекватний у спілкуванні. Астенічної тілобудови. Шкіра тілесного кольору, тургор збережений. Слизові блідо-рожеві. АТ 140/76 мм рт. ст.. Пульс 68 за 1 хвилину, ритмічний, середньої величини та наповнення. ЧСС 64 за 1 хвилину. ЧД 18 за 1 хвилину, SpO₂ 98%. При аускультатії легень дихання везикулярне, розсіяні поодинокі сухі хрипи. Тони серця ритмічні, ослаблені, більше перший. При перкусії над легеневиими полями ясний легеневиий звук. Границі серця не розширені. Живіт симетричний, бере участь в диханні. Черевна стінка при пальпації м'яка, безболісна. Перистальтика активна. Шкіра на ногах бліда, суха, гіперкератоз нігтів, гіпотрофія м'язів. Пульсація на артеріях гомілки та ступні, підколінній справа не визначається. Хворому проведена агніографія (додається).

Додаток:

- ангиограма
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 62

Пацієнт 56 років, скаржитися на набряк та розпираючий біль в лівій нозі, що значно підсилюється при наступанні на неї. Вказані скарги виникли добу тому, виникли ввечері після тривалого сидіння (працює водієм). Пацієнт звернувся за допомогою, був оглянутий терапевтом, хірургом, виконане УЗД ніг. Курить близько 40 років, приблизно півпачки цигарок на день. Апендектомія в юності. В минулому алергія на пеніцилін у вигляді кропив'янки.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Свідомість ясна, адекватний в спілкуванні. Гіперстенічної тіло будови. Шкіра тілесного кольору, тургор збережений. Слизові звичайні. АТ 118/76 мм рт. ст. Пульс 68 за 1 хвилину, ритмічний, середньої величини і наповнення. ЧД 18 за 1 хвилину, SpO₂ 98%. При аускультатії легень дихання везикулярне, вислуховуються розсіяні поодинокі сухі хрипи. Тони серця ритмічні, фізіологічного співвідношення. При перкусії над легеневиими полями ясний легеневиий звук. Ліва границя серця на 1 см медіальніше від середньо ключичної лінії, права на 1 см від правого краю грудини. Живіт симетричний, бере участь в диханні. Черевна стінка при пальпації м'яка, безболісна. Перистальтика активна. Клінічно наявний набряк лівого стегна (збільшення на 10см порівняно з правим), гомілки (збільшення на 10 см порівняно з правою). Симптоми Мозеса та Хоманса позитивні.

Додаток:

- сонограма
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок УЗД дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 63

Пацієнт 56 років, скаржиться на різкий біль в лівій гомілці і ступні, обмеження рухів в суглобах нижньої кінцівки. Біль виник раптово. Пацієнт одразу ж звернувся за допомогою, був оглянутий терапевтом, хірургом, виконане УЗД ніг. Працює охоронником. Курить понад 40 років, приблизно пачку цигарок на день. В анамнезі інфаркт міокарду (4 роки тому). Періодично турбує задишка, бувають набряки на ногах. При погіршенні самопочуття звертається до лікаря, однак постійно приймати ліки відмовляється.

Об'єктивно: Загальний стан середньої важкості. В свідомості, адекватний. Стогне від болю. Шкіра тілесного кольору, тургор збережений. Помірна блідість слизових. АТ 118/76 мм рт. ст.. Пульс 98 за 1 хвилину, аритмічний. ЧСС 124 за 1 хвилину. ЧД 20 за 1 хвилину, SpO₂ 97%. При аускультатії легень дихання везикулярне, розсіяні поодинокі сухі хрипи. Тони серця аритмічні, ослаблені, більше перший, неоднакової гучності. При перкусії над легеневидами полями ясний легеневиий звук. Ліва границя серця на середньо ключичної лінії, права на 1,5 см від правого краю грудини. Живіт симетричний, бере участь в диханні. Черевна стінка при пальпації м'яка, безболісна. Перистальтика активна. Ступня і нижня третина гомілки лівої ноги різко болючі, холодні. Пальпація гомілки різко болюча, рухи в суглобах знижені. Пульсація лівої стегнової артерії зразу ж під пупартовою зв'язкою виразна, на інших артеріях кінцівки не визначається. Хворому проведена агніографія (додається).

Додаток:

- ангіограма
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 64

Пацієнт 27 років. Скарги на тиснучий біль в правій половині грудної клітки (переважно в ділянці спини, періодично віддає в надпліччя), що підсилюється при спробі глибокого дихання, кашлю, помірну задишку при ходьбі. Біль в спині справа виник раптово ввечері 3 дні тому. Наступного дня звернувся до сімейного лікаря, після фізикального огляду встановлено діагноз: міжреберна невралгія, призначено ібупрофен по 1 т. на добу. Напередодні працював фізично, після чого нароста задишка. Звернувся повторно. В дитинстві часто хворів простудними захворюваннями та бронхітами. Рік тому переніс апендектомію. Біль в спині турбує з підліткового віку, 2 роки тому проходив обстеження (МРТ хребта), встановлено сколіоз II ступеня. Офісний працівник. Курить протягом 4 років приблизно 7-8 цигарок на день. Міцного алкоголю не вживає, зрідка – пиво і енергетичні напої.

Об'єктивно: стан задовільний. Астенічної тіло будови. Шкіра тілесного кольору. АТ 130/80 мм рт. ст.. Пульс 68 за 1 хвилину. ЧД 20 за 1 хвилину, SpO₂ 97%. Аускультативно: дихання везикулярне, справа різко ослаблене. Тони серця фізіологічного співвідношення. При перкусії над легеневидами полями справа – коробковий звук, зліва – ясний легеневиий. Ліва границя серця на 1,5 см досередини від середньо ключичної лінії, де виявляється серцевий поштовх, права не визначається через тимпаніт біля правого краю грудини. Живіт симетричний, бере участь в диханні. Черевна стінка при пальпації м'яка, безболісна. Печінка та селезінка не пальпуються. Перистальтика активна. Вени шиї не розширені. Рухи в суглобах в повному об'ємі. Деформації кінцівок, набряки відсутні.

Додаток:

- радіограма органів грудної клітки в прямій проекції
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.

2. Чи потребує пацієнт невідкладної допомоги (обґрунтувати).
3. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
4. Дайте оцінку лабораторним показникам.
5. Запропонуйте хірургічну тактику.
6. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 65

Пацієнт 52 років, скаржиться на лихоманку (38-39°C), кашель з виділенням гнійно-гнильного сморідного харкотиння (понад 50-100 мл), що розшаровується при стоянні, епізодичне кровохаркання, задишку, пітливість. Захворів гостро 2 тижні тому після переохолодження, за допомогою не звертався. Курить близько 30 років, приблизно пачку цигарок на день. Алкоголь вживає 1-2 рази на тиждень. Працює електрогазоварювальником.

Об'єктивно: стан середньої важкості. ЧСС 112 уд/хв; АТ 110/80 мм рт. ст., ЧД 21 за 1 хв.. Над легенями справа медіальніше лопатки: аускультативно - ослаблення дихання з дрібно- і середньо пухирчатими вологими хрипами, перкуторно – вкорочення тону; пальпаторно - ослаблення голосового тремтіння. Тони серця рівномірно ослаблені. Живіт симетричний, бере участь в диханні. Черевна стінка при пальпації м'яка, безболісна. Печінка та селезінка не пальпуються. Перистальтика активна. Рухи в суглобах в повному об'ємі. Деформації кінцівок, набряки відсутні.

Додаток:

- радіограма органів грудної клітки
- результати лабораторних досліджень крові, харкотиння.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 66

Чоловік 52 років доставлений до лікарні зі скаргами на біль у лівій половині грудної клітки, лихоманку (38-39 °С), сухий кашель, задишку в спокої, яка зменшується в положенні на лівому боці, слабкість. Захворів три тижні тому після переохолодження, коли з'явилася біль у лівій половині грудної клітки, сухий кашель, підвищення температури тіла. Амбулаторно приймав антибіотики, протизапальні препарати. З часом помітив зниження інтенсивності болю, появу та наростання задишки. Курить 30 років, приблизно півпачки цигарок на день.

Об'єктивні зміни. Т: 38,3°C АТ: 115/60 мм рт ст ЧД: 22/хв Пульс: 104/хв. Пацієнт перебуває у середньо-важкому стані, блідий. Шкіра вкрита потом. Серцеві тони помірно ослаблені. В нижніх відділах грудної клітки зліва: аускультативно дихання різко ослаблене, перкуторно – притуплення, пальпаторно - ослаблення голосового тремтіння. Справа дихання везикулярне, перкуторний звук ясний. При плевральній пункції отримано каламутну рідину. Тони серця рівномірно ослаблені. З боку органів живота без ознак патології.

Додаток:

- радіограма органів грудної клітки в прямій проекції
- результати лабораторних досліджень крові, плевральної рідини.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.

5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 67

Хворий 62 років, скаржиться на біль в лівій половині грудної клітки, лихоманку (38-39°C), кашель з виділенням гнійно-гнильного сморідного харкотиння (понад 150-200 мл), що розшаровується при стоянні, задишку в спокої. Захворів гостро 3 тижні тому після переохолодження, за допомогою не звертався. Біль в грудях і задишка виникли раптово ввечері напередодні. Зловживає алкоголем, живе сам. Курить близько 50 років приблизно півпачки цигарок на день.

Об'єктивно визначається ціаноз шкіри, ортопное, тахікардія до 120 уд/хв; АТ 110/80 мм рт. ст., ЦВТ 135 мм в. ст. Над легеньми аускультативно - дихання зліва різко ослаблене, в нижніх відділах не вислуховується, перкуторно – коробковий звук від купола плеври до рівні III ребра (рахунок спереду), нижче - вкорочення тону; пальпаторно - ослаблення голосового тремтіння зліва на всьому протязі. Тони серця різко ослаблені. З боку органів живота без ознак патології. Проведена плевральна пункція на боці ураження, результат в додатку.

Додаток:

- радіограма органів грудної клітки в прямій проекції
- результати лабораторних досліджень крові, плевральної рідини.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 68

Пацієнт 36 років скаржиться на підвищення температури тіла до 39,9°C, болі в горлі при ковтанні, шиї та за грудиною, озноби, слабкість. Протягом двох тижнів лікується з приводу ангіни, незважаючи на терапію самопочуття прогресивно погіршується. Курить 30 років, приблизно півпачки цигарок на день. Алкоголь вживає епізодично. Була алергічна реакція на пеніцилін у вигляді кропив'янки. В дитинстві хворів на кір, паротит, жовтяницю.

Стан хворого важкий. АТ 110/70 мм. рт. ст., пульс 116 за 1 хв, середньої величини і наповнення. ЧД 24 за 1 хв.. Дихання везикулярне. При перкусії над легеньми ясний звук. Тони серця рівномірно ослаблені. Живіт симетричний, бере участь в диханні. Черевна стінка при пальпації м'яка, безболісна. Печінка та селезінка не пальпуються. Перистальтика активна. Рухи в суглобах в повному об'ємі. Деформації кінцівок, набряки відсутні. Місцево – набряк тканин та гіперемія шкіри на шиї справа, в надключичних ділянках, при пальпації – помірна повітряна емфізема тканин.

Додаток:

- Комп'ютерна томограма органів грудної клітки
- результати лабораторних досліджень крові.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 69

Пацієнт 27 років, доставлений в приймальне відділення бригадою «Швидкої допомоги» через 2 год. після поранення ножом в груди, яке отримав під час бійки в придорожньому кафе. При огляді стан важкий. Пасивно лежить на спині, стогне. В свідомості, адекватно орієнтований в часі і просторі, проте сонливий. На запитання відповідає переважно односкладно. Вживав міцний алкоголь (приблизно 350 мл горілки). Шкіра бліда, вкрита холодним потом. Губи ціанотичні. Шийні вени здуті. Пульс 124 за 1 хв., ритмічний, невисокий, краще визначається на сонних артеріях. АТ 80/40 мм рт. ст. ЧД 28 за 1 хв. Аускультация: дихання везикулярне, зліва незначно ослаблене в дорзальних відділах (обстеження в положенні хворого горілиць), тони серця різко ослаблені. Права границя серця - по парастернальній лінії справа, ліва - по середньо ключичній зліва. Місцево: зліва в проекції кріплення 5 реберного хряща до краю грудини рана 2×1 см з рівними краями, гострими кінцями, помірно кровоточить.

Черевна стінка при пальпації м'яка, безболісна. Печінка та селезінка не пальпуються. Перистальтика активна. Деформації кінцівок, набряки відсутні.

Додаток:

- радіограма органів грудної клітки в прямій проекції
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Чи можливе надання невідкладної допомоги, якщо так, то якої.
6. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 70

Хворий 32 років, скаржиться на порушення проходження твердої і рідкої їжі по стравоході, що супроводжується болем в міжлопатковій ділянці, зригування зміненою їжею, слиною. Зауважує епізоди за грудинного болю при ковтанні охолоджених напоїв. Періоди тимчасового покращення змінюються наростанням симптоматики. Хворіє близько трьох років. Появу перших епізодів дисфагії пов'язує з перенесеним стресом. Працює вчителем. Не курить. Міцного алкоголю не вживає, лише зрідка – вино чи пиво. В десятирічному віці переніс менінгіт. В дитинстві пацієнту діагностований синдром Жильбера.

Об'єктивно – зниженого живлення, шкіра і слизові звичайні. Периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс 68 уд/хв., ритмічний, середньої величини і наповнення; АТ 120/80 мм рт. ст. Над легеньми аускультативно – везикулярне дихання, перкуторно – ясний легеневий звук. Тони серця фізіологічного співвідношення. З боку органів живота без патології. Рухи в суглобах в повному об'ємі. Деформації кінцівок, набряки відсутні.

Додаток:

- езофагограма
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Які методи діагностики необхідно призначити для підтвердження діагнозу?
4. Дайте оцінку лабораторним показникам.
5. Запропонуйте хірургічну тактику.
6. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 71

Пацієнт 39 років, госпіталізований після транспортної пригоди (сидів на пасажирському місці, був затиснутий між металевими конструкціями). Скаржиться на задишку, біль в лівій половині грудної клітки.

При огляді стан важкий. Пульс 102 за 1 хв., ритмічний, середньої величини. АТ 110/80 мм рт.ст. ЧД 31 за 1 хв. SpO₂ 88%, температура тіла 36,7°C Аускультация: дихання зліва різко ослаблене, вислуховуються поодинокі булькаючі шуми; при перкусії на цьому боці мозаїчне чергування зон вкорочення звуку і тимпаніту. Над правим гемітораксом при аускультации везикулярне дихання, перкуторно – ясний легеневиий звук. Тони серця ослаблені. Живіт запалий, при пальпації не болючий, черевна стінка не напружена. Печінка та селезінка не пальпуються. Перистальтика активна.

Додаток:

- радіограма органів грудної клітки в прямій проекції
- результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).

Клінічна ситуація № 72

Хворий 52 років, скаржиться на періодичні за грудиною болі, печію, що значно підсилюється в положенні лежачи, при нахилах; відрижки повітрям, періодично – їжею, інколи – з домішками жовчі. Хворіє близько двох років. Епізодично приймає фосфалюгель, гавіскон, що дає короточасне зменшення печії. Обстежувався 2 місяці тому, виконана ФЕГДС, виявлене почервоніння слизової стравоходу та її гіпермобільність, ерозії в термінальному відділі, рефлюкс шлункового вмісту, при біопсії – плоский епітелій. Працює водієм, інколи доводиться підіймати тягарі. Курить понад 30 років, щонайменше пачку цигарок на день. Алкоголю не вживає, лише зрідка – сухе вино, після якого печія підсилюється. З напоїв надає перевагу міцній каві, випиває 3-4 чашки щодня.

Об'єктивно: підвищеного живлення, індекс маси тіла 34,2. Шкіра і слизові звичайні. Периферичні лімфовузли не збільшені. Пульс 64 уд/хв., ритмічний, середньої величини і наповнення; АТ 138/84 мм рт. ст. При аускультации над легенями везикулярне дихання, при перкусії – ясний легеневиий звук. Тони серця фізіологічного співвідношення. Живіт рівномірно збільшений через надмірну мас тіла. При пальпації черевна стінка м'яка, безболісна. Печінка нижнім краєм біля краю реберної дуги. Перистальтика активна. Рухи в суглобах в повному об'ємі. Деформації кінцівок, набряки відсутні.

Додаток:

- Рентгенограма з контрастованим стравоходом та шлунком.
- Результати лабораторних досліджень.

Питання для контролю

1. Встановіть клінічний діагноз.
2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Запропонуйте хірургічну тактику.
5. Запропонуйте медикаментозну корекцію (препарати у вигляді рецептів чи призначень).