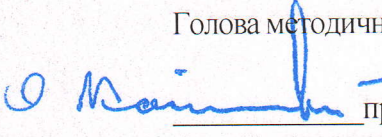


Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

«УЗГОДЖЕНО»

Методичною радою
хірургічних дисциплін
Протокол № 4
від «22» 03 2023 року

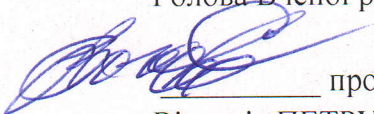
Голова методичної ради,

 проф. ЗВО
Олег КАНІКОВСЬКИЙ

«ЗАТВЕРДЖЕНО»

Вченою радою
ВНМУ ім. М.І. Пирогова
Протокол № 7
від «27» 04 2023 року

Голова Вченої ради,

 проф. ЗВО
Вікторія ПЕТРУШЕНКО

Об'єктивний структурований практичний (клінічний) іспит
Дисципліна «Хірургія, дитяча хірургія»
Спеціальність – 222 «Медицина», 2022-2023 навчальний рік

Інструкція для студента до станції № 3
«Стандартизований пацієнт у хірургічній клініці»

Завдання:

1. Проявити комунікативну компетентність.
2. Діагностувати хірургічну патологію на підставі отриманих даних.
3. Здійснювати диференційну діагностику захворювань.
4. Скласти план додаткових лабораторних та/або інструментальних обстежень хворого шляхом прийняття обґрунтованого рішення, на підставі найбільш вірогідного або синдромного діагнозу.
5. Визначити хірургічну тактику та маршрут пацієнта

Оснащення станції:

1. Сценарій клінічної ситуації.
2. Стандартизований пацієнт.
3. Результати додаткових методів діагностики (лабораторних, радіологічних, сонографічних, ендоскопічних)
4. Комп'ютерне обладнання.
5. Стіл
6. Стільці
7. Камера для трансляції відео та аудіо зображення з місця роботи студента
8. Ручка або олівець
9. Чистий офісний папір А4.
10. Оціночні листи

За умови дистанційної форми (з міркувань безпеки в умовах воєнного часу чи з метою запобігання поширенню гострої респіраторної хвороби COVID-19, спричиненої коронавірусом SARS-CoV-2) порядок проведення об'єктивного структурованого практичного (клінічного) іспиту (ОСП(К)І) регулюється Положенням про запровадження елементів дистанційного навчання у ВНМУ ім. М.І. Пирогова та відбуватиметься на платформі Microsoft Teams.

Оснащення для дистанційної форми ОСП(К)І: ситуаційні завдання, набори даних, віртуальні пацієнти.

У день іспиту секретар Державної екзаменаційної комісії приєднує до наради екзаменатора студента, група, якого здає іспит згідно графіку. На станції студент повинен привітатись та представитись, **пред'явити документ** (паспорт), який засвідчує його особу, викладачу. Студент отримує клінічну задачу, де передбачено оцінити скарги пацієнта, анамнестичні та об'єктивні дані, інтерпретувати результати лабораторного та інструментального методів дослідження даного пацієнта, встановити діагноз, визначити тактику ведення пацієнта і призначити лікування, називаючи групу препаратів та представника, дати коротку відповідь на додаткові питання, за умови їх наявності у завданні.

Тривалість проходження станції 5-7 хв. Після закінчення часу перебування на станції екзаменатор відповідь не приймає. Зверніть увагу, що викладач є спостерігачем ваших дій і не надає інструкції, не коментує і не опитує.

Вимоги до проходження станції:

- використання комп'ютера, ноутбука або планшетного комп'ютера під час відповіді;
- відповідь приймається за умови включеної камери, де чітко видно студента, який здає іспит, та включеного мікрофону з чітким звуком;
- під час роботи на станції ведеться відеозапис.

Заборонено користуватись мобільним телефоном, передавати будь-яку інформацію, яка стосується іспиту.

ОСП(К)І з дисципліни «Хірургія, дитяча хірургія» складається з двох станцій:

Станція № 3 «Стандартизований пацієнт у хірургічній клініці»

Станція № 4 «Стандартизований пацієнт у клініці дитячої хірургії»

Приклад оцінювання відповіді здобувача вищої освіти (ЗВО) на практичну (ситуаційну) задачу станції №3.

Клінічна ситуація №

Пацієнт 45 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°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°C, виникла тахікардія, сухість в роті.

Об'єктивно: стан задовільний. Нормостенічної тіло будови. Шкіра тілесного кольору. АТ 122/80 мм рт. ст.. Пульс 92 за 1 хвилину. ЧД 18 за 1 хвилину, SpO₂ 98%. Аускультативно: дихання над легеньми везикулярне. Тони серця фізіологічного співвідношення. При перкусії над легеньними полями ясний легеньний 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 – Блумберга. Печінка та селезінка не пальпуються. Перистальтика квола.

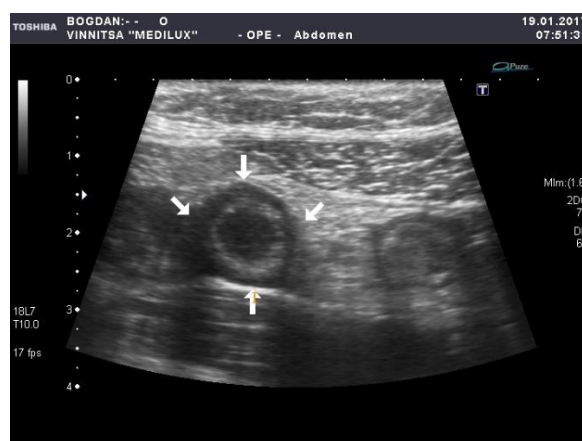
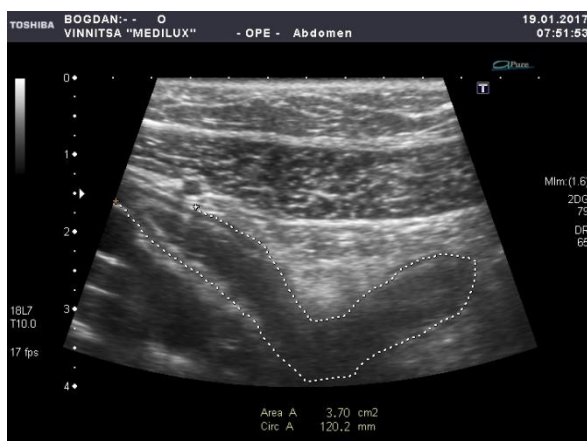
Додаток:

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

Завдання

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).



Загальний аналіз крові	
Гемоглобін	148 г/л
Еритроцити	$3.7 \times 10^{12}/л$
Лейкоцити	$11.7 \times 10^9/л$
базофіли	0 %
еозинофіли	1 %
нейтрофіли паличкоядерні	9 %
нейтрофіли сегментоядерні	71 %
лімфоцити	12 %
моноцити	7 %
Тромбоцити	$180 \times 10^9/л$
ШОЕ	20 мм/год
Загальний аналіз сечі	
колір	жовтий
Питома вага	1016
pH	5,4
Вміст білку	0,033 г/л
Вміст глюкози	відсутній
Еритроцити	0-1 у полі зору
Лейкоцити	5-7 у полі зору
Циліндри	відсутні
Епітеліальні клітини	1-2 у полі зору
солі	відсутні
Біохімічні дослідження	
Загальний білок сироватки крові	62 г/л
Глюкоза	4.8 Ммоль/л
Загальний білірубін	19.6 Мкмоль/л
Прямий білірубін	4,3 Мкмоль/л
Непрямий білірубін	15,3 Мкмоль/л
Сечовина	6,5 Ммоль/л
Креатинин	98 Мкмоль/л

Приклад відповіді на завдання.

1. Гострий апендицит.

2. Потовщення стінки апендикс, підвищена ехогенність оточуючої жирової клітковини.
 3. Нейтрофільний лейкоцитоз, зсув формули до незрілих форм (вліво).
 4. Госпіталізація в хірургічний стаціонар. Ургентна операція (апендектомія), оптимально - лапароскопічна.
 5. Після операції: анальгетики (напр.: Кеторолак 3% 1 мл тричі на добу в/м); антибіотикотерапія (Цефтриаксон 1,0 двічі на добу в/м).
- Примітка: допускається призначення будь-яких препаратів з названих груп за умови вірного застосування

Приклад нарахування балів

Критерій	Виконання	Бал
Комунікація	привітання, представлення, початок та закінчення спілкування	0 / 0,25
Встановлення клінічного діагнозу		0 / 0,25 / 1,0
	Гостра хірургічна патологія живота	0,25
	Гострий апендицит	1,0
Оцінка сонограми		0/0,25/0,75/1,0
	Гостра хірургічна патологія живота	0,25
	Апендицит	0,75
	Потовщення стінки апендикса, підвищена ехогенність оточуючої жирової клітковини (апендицит)	1,0
Оцінка лабораторних змін		0/0,25/0,5/0,75
	лейкоцитоз	0,25
	нейтрофільний лейкоцитоз	0,5
	нейтрофільний лейкоцитоз, зсув вліво	0,75
Хірургічна тактика		0 / 0,25 / 1,0 / 1,25
	Госпіталізація в хірургічний стаціонар.	0,25
	Госпіталізація в хірургічний стаціонар. Ургентна операція (апендектомія)	1,0
	Госпіталізація в хірургічний стаціонар. Ургентна операція (апендектомія), оптимально - лапароскопічна	1,25
Медикаментозне лікування		0 / 0,25 / 0,5 / 0,75
	названі групи препаратів чи препарати без дозувань	0,25
	вказано препарат однієї групи у вигляді рецептів чи призначень	0,5
	вказано препарати необхідних груп у вигляді рецептів чи призначень	0,75
Мінімальний / максимальний бал за завдання		0 / 5,0

Перелік завдань до Станції 3 (нумерація не збережена)

1. Чоловік 65 років скаржить на порушення прохідності твердої їжі по стравоході, інколи – вимушений запивати м'яку їжу, слабкість, схуднення. Зрідка турбують болі в епігастрії з іррадіацією в спину. Перші прояви дисфагії виникли 4 місяці тому, після чого вона не зникала та поступово наростала. Біль зауважується протягом двох останніх тижнів. Курить протягом 40 років, приблизно по пачці цигарок на день. Два-три рази на

тиждень вживає міцний алкоголь. Віддає перевагу гострій їжі. Пенсіонер, працював робітником на асфальтному заводі.

Об'єктивно: зниженого живлення. Шкіра і слизові звичайні. Температура тіла: 36,8°C; ЧД: 16 / хв.; Пульс 72 уд/хв, ритмічний, середньої величини і наповнення; АТ 130/80 мм рт. ст. Грудна клітка емфізематозна. Над легеньми аускультативно – везикулярне дихання з подовженим видихом, перкуторно – легеневий звук з тимпанічним відтінком. Тони серця рівномірно ослаблені. Живіт м'який, при глибокій пальпації в епігастрії помірно болючий. Перистальтика активна.

Додаток:

- езофагограма
 - результати лабораторних досліджень.
- Завдання
1. Встановіть клінічний діагноз.
 2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
 3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
 4. Які додаткові методи дослідження необхідні?
 5. Запропонуйте лікувальну тактику.

2. Жінка 27 років скаржиться на гострий приступоподібний біль в правій поперековій ділянці, часте сечовипускання, нудоту, періодичне блювання. Біль віддає в праву пахову ділянку, великі статеві губи та праве стегно, практично не залежить від зміни положення тіла. Потяги до сечовипускання повторюються кожні 10-15 хвилин. Сеча виділяється малими порціями. Хворіє на протязі 3 років. Вищезгадані приступи повторювались 2-3 рази на рік, але були менш інтенсивними та короткочасними.

Об'єктивно: хвора неспокійна, постійно міняє положення тіла, підіймається з ліжка. Під час пальпації визначається захисна напруга м'язів в правій поперековій ділянці. Нирки не визначаються, ділянка правої нирки болюча. Симптом Пастернацького позитивний справа.

Додаток:

- екскреторна урограма
 - результати лабораторних досліджень.
- Завдання
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).

3. Чоловік 51 року скаржиться на біль у лівому підребер'ї, що віддає в ліве надпліччя та шию при спробі лягти горілиць, загальну слабкість, сухість у роті. Три години тому повертався з святкування дня народження у товариша, при переході залізничної колії впав лівим боком на рейки.

При огляді стан важкий. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, холодний піт. Запах алкоголю з рота. Вени на шиї не розширені. Пульс слабого наповнення, 100 уд/хв. АТ 85/55 мм рт.ст. Над легеньми при аускультатії везикулярне дихання. Тони серця фізіологічного співвідношення. В ділянці лівої реберної дуги лінійне садно. Живіт помірно збільшений в розмірах, дихальні рухи обмежені. При пальпації виявляється болючість та незначне напруження м'язів у лівому підребер'ї, біль в лівій реберній дузі, слабо позитивний симптом Щоткіна–Блумберга. Перистальтика ослаблена.

Додаток:

- КТ скан черевної порожнини

- результати лабораторних досліджень.
Завдання
 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).

4. Жінка 57 років, скаржиться на важкість в правому боці та періодичний біль в правому підребер'ї, гарячку ввечері до 38,5°C з ознобом, слабкість, погіршення апетиту. Три тижні тому перенесла лапароскопічну холецистектомію на фоні затяжного важкого приступу холециститу, що супроводжувався пропасницею. В післяопераційному періоді щодня відмічаються епізоди підвищення температури тіла.

Об'єктивно: хвора виглядає виснаженою. Шкіра суха, зморшкувата, шкірна складка розправляється із затримкою. Температура тіла 37,8°C Пульс 92 уд/хв; АТ 138/80 мм рт. ст. Над легеньми аускультативно – везикулярне дихання, справа в нижніх відділах з помірним ослабленням. При перкусії над легеньними полями ясний звук. Тони серця рівномірно ослаблені. На черевній стінці добре сформовані післяопераційні рубці в місцях лапаропортів. При пальпації в правому підребер'ї та постукуванні по правій реберній дузі відмічається болючість. Нижній край печінки на 3 см нижче краю реберної дуги. Перистальтика вислуховується.

Додаток:

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

5. Жінка 56 років звернулась із скаргами на зміни шкіри правої молочної залози. За її словами, за останні кілька місяців шкіра навколо правого соска стала червоною і "лускатою". Лівий сосок та ареола звичайні. Пацієнтка не відвідувала лікаря протягом 4 років. В анамнезі періодична печія, з приводу чого нерегулярно приймає омепразол. Має дорослого сина. Не курить, не вживає алкоголю. З початку цього року в менопаузі.

Об'єктивне обстеження. Температура тіла: 36,8°C; АТ: 156/90; ЧД: 14 / хв.; Пульс: 72 / хв., ритмічний, середньої величини. Грудна клітка симетрична. При аускультатії над легеньми везикулярне дихання. При перкусії ясний звук. При пальпації правої молочної залози виявляється досить тверде 2-сантиметрову утворення верхньому, зовнішньому квадранті правої грудей, не фіксоване до грудної стінки. Шкіра над ним погано береться в складку. Правий сосок та частина ареола має екзематоїдний, лускатий вигляд. Обстеження лівої молочної залози без особливостей. Доступні пальпації лімфатичні вузли не збільшені. При обстеженні живота – без особливостей.

Додаток:

- мамограма
- результати лабораторних досліджень.
Завдання
 1. Встановіть клінічний діагноз.
 2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.

3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
4. Які додаткові методи дослідження необхідні?
5. Запропонуйте лікувальну тактику.

6. У жінки 76 р. виник та поступово нарів поширений переймоподібний біль у животі, нудота, кілька разів блювала спочатку зміненою їжею, далі – жовцю без відчуття полегшення. Відмічає здуття живота, затримку відходження газів. Захворів добу тому, на її думку, після того, як всмак поїла на дні народження в невістки. Востаннє правилась позавчора. У минулому - відкрита операція з приводу деструктивного холецистити, місцевого перитоніту. Страждає на гіпертонічну хворобу, за приписом сімейного лікаря приймає лізиноприл, аторвастатин, клопідогрель.

Об'єктивне обстеження: хвора з ожирінням. Температура тіла: 36,7°C; АТ: 158/94 мм рт ст.; ЧД: 26 / хв.. Пульс 108 уд/хв ритмічний, середньої величини. Шкіра суха, слизові рожеві. Язик сухий, обкладений жовтуватим нальотом. При аускультатії над легеньми везикулярне дихання. При перкусії ясний звук. Тони серця чисті, акцент II тону на аорті. Живіт збільшений в розмірах. По серединній лінії – деформований післяопераційний рубець, в його середній частині – асиметричне випинання 15×12 см за рахунок збільшення лівої половини. При спробі пальпації випинання різко болюче, напружене. Перистальтичні шуми нерівномірні, періодично посилюються, визначається шум “плескоту”. Перкусія живота виявляє високий тимпаніт.

Додаток:

- оглядова рентгенограма черевної порожнини;
- результати лабораторних досліджень.

Завдання

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).

7. Жінка 32 років звернулась із скаргами на біль у животі, загальну слабкість, запаморочення, часті (до 18 разів на добу) кишкові випорожнення з домішками крові та слизу, субфебрилітет, втрату маси тіла до 20 кг протягом року. Не курить. Зрідка вживає сухе вино. Періодично турбують болі в суглобах. Працює бухгалтером.

Хвора виснажена, зниженого живлення. Відмічається блідість шкірних покривів та кон'юнктив, пастозність нижніх кінцівок. Температура тіла: 37,3°C. АТ 106/60 мм рт.ст.. Пульс 98 за 1 хв., середньої величини і наповнення. При аускультатії над легеньми везикулярне дихання. При перкусії ясний звук. Тони серця чисті. Живіт правильної форми, бере участь у дихальних рухах. При пальпації живота відмічається болючість у проекції товстої кишки, наявність щільного, спазмованого тяжа у правій половині. Перистальтика квола.

Додаток:

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

Завдання

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

8. Чоловік 62 років скаржиться на кашель з виділенням слизово-гнійного харкотиння, інколи з домішками крові, слабкість, зниження апетиту, схуднення, задишку при ходьбі по сходах. Зрідка турбують болі в суглобах. Курить протягом 44 років, приблизно по пачці цигарок на день, тому кашель вважає звичним явищем. Звернувся через появу кровохаркання. Працював механізатором, зараз на пенсії. Два-три рази на тиждень вживає міцний алкоголь.

Об'єктивно: астеничної тілобудови, зниженого живлення. Шкіра і слизові звичайні. Температура тіла: 36,8°C; ЧД: 22 / хв.; Пульс 78 уд/хв, ритмічний, середньої величини і наповнення; АТ 138/82 мм рт. ст. Вени шії не розширені. Доступні пальпації лімфатичні вузли не збільшені. Деформація кінцевих фаланг пальців рук за рахунок потовщень. Над легеньми аускультативно – везикулярне дихання, зліва ослаблене в нижніх відділах. При перкусії – над легеньними полями ясний звук, в проекції ослаблення дихальних звуків – тупий. Тони серця рівномірно ослаблені. Передня черевна стінка при пальпації м'яка, безболісна. Перистальтика активна.

Додаток:

- КТ скан грудної клітки
 - результати лабораторних досліджень.
- Завдання
1. Встановіть клінічний діагноз.
 2. Сформулюйте висновок рентгенологічного дослідження.
 3. Дайте оцінку лабораторним показникам.
 4. Які додаткові методи дослідження необхідні?
 5. Запропонуйте лікувальну тактику.

9. Чоловік 59 років звернувся із скаргами на біль у животі, слабкість, нудоту, гарячку. Курить протягом 42 років, приблизно по пачці цигарок на день. Працює водієм, нерідко виїжджає в далекі рейси, тому харчується досить непорядковано. Перевагу віддає м'ясній, жирній їжі. Зрідка вживає сухе вино. В минулому зауважує схожі, проте набагато легші епізоди, зазвичай скарги зникали за 1-2 дні самостійно.

Хворий гіперстенічної тілобудови. Шкіра та слизові звичайні. Температура тіла: 38,1°C. АТ 146/90 мм рт.ст.. Пульс 104 за 1 хв., середньої величини і наповнення. При аускультатії над легеньми везикулярне дихання. При перкусії ясний звук. Тони серця чисті. Живіт правильної форми, бере участь у дихальних рухах. При пальпації черевна стінка болюча та помірно напружена в лівому нижньому квадранті. Симптом Щоткіна-Блумберга негативний. Перистальтика ослаблена. При ректальному дослідженні відхилень не виявлено, на рукавичці звичайний кал.

Додаток:

- Грифограма
- результати лабораторних досліджень.

Завдання

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).

10. Жінка 62 років звернулася за допомогою через появу та прогресування слабкості та схуднення (приблизно 8 кг за останні 3 місяці). При детальному розпитуванні встановлено, що пацієнтка схильна до закріпів, останнім часом зауважує появу чорного стулу. За призначенням сімейного лікаря приймає небіволол, аспірин, симвастатин. Не

курить, алкоголь не вживає. Має дорослих дітей. Мати померла в 58-річному віці після операції з приводу кишкової непрохідності.

При огляді: нормостенічної тілобудови. Шкіра суха, кон'юнктиви бліді. Температура тіла: 36,8°C; ЧД: 16 / хв.; Пульс 62 уд./хв., ритмічний, середньої величини і наповнення; АТ 142/80 мм рт. ст. Доступні пальпації лімфатичні вузли не збільшені. При аускультатії над легенями везикулярне дихання. При перкусії ясний звук. Тони серця чисті. Живіт правильної форми, бере участь у дихальних рухах. При пальпації черевна стінка неболюча, без напруження. Перистальтика вислуховується. При ректальному дослідженні відхилень з боку ампулярного відділу прямої кишки не виявлено, на рукавичці чорний кал.

Додаток:

- Іригограма
- результати лабораторних досліджень.

Завдання

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).

11. 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°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°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 легеневидами 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.

Завдання

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

12. 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.

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 легеньми везикулярне. Тони серця фізіологічного співвідношення. При перкусії над легеньними полями ясний легеньвий 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.

Завдання

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

13. 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 легеньми 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.

Завдання

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

14. 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.

Завдання

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

15. 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 легенями везикулярне. Тони серця фізіологічного співвідношення. При перкусії над легеневидами полями ясний легеневиий 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.

Завдання

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

16. 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, самотійно 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) 1г. 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 легенями везикулярне. Тони серця ослаблені, більше перший. При перкусії над легеневидами полями ясний легеневиий 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 слабко-позитивний симптом Щоткіна – Блюмберга. Постукування по правій реберній дузі болоче. Перистальтика квола. Пацієнту виконана ЕРХПГ (холангіограма додається).

Додаток:

- Холангіограма
- результати лабораторних досліджень.

Завдання

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).

17. 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 поверхневе, 36 за 1 хв. При аускультатій над легенями везикулярне дихання, справа донизу з помірним ослабленням. Тони серця рівномірно ослаблені. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Живіт здутий, при пальпації дифузно болочий 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.

Завдання

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).

18. 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 легeneвими 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.

Завдання

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).

19. 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 легeneвими полями ясний легeneвий 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.

Завдання

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).

20. Пацієнт 56 років, скаржиться 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 легeneвими полями ясний легeneвий 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.

Завдання

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).

21. 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 легeneвими полями ясний легeneвий 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:

- ангиограма
- результати лабораторних досліджень.

Завдання

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).

22. 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 ввечері 2 дні тому, коли послизнувся і впав на сходах. Наступного дня звернувся до сімейного лікаря, після фізикального огляду встановлено діагноз: міжреберна невралгія, призначено ібупрофен по 1 т. на добу. 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 легeneвими полями справа – коробковий звук, зліва – ясний легеневий. 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.

Завдання

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).

23. 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 електрогазозварювальником.

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.

Завдання

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).

24. 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°С 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.

Завдання

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).

25. Хворий 62 років, скаржиться на біль в лівій половині грудної клітки, лихоманку (38-39°С), 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, ортопноє, 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.

Завдання

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).

26. 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.

Завдання

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).

27. Пацієнт 27 років, доставлений в приймальне відділення бригадою «Швидкої допомоги» через 2 год. після поранення ножом в груди, яке отримав під час бійки в придорожному 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.

Завдання

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).

28. 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.

Завдання

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).

29. 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 аускультатії везикулярне дихання, перкуторно – ясний легеневий 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.

Завдання

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).

30. Хворий 52 років, скаржиться на періодичні за грудинні 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 аускультатії над легенями везикулярне дихання, при перкусії – ясний легеневий 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.

Завдання

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).

Перелік лікарських засобів для використання у відповідях на завдання Станції 3

- Rp.: Sol. Ketorolac 3% 1ml
D.t.d. № 10 in amp.
S.: В/м по 1 мл при болях 3 рази на день
- Rp.: Sol. Diclofenaci 2,5% 3 ml
D.t.d. №10 in amp.
S.: В/м 1 раз на добу
- Rp.: Sol. Nalbuphini 1% 1 ml
D.t.d № 5 in ampullis
S.: в/м при болях до 3 разів на добу.
- Rp.: Sol. Morphini hydrochloridi 1% 1 ml
D.t.d. № 10 in amp.
S.: п/ш, в/м, в/в кожних 6 годин
- Rp: Sol.Metronidazoli 0,5% 100 ml
D.S.: В/в крапельно 3 р/д
- Rp: Meropenem 1.0 №10
S.: в/в крап. на 100 мл фізрозчину 3 рази на добу
- Rp: Ceftriaxonі 1,0
D. t. d. №10
S.: в/в крап. на 100 мл фізрозчину кожні 12 годин.
- Rp.: Cefepimi 1,0
D.t.d №10
S. в/в крап. на 100 мл фізрозчину кожні 12 годин.
- Rp.: Sol.Amikacini 25% 2 ml
D.t.d № 10 in ampullis
S. вводити в/м із розрахунку 10-15 мг/кг на добу в 2 прийома.
- Rp: Laevofloxacinі 5% 100 ml N10
S.: в/в крап. 1 раз на добу
- Rp: Amoxicillini/Klavulanati 0.875/0.125 №10
S.: в/в крап. на 100 мл фізрозчину кожних 8 годин.
- Rp: Sol. Hydrocortizoni 2,5% 2ml
D.t.d.№10 in amp.
S.: в/в струменево на фізрозчині
- Rp.: Sol. Prednisoloni 3% 1ml
D.t.d. № 10 in amp.
S.: в/в стуминно
- Rp.: Sol. Proserini 0.05% 1ml
D.t.d. № 10 in amp.

S.: п/ш 1-2 рази на добу

Rp.: Sol. Heparini 5 ml (1 ml 5000 MO)

D.t.d. №1

S.: в/в кожних 6 год. під контролем часу згортання крові

Rp: Sol. Enoxarini 3 ml

D.S. По 0,4 мл підшкірно 1 р/д

Rp.: Sol. Lidocaini hydrochloridi 2% 2ml

D.t.d. №10 in amp.

S.: місцевий анестетик. Системно: в/в крап. в 0,9% р-ні NaCl

Rp.: Sol. Pantoprazoli 0,02 №5

D.S. Для в/в крапельного введення на 100 мл фізрозчину двічі на добу

Rp.: Sol. Glucosae 5% 200 ml

D.S. Для в/в крапельного введення,

Rp.: Sol. Natrii chloridi 0,9% 200 ml

D.S. Для в/в крапельного введення

Rp.: Sol. Adrenalini hydrochloridi 0,1% 1ml

D.t.d. № 10 in amp.

S.: В/в по 1 мл в 0,9% р-ні NaCl

Rp.: Sol. Noradrenalini hydrotartratis 0.2% 1 ml

D.t.d. № 10 in amp.

S.: в/в крап. в 500 мл 5% р-ну глюкози під контролем АТ

Rp.: Sol. Atropini sulfatis 0.1% 1 ml

D.t.d. № 10 in amp.

S.: в/в при брадикардії

Rp.: Sol. Furosemidi 1% 2ml

D.t.d. № 10 in amp.

S.: в/в

Rp.: Ac. tranexamici 0.5 (5 ml) in amp. №5

S.: в/в повільно 2 рази на добу

Rp.: Sol. Hydroxyethyl-Starch 500 ml

D.S.: Для в/в інфузії

Rp.: Плазма свіжозаморожена одногрупна 200ml

D.S.: Для в/в трансфузії після розморожування

Rp.: Еритроцити маса одногрупні 200ml

D.S.: Для в/в трансфузії після виконання проб на групову і резус приналежність, індивідуальну та біологічну сумісність