

ЗАТВЕРДЖЕНО

Перший проректор з науково-педагогічної роботи
ЛНМУ імені Данила Галицького

Доц. Ірина СОЛОНИНКО

ЗАТВЕРДЖЕНО

спільним засіданням Вчених рад медичних факультетів №1 та №2 та
факультету іноземних студентів ЛНМУ імені Данила Галицького,
протокол № 1/03-2024 від 13.03.2024 р.

Декан медичного факультету №1 _____ проф. Марта КОЛІШЕЦЬКА

Декан медичного факультету №2 _____ доц. Олег КАПУСТИНСЬКИЙ

Декан факультету іноземних студентів _____ доц. Євген ВАРИВОДА

ЗАТВЕРДЖЕНО

на засіданні профільної методичної ради з хірургічних дисциплін ЛНМУ імені
Данила Галицького, протокол № 24 від 22.02.2024 р.

Голова _____ проф. Віктор АНДРЮЩЕНКО

АЛГОРИТМИ ВИКОНАННЯ КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ

екзаменаційної станції ОСП(К)І

Вирішення клінічного ситуаційного завдання (робота зі стандартизованим

пацієнтом у хірургічній клініці)

дисципліна «ХІРУРГІЯ»

для спеціальності 222 «Медицина»

Алгоритм дій на клінічній станції «Спонтанний пневмоторакс»

У здорового до цього часу чоловіка Т., віком 28 років, під час фізичного навантаження (ранішнього бігу) з'явився різкий колючий біль у лівій половині грудної клітки та відчуття нестачі повітря. Стан хворого з часом погіршився. Доставлений знайомими в приймальне відділення лікарні. Об'єктивно: стан тяжкий, шкірні покриви бліді з сірим відтінком, виражена задишка в стані спокою. Дихання носом вільне, частота дихання – 30 разів в 1 хв., тахікардія до 120 ударів в 1 хв. При пальпації грудної клітки визначається послаблене голосове тремтіння над лівим гемітораксом. Перкуторно зліва – високий тимпаніт, справа – ясний легеневий звук. Дихання справа везикулярне, зліва – різко послаблене. Бронхофонія над лівою легенею послаблена. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС 120 ударів в 1 хв., АТ = 90/60 мм рт.ст.

Завдання для студента:

- 1. Опитування, збирання анамнезу в імітатора.**
- 2. Провести огляд та фізикальне обстеження системи органів дихання та серцево-судинної системи.**
- 3. Інтерпретувати фізикальні зміни, характерні для клінічного ситуаційного завдання, представлені екзаменатором.**
- 4. Встановити попередній діагноз.**
- 5. Призначити уточнюючий метод додаткового дослідження.**
Рентгенограма органів грудної клітки в прямій проекції додається.

На рентгенограмі органів грудної клітки тотальний колапс лівої легені.

- 6. Встановити заключний клінічний діагноз.**
- 7. Визначити лікувальну тактику та обсяг невідкладної допомоги.**

Еталон відповіді: «Неспецифічний спонтанний лівобічний тотальний пневмоторакс. Гостра дихальна недостатність.»

Лікувальна тактика: «Оксигенотерапія. Виконання торакоцентезу, дренажування лівої плевральної порожнини під місцевою анестезією. Після ліквідації дихальної недостатності, пацієнту найбільш ймовірно, буде показана відеоторакоскопія з вирішенням питання про атипovu резекцію бульозно зміненої ділянки легеневої тканини.»

Алгоритм дій на клінічній станції

«Гострий тромбоз артерій нижньої кінцівки»

Хворий Б., 67 років, в анамнезі хворіє на ІХС, відзначає переміжну кульгавість упродовж п'яти років, поступає до клініки зі скаргами на втрату чутливості та біль у правій нозі протягом останніх 24 годин. При огляді пульс ритмічний, над артеріями визначається систолічний шум, АТ на правій нижній кінцівці не визначається. Кінцівка холодна на дотик, блідо-ціанотична, поверхнева анестезія до верхньої третини гомілки, активні рухи стопою обмежені, пульсація збережена лише на стегновій артерії.

Завдання для студента:

1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.
2. Інтерпретувати фізикальні зміни, характерні для клінічного ситуаційного завдання, представлені екзаменатором.
3. Встановити попередній діагноз.
4. Призначити додаткові методи дослідження.

Заключення дуплексного ультразвукового обстеження артерій додається.

Згідно з результатами дуплексного ультразвукового обстеження, на загальній стегновій артерії та глибокій артерії стегна кровоплин магістральний, виражені атеросклеротичні зміни, стеноз біфуркації до 60%, поверхнева стегнова артерія тромбована від початку, підколінна та гомілкові артерії прохідні, визначається колатеральний кровоплин.

5. Провести інтерпретацію результатів дуплексного ультразвукового обстеження артерій.
6. Встановити повний клінічний діагноз.
7. Визначити лікувальну тактику.

Еталон відповіді: «Гострий тромбоз правої стегнової артерії атеросклеротичного генезу, гостра ішемія ІІв ст. за Rutherford»

Лікувальна тактика: «Аутовенозне стегново-підколінне шунтування в ургентному порядку, гепаринотерапія з подальшим позитивним призначенням дезагрегантної та статинотерапії»

Алгоритм дій на клінічній станції

«Гостра тромбоемболія артерій нижньої кінцівки»

Хворий Т., 48 років, з ревматизмом в анамнезі, хворіє стенозом мітрального клапана четвертої стадії, фібриляцією передсердь, поступив до клініки зі скаргами на втрату чутливості та біль у правій нозі протягом останніх 6 годин. При огляді пульс аритмічний, шуми над артеріями не вислуховуються, АТ на правій нижній кінцівці не визначається. Кінцівка холодна на дотик, блідо-ціанотична, поверхнева анестезія до верхньої третини гомілки, активні рухи стопою різко обмежені, при пальпації різко болючі м'язи гомілки, пульсація збережена лише на стегновій артерії.

Завдання для студента:

- 1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.**
- 2. Інтерпретувати фізикальні зміни, характерні для клінічного ситуаційного завдання, представлені екзаменатором.**
- 3. Встановити попередній діагноз.**
- 4. Призначити додаткові методи дослідження.**

Заключення дуплексного ультразвукового обстеження артерій додається.

Згідно з результатами дуплексного ультразвукового обстеження, на загальній стегновій артерії та глибокій артерії стегна кровоплин магістральний, поверхнева стегнова артерія та підколінна артерії виповнені тромботичними масами різного ступеню організації, по гомілкових артеріях кровоплин не локується при збереженому просвіті, атеросклеротичні зміни артеріальних стінок мінімальні.

- 5. Провести інтерпретацію результату дуплексного ультразвукового обстеження артерій.**
- 6. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 7. Визначити лікувальну тактику.**

Еталон відповіді: «Гостра тромбоемболія артерій правої ноги кардіального генезу, гостра ішемія ІІв ст. за Rutherford»

Лікувальна тактика: «У верхній третині стегна під місцевою анестезією тромбемболектомія з артерій правої ноги за допомогою катетера Fogarty в ургентному порядку, гепаринотерапія з подальшим позитивним призначенням оральних або непрямих антикоагулянтів з метою попередження рецидиву тромбоемболічного синдрому»

Алгоритм дій на клінічній станції

« Гострий холецистит»

Хворий Т., віком 61 років, який страждає на періодичні приступи печінкової кольки, поступив до клініки зі скаргами на постійний ниючий біль у правому підребер'ї, нудоту, підвищення температури понад 38° С, втрату апетиту, загальну слабкість. Вище описані скарги з'явилися протягом останніх двох днів. ЧД 22 р./хв., пульс 94 уд./хв., ритмічний. АТ = 100/75 мм рт. ст. При пальпації – болісний інфільтрат та напруження м'язів у правому підребер'ї, позитивні симптоми Мерфі, Кера та Ортнера; інші ділянки живота без змін.

Завдання для студента:

- 1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.**
- 2. Визначити симптоми Мерфі, Ортнера, Кера.**
- 3. Встановити попередній діагноз.**
- 4. Призначити додаткові методи дослідження.**

Заключення ультразвукового дослідження і лабораторних аналізів додається.

Згідно з УЗД ОЧП – жовчний міхур збільшений в розмірах, з потовщеними та напруженими стінками, містить численні конкременти; інші органи без патології.

ЗАК: гемоглобін 124 г/л, еритроцити $3,6 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $12,8 \times 10^9$ /л, паличкоядерні 14 %, сегментоядерні 70 %, лімфоцити 12 %, моноцити 4 %, ШОЕ 32 мм/год.

- 5. Провести інтерпретацію результату УЗД ОЧП.**
- 6. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 7. Визначити лікувальну тактику.**

Еталон відповіді: «Гострий деструктивний калькульозний холецистит».

Лікувальна тактика: «Оперативне лікування – лапароскопічна холецистектомія; антибактеріальна, інфузійна та симптоматична терапія в периопераційному періоді.»

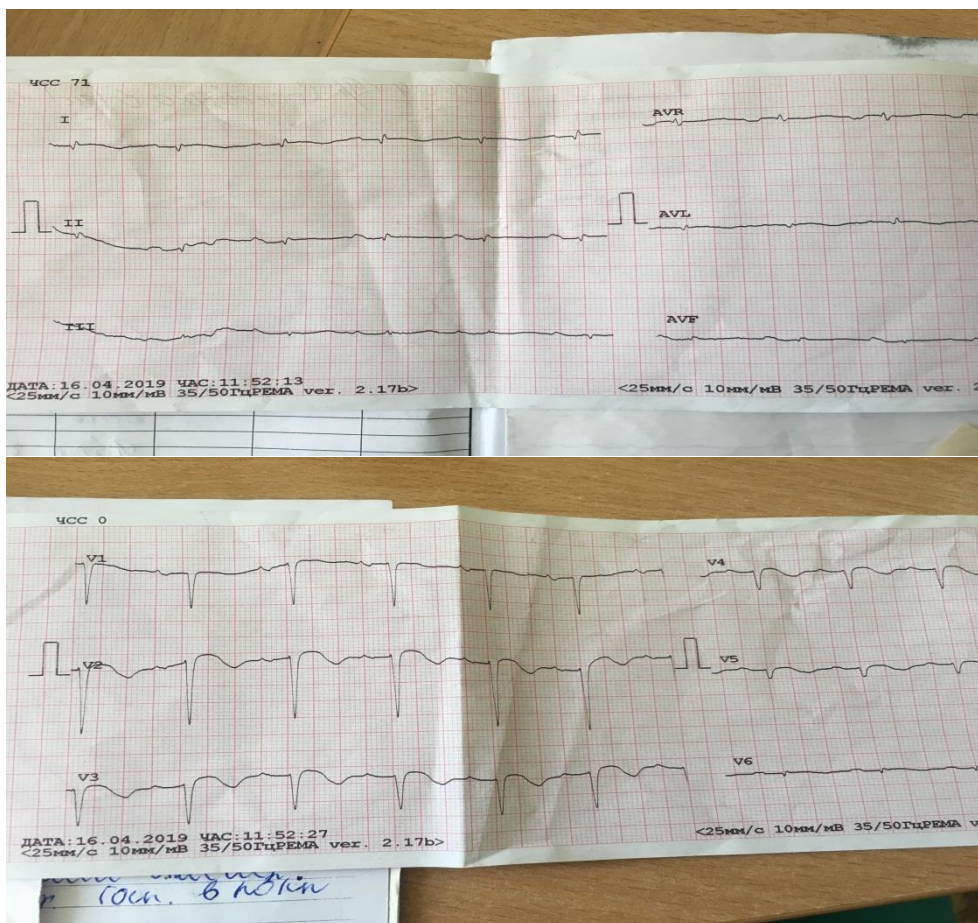
Алгоритм дій на клінічній станції «Гострий коронарний синдром»

У хворого О., віком 60 років, під час фізичного навантаження вперше у житті з'явився різкий тиснучий біль за грудиною та відчуття нестачі повітря. Після припинення фізичної активності залишилося відчуття дискомфорту у грудній клітці та тривоги. Об'єктивно: стан важкий, шкіра покрита холодним потом, положення вимушене – лежаче. АТ – 100/70 mm Hg, Ps – 87/min. Тони ритмічні, легкий систолічний шум над мітральним клапаном. Дихання жорстке, ослаблене у нижніх відділах. ЧД – 17/хв.

Завдання для студента:

1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.
2. Інтерпретувати фізикальні зміни, характерні для клінічного ситуаційного завдання, представлені екзаменатором.
3. Встановити попередній діагноз.
4. Призначити додаткові методи дослідження.

Опис ЕКГ: патологічний зубець Q у всіх грудних відведеннях, підйом сегменту ST від V₂ до V₄.



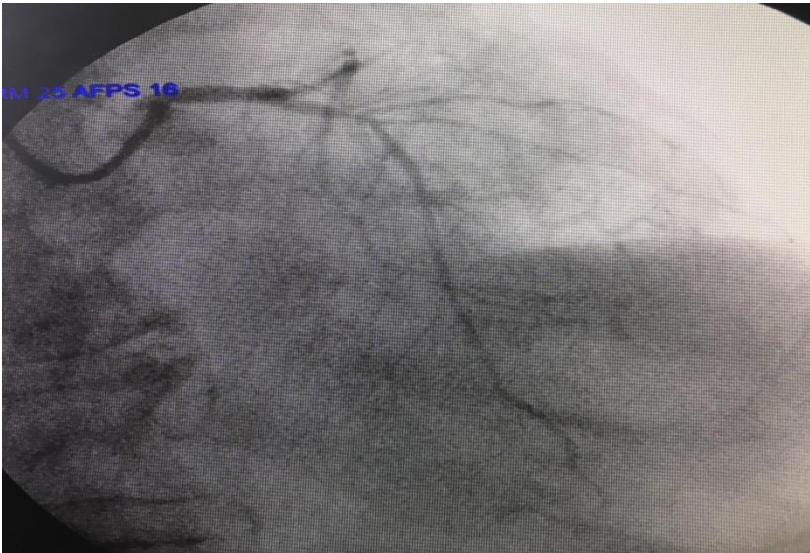
ЕхоКГ:

Ознаки порушення сегментарної скоротливості ЛШ у вигляді гіпо-, акінезій МШП, верхівки та передньої стінок ЛШ зі зниження ФВ до 42%.. Відносна мітральна недостатність II ступеня, легенева гіпертензія легкого ступеня.

Попередній діагноз: Гострий коронарний синдром із елевацією ST.

Методи дообстеження:

1. Тропоніновий тест (дифер. діагностика гострого інфаркту міокарда).
2. ЗАК з формулою.
3. Коагулограма.
4. Група та резус-фактор.
5. Сечовина, креатинін (визначення функції нирок для можливості введення контрасту).
6. Коронаровентрикулографія (КВГ).



5. Провести інтерпретацію результатів ЕКГ і Ехо-КГ.
6. Встановити повний клінічний діагноз.
7. Визначити лікувальну тактику.

Опис коронарографії: гемодинамічно значимий стеноз медіального сегменту передньої міжшлуночкової гілки лівої коронарної артерії.

Лікувальна тактика: стентування ПМШГ ЛКА.

Алгоритм дій на клінічній станції

«Гостра тромбоемболія легеневих артерій»

Хворий Т., 32 років, був прооперований з приводу гострого флегмонозного апендициту. На третій день після операції раптово виникла втрата свідомості, хворий впав на підлогу в палаті. Через декілька хвилин прийшов до тями. При огляді покритий холодним потом, свідомість ясна, рухи збережені в усіх кінцівках, розмовляє, відчуває задишку. При огляді: стан важкий, акроціаноз, тахіпноє до 30 в 1 хв. Над легеньми – везикулярне дихання на всьому протязі, перкуторно – ясний легеневий звук з обох боків. Тони серця чисті, ритмічні. Пульс – 124 уд. в хв., ритмічний. АТ = 80/40 мм рт.ст. Живіт м'який, неболючий, печінка біля краю реберної дуги. Набряків на ногах немає, видимі ознаки венозної патології на кінцівках відсутні.

Завдання для студента:

- 1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.**
- 2. Інтерпретувати фізикальні зміни, характерні для клінічного ситуаційного завдання, представлені екзаменатором.**
- 3. Встановити попередній діагноз.**
- 4. Призначити додаткові методи дослідження.**

Заключення ЕКГ, Ехо-КГ, ангіопульмонографії додається.

ЕКГ- додається. Гостра блокада правої ніжки пучка Гіса, синдром $S_1Q_3T_3$.

Ехо-КГ додається. Дилатація правого шлуночка.

Ангіопульмонографія додається. Ампутація правої і звуження лівої легеневої артерії.

- 5. Провести інтерпретацію результатів додаткових методів дослідження.**
- 6. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 7. Визначити лікувальну тактику.**

Еталон відповіді: «Гостра високого ризику (масивна) тромбоемболія легеневих артерій».

Лікувальна тактика: переведення хворого в кардіохірургічне відділення на фоні інфузії кардіотоніків, інсуфляції кисню і попереднього введення гепарину довенно для оперативного лікування – емболектомії з легеневих артерій в умовах штучного кровообігу. Тромболітична терапія ризикована недавню операцію на черевній порожнині.

Алгоритм дій на клінічній станції

«Гострий апендицит»

Хворий Ж., віком 23 роки, поступив через добу від початку захворювання зі скаргами на болі внизу живота і правій клубовій ділянці, одноразове блювання. Захворювання почалось з болю в епігастрії, який через 2 години вщух, але згодом відновився в правій клубовій ділянці. Загальний стан хворого близький до задовільного. Температура тіла 37,4 °С, ЧД 20 р./хв., пульс 96 ударів в 1 хвилину. АТ = 100/65 мм рт.ст. При поверхневій пальпації живіт м'який, болісний та злегка напружений у правій клубовій ділянці. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний в правій клубовій ділянці. Визначаються симптоми Ровзінга, Сітковського, Воскресенського та Бартом'є-Міхельсона. Перистальтика пригнічена. Сечовиділення не порушене.

Завдання для студента:

1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.
2. Показати визначення симптомів Щоткіна-Блюмберга, Ровзінга, Сітковського, Воскресенського та Бартом'є-Міхельсона.
3. Встановити попередній діагноз.
4. Призначити додаткові методи дослідження.

При УЗД ОЧП визначається потовщення стінки червоподібного відростка, підвищення ехогенності оточуючої жирової клітковини, смужка випоту навколо червоподібного відростка, зменшення перистальтичних рухів кишок. Пошарова будова стінки відростка чітко не простежується.

ЗАК: гемоглобін 138 г/л, еритроцити $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $13,1 \times 10^9$ /л, паличкоядерні 12 %, сегментоядерні 76 %, лімфоцити 9 %, моноцити 3 %, ++ШОЕ 28 мм/год.

5. Провести інтерпретацію результатів додаткових досліджень.
6. Встановити повний клінічний діагноз.
7. Визначити лікувальну тактику.

Еталон відповіді: «Гострий деструктивний апендицит. Місцевий перитоніт»

Лікувальна тактика: «Виконання апендектомії з дренаванням черевної порожнини за абсолютними показами в ургентному порядку»

Алгоритм дій на клінічній станції «Розрив аневризми черевної аорти»

Хворий М., 78 років, поступив до приймального відділення лікарні зі скаргами на болі у попереку, загальну слабкість, порушення свідомості. Захворів раптово вночі. В анамнезі переміжна кульгавість (більше у правій нижній кінцівці), тютюнопаління, задишка при фізичному навантаженні та періодичні відчуття наявності «другого серця в животі», артеріальна гіпертензія. Об'єктивно: стан важкий, хворий дезорієнтований. На запитання відповідає поодинокими словами, інструкції виконує. Шкіра та видимі слизові бліді. ЧСС 114 уд. в 1 хв., АТ = 70/20 мм рт. ст. При пальпації живота пульсуючий утвір на всьому протязі, верхня межа пульсуючого утвору в епігастрії. При пальпації периферичних артерій: пульсація на сонних артеріях та артеріях обох верхніх кінцівок симетрична, ослаблена; на артеріях нижніх кінцівок збережена на стегнових артеріях обох нижніх кінцівок та на підколінній артерії лівої нижньої кінцівки, ослаблена на підколінній артерії правої нижньої кінцівки та відсутня на гомілкових артеріях обох нижніх кінцівок.

Завдання для студента:

- 1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.**
- 2. Інтерпретувати фізикальні зміни, характерні для клінічного ситуаційного завдання, представлені екзаменатором.**
- 3. Встановити попередній діагноз.**
- 4. Призначити додаткові методи дослідження.**

При УЗД черевної порожнини у заочеревинному просторі великих розмірів гематома, аорта у інфраренальному відділі 74 мм.

ЗАК: еритроцити $2,36 \times 10^{12}/л$, гемоглобін 73 г/л, лейкоцити крові – $9,4 \times 10^9/л$, паличкоядерні нейтрофіли 7%, еозинофіли 1 %, сегментоядерні 78 %, лімфоцити 10 %, моноцити 4%.

Еталон попереднього діагнозу: «Атеросклероз. Розрив аневризми черевного відділу аорти. Заочеревинна гематома. Геморагічний шок. Гостра постгеморагічна анемія»

- 5. Провести інтерпретацію результату УЗД ОЧП та дуплексного ультразвукового обстеження артерій.**
- 6. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 7. Визначити лікувальну тактику.**

Лікувальна тактика: «Ургентне оперативне втручання – резекція аневризми черевного відділу аорти».

Алгоритм дій на клінічній станції «Гостра ішемія мозку»

Хворий В., 64 років, поступив до неврологічного відділення зі скаргами на слабкість у верхній та нижній правій кінцівці, яка раптово виникла близько 2 годин назад і поступово регресувала протягом 30 хв. З анамнезу хворіє переміжною кульгавістю на відстані до 200 м. Об'єктивно: сила в правих кінцівках збережена. На запитання відповідає повноцінно, інструкції виконує. Тони серця ритмічні, звучні. Над аортою акцент II тону. ЧСС – 76 ударів за хвилину. АТ 180/90 мм. рт. ст. При аускультатії судин вислуховується систолічний шум над лівою внутрішньою сонною артерією, при пальпації пульсація послаблена. Інших патологічних відхилень при фізикальному обстеженні хворого по системах органів не виявлено.

Завдання для студента:

- 1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.**
- 2. Інтерпретувати фізикальні зміни, характерні для клінічного ситуаційного завдання, представлені екзаменатором.**
- 3. Встановити попередній діагноз.**
- 4. Призначити додаткові методи дослідження.**

ЕКГ – серцевий ритм правильний, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

На СКТ головного мозку вогнищ патологічної щільності не виявлено.

При УЗД сонних артерій: стеноз лівої внутрішньої сонної артерії 70% через м'яку неоднорідної структури бляшку.

- 5. Провести інтерпретацію результату дуплексного ультразвукового обстеження артерій.**
- 6. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 7. Визначити лікувальну тактику.**

Еталон відповіді: «Атеросклероз. Стеноз 70 % лівої внутрішньої сонної артерії. ПМК II ст. за Марсельською класифікацією»

Лікувальна тактика: « Дезагрегантна терапія, статини, контроль артеріального тиску. Каротидна ендартеректомія з лівої ВСА».

Алгоритм дій на клінічній станції «Гострий деструктивний панкреатит»

Хворий С., 27 років, поступив через 24 години після початку захворювання зі скаргами на різкий, дуже сильний, ріжучий, оперізуючий біль в мезогастральній ділянці живота, постійне нестримне блювання. Захворювання пов'язує з прийомом гострої жирної їжі зі значною кількістю міцного алкоголю. Загальний стан важкий. Частота пульсу 128 ударів за 1 хвилину, дихання – 28 разів за хвилину, АТ = 170/100 мм рт. ст. Живіт різко піддутий, при поверхневій пальпації черевна стінка злегка напружена, помірно болісна при пальпації у верхніх відділах. При глибокій пальпації – виражена болісність у надчерев'ї, дещо менша – в інших відділах. Перистальтика відсутня. Симптоми подразнення очеревини не визначаються. Діурез знижений.

Завдання для студента:

1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.
2. Інтерпретувати фізикальні зміни, характерні для клінічного ситуаційного завдання, представлені екзаменатором.
3. Встановити попередній діагноз.
4. Призначити додаткові методи дослідження.

ЗАК: еритроцити $3,76 \times 10^{12}/л$, гемоглобін 136 г/л, лейкоцити крові – $18,4 \times 10^9/л$, паличкоядерні нейтрофіли 17%, юні 4 %, сегментоядерні 72 %, лімфоцити 5 %, моноцити 2%.

БАК: глюкоза крові – 12,7 ммоль/л; активність амілази – 245 г/год×л, АСТ 2,67 ммоль/ год×л , АЛТ 1,98 ммоль/ год×л , кальцій 1,94 ммоль/л, креатинін 0,228 ммоль/л, сечовина 13,8 ммоль/л.

УЗД органів черевної порожнини: контури підшлункової залози нечіткі, структура неоднорідна з гіпоехогенними ділянками, незначний випіт у чепцевій сумці та у вільній черевній порожнині.

5. Провести інтерпретацію результатів додаткових методів дослідження.
6. Встановити повний клінічний діагноз.
7. Визначити лікувальну тактику.

Еталон відповіді: «Гострий деструктивний панкреатит токсико-аліментарної етіології, тяжка форма. Період гемодинамічних порушень та панкреатогенного шоку. Синдром поліорганної дисфункції»

Лікувальна тактика: «Консервативна терапія (інфузії кристалоїдів 4-6 л на добу, комбіновані препаратирозчинів амінокислот, аналгетики з спазмолітиками, епідуральна аналгезія, октреотид, омепразол, апротинін, метоклопрамід парентерально) в умовах відділення інтенсивної терапії та реанімації або в палаті інтенсивної терапії хірургічного стаціонару з індивідуальним динамічним спостереженням. Катетеризація центральної вени для інтенсивної інфузійної терапії й контролю ЦВТ, сечового міхура для контролю погодинного діурезу, шлунку для відтікання застійного вмісту. При розвитку хірургічних ускладнень – операційне втручання».

Алгоритм дій на клінічному етапі «Гостра кишкова непрохідність»

Хворий Х., 52 років, поступив зі скаргами на різкий переймоподібний біль у животі, нудоту, багаторазове блювання, припинення відходження газів. Захворів гостро, болі виникли після ситного обіду. Хворіє протягом 8 годин. В минулому переніс операцію з приводу проривної виразки шлунку. Язик сухий. Пульс 104 уд. в 1 хв., ритмічний, слабкого наповнення. АТ = 90/60 мм рт. ст. Живіт помірно здутий, асиметричний за рахунок випинання лівої половини. В епігастрії рубець після перенесеної верхньо-серединної лапаротомії. Передня черевна стінка злегка напружена. Симптом Щоткіна-Блюмберга позитивний зліва. При глибокій методичній пальпації живота в лівій половині пальпується пухлиноподібний конгломерат. Визначаються симптоми Валя, Шланге, Матьє-Склярова. При аускультатії живота перистальтичні шуми періодично посилюються. При пальцевому дослідженні прямої кишки тонус замикача відхідника знижений, сліди калу звичайного кольору в ампулі прямої кишки, болісність передньої стінки.

Завдання для студента:

- 1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.**
- 2. Провести інтерпретацію результатів фізикального дослідження, представлених екзаменатором.**
- 3. Встановити попередній діагноз.**
- 4. Призначити додаткові методи дослідження.**

Рентгенографія органів черевної порожнини: визначаються широкі горизонтальні рівні з невисоким газовим міхуром, арки тонкої кишки з поперечними смугами.

УЗД органів черевної порожнини: збільшення діаметра тонкої кишки до 42 мм, збільшення товщини стінки тонкої кишки до 6 мм, маятникоподібні перистальтичні скорочення петель кишок, незначний випіт у вільній черевній порожнині.

ЗАК: еритроцити $3,76 \times 10^{12}/л$, гемоглобін 136 г/л, лейкоцити крові – $18,4 \times 10^9/л$, паличкоядерні нейтрофіли 17%, юні 4 %, сегментоядерні 72 %, лімфоцити 5 %, моноцити 2%.

- 5. Провести інтерпретацію результатів додаткових методів дослідження.**
- 6. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 7. Визначити лікувальну тактику.**

Еталон відповіді: Гостра механічна спайкова тонкокишкова странгуляційна непрохідність. Хворому показана ургентна операція після короткочасної, до 2 годин, передопераційної підготовки – лапаротомія, ревізія, роз'єднання спайок і ліквідація непрохідності, оцінка життєздатності кишкових петель, при некрозі – резекція кишки, назогастроінтестинальна інтубація.

Алгоритм дій на клінічному етапі «Варикозна хвороба вен кінцівки»

Хвора М., 36 років, звернулася зі скаргами на періодичний помірний біль, набряк, який наростає у другій половині дня, та епізоди судом у лівій нозі. Хворіє близько 8 років, коли підчас вагітності помітила розширені вени на лівій нозі. Батько – тривалий час хворіє на варикозну хворобу вен обох нижніх кінцівок. При огляді пульс ритмічний, пульсація магістральними артеріями задовільна, симптоми Хоманса та Мозеса негативні, візуалізуються розширені підшкірні вени та помірний набряк у ділянці гомілково-ступневого суглоба на лівій нозі.

Завдання для студента:

- 1. Провести аналіз скарг, даних анамнезу та результатів фізикального обстеження хворого.**
- 2. Встановити та обґрунтувати попередній діагноз.**
- 3. Призначити додаткові методи обстеження.**

Дуплексне ультразвукове обстеження судин нижніх кінцівок: на артеріями кровоплин трьохфазний, атеросклеротичне ураження стінок - відсутнє. По глибоких венах кровоплин визначається, компресія просвіту повна, у стоячому положенні рефлюкс відсутній. На остіальному клапані зліва у стоячому положенні наявний рефлюкс $\Delta t=3,8$ сек, діаметр остіально-феморального устя 9 мм. Рефлюкс по малій підшкірній вені не визначається. Анатомічний тип ходу великої підшкірної вени – стовбуровий.

Рівень Д-димеру: 170 нг/мл

- 4. Провести інтерпретацію результатів додаткових методів дослідження.**
- 5. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 6. Визначити лікувальну тактику.**

Еталон відповіді: Зі скарг на періодичний помірний біль, набряк, який наростає у другій половині дня, та епізоди судом у лівій нозі, даних огляду, зокрема, візуалізації розширених вен на лівій нозі та сімейного анамнезу хронічної венозної недостатності, встановлено попередній діагноз: варикозна хвороба вен лівої нижньої кінцівки. Для уточнення діагнозу необхідно провести дуплексне ультразвукове обстеження судин нижніх кінцівок у стоячому положенні. Згідно результатів додаткових обстежень, наявний патологічний рефлюкс на остіальному клапані зліва, без ознак тромбозу судин. Клінічний діагноз: варикозна хвороба вен лівої нижньої кінцівки в басейні лівої великої підшкірної вени, СЗЕрAsPr. Хворій показане лікування – лазерна або радіочастотна ендовазальна абляція лівої великої підшкірної вени. Альтернативний метод: венекзerez лівої великої підшкірної вени із розширеними притоками. Додатково: лімфовенотоніки та компресійні терапія тривалістю 7-14 днів.

Алгоритм дій на клінічному етапі «Порушення мозкового кровообігу»

Хворий В., 54 років, звернувся до приймального відділення відділення зі скаргами на опущення правої верхньої повійки, відчуння пульсації на правій половині шиї. З анамнезу 4 дні тому короткотривале порушення зору на праве око. Об'єктивно: сила в правих кінцівках збережена. На запитання відповідає повноцінно, інструкції виконує. Тони серця ритмічні, звучні. ЧСС – 76 ударів за хвилину. АТ 140/90 мм рт. ст. Візуалізується патологічне випинання, що пульсує, на правій половині шиї. При аускультатії судин вислуховується систолічний шум над правою внутрішньою сонною артерією. Права зіниця звужена, праве очне яблуко дещо запале.

Завдання для студента:

- 1. Провести аналіз скарг, даних анамнезу та результатів фізикального обстеження хворого.**
- 2. Призначити додаткові методи обстеження.**

Дуплексне ультразвукове обстеження гілок дуги аорти: діаметр загальної сонної артерії 8 мм, діаметр лівої внутрішньої сонної артерії 4 мм, діаметр початкового відділу правої внутрішньої сонної артерії 5 мм, на 14 мм дистальніше біфуркації мішковидне розширення до 15 мм. Стінки артерій атеросклеротично змінені.

КТА головного мозку: вогнищ патологічної щільності структури головного мозку не виявлено. На 15 мм дистальніше біфуркації загальної сонної артерії розширення внутрішньої сонної артерії розмірами 16,8x15 мм

- 3. Провести інтерпретацію результатів додаткових методів дослідження.**
- 4. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 5. Визначити лікувальну тактику та описати альтернативні види лікування.**

Еталон відповіді: Зі скарг та огляду, у пацієнта клінічно наявний синдром Горнера. 4 дні тому хворий переніс Amaurosis Fugax. Враховуючи наявність патологічної пульсації на шиї, можна запідозрити аневризму лівої сонної артерії. Для уточнення діагнозу необхідно провести дуплексне ультразвукове обстеження гілок дуги аорти та ангіо-КТ. Згідно результатів додаткових обстежень наявна аневризма правої внутрішньої артерії, ймовірно атеросклеротичного генезу без ознак перенесеного ішемічного інсульту. Повний клінічний діагноз: Атеросклероз. Мішковидна аневризма правої внутрішньої сонної артерії. Порушення мозкового кровообігу II за Марсельською класифікацією. Хворий показане лікування – резекція аневризми правої внутрішньої сонної артерії. Альтернативний метод: ендovasкулярне стентування лівої внутрішньої сонної артерії із емболізацією аневризми. Додатково: пожиттєво дезагреганти та статини під контролем ліпідограми.

Алгоритм дій на клінічному етапі «Гостра вісцеральна ішемія»

Пацієнт М., віком 63 роки, який хворіє на постійну форму фібриляції передсердь на фоні ішемічної хвороби серця, раніше переніс гостре порушення мозкового кровообігу за ішемічним типом, вранці раптово відчув появу гострого болю в животі, спершу в ділянці пупка, а згодом більш розлитого характеру. Згодом приєдналася нудота і було одноразове блювання. Больові відчуття не проходили після приймання но-шпи і спазмалгону. Тому в обідній час, до 6 годин від початку болю в животі, пацієнт звернувся самостійно у приймальний pokій лікарні. При огляді: ЧД 22 р./хв., пульс 104 уд./хв., аритмічний, дефіцит пульсу складає 12 уд./хв. АТ = 100/70 мм рт. ст. Язик сухий. При пальпації живота визначається виражена розлита болісність, проте черевна стінка не напружена, симптоми подразнення очеревини та патологічні об'ємні утвори не визначаються. Печінкова тупість при перкусії збережена. Перистальтика послаблена, гази не відходять.

Завдання для студента:

1. Провести аналіз скарг, даних анамнезу та результатів фізикального обстеження хворого.
2. Встановити та обґрунтувати попередній діагноз.
3. Призначити додаткові методи обстеження.

Загальний аналіз крові: гемоглобін 134 г/л, еритроцити $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $18,8 \times 10^9$ /л, паличкоядерні 24 %, сегментоядерні 60 %, лімфоцити 12 %, моноцити 4 %, ШОЕ 32 мм/год. **Біохімічний аналіз крові:** білірубін 17,5 мкмоль/л, загальний білок 70,5 г/л, холестерин 6,4 ммоль/л, глюкоза крові – 6,2 ммоль/л, креатинін 0,099 ммоль/л, сечовина 8,8 ммоль/л; активність амілази – 30 г/год \times л, АСТ 1,67 ммоль/год \times л, АЛТ 1,35 ммоль/год \times л. **СКТ ОЧП з контрастним підсиленням:** оклюзія ВБА дистальніше 4 см відходження від аорти протяжністю 7 см, стінки тонкої кишки сегментарно не накопичують контраст, петлі роздуті. Незначна кількість випоту в малому тазу.

4. Провести інтерпретацію результатів додаткових методів дослідження.
5. Встановити повний клінічний діагноз.
6. Визначити лікувальну тактику.

Еталон відповіді: на підставі аналізу скарг, даних анамнезу хвороби та результатів фізикального обстеження хворого можна встановити попередній діагноз гострої мезентеріальної ішемії внаслідок гострої оклюзії верхньої мезентеріальної артерії. З врахуванням результатів додаткових методів дослідження, аргументованим є діагноз гострої тромбоемболії верхньої мезентеріальної артерії з розвитком синдрому гострої мезентеріальної ішемії, ішемічної стадії. Основне захворювання, яке призвело до розвитку цього ускладнення – ІХС, атеросклеротичний кардіосклероз, фібриляція передсердь, постійна форма. Показана ургентна операція – лапаротомія, тромбемболектомія з верхньої мезентеріальної артерії з плануванням повторної ревізії черевної порожнини, оцінки стану кишок через 24-48 годин. Додатково: інтенсивна післяопераційна терапія в умовах відділення інтенсивної терапії та реанімації або в палаті інтенсивної терапії хірургічного стаціонару з індивідуальним динамічним спостереженням, пожиттєва антикоагулянтна терапія.

Алгоритм дій на клінічному етапі «Гострий тромбоз глибоких вен кінцівки»

Хвора М., 48 років, перенесла герніопластику з використанням сітчастого трансплантату з приводу грижі білої лінії живота під загальним наркозом. На третій день після операції розвинувся розпираючий біль у лівій нозі та набряк лівої нижньої кінцівки. Супровідна патологія – аліментарне ожиріння II ступеню. Об'єктивно: дихання над легенями дихання везикулярне, ЧД 18 р. в 1 хв. Тони серця ритмічні, звучні. ЧСС – 104 удари за хвилину. АТ 110/80 мм рт. ст. При огляді ліве стегно та гомілка з ціанотичним забарвленням, побільшені в розмірах унаслідок туго-еластичного набряку (периметр стегна +6 см, гомілки +7 см). Симптоми Мозеса, Хоманса, Ловенберга різко позитивні. Активні рухи в кінцівці збережені, на артеріях стоп визначається послаблена пульсація.

Завдання для студента:

- 1. Провести аналіз скарг, даних анамнезу та результатів фізикального обстеження хворого.**
- 2. Встановити та обґрунтувати попередній діагноз.**
- 3. Призначити додаткові методи обстеження.**

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 108 г/л, еритроцити – $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $8,3 \times 10^9$ /л, паличкоядерні – 7 %, сегментоядерні – 57 %, лімфоцити – 24 %, моноцити – 12 %, ШОЕ – 25 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: білірубін – 8,5 мкмоль/л, загальний білок – 68,0 г/л, глюкоза – 5,4 ммоль/л, креатинін – 0,094 ммоль/л, сечовина – 6,9 ммоль/л, $[K^+]$ – 4,2 ммоль/л, $[Na^+]$ – 135 ммоль/л.

Коагулограма: тромбіновий час – 19 с, протромбіновий час – 10 с, протромбіновий індекс – 84%, МНВ – 0,9, АЧТЧ – 29 с, фібриноген – 6,2 г/л.
Рівень Д-димеру: 1020 нг/мл.

Компресійна ультрасонографія (КУСГ) глибоких вен кінцівки: стегова вена в місці з'єднання глибокої і поверхневої стегових вен, поверхнева стегова вена в проксимальному, середньому і дистальному сегментах та підколінна вена не спадаються при натискуванні датчиком. В їх просвіті візуалізуються здебільшого гіпоехогенні структури.

- 4. Провести інтерпретацію результатів додаткових методів дослідження.**
- 5. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 6. Визначити лікувальну тактику та призначити лікування.**

Еталон відповіді: у хворой гострий післяопераційний флеботромбоз стегоно-підколінного сегменту лівої нижньої кінцівки. Показане консервативне лікування: постійна еластична компресія ураженої кінцівки; антикоагулянтна терапія (деталізувати препарати та тривалість їх застосування), застосування венотоніків (деталізувати препарати); протизапальна терапія.

Алгоритм дій на клінічному етапі

«Критична ішемія кінцівки»

Хворий М., віком 67 років, який понад 40 років зловживає тютюнопалінням, а в анамнезі відзначається прогресуюча переміжна кульгавість протягом останніх п'яти років, поступив до клініки зі скаргами на порушення чутливості, біль у спокою в правій стопі протягом останніх 2 тижнів, який не припиняється після прийому анальгетиків, різко обмежену ходьбу.

Об'єктивно: дихання носом вільне, ЧД 18 р. в 1 хв. Над легенями дихання рівномірно послаблене везикулярне. Тони серця ритмічні, звучні. ЧСС – 92 ударів за хвилину. АТ 150/90 мм рт. ст. При огляді права стопа та нижня третина гомілки холодні на дотик, блідо-ціанотичні, активні рухи збережені. Пульсація збережена лише на стегновій артерії у верхній третині стегна, де при аускультатії визначається систолічний шум.

Завдання для студента:

- 1. Провести аналіз скарг, даних анамнезу та результатів фізикального обстеження хворого.**
- 2. Встановити та обґрунтувати попередній діагноз.**
- 3. Призначити додаткові методи обстеження.**

Ультразвукова доплерометрія артерій правої нижньої кінцівки: систолічний АТ на задній великогомілковій артерії поза кісточкою та на артерії тилу стопи = 40 мм рт.ст., на плечових артеріях = 130 мм рт.ст. Кісточково (щиколотково)-плечовий індекс = 0,31

Дуплексне ультразвукове обстеження артерій правої нижньої кінцівки: Виражені атеросклеротичні зміни, по загальній стегновій артерії та глибокій артерії стегна кровоплин магістральний, стеноз біфуркації до 60%, поверхнева стегнова артерія оклюзована від початку, підколінна та гомілкові артерії прохідні, визначається колатеральний кровоплин.

Ангіографія: оклюзія поверхневої стегнової артерії.

- 4. Провести інтерпретацію результатів додаткових методів дослідження.**
- 5. Встановити повний клінічний діагноз.**
- 6. Визначити лікувальну тактику та призначити лікування.**

Лікувальна тактика: у хворого атеросклероз, оклюзія поверхневої стегнової артерії правої нижньої кінцівки з розвитком критичної ішемії кінцівки. Показане операційне лікування – аутовенозне стегново-підколінне шунтування, гепаринотерапія з подальшим позитивним призначенням дезагрегантів та статинів (деталізувати препарати).

Алгоритм дій на клінічній станції «Травматичний пневмогемоторакс»

Хворий В., віком 29 роки, доставлений БШМД через 1 годину після падіння з висоти (проводив ремонт даху). Пацієнт різко збуджений. Пам'ятає епізод травми. Скаржиться на виражені болі в лівій половині тулуба, що посилюються при рухах, утруднене дихання, сухий болючий кашель. Загальний стан хворого важкий, стабільний. Температура тіла 36,8 °С, ЧД 34 р./хв., пульс 130 ударів в 1 хвилину. АТ = 100/65 мм рт. ст., ІМТ= 24,5. Шкіра чиста, з сіруватим відтінком, вкрита потом. Об'єктивний огляд: ліва рука, ліва половина тулуба, ліве стегно блідо-синюшне, болюче при пальпації. Дихання над лівою легенею не прослуховується, справа – жорстке. При перкусії над лівою легенею визначається тимпанічний звук, над синусом – притуплення. Зліва крепітація над зламаними ребрами. Серцеві тони ритмічні. Живіт помірно напружений, болючий у лівому підребер'ї. Симптоми подразнення очеревини «сумнівні» в лівому підребер'ї. Перистальтика прослуховується.

Завдання для студента:

1. Провести опитування та фізикальне обстеження хворого.
2. Провести інтерпретацію результатів фізикального дослідження, представлених екзаменатором.
3. Встановити та обґрунтувати попередній клінічний діагноз.
4. Призначте додаткові методи обстеження.
5. Провести інтерпретацію результатів додаткових методів обстеження.
6. Що таке проба Рувілуа-Грегуара ?

Загальний аналіз крові: Гемоглобін 106 г/л, Еритроцити $3,2 \times 10^{12}$ /л, Лейкоцити $9,0 \times 10^9$ /л, Лейкоцитарна формула: Паличкоядерні-3 %, Сегментоядерні- 57 %, Лімфоцити-32 %, Моноцити- 8 %, ШОЕ - 16 мм/год.

Загальний аналіз сечі: Колір темно- коричнева, Реакція-кисла, Білок- 0,003 г/л, Плоский епітелій – 1-2у полі зору, Лейкоцити – 2 - 6 у полі зору, Еритроцити незмінні – 0-0-1 у полі зору, Слиз (+). **Біохімічний аналіз крові:** Білірубін – 19,6 мкмоль/л (прямої білірубін – 4,3 мкмоль/л), Загальний білок – 62,5 г/л, Холестерин – 4,1 ммоль/л, Глюкоза крові – 4,7 ммоль/л, Креатинін – 0,062 ммоль/л, Сечовина – 5,1 ммоль/л; Активність альфа-амілази – 40 г/год×л, АСТ – 0,24 ммоль/ год×л, АЛТ – 0,16 ммоль/ год×л, Лужна фосфатаза – 34 од/л.

Коагулограма: АЧТЧ – 31,8 сек, Протр. час – 12,7 сек, Протр. індекс – 90%, INR – 0,94, Фібриноген – 5,15 г/л. **Група крові:** А (II), Rh (+).

Рентгенографія органів грудної клітки – картина пневмогідротораксу зліва. Заключення УСГ обстеження по протоколу Focused Assessment with Sonography in Trauma (FAST) та Rapid Ultrasound in Shock and Hypotension (RUSH): **Серце:** ЛШ без особливостей, ФВ =50%, в перикарді рідини не виявлено. **НПВ** без особливостей, без ознак тромбозу. **Плевральна порожнина:** зліва в синусі до 200 мл рідини (кров?) та значна кількість повітря, справа – легенева тканина б/о. **Черевна порожнина:** в кишені Морісона, латеральних каналах, тазу вільної рідини не виявлено. Печінка та селезінка б/о. **Аорта:** стінка б/о, ознак тромбозу чи розриву не виявлено.

Завдання для студента: 1) Встановити повний клінічний діагноз. 2) Визначити лікувальну тактику.

Алгоритм дій на клінічній станції «Кровотеча в просвіт травного тракту. Синдром Меллорі-Вейса»

Хворий В., віком 32 роки, поступив через 3 доби від початку захворювання. Зі слів пацієнта, раптово виникли скарги на болі в епігастрії, нудоту та багаторазове блювання після прийому їжі. Захворювання пов'язує з прийомом великої кількості їжі та алкогольних напоїв. За медичною допомогою не звертався, займався самолікуванням. Напередодні під час надривного блювання помітив у блювотних масах яскраво червону кров в значній кількості, з приводу чого звернувся в лікарню. В анамнезі не заперечує пристрасть до алкоголю, проходив неодноразові сеанси лікування алкогольної залежності. Загальний стан хворого середньої важкості, стабільний. Температура тіла 36,9 °С, ЧД 22 р./хв., пульс 90 ударів в 1 хвилину. АТ = 110/75 мм рт. ст., ІМТ= 20,5. Шкірні покриви б/о. Об'єктивний огляд: Язик вологий. Живіт м'який, симетричний, не болючий на момент огляду. С-м подразнення очеревини не визначаються на момент огляду. Per rectum: Пряма кишка б/о. Просвіт виповнений оформленим калом чорного кольору.

Завдання для студента: 1) Проведіть збирання скарг, анамнезу та об'єктивне обстеження пацієнта. 2) Визначте провідний патологічний синдром. 3) Встановіть та обґрунтуйте попередній клінічний діагноз. 4) Вкажіть попередні патологічні стани, з якими потрібно провести диференційну діагностику. 5) Визначте програму додаткового обстеження пацієнта.

Загальний аналіз крові: Гемоглобін 108 г/л, Еритроцити $3,35 \times 10^{12}$ /л, Лейкоцити $8,3 \times 10^9$ /л, Лейкоцитарна формула: Паличкоядерні – 3 %, Сегментоядерні – 57 %, Лімфоцити – 36 %, Моноцити – 6 %, ШОЕ – 7 мм/год. **Загальний аналіз сечі:** Колір темно-коричнева, Реакція-кисла, Білок- 0,003 г/л, Плоский епітелій – 1-2у полі зору, Лейкоцити – 2 - 6 у полі зору, Еритроцити незмінні – 0-0-1 у полі зору, Слиз (+). **Біохімічний аналіз крові:** Білірубін – 19,6 мкмоль/л (прямий білірубін – 4,3 мкмоль/л), Загальний білок – 62,5 г/л, Холестерин – 4,1 ммоль/л, Глюкоза крові – 3,7 ммоль/л, Креатинін – 0,072 ммоль/л, Сечовина – 5,8 ммоль/л; Активність альфа-амілази – 60 г/год×л, АСТ – 0,04 ммоль/ год×л, АЛТ – 0,46 ммоль/ год×л, Лужна фосфатаза – 30 од/л. **Коагулограма:** АЧТЧ – 33,8 сек, Протр. час- 10,7 сек, Протр. індекс – 100%, INR – 0,99, Фібриноген – 3,15 г/л. **Група крові:** А (II), Rh (+).

Завдання для студента: 6) Проведіть інтерпретацію результатів лабораторних аналізів. 7) Вкажіть та проведіть інтерпретацію додаткових інструментальних обстеження органів черевної порожнини.

Заключення УСГ обстеження ОЧП: Печінка з чітким рівним контуром, структура звичайної щільності, розмір правої частки до 11 см, внутрішньопечінкові та позапечінкові протоки не поширені. Портальна вена до 13 мм, без ознак тромбозу та венозної гіпертензії. Жовчевий міхур контур чіткий, стінка не потовщена, вміст однорідний, холедох до 5 мм. Селезінка типово розташована, 90*45 мм, контур чіткий, структура однорідна. Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено. **ФЕГДС:** Лінійний розрив слизової н/3 стравоходу з переходом на слизову кардіального сфінктеру шлунка з активною кровотечею. Forest 1b.

Завдання для студента: 8) Встановити повний клінічний діагноз (основний, ускладнення, супутні захворювання). 9) Розкажіть класифікацію ШКК кровотеч за Форрестом. 10) Визначити лікувальну тактику та вкажіть, які методи ендоскопічної зупинки кровотеч Ви знаєте.

Алгоритм дій на клінічній станції «Жовчнок'аміа хвороба, холангіт»

Хвора К., віком 53 роки, поступила через 3 доби від початку захворювання зі скаргами на ниючі болі в правому підребер'ї, нудоту, блювання після прийому їжі, пожовтіння склер та шкіри, гарячку до 37,7 °С. Захворювання пов'язує з прийомом гострої їжі та переїданням. В анамнезі неодноразово протягом останніх 10 років відмічала приступоподібний біль у правому підребер'ї після прийому їжі, який проходив після прийому спазмолітиків. Загальний стан хворої середньої важкості, стабільний. Температура тіла 37,9 °С, ЧД 19 р./хв., пульс 94 ударів в 1 хвилину. АТ = 150/95 мм рт. ст., ІМТ= 31,5. Шкіра жовтушна. Об'єктивний огляд: Язик сухий. Живіт помірно напружений, болючий у правому підребер'ї. С-м Кера, Ортнера, Мюссі, Мерфі «позитивні» на момент огляду. Симптомим подразнення очеревини – негативні.

Завдання для студента:

- ▶ Проведіть аналіз скарг, анамнезу та об'єктивного обстеження пацієнта.
- ▶ Визначте провідні патологічні синдроми.
- ▶ Розкажіть як визначаються симптоми Щоткіна-Блюмберга, Ровзінга, Сітковського, Воскресенського, Бартом'є-Міхельсона, Кера, Ортнера, Мюссі, Мерфі.
- ▶ Встановіть та обґрунтуйте попередній клінічний діагноз.
- ▶ Призначте додаткові методи обстеження.

Результати додаткових дослідження лабораторних досліджень:

- ▶ **Загальний аналіз крові:** Гемоглобін 146 г/л, Еритроцити $4,1 \times 10^{12}$ /л, Лейкоцити $16,3 \times 10^9$ /л, Лейкоцитарна формула: Паличкоядерні-13 %, Сегментоядерні- 67 %, Лімфоцити-19 %, Моноцити- 1 %, ШОЕ - 56 мм/год.
- ▶ **Загальний аналіз сечі:** Колір темно- коричнева, Реакція-кисла, Білок- 0,99 г/л, Плоский епітелій – 1-4 у полі зору, Лейкоцити – 5- 6 у полі зору, Еритроцити незмінені – 0-0-1 у полі зору, Оксалатові солі – у помірній кількості, Слиз (+++), Уробіліноген (++) .
- ▶ **Біохімічний аналіз крові:** Білірубін – 66,5 мкмоль/л (прямої білірубін – 44,8 мкмоль/л), Загальний білок – 64,5 г/л, Холестерин – 5,8 ммоль/л, Глюкоза крові – 6,4 ммоль/л, Креатинін – 0,152 ммоль/л, Сечовина – 8,8 ммоль/л; Активність альфа-амілази – 120 г/год×л, АСТ – 1,94 ммоль/ год×л , АЛТ – 1,76 ммоль/ год×л, Лужна фосфатаза – 420 од/л.

Завдання для студента:

- ▶ Проведіть інтерпретацію результатів лабораторних аналізів.
- ▶ Вкажіть та проведіть інтерпретацію додаткових інструментальних та рентгенологічних методів обстеження органів черевної порожнини.

УЗД органів черевної порожнини – визначається ущільнення та потовщення стінки жовчевого міхура до 8 мм, просвіт розтягнений, виповнений ехо «+» включеннями від 3 до 10 мм. Внутрішньопечінкові протоки розширені, холедох до 14 мм діаметром, в дистальному відділі конкременти. Підшлункова залоза набрякла на всьому протязі, з розмитим контуром, Вірсунгова протока 3 мм діаметром.

- ▶ Встановити повний клінічний діагноз (основний, ускладнення, супутні захворювання)
- ▶ Визначити лікувальну тактику (етапність та види хірургічних маніпуляцій, фармакологічний супровід)

Алгоритм дій на клінічній станції «Кровотеча в просвіт травного тракту. Виразкова дуоденальна кровотеча»

Хвора М., 34 років, поступив до лікарні зі скаргами на чорного кольору, рідкої мазеподібної консистенції, з неприємним запахом часті випорожнення протягом трьох діб, появу головокружіння, загальної слабості, холодного липкого поту в останню добу. Харчується нерегулярно, тяжко працює. В минулому відзначав періодичні болі в епігастрії серед ночі та натщесерце. Об'єктивно хворий блідий, покритий холодним потом, кінцівки холодні, АТ = 80/50 мм рт.ст., пульс – 126 уд./хв. Язик вологий. Живіт м'який, симетричний, не болючий на момент огляду. С-м подразнення очеревини не визначаються. Per rectum: Пряма кишка б/о. Просвіт виповнений дьогтеподібним калом.

Завдання для студента:

- ▶ Проведіть збирання скарг, анамнезу та об'єктивне обстеження пацієнта.
- ▶ Визначте провідний патологічний синдром.
- ▶ Встановіть та обґрунтуйте попередній клінічний діагноз.
- ▶ Вкажіть попередні патологічні стани, з якими потрібно провести диференційну діагностику.
- ▶ Призначте алгоритм додаткового обстеження пацієнта.

Лабораторні дані: гемоглобін – 66 г/л, еритроцити – $1,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $4,7 \times 10^9$ /л, паличкоядерні – 5%, сегментоядерні – 76%, лімфоцити – 12%, моноцити – 7, ШОЕ – 14 мм/год.

ФЕГДС: у цибуліні дванадцятипалої кишки виразка діаметром 0,7 см, з дна якої продовжується пульсуюча кровотеча яскравою кров'ю.

Завдання для студента:

- ▶ Оцініть дані лабораторних досліджень та клінічну картину і встановіть клінічний діагноз. Як класифікувати цю кровотечу за Форестом ?
- ▶ Визначте тактику лікування хворого.