



**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ОДЕСЬКИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ, ДИТЯЧОЇ ТА
ВІЙСЬКОВОЇ ХІРУРГІЇ З КУРСОМ
УРОЛОГІЇ ТА ОФТАЛЬМОЛОГІЇ**

**Методичні рекомендації для
занять студентів 3-го курсу**

Навчальна дисципліна: «Загальна хірургія»

Тема: «Клінічне обстеження хворих і схема історії хвороби»

Рівень вищої освіти: другий (магістерський)

Галузь знань: 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність: 222 «Медицина»

Освітньо-професійна програма: Медицина

**Затверджено на засіданні кафедри
загальної, дитячої та військової хірургії з
курсом урології та офтальмології.**

Протокол № 7 від 23.02.2026

Одеса 2026

Методичні рекомендації складені на основі освітньо-професійної програми «Медицина» підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти зі спеціальності 222 «Медицина» галузі знань 22 «Охорона здоров'я», ухваленою Вченою Радою ОНМедУ (протокол № від 20__ року).

Розробник: доцент к.мед.н. Ільїна-Стогнієнко В. Ю.

Програму обговорено на засіданні кафедри загальної та військової хірургії

Протокол № _ від “ ___ ” _____ 20__ р.

Завідувач кафедри _____ Михайло
КАШТАЛЬЯН

Погоджено із гарантом ОПП _____ Валерія
МАРІЧЕРЕДА

Програму ухвалено на засіданні предметної циклової комісії з хірургічних дисциплін ОНМедУ

Протокол № _ від “ ___ ” _____ 20__ р.

Голова предметної циклової методичної комісії з хірургічних дисциплін _____ Василь МІЩЕНКО

Переглянуто та затверджено на засіданні кафедри _____
Протокол № _ від “ ___ ” _____ 20__
р.

Завідувач кафедри

(підпис) (Ім'я ПРІЗВИЩЕ)

Переглянуто та затверджено на засіданні кафедри

Протокол № _ від “ ___ ” _____ 20__ р

Вступ

Головна мета обстеження хірургічного хворого полягає у встановленні своєчасного, правильного, точного та індивідуального клінічного діагнозу, на основі якого базується ефективно надання необхідної медичної допомоги. Незважаючи на стрімкий розвиток і впровадження високотехнологічних інструментальних та лабораторних методів, класичне клінічне обстеження залишається непорушним фундаментом медичної практики.

Загальні принципи обстеження повинні ґрунтуватися на чіткій методичній послідовності при проведенні розпитування хворого та його подальшого фізикального огляду. Отримати вичерпні та достовірні відомості можливо лише за умови повної довіри пацієнта до лікаря, що забезпечується співчутливим ставленням, збереженням лікарської таємниці та професійно спрямованим, активним веденням бесіди. Лікар повинен критично оцінювати суб'єктивні дані, пам'ятаючи про можливість агравації (перебільшення наявних симптомів), симуляції психічних розладів або, навпаки, свідомого приховування пацієнтом певних проявів хвороби. У випадках вкрай тяжкого стану (порушення свідомості, шок, політравма) час на розпитування максимально скорочується; лікар концентрується на головному або ж отримує необхідну інформацію від родичів чи з медичної документації.

Розділ I. Класична схема обстеження (Клінічний етап)

1. Паспортна частина (Pars passaportica)

Цей розділ є початковим етапом оформлення медичної документації (карти стаціонарного хворого) і має заповнюватися з максимальною точністю.

Назва критерію	Дані пацієнта
Прізвище, ім'я, по батькові	<i>Записується повністю, розбірливо</i>
Вік (дата народження)	<i>Повні роки, дата народження</i>
Стать	<i>Чоловіча / Жіноча</i>
Професія та місце роботи	<i>Вказується посада та точна назва підприємства</i>
Постійне місце проживання	<i>Точна адреса, контактні телефони</i>
Дата і час госпіталізації	<i>Дата (число, місяць, рік) та точний час (години, хвилини)</i>
Ким направлений хворий	<i>Назва ЛПЗ, швидка допомога або самозвернення</i>
Діагноз при направленні	<i>Діагноз закладу, що направив пацієнта</i>
Діагноз приймального відділення	<i>Попередній діагноз при госпіталізації</i>
Клінічний діагноз	<i>Формується протягом перших трьох днів</i>

Паспортна частина має не лише статистичне, а й глибоке клінічне та медико-юридичне значення.

- **Вік і стать** часто корелюють із певними хірургічними патологіями (наприклад, інвагінація у дітей, гострий холецистит частіше у жінок старшого віку, рак шлунка у чоловіків).
- **Професія та місце роботи** дозволяють запідозрити професійні захворювання, вплив шкідливих хімічних чи фізичних факторів (свинець, радіація, вібрація), що могли спровокувати хірургічну патологію.
- **Місце проживання** може вказувати на ендемічні зони для специфічних інфекцій чи паразитарних інвазій (наприклад, ехінококоз).
- **Дата і точний час госпіталізації (до хвилини)** є критично важливими для правового захисту лікаря та визначення своєчасності надання невідкладної хірургічної допомоги при гострих станах (наприклад, при перфоративній виразці чи защемленій грижі).

NB! Важливо для клінічного мислення

Юридична відповідальність хірурга починається з моменту реєстрації часу надходження пацієнта. Затримка з постановкою попереднього діагнозу та початком оперативного втручання (при "гострому животі") навіть на кілька годин може перевести місцевий перитоніт у розлитий. Ретельна фіксація діагнозів на кожному етапі (направлення, приймальне відділення, клінічний) дозволяє виявити дефекти надання медичної допомоги на догоспітальному етапі та обґрунтувати тактику стаціонарного лікування.

2. Скарги хворого (Querelae aegroti)

Виявлення скарг проводиться в активній формі. Найважливішим і найчастішим першим симптомом у хірургічній практиці є біль. Як зазначав Джон Гілтон (Hilton, 1870): *"Біль приводить хворого до лікаря, а лікаря – до діагнозу"*.

Аналізуючи больовий синдром, лікар зобов'язаний детально встановити сім основних характеристик:

- **Точна локалізація болю:** Локалізація дозволяє зробити припущення, який саме орган уражений. Необхідно чітко диференціювати соматичний та вісцеральний біль. Соматичний біль передається по швидких мієлінових нервових волокнах від парієтальної очеревини, має чітку локалізацію. Вісцеральний біль (від внутрішніх органів) передається по повільних безмієлінових волокнах, локалізується нечітко і має дифузний характер. Біль у животі може бути спочатку нелокалізованим, а потім зміщуватися в ділянку ураженого органа (наприклад, симптом Кохера-Волковича при апендициті).
- **Шляхи іррадіації:** Вісцеральний біль проектується не в місці його виникнення, а в сегменті тіла, що філогенетично відповідає зонам Захар'їна-Геда. Наприклад, при патології жовчного міхура біль іррадіює у праве надпліччя та лопатку; при патології нирок (ниркова колька) — по ходу сечоводу в пахову ділянку та зовнішні статеві органи.

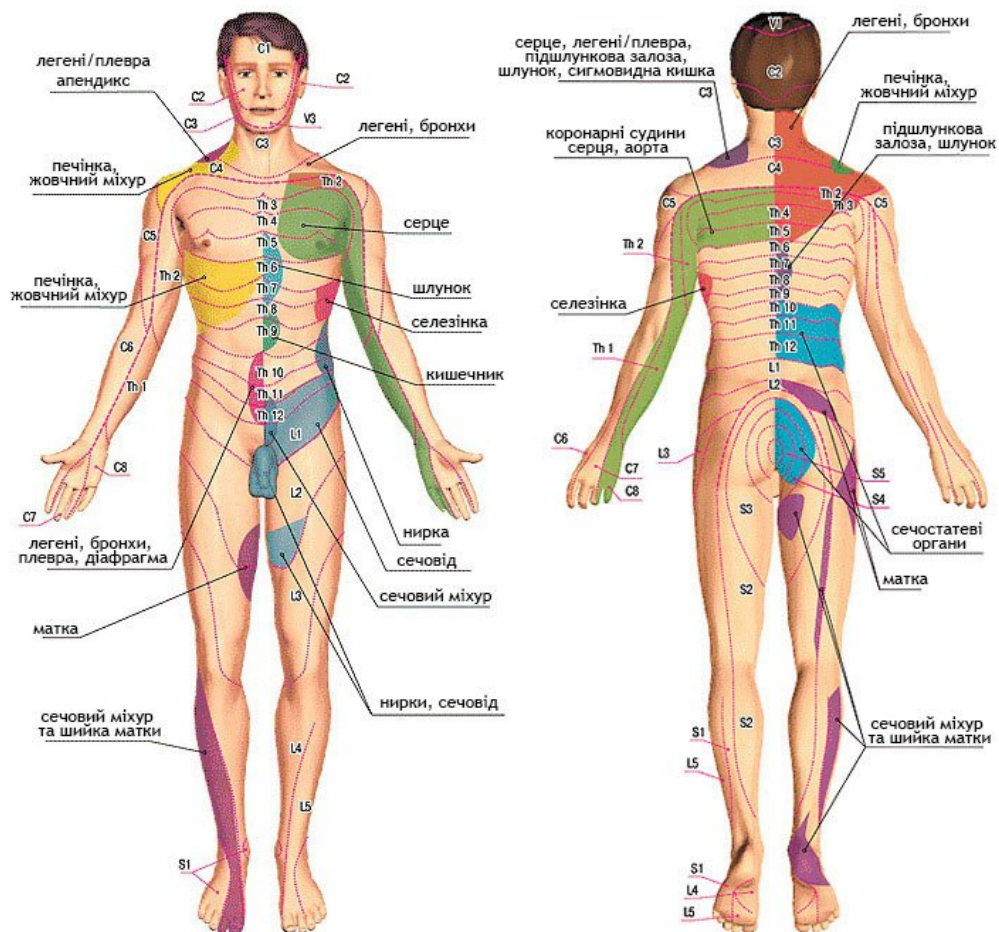


Рис. 1. Зони Захар'їна-Геда.

- **Інтенсивність болю:** Оцінюється як помірна, сильна або нестерпна. Надзвичайно інтенсивний біль, що викликає шоківий стан, характерний для тромбоемболії, розриву аневризми аорти або гострого панкреатиту.
- **Характер болю:** Соматичний біль зазвичай гострий, різучий або пекучий, носить постійний характер. Вісцеральний біль частіше тупий, ниючий, свердлярчий або переймоподібний (коліка), що виникає в порожнистих органах і має безбольові проміжки. При патології кінцівок (ішемія, тромбоз) біль може мати роздираючий характер і супроводжуватися відчуттям оніміння, зміною кольору шкіри та відчуттям, яке пацієнти описують як **вранішня скутість** у суглобах.
- **Час та умови виникнення:** Біль може виникати раптово (перфорація порожнистого органа, спонтанний пневмоторакс) або наростати поступово протягом годин чи діб. Характерний "сезонний" або "нічний" біль свідчить про виразкову хворобу шлунка і ДПК. Важливо встановити зв'язок із провокуючими факторами: фізичним навантаженням, кашлем, диханням, прийомом гострої чи жирної їжі, алкоголю.
- **Супутні симптоми:** Больовий синдром може супроводжуватися нудотою, блюванням, гикавкою, затримкою випорожнень і газів, порушенням гемодинаміки, зниженням артеріального тиску (колапс), відчуттям страху та мимовільним сечовипусканням.
- **Фактори, що полегшують біль:** З'ясовується, чи зменшується біль після прийому спазмолітиків, антацидів (соди), нітропрепаратів, прикладання тепла чи холоду, або ж після зміни положення тіла. Наприклад, при розриві селезінки хворий приймає напівсидяче положення (симптом "валянька" або симптом Білліса-Грайгсбі).

NB! Важливо для клінічного мислення

Поява ознак чітко локалізованого соматичного болю при початковому дифузному вісцеральному болю є вкрай тривожним симптомом. Це свідчить про перехід патологічного деструктивного процесу з внутрішнього органа на парієтальну очеревину (розвиток перитоніту). Категорично забороняється призначення наркотичних та сильних ненаркотичних анальгетиків до встановлення остаточного діагнозу гострої хірургічної патології, оскільки вони нівелюють больовий синдром, маскують "гострий живіт" і призводять до фатального запізнення з оперативним втручанням.

Диспепсичні явища та інші скарги:

- **Блювання та нудота:** Другий за важливістю симптом. Механізм їх виникнення зумовлений подразненням нервових закінчень очеревини, непрохідністю порожнистих органів (кишка, жовчні шляхи) або дією ендотоксинів на мозкові центри. Раннє блювання, що виникає одночасно з болем, притаманне гострому панкреатиту та странгуляційній кишковій непрохідності; пізнє блювання — обтураційній кишковій непрохідності. Вміст блювотних мас має ключове значення: "порожнє" блювання (спазми без вмісту), наявність жовчі (печінкова колька), блювання свіжою кров'ю або масами типу "кавової гущі" (гастродуоденальна кровотеча), або блювання кишковим вмістом зі смердючим "фекальним" запахом (занедбана обтураційна непрохідність).



Рис. 2. Блювання "кавової гущі" (гастродуоденальна кровотеча).

- **Печія (Pyrosis) та Дисфагія (Dysphagia):** Печія є наслідком гастроєзофагеального рефлюксу через неспроможність кардії або грижу стравохідного отвору діафрагми; супроводжується відчуттям печіння за грудниною. Дисфагія (розлад ковтання) проявляється відчуттям стороннього тіла, зригуванням і може свідчити про пухлини стравоходу, рубцеві стриктури або дивертикули.

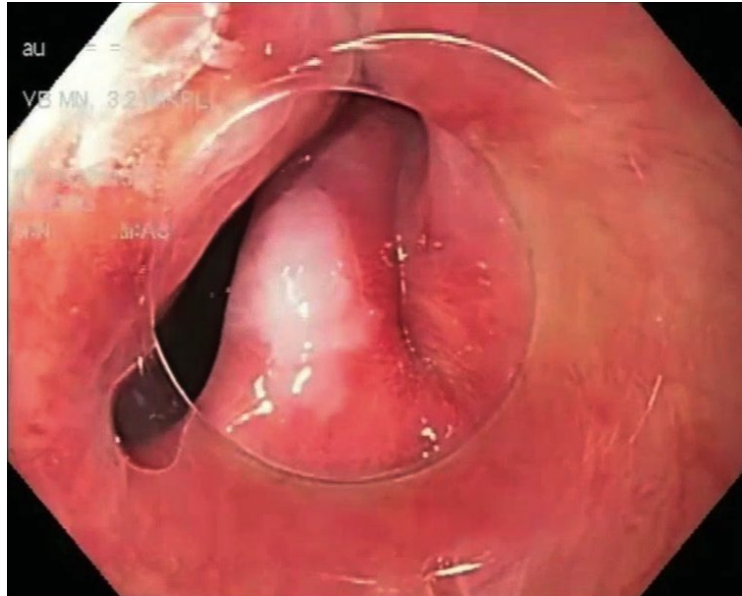


Рис. 3. Ендоскопічний вигляд м'язової перегородки в стравоході, що утворює дивертикул Ценкера.

- **Порушення спорожнення кишечника:** Затримка випорожнень і газів є класичною ознакою гострої кишкової непрохідності та перитоніту. Важливо зафіксувати чергування проносів і закрепів, що може вказувати на онкопатологію ободової кишки. Обов'язково оцінюється вигляд калу: наявність слизу, стрічкоподібна форма, "козячий кал", а особливо патологічні домішки — свіжа кров або дьогтеподібний кал (мелена), що вказує на шлунково-кишкову кровотечу.
- **Порушення сечовипускання та менструального циклу:** Різи в уретрі, гематурія (кров у сечі) при травмах вказують на розрив нирки або сечового міхура. У жінок порушення менструального циклу або позачергові кров'яністі виділення з супутнім болем вимагають термінової диференційної діагностики між гострим апендицитом, запаленням придатків матки та позаматковою вагітністю.
- **Запаморочення та слабкість:** Ці симптоми загального характеру можуть бути проявом тяжкої ендогенної інтоксикації, шоку або внутрішньої прихованої кровотечі. Вони супроводжуються зниженням артеріального тиску, "мерехтінням мушок" перед очима, тахікардією та блідістю шкіри.

NB! Важливо для клінічного мислення

Блювання "кавовою гущею" свідчить про те, що кров у шлунку вже вступила в реакцію з соляною кислотою з утворенням солянокислого гематину. Це ознака кровотечі з верхніх відділів ШКТ (шлунок, ДПК). Поява мелени (дьогтеподібного випорожнення) відбувається при крововтраті не менше 200-500 мл. Ці стани відносяться до невідкладних і вимагають термінової інтенсивної терапії, ендоскопічного гемостазу, а часто — екстреної операції.

2. Опитування за системами органів» (Status praesens subjectivus)

1. Нервова система (стан нервової системи і різні порушення в ній, оцінюємо за наступними кроками):

1. Як хворий оцінює тип своєї нервової системи

- Це запитання дає нам уявлення про базовий темперамент пацієнта та тло, на якому розвивається захворювання. Ми намагаємося зрозуміти, чи змінилася нервова система під впливом хвороби, чи це її звичний стан.
- **Як запитати пацієнта:** *"Як би ви охарактеризували свій характер? Ви зазвичай спокійна, врівноважена людина, чи легко піддаєтесь емоціям та швидко спалахуєте?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Хворий оцінює тип своєї нервової системи як спокійний та врівноважений.
 - *Патологія:* Пацієнт відмічає підвищену дратівливість, емоційну лабільність та запальність, які значно посилюються з початком захворювання.

2. Сон

- Сон є найчутливішим індикатором загального комфорту, рівня стресу, больового синдрому або інтоксикації.
- **Як запитати пацієнта:** *"Як ви зазвичай спите? Чи легко вам заснути, і чи не турбують вас часті нічні пробудження або тривожні сновидіння?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Сон повний, глибокий та спокійний. Безсоння та сновидіння пацієнт заперечує.
 - *Патологія:* Сон переривчастий, неспокійний, супроводжується тривалим безсонням. Пацієнт скаржиться на часті нічні пробудження та виснажливі кошмарні сновидіння.

3. Пам'ять

- Це швидкий скринінг когнітивних функцій. Важливо диференціювати порушення короткочасної пам'яті (часто буває при судинних патологіях) від довгочасної.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи не помічали ви погіршення пам'яті останнім часом? Що вам легше пригадати: події вчорашнього дня чи те, що відбувалося багато років тому?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Пам'ять збережена як відносно найближчих, так і віддалених подій.
 - *Патологія:* Відмічається виражене зниження пам'яті на найближчі події при відносній збереженості спогадів про віддалене минуле.

4. Головні болі

- Це один із найчастіших симптомів, який може свідчити про гіпертензію, інтоксикацію або патологію ЦНС. Важлива кожна деталь: від локалізації до супутніх симптомів.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи турбує вас головний біль? Де саме болить, як довго це триває? Біль стискає чи розпирає, і чи не виникає при цьому нудота або погіршення зору?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Головні болі пацієнт категорично заперечує.
 - *Патологія:* Скаржиться на інтенсивний, розпираючий головний біль у потиличній ділянці, що з'являється переважно у вечірній час. Тривалість нападу — кілька годин; біль супроводжується нудотою, періодичним блюванням, що не приносить полегшення, та "мерехтінням мушок" перед очима.

5. Запаморочення, шум у вухах

- Ознаки порушення мозкового кровообігу, анемії або ураження вестибулярного апарату. Обов'язково шукайте зв'язок із провокуючими факторами.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи буває у вас відчуття, ніби предмети крутяться навколо вас? Чи чуєте ви постійний дзвін або шум у вухах, особливо коли різко встаєте?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Запаморочення та шум у вухах не турбують.
 - *Патологія:* Відмічає виражене епізодичне запаморочення та постійний шум у правому вусі, що різко посилюються при зміні положення тіла з горизонтального у вертикальне.

6. Емоційна сфера

- Оцінка адекватності сприйняття власної хвороби та загального психічного тону. Будьте дуже обережні, щоб не здатися пацієнту нав'язливим психоаналітиком.
- **Як запитати пацієнта:** *"Як ви почуваетесь емоційно на тлі хвороби? Чи не стали ви більш вразливими або знервованими? Як ви реагуєте на стресові ситуації та спілкування з іншими?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Настрій бадьорий, спокійний. Самовладання та витримка збережені в повному обсязі. Увага концентрована, поведінка при дії подразників адекватна, ставлення до оточуючих людей доброзичливе.
 - *Патологія:* Емоційна сфера лабільна, настрій пригнічений. Спостерігається різка зміна емоцій: періоди збудливості та "нервозності" швидко змінюються плаксивістю. Самовладання знижене, увага розсіяна, ставлення до оточуючих апатичне.

7. Працездатність

- Показує рівень астенизації організму та соціальну дезадаптацію пацієнта через хворобу.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи вдається вам виконувати свою звичну роботу в повному обсязі? Чи не втратили ви бажання займатися справами, які раніше були вам цікаві?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Працездатність повністю збережена. Інтерес до роботи та повсякденних справ не втрачений.
 - *Патологія:* Працездатність значно знижена (або повністю втрачена) через постійну загальну слабкість; інтерес до професійної діяльності та навколишніх подій відсутній.

8. Непритомні стани, судоми, оніміння, зміни чутливості і рухів

- Прямий пошук вогнищевої неврологічної симптоматики, судинних катастроф та метаболічних порушень.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи втрачали ви коли-небудь свідомість? Чи не зводять у вас литки судомами вночі? Чи буває відчуття оніміння або 'повзання мурашок' у руках чи ногах?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Епізоди непритомності заперечує. Судоми м'язів, відчуття оніміння тіла, а також порушення рухів та чутливості в кінцівках відсутні.
 - *Патологія:* Скаржиться на часті нічні судоми м'язів гомілок та постійне відчуття оніміння дистальних відділів нижніх кінцівок за типом "шкарпеток". Відмічає зниження тактильної чутливості на стопах. Непритомні стани заперечує.

2.Органи чуттів (варто описати динаміку стану органів чуттів за час перебігу хвороби)

1.Зір

- Зір дуже чутливий до мікроциркуляторних порушень та інтоксикації. Нам важливо з'ясувати, чи не відбулося різкого падіння гостроти зору або швидкого виснаження очей саме на тлі поточного захворювання, що може свідчити про гемодинамічні розлади або неврологічний дефіцит.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи не помітили ви змін із зором від початку вашого захворювання? Чи не втомлюються очі швидше, ніж зазвичай, при читанні або перегляді телевізора?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Зір за час хвороби не змінився, збережений у повному обсязі. Швидкої стомлюваності очей пацієнт не відмічає.
 - *Патологія:* Відмічає виражене погіршення зору та швидку стомлюваність очей, що прогресують у динаміці поточного захворювання.

2.Слух

- Зміни слуху, поява патологічних шумів чи виділень можуть бути як наслідком локального гнійно-запального процесу, так і проявом судинної патології чи побічної (ототоксичної) дії ліків. Деталізація симетричності ураження (на одне чи обидва вуха) є обов'язковою.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи однаково добре ви чуєте обома вухами зараз порівняно з часом до хвороби? Чи не з'явився останнім часом шум у вухах, дзвін або будь-які виділення (гноєтеча)?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Слух не ослаблений, збережений на обидва вуха. Наявність шуму та гноєтечі з вух заперечує; за час хвороби стан слуху не змінився.
 - *Патологія:* Скаржитися на глухоту на праве вухо та постійний шум у вухах, що виникли гостро на тлі захворювання. З лівого слухового проходу відмічається періодична гноєтеча.

3.Нюх

- Раптова втрата або зміна нюху може бути раннім маркером вірусних інфекцій, ураження центральної нервової системи або наслідком набряку слизової оболонки. Нам важливо зафіксувати, чи розрізняє пацієнт спектр запахів.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи так само добре ви відчуваєте та розрізняєте запахи зараз, як і до хвороби? Чи не здається вам, що звичні речі втратили свій аромат або пахнуть інакше?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Нюх збережений, сприйняття різних запахів не змінене. Втрати нюху за час захворювання не спостерігалось.
 - *Патологія:* Пацієнт відмічає повну втрату нюху (або його спотворення) та нездатність до адекватного сприйняття різних запахів, що з'явилися з перших днів хвороби.

4.Дотик

- Оцінка тактильної чутливості є прямим індикатором стану периферичної нервової системи. Поява патологічних відчуттів (оніміння, повзання мурашок) під час хвороби часто вказує на ішемію або нейропатію.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи не змінилася ваша чутливість до дотиків? Чи немає у вас відчуття постійного оніміння в пальцях рук чи ніг, або, навпаки, надмірної болючості при легкому торканні?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Дотик та тактильна чутливість збережені в повному обсязі. Порушень та патологічних проявів за час хвороби не виявлено.
 - *Патологія:* Дотик порушений: хворий відмічає різке зниження тактильної чутливості на дистальних ділянках нижніх кінцівок, що супроводжується постійним відчуттям оніміння (прояви полінейропатії на тлі основного захворювання).

5.Смак

- Порухення смаку кардинально впливає на апетит та нутритивний статус хворого. Воно може супроводжувати тяжку патологію травного тракту, системні інфекції або гнійні процеси порожнини рота.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи не змінився у вас смак звичайної їжі відколи ви захворіли? Чи чітко ви відчуваєте різницю між солоним, солодким та кислим?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Смак збережений. Спотворення або порушення сприйняття смакових подразників за час хвороби пацієнт заперечує.
 - *Патологія:* Смак порушений: пацієнт скаржиться на постійний гіркий (або металевий) присмак у роті та змінене сприйняття звичної їжі, що значно посилюється з розвитком хвороби

3.Органи дихання

Переходячи до суб'єктивного обстеження органів дихання, ви повинні пам'ятати, що дихальна система є однією з найважливіших для забезпечення життєдіяльності організму. Розпитування при захворюваннях органів дихання вимагає від лікаря ретельної, скрупульозної деталізації. Справа в тому, що саме характер кашлю, особливості мокротиння та тип задишки часто є тим золотим ключем, який безпомилково веде нас до правильного попереднього діагнозу ще до застосування фонендоскопа.

Нижче наведено класичну схему деталізації скарг, за допомогою якої ви навчитеся професійно та літературно формулювати свої думки в академічній історії хвороби.

1.Ніс

- Носова порожнина — це вхідні ворота дихального тракту. Нам важливо з'ясувати стан носового дихання, адже його хронічне утруднення впливає на оксигенацію, а виділення чи кровотечі можуть вказувати на локальний запальний процес, травму або порушення в системі згортання крові.
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи вільно ви дихаєте носом, чи немає відчуття закладеності? Чи турбують вас виділення з носа або носові кровотечі?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Дихання через ніс вільне. Виділення та носові кровотечі відсутні.
 - *Патологія:* Дихання через ніс значно затруднене. Відмічаються постійні гнійні виділення у великій кількості з неприємним запахом; періодично виникають незначні носові кровотечі.

2.Гортань

- Зміни з боку гортані (особливо захриплість голосу) можуть бути раннім проявом не лише банального ларингіту, але й пухлинного процесу або ураження поворотного гортанного нерва.

- **Як запитати пацієнта:** *"Чи немає у вас відчуття сухості або дряпання в горлі? Чи не помічали ви останнім часом захриплості голосу або болю при ковтанні?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Відчуття сухості, дряпання в горлі, захриплість голосу та болючість при ковтанні заперечує.
 - *Патологія:* Скаржиться на постійне відчуття сухості та дряпання в горлі, виражену захриплість голосу, а також різку болючість при ковтанні.

3. Болі в області грудної клітини

- Найважливіший етап диференційної діагностики! Легенева тканина не має больових рецепторів, тому біль виникає лише при залученні парієтальної плеври, грудної стінки або сусідніх структур. Ключовий критерій плеврального болю — його чіткий зв'язок з актом дихання та кашлем.
- **Як запитати пацієнта:** *"Де саме ви відчуваєте біль у грудях і який він за характером: колючий, ниючий чи тиснучий? Чи посилюється біль, коли ви робите глибокий вдих або кашляєте, і що допомагає його зменшити?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Болі в області грудної клітини пацієнт заперечує.
 - *Патологія:* Скаржиться на гострий, колючий біль у правій половині грудної клітки (в ділянці нижніх ребер), що віддає у праве плече. Біль носить постійний характер, різко посилюється на висоті вдиху та при кашлі; полегшується в положенні лежачи на правому (хворому) боці.

4. Кашель

- Кашель — це складна рефлекторна реакція. Студенту вкрай важливо деталізувати його інтенсивність, час появи та характер (сухий чи вологий), адже вранішній кашель характерний для хронічного бронхіту, а нічний — часто вказує на серцеву недостатність або бронхіальну астму.
- **Як запитати пацієнта:** *"Ваш кашель турбує вас постійно чи виникає нападами? Він сухий, чи супроводжується виділенням мокротиння, і в який час доби він найсильніший?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Кашель відсутній.
 - *Патологія:* Відмічається інтенсивний, нападopodobний вологий кашель, що виникає переважно вранці або провокується вдиханням холодного повітря.

5. Мокрота

- Візуальна та кількісна оцінка мокротиння дає пряму інформацію про характер запалення (серозне, гнійне) та наявність деструкції. Наприклад,

виділення мокротиння "повним ротом" вранці у певному положенні є класичною ознакою бронхоектатичної хвороби або абсцесу легені.

- **Як запитати пацієнта:** *"Якого кольору і густоти мокротиння ви відкашлюєте і чи має воно запах? Воно відходить легко чи з труднощами, і скільки приблизно його виділяється за добу?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Мокротиння не виділяється (або: кашель сухий, без виділення мокротиння).
 - *Патологія:* Виділяється в'язка, гнійна мокрота жовто-зеленого кольору зі смердючим запахом, кількістю до 150 мл за добу. Мокротиння відхаркується легко, відразу у великій кількості ("повним ротом"), переважно вранці при прийнятті положення на лівому боці.

6.Кровохаркання

- Грізний симптом, що вимагає онкологічної та фтизіатричної настороженості. Потрібно чітко розрізняти прожилки свіжої крові, темні згустки, "іржаву мокроту" (ознака крупозної пневмонії) або мокроту у вигляді "малинового желе" (ознака пухлини).
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи не помічали ви слідів крові у тому, що відкашлюєте? Це були дрібні прожилки, згустки темної крові чи, можливо, мокротиння мало іржавий відтінок?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Кровохаркання категорично заперечує.
 - *Патологія:* Відмічає періодичне кровохаркання у вигляді прожилок свіжої червоної крові у слизовому мокротинні, що з'являється після інтенсивного нападу кашлю.

7.Задишка

- Задишка (відчуття нестачі повітря) має бути оцінена за зв'язком із фізичним навантаженням (показує ступінь дихальної недостатності) та за фазою дихання: інспіраторна (важко вдихнути) чи експіраторна (важко видихнути, типово для бронхоспазму).
- **Як запитати пацієнта:** *"Вам важко дихати в спокої чи тільки при фізичному навантаженні, наприклад, при ходьбі сходами? Важче зробити вдих чи видих?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Задишка відсутня.
 - *Патологія:* Скаржиться на виражену експіраторну задишку (утруднений видих), яка носить постійний характер, посилюється при незначному фізичному навантаженні та дещо зменшується у стані спокою.

8.Задуха

- Задуха (ядуха) — це найвищий, раптовий і гострий ступінь задишки. Необхідно виявити тригери нападу (алергени, стрес), супутні явища

(свистяче дихання) та препарати, які ефективно купірують цей стан (бронходилататори).

- **Як запитати пацієнта:** *"Чи бувають у вас раптові напади різкої нестачі повітря? Що їх зазвичай провокує (запахи, тютюновий дим), чи чути при цьому свист у грудях, і які ліки допомагають вам відновити дихання?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Напади задухи (ядухи) пацієнт заперечує.
 - *Патологія:* Скаржиться на періодичні напади задухи, що виникають переважно вночі або провокуються вдиханням тютюнового диму. Напад триває 20-30 хвилин, супроводжується відчуттям свисту в грудній клітці; купірується інгаляцією сальбутамолу та прийняттям вимушеного положення сидячи з фіксацією плечового пояса.

9. Підвищення температури

- Характер температурної кривої (гарячки) — це класичний маркер інфекційно-запального процесу. Субфебрилітет із нічними потами часто супроводжує туберкульоз, а гектична (виснажлива) гарячка з ознобами є свідченням нагноєння (наприклад, абсцес легені).
- **Як запитати пацієнта:** *"Чи підвищувалася у вас температура тіла, до яких цифр і в який час доби? Чи супроводжувалося це сильним ознобом (ніби вас трусить) або профузною нічною пітливістю?"*
- **Як записати в історію хвороби:**
 - *Норма:* Температура тіла в межах норми (або: підвищення температури тіла заперечує). Озноби та пітливість відсутні.
 - *Патологія:* Відмічає підвищення температури до фебрильних цифр (39,0 °C). Підвищення носить виснажливий характер, з максимумом у вечірній час; супроводжується вираженим ознобом та масивною нічною пітливістю.

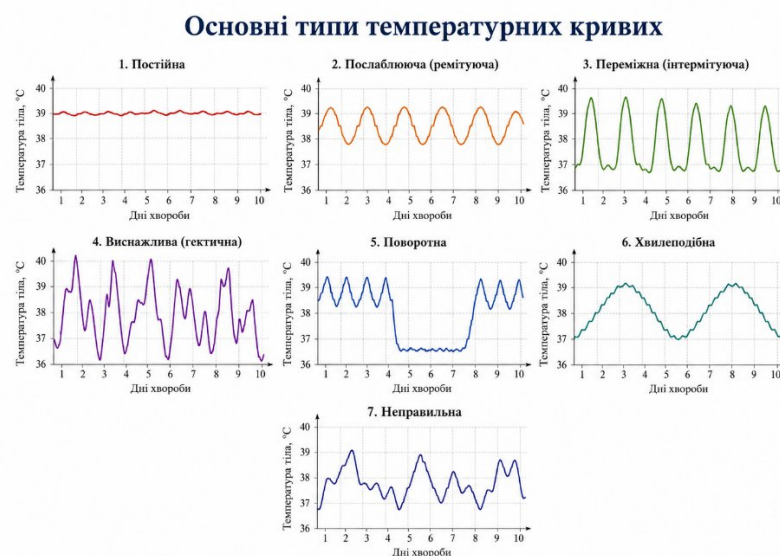


Рис. 4. Класичні типи температурних кривих та характер добових коливань температури тіла при різних варіантах гарячки.

4. Органи кровообігу

Нижче наведено класичну схему опитування, яка допоможе вам зібрати кардіологічний анамнез та професійно зафіксувати його в історії хвороби.

1. Болі в області серця

- Деталізація болю є критичною для диференційної діагностики ішемічної хвороби серця (стенокардії або інфаркту) від кардіалгій іншого генезу. Найважливіший маркер істинної ішемії міокарда — це чіткий зв'язок болю з фізичним навантаженням та його швидке купірування (зняття) після прийому нітрогліцерину або у стані спокою.
- **Мистецтво опитування:** *"Де саме ви відчуваєте біль: за грудиною чи зліва ближче до верхівки серця? Він стискає, пече чи коле? Чи віддає біль у ліву руку, під лопатку або в нижню щелепу? Чи проходить біль, якщо ви зупиняєтесь під час ходьби або приймаєте нітрогліцерин?"*
- **Клінічний запис (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Болі в ділянці серця та за грудиною пацієнт заперечує. Відчуття дискомфорту при фізичних навантаженнях відсутнє.
 - *Варіант Б (Патологія - Типова стенокардія):* Скаржиться на інтенсивний, стискаючий біль за грудиною, що іррадіює в ліву руку та ліву лопатку. Біль виникає при підйомі сходами на 2-й поверх, триває 5-10 хвилин і повністю купірується зупинкою руху та прийомом 1 дози нітрогліцерину під язик.

2. Серцебиття та перебої в роботі серця

- Серцебиття (відчуття власного пульсу) може бути фізіологічним (при стресі), а перебої — ознакою грізних аритмій (екстрасистолії, фібриляції передсердь). Важливо з'ясувати частоту, раптовість початку та закінчення нападу (типово для пароксизмальних тахікардій).
- **Мистецтво опитування:** *"Ви просто відчуваєте, що серце б'ється швидко, чи бувають моменти, коли воно ніби «завмирає», «перевертається» або пропускає удар? Ці напади починаються раптово чи наростають поступово?"*
- **Клінічний запис (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Серцебиття та відчуття перебоїв у роботі серця заперечує. Робота серця відчувається як ритмічна та спокійна.
 - *Варіант Б (Патологія):* Відмічає нападopodobне серцебиття та відчуття «завмирання» серця в грудях, що виникають раптово у стані спокою. Напад супроводжується відчуттям тривоги та триває від кількох хвилин до години.

3. Задишка (dyspnoea) та задуха

- Це ключовий симптом серцевої недостатності. Кардіологічна задишка, на відміну від легеневої (яка часто є експіраторною і супроводжується свистом), зазвичай носить змішаний або інспіраторний характер (важко вдихнути). Вона чітко пов'язана з фізичним навантаженням. Задуха

(серцева астма) виникає найчастіше вночі у положенні лежачи (ортопное), змушуючи пацієнта сісти для зменшення венозного повернення до серця.

- **Мистецтво опитування:** *"Вам не вистачає повітря під час ходьби чи у стані спокою? Чи буває так, що ви прокидаєтесь вночі від різкої нестачі повітря і змушені сісти в ліжку, щоб віддихатися?"*
- **Клінічний запис (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Задишку в спокої та при звичних фізичних навантаженнях заперечує. Напади задухи відсутні.
 - *Варіант Б (Патологія):* Скаржиться на виражену змішану задишку, що виникає при мінімальному фізичному навантаженні (ходьба по рівній місцевості до 50 метрів). Відмічає періодичні нічні напади задухи (серцева астма), які купіруються переходом у вимушене положення сидячи (ортопное).

4. Відчуття пульсації

- Патологічна пульсація виникає внаслідок значної різниці між систолічним та діастолічним тиском (наприклад, при недостатності аортального клапана) або при аневризмах.
- **Мистецтво опитування:** *"Чи відчуваєте ви незвичну пульсацію судин на шії, в голові або, можливо, в животі?"*
- **Клінічний запис (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Патологічних відчуттів пульсації в ділянці шії, голови або черевної порожнини не відмічає.
 - *Варіант Б (Патологія):* Скаржиться на постійне відчуття пульсації судин шії та пульсуючий головний біль, синхронний з ритмом серцевих скорочень.

5. набряки (oedema)

- Серцеві набряки мають класичну локалізацію та динаміку: вони симетричні, з'являються спочатку на стопах і гомілкках, синюшні, щільні, наростають під вечір (після тривалого вертикального положення) і зменшуються до ранку.
- **Мистецтво опитування:** *"Чи не помічали ви, що під вечір ваше взуття стає затісним? Де саме набрякають ноги і чи зникають ці набряки після нічного сну?"*
- **Клінічний запис (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* набряки на нижніх кінцівках, обличчі та тулубі відсутні. Пастозність тканин не визначається.
 - *Варіант Б (Патологія):* Відмічає появу симетричних, щільних набряків на стопах та гомілкках, які наростають під вечір і частково зменшуються після нічного відпочинку. Зв'язує появу набряків з надмірним прийомом рідини та фізичною втомою.

Теоретичне обґрунтування: Механізм розвитку набряків

Для глибокого розуміння того, що ви описуєте, важливо розрізняти патогенез набряків:

- **Гідродинамічний набряк (серцевий):** Виникає через підвищення венозного тиску при серцевій недостатності. Зростає гідростатичний тиск в артеріальній ділянці капіляра, через що рідина масивно витискається у тканини, а її зворотна реабсорбція стає неможливою.
- **Онкотичний набряк (нирковий/печінковий):** Розвивається через втрату білків (альбумінів) крові (через нирки або порушення їх синтезу в печінці). Знижується онкотичний тиск плазми, який у нормі "утримує" рідину в судинах, тому вода переходить у міжклітинний простір. Такі набряки більш пухкі і часто починаються з обличчя.

NB! Диференціальна діагностика спільних скарг

Завжди пам'ятайте: деякі скарги (наприклад, задишка, ціаноз, набряки) є загальними для захворювань як легень, так і серця. Тому, описуючи стан хворого, ви ніколи не повинні обмежуватися просто словом "задишка". **Кожну скаргу необхідно ретельно деталізувати стосовно функціональних особливостей саме серцево-судинної системи** — шукайте зв'язок з ортопноє, навантаженням та наявністю больового синдрому в грудях.

5. Органи травлення

Нижче наведено класичну схему деталізації скарг травної системи, згруповану в чотири логічні блоки, яка допоможе вам зібрати анамнез та професійно зафіксувати його в академічній історії хвороби.

1. Болі в животі

- **Біль** — це найважливіший симптом у хірургії. Його деталізація дозволяє диференціювати катастрофу в черевній порожнині від банального спазму. Наприклад, раптовий, нестерпний «кинджальний» біль є класичною ознакою перфорації порожнистого органа (наприклад, виразки шлунка), коли агресивний вміст виливається у вільну черевну порожнину, викликаючи шок і перитоніт. Іррадіація (віддача болю) вказує на конкретний орган: біль у правому підребер'ї, що віддає у праве надпліччя, свідчить про патологію жовчного міхура, а оперізуючий біль — про гострий панкреатит.
- **Як запитати пацієнта:**
 - *"Покажіть одним пальцем, де саме у вас почало боліти і куди цей біль віддає зараз?"*
 - *"Біль виник раптово, як удар ножем, чи наростав поступово? Він ниє, різьє чи стискає?"*
 - *"Як біль пов'язаний з їжею (виникає натще чи після жирного) і що приносить вам полегшення (певна поза, ліки)?"*
- **Як записати в історію хвороби (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Скарги на болі в животі пацієнт категорично заперечує.
 - *Варіант Б (Патологія):* Скаржиться на раптовий, надзвичайно інтенсивний («кинджальний») біль в епігастральній ділянці, що виник близько години тому і швидко поширився по всьому

животу. Біль носить постійний характер, різко посилюється при найменших рухах; положення пацієнта вимушене (лежить на боці, підтягнувши коліна до живота), прийом спазмолітиків полегшення не приніс.

2. Стан ротової порожнини та апетит

- Оцінка апетиту та акту ковтання часто виявляє приховані, хронічні хірургічні проблеми. Виражене зниження апетиту або специфічна відраза до м'ясної їжі є класичним раннім маркером онкологічного процесу шлунка. Дисфагія (порушення ковтання) вимагає чіткого з'ясування: чи проходить рідка їжа, а застрягає тверда (ознака пухлинного стенозу стравоходу), чи навпаки (ознака нейрогенного спазму).
- **Як запитати пацієнта:**
 - *"Як ви оцінюєте свій апетит останнім часом? Чи не з'явилася у вас відраза до якихось конкретних продуктів, наприклад, до м'яса?"*
 - *"Чи не відчуваєте ви перешкоди, дискомфорту або болю під час ковтання? Яка їжа проходить гірше: тверда чи рідка?"*
 - *"Чи не турбує вас постійна сухість у роті або, навпаки, надмірне виділення слини?"*
- **Як записати в історію хвороби (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Апетит збережений, насичуваність нормальна. Смак у роті не змінений. Акт пережовування та ковтання (як твердої, так і рідкої їжі) вільний, безболісний. Спрагу, сухість у роті та слинотечу заперечує.
 - *Варіант Б (Патологія):* Відмічає прогресуюче зниження апетиту, швидко насичуваність та виражену відразу до м'ясної їжі. Скаржитися на дисфагію: утруднене проходження твердої їжі по стравоходу з відчуттям перешкоди за грудниною; рідка їжа наразі проходить вільно.

Диспепсичні скарги

- Блювання — другий за важливістю симптом після болю. Його характеристики — це пряма мова патології. Блювання кольору «кавової гущі» свідчить про кровотечу зі шлунка або ДПК (кров змішалася з соляною кислотою). Блювання з домішками жовчі вказує на патологію панкреатобіліарної зони, а блювотні маси зі смердючим (фекальним) запахом — це критична ознака занедбаної кишкової непрохідності.
- **Як запитати пацієнта:**
 - *"Чи турбує вас нудота або блювання? Чи приносить блювання відчуття полегшення?"*
 - *"Якого кольору те, що ви виблювали (чи були там залишки вчорашньої їжі, жовч, або темні маси, схожі на кавову гущу)?"*
 - *"Чи є у вас відчуття розпирання, сильного здуття живота і чи відходять у вас газу?"*
- **Як записати в історію хвороби (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Нудоту, блювання, печію та відрижку заперечує. Відчуття розпирання, важкості та здуття живота відсутні.

- *Варіант Б (Патологія):* Скаржитесь на нудоту та багаторазове блювання, що виникає на висоті болювого нападу і не приносить полегшення. Блювотні маси рясні, містять неперетравлені залишки їжі та значну кількість жовчі. Відмічає постійне відчуття важкості в правому підребер'ї та виражене здуття живота.

4. Стілець та акт дефекації

- Характер випорожнень — це маркер прохідності кишечника та наявності прихованих кровотеч. Дьогтеподібний чорний кал (мелена) є абсолютною ознакою масивної шлунково-кишкової кровотечі (крововтрата понад 200-500 мл). Кал у вигляді тонкої стрічки або «овечий» стілець вказує на можливий стеноз прямої чи сигмоподібної кишки пухлиною. Біль під час дефекації та наявність свіжої крові характерні для геморою або анальної тріщини.
- **Як запитати пацієнта:**
 - *"Скільки разів на добу у вас буває випорожнення і чи не змінилася останнім часом його форма (наприклад, став твердим, як у вівці)?"*
 - *"Чи не помічали ви зміну кольору калу на чорний (як смола), або наявності свіжої крові чи слизу?"*
 - *"Чи супроводжується похід у туалет болем і чи не відчуваєте ви випадіння вузлів?"*
- **Як записати в історію хвороби (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Стілець регулярний, 1 раз на добу, оформленої консистенції, звичайного коричневого кольору. Патологічні домішки (кров, слиз, паразити) відсутні. Акт дефекації безболісний.
 - *Варіант Б (Патологія):* Скаржитесь на відсутність самостійного стільця протягом останніх 3-х діб. Після очисної клізми відмічає виділення неоформленого, дьогтеподібного калу (мелена) чорного кольору зі смердючим запахом. Біль при дефекації заперечує.

NB! Важливе зауваження для клінічного мислення (Диференційна діагностика): Описуючи біль у животі, студент завжди повинен звертати пильну увагу і прицільно запитувати пацієнта: **чи не супроводжувався болювий напад появою вираженого ознобу та подальшим розвитком жовтяниці (пожовтінням склер та шкіри)**. Ця клінічна тріада (біль, озноб з гектичною гарячкою, жовтяниця), відома як тріада Шарко, є життєво важливою вказівкою на гострий холангіт на тлі обтурації жовчовивідних шляхів конкрементом. Пропуск цієї деталі в анамнезі може коштувати пацієнту життя через блискавичний розвиток біліарного сепсису!

6. Органи сечовиділення

Нижче наведено структурований алгоритм опитування, який допоможе вам перетворити скарги пацієнта на професійний клінічний запис.

1. Болювий синдром

- Локалізація та характер болю в урології мають чітку топічну прив'язку. Біль у ділянці нирок (поперек), що раптово виникає, носить нестерпний

нападоподібний характер і змушує пацієнта метатися в ліжку, є класичною ознакою ниркової коліки. Тупий, постійний біль у попереку частіше свідчить про запалення (пієлонефрит), а біль над лобком — про патологію сечового міхура (цистит або гостра затримка сечі). Іррадіація болю по ходу сечоводу в пах, мошонку чи статеві губи безпомилково вказує на рух конкремента.

- **Мистецтво опитування:**

- *"Чи відчуваєте ви біль у ділянці попереку, крижів або внизу живота? Біль ноїть постійно чи хапає нападами?"*
- *"Чи не відає цей біль униз, у пахову ділянку або статеві органи? Чи знаходите ви положення, в якому стає легше?"*

- **Клінічний запис (Приклади):**

- *Варіант «Норма»:* Скарги на болі в поперековій ділянці, крижах та над лобком пацієнт заперечує. Симптом Пастернацького від'ємний з обох боків.
- *Варіант «Патологія» (Ниркова коліка):* Скаржитися на гострий, нестерпний, нападоподібний біль у правій поперековій ділянці, що раптово виник у стані спокою. Біль іррадіює по ходу правого сечоводу в праву пахову ділянку та мошонку. Положення пацієнта в ліжку вкрай неспокійне; зміна положення тіла та прийом спазмолітиків полегшення не приносять.

2. Діурез та ритм сечовипускання

- Оцінка діурезу — це питання життя і смерті в хірургії. Поліурія (понад 3000 мл) вказує на ендокринні або ниркові розлади. Олігурія (зменшення до 500 мл) та особливо анурія (менше 50 мл/добу) є критичними станами. Для хірурга анурія — це найгрізніший маркер шоку (IV ступінь крововтрати) та гострої ниркової недостатності. У нормі денний діурез переважає над нічним (3:1 або 4:1); зміна цього балансу на користь нічного сечовипускання називається ніктурією і свідчить про хронічну патологію. Годинний діурез (норма 0,5-1 мл/кг/год) є найточнішим монітором адекватності протишокової терапії.

- **Мистецтво опитування:**

- *"Скільки приблизно рідини ви випиваєте за добу і чи відповідає цьому кількість виділеної сечі?"*
- *"Скільки разів ви ходите в туалет вдень, і чи доводиться вам прокидатися для цього вночі?"*

- **Клінічний запис (Приклади):**

- *Варіант «Норма»:* Діурез адекватний. Сечовипускання вільне, 4-5 разів на добу. Співвідношення денного та нічного діурезу не порушене (ніктурію заперечує).
- *Варіант «Патологія» (Шок/ГНН):* Відмічається виражена олігоанурія: за останню добу пацієнт виділив не більше 150 мл сечі. Ніктурія.

3. Дизуричні явища та характер струменя

- Дизурія — це порушення процесу сечовипускання. Час виникнення болю або різей вказує на топіку: біль на початку акту характерний для уретриту, наприкінці — для циститу чи каменю міхура, а протягом усього акту — для стриктур або пухлин. Млявий, тонкий, переривчастий

струмінь або затримка сечі є класичними ознаками інфравезикальної обструкції (наприклад, аденоми простати).

- **Мистецтво опитування:**

- *"Чи не відчуваєте ви печіння, різей або болю під час сечовипускання? Це відчуття виникає на самому початку, в процесі чи наприкінці?"*
- *"Струмінь сечі сильний і рівний, чи млявий, тонкий і переривається? Чи не буває епізодів мимовільного, неконтрольованого підтікання сечі?"*

- **Клінічний запис (Приклади):**

- *Варіант «Норма»:* Дизуричні явища (біль, різі, печіння) відсутні. Акт сечовипускання вільний, струмінь достатнього наповнення, безперервний. Мимовільне сечовипускання заперечує.
- *Варіант «Патологія» (Гострий цистит + обструкція):* Скаржиться на часті, болючі поклики до сечовипускання невеликими порціями. Відмічає виражені різі та печіння наприкінці акту. Струмінь сечі млявий, тонкий, переривчастий; відчуття повного спорожнення міхура відсутнє.

4. Фізичні властивості сечі (візуальна оцінка пацієнтом)

- Візуальна оцінка сечі самим пацієнтом часто дає перший сигнал про патологію. Зміна кольору на колір «пива» свідчить про паренхіматозну чи механічну жовтяницю. Колір «м'ясних помиїв» або наявність згустків свіжої крові (макрогематурія) при травмах — абсолютна ознака розриву нирки або сечового міхура. Поява каламуті, гнійного або фруктового/ацетонового запаху вказує на важку інфекцію або декомпенсацію цукрового діабету.

- **Мистецтво опитування:**

- *"Чи не помічали ви змін у кольорі сечі? Вона світла і прозора, чи стала темною, як пиво, або червонуватою, ніби з кров'ю?"*
- *"Чи не з'явився у сечі незвичний, різкий запах (наприклад, ацетону чи гнилі), і чи не стала вона каламутною?"*

- **Клінічний запис (Приклади):**

- *Варіант «Норма»:* Зі слів пацієнта, сеча солом'яно-жовтого кольору, прозора. Змін запаху (гнильного, ацетонового) та патологічних домішок (крові, згустків) не відмічає.
- *Варіант «Патологія» (Макрогематурія):* Пацієнт відмічає виділення каламутної сечі кольору «м'ясних помиїв» з наявністю безформних згустків свіжої крові. Запах сечі звичайний.

NB!

Колеги, щоб ви могли об'єктивно оцінити адекватність діурезу під час курації хворого, запам'ятайте ці фізіологічні константи:

Показник	Фізіологічна норма / Критерії патології
Відсоток виділення	Здорова людина виділяє 67–75 % від кількості випитої рідини.
Добовий діурез (Норма)	800–1500 мл (залежить від питного режиму).
Мінімальний обсяг	500 мл (мінімум, необхідний для виведення ниркою

	всіх продуктів метаболізму). Обсяг споживання рідини не повинен бути нижче 800 мл/добу.
Співвідношення (Денний/Нічний)	3:1 або 4:1 на користь денного. Зміна на користь нічного — <i>ніктурія</i> .
Поліурія	Збільшення добового діурезу до 3000 мл і більше .
Олігурія	Зменшення добового діурезу до 500 мл і менше .
Анурія	Критичне падіння добового діурезу — не перевищує 50 мл (повна або майже повна відсутність сечі).

7. Органи руху

Послідовність для опису функціонального стану опорно-рухової системи:

1. Больовий синдром

- Деталізація болю в органах руху — це основа диференціальної діагностики. Наприклад, міграція болю з одного суглоба на інший є класичною та характерною ознакою ревматизму. Раптовий, нестерпний (роздираючий) біль, що супроводжується відчуттям оніміння, вказує на гостру ішемію або тромбоз. Зв'язок болю з навантаженням допомагає відрізнити механічне ураження (наприклад, перелом чи артроз) від запального процесу, який болить і в спокої.
- **Мистецтво опитування:**
 - *"Де саме ви відчуваєте біль і який він за характером: нис, стріляє чи розтирає? Чи не 'перестрибує' біль з одного суглоба на інший?"*
 - *"Коли вам болить найбільше: під час рухів, при фізичному навантаженні чи у стані спокою? Що допомагає вам зменшити цей біль (спокій, ліки, зміна положення)?"*
- **Клінічний запис в історію хвороби (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Болі в суглобах, кістках та м'язах пацієнт заперечує.
 - *Варіант Б (Патологія - Остеоартроз):* Скаржить на постійний, інтенсивний, ниючий біль у правому колінному суглобі. Міграцію болю заперечує. Біль різко посилюється при рухах та фізичному навантаженні (ходьбі сходами), дещо зменшується у стані спокою та після прийому нестероїдних протизапальних препаратів.

2. Візуальні та пальпаторні зміни (скарги пацієнта на зміни форми)

- Скарги на візуальні зміни є прямим дороговказом до діагнозу. Набряклість та почервоніння шкіри над суглобом свідчать про гостре запалення (артрит, бурсит) або інфекцію. Зміна кольору (ціаноз) у поєднанні з різкою деформацією та болем — це грізний сигнал травми (перелому/вивиху) або гострого порушення кровообігу. Студент повинен чітко розрізняти *деформацію* (стійка зміна кістково-суглобової основи) та *дефігурацію* (зміна контурів суглоба за рахунок набряку м'яких тканин чи випоту).
- **Мистецтво опитування:**
 - *"Чи не помічали ви останнім часом припухлості суглобів або навколишніх м'язів? Чи не змінювався колір шкіри (почервоніння, посиніння) над хворим місцем?"*

- *"Чи не здається вам, що суглоб змінив свою звичну форму, став деформованим або збільшився в розмірах?"*
- **Клінічний запис в історію хвороби (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Скарги на набряклість суглобів, навколосуглобових ділянок та м'язів відсутні. Змін кольору (почервоніння, ціаноз) та ущільнення шкіри пацієнт не відмічає. Величина та форма суглобів візуально не змінені.
 - *Варіант Б (Патологія - Наслідки травми / Запалення):* Відмічає виражену набряклість, почервоніння та ущільнення шкіри в ділянці лівого гомілковостопного суглоба. Скаржиться на помітну дефігурацію суглоба та зміну його величини.

3. Порушення функції

- Ранкова скутість — критично важливий симптом. Вона свідчить про запальний набряк періартикулярних тканин (типово для ревматоїдного артриту), і хірург має оцінити її тривалість, оскільки вона корелює з активністю процесу. Обмеження рухів та зниження м'язової сили (слабкість, парези) вказують на контрактури, пошкодження сухожилків або залучення периферичних нервів у травматичний процес.
- **Мистецтво опитування:**
 - *"Коли ви прокидаєтесь вранці, чи немає у вас відчуття 'скутості' в суглобах, ніби вони затерпли? Якщо є, то скільки годин чи хвилин потрібно, щоб ви змогли вільно рухатися?"*
 - *"Чи можете ви повністю згинати і розгинати кінцівку, чи відчуваєте обмеження рухів? Чи не з'явилася виражена м'язова слабкість у руці чи нозі?"*
- **Клінічний запис в історію хвороби (Приклади):**
 - *Варіант А (Норма):* Ранкова скутість відсутня. Рухливість у всіх суглобах збережена в повному обсязі. Зменшення м'язової сили, відчуття слабкості чи парези заперечує.
 - *Варіант Б (Патологія - Ревматоїдний артрит / Нейропатія):* Скаржиться на виражену ранкову скутість у дрібних суглобах обох кистей тривалістю до 2 годин. Відмічає значне обмеження обсягу активних рухів у лівому плечовому суглобі та супутнє зниження м'язової сили (слабкість) у цій кінцівці.

NB!

Описуючи скарги з боку органів руху при гострій травмі кінцівки, ви не повинні обмежуватися лише фактом перелому. Завжди збирайте загальний травматичний анамнез і пам'ятайте про концепцію життєздатності кінцівки! При політравмах та масивних ушкодженнях обов'язково повертайтеся в думках до **шкали MESS**. Якщо пацієнт скаржиться на роздираючий біль, оніміння, відсутність рухів (парез), а ви бачите ціаноз і набряк — це ознаки ішемії. Пам'ятайте **правило «6 годин»**: якщо ішемія триває довше, бали за шкалою MESS подвоюються, що може стати прямим показанням до ампутації заради порятунку життя. Будьте пильними!

3. Анамнез (Anamnesis)

Ретельно зібраний анамнез сприяє точній постановці діагнозу. Упущення фактів розвитку хвороби може призвести до фатальної діагностичної помилки.

Історія даного захворювання (Anamnesis morbi)

Під час опитування лікар відтворює детальну хронологію розвитку патологічного процесу: від стану повного здоров'я до моменту госпіталізації.

- Встановлюється точний час виникнення перших симптомів (місяць, тиждень, день, година) та характер їх появи (раптовий чи поступовий).
- З'ясовується послідовність приєднання нових симптомів (наприклад, що виникло першим: біль чи блювання).
- Аналізується зв'язок захворювання з провокуючими факторами: фізичним навантаженням, переохолодженням, порушенням дієти, стресом.
- Детально фіксується інформація про самолікування: прийом анальгетиків, спазмолітиків, використання грілок або очисних клізм. Ці фактори здатні стерти класичну клінічну картину і призвести до прихованого розвитку тяжких ускладнень (перфорації, розлитого перитоніту).
- При травматичному походженні хвороби встановлюється точний механізм травми, що дозволяє запідозрити ушкодження глибоких внутрішніх органів, судинно-нервових пучків або кісткових структур.

Історія життя хворого (Anamnesis vitae) Цей розділ є фундаментальною медичною біографією пацієнта, що з'ясовується за віковими періодами.

- Фіксуються умови життя, праці, режим харчування, наявність професійних шкідливостей та ендемічних особливостей місця проживання.
- Детально описуються перенесені соматичні, інфекційні (у т.ч. венеричні) захворювання, спадкові патології, а також усі попередні хірургічні втручання та травми.
- Виявлення шкідливих звичок (паління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків). Від лікаря вимагається максимальна делікатність, щоб пацієнт не відчув осуду і надав правдиву інформацію.

NB! Важливо для клінічного мислення

Збір Anamnesis vitae має прямий вплив на хірургічну тактику та анестезіологічне забезпечення. Наприклад, тривале тютюнопаління формує хронічний бронхіт. У післяопераційному періоді виснажливий кашель курця різко підвищує внутрішньочеревний тиск, що є головним фактором ризику розходження швів рани та розвитку евентрації кишечника, а також післяопераційних пневмоній. Зловживання алкоголем вимагає специфічної передопераційної седації, оскільки такі пацієнти мають високий ризик розвитку післяопераційного делірію (психозу з галюцинаціями). Хронічне вживання наркотичних речовин кардинально змінює поріг больової чутливості та метаболізм анестетиків, що може викликати гостру недостатність паренхіматозних органів під час наркозу

4. Об'єктивний стан хворого (*Status praesens objectivus*)

Об'єктивне дослідження є фундаментом хірургічної діагностики, що базується на суворій методологічній послідовності (від голови до п'ят — *a capite ad calcem*) із застосуванням класичних фізикальних методів: огляду (*inspectio*), пальпації (*palpatio*), перкусії (*percussio*) та аускультації (*auscultatio*).

4.1. Загальний огляд (*Inspectio generalis*)

Стан свідомості. Оцінюється з перших хвилин контакту. Свідомість може бути: ясна (хворий орієнтований, адекватний), легке порушення (сомноленція — сонливість, плутані відповіді), середній ступінь (сопор — команди не виконує, реагує лише на біль гримасою або захисним рухом), тяжке порушення (кома — неконтактний, захисні реакції відсутні).

A	(Alert – Притомний) Пацієнт в ясній свідомості. Спонтанно відкриває очі, реагує на голос, має моторні функції.
V	(Voice – Голос) Свідомість порушена, але пацієнт відповідає на голосові команди. Реакція може бути виконана очима, голосом або рухом
P	(Pain – Біль) Пацієнт реагує лише на больові стимули.
U	(Unresponsive – Непритомний) Пацієнт непритомний, не відповідає на голос або біль.

Рис. 5. Оцінка рівня свідомості: шкала AVPU.

Положення хворого в ліжку:

- *Активне:* зміна положення не завдає болю.
- *Пасивне:* хворий нерухомий, не може самостійно змінити позу (тяжкий шок, кома).
- *Вимушене (активне або пасивне):* поза, яку пацієнт приймає для полегшення страждань.



Рис. 6. Ниркова колька від каменів у нирках.

NB! Важливо для клінічного мислення (Хірургічний акцент)

Оцінка вимушеного положення часто дає ключ до діагнозу ще до пальпації. Наприклад, при нирковій кольці або ранній стадії гострої кишкової непрохідності хворий неспокійний, постійно метається в ліжку, шукаючи зручне положення. При перитоніті хворий лежить на спині абсолютно нерухомо, боячись навіть глибоко вдихнути. Симптом Білліса-Грайгсбі (хворий сидить із підтягнутими до живота колінами) свідчить про гемо- чи пневмоторакс або розрив селезінки. Симптом «Ваньки-встаньки» (симптом Розанова) — патогномонічна ознака внутрішньочеревної кровотечі (наприклад, при розриві селезінки чи позаматковій вагітності): через подразнення діафрагмального нерва кров'ю, що скупчилася під діафрагмою, у горизонтальному положенні виникає різкий біль у надпліччі (френікусимптом), що змушує хворого сісти; але через крововтрату та гіповолемію в сидячому положенні виникає запаморочення, і пацієнт знову змушений лягти.

Конституція та температурна крива. Оцінюється тип статури (нормостенічний, гіперстенічний, астенічний). Температурна реакція оцінюється у динаміці: гектична (перепади понад 3-4°C з ознобом — типово для сепсису), інтермітуюча (регулярне вечірнє підвищення та вранішнє падіння до норми — гнійні вогнища), або субфебрилітет (хронічне запалення, специфічні інфекції).

4.2. Дослідження за системами органів

Шкіра та видимі слизові оболонки. Оцінюється колір: блідість (анемія, геморагічний шок), жовтяничність (обтураційна або паренхіматозна жовтяниця), ціаноз губ та акроціаноз (дихальна або серцево-судинна недостатність). Визначають тургор тканин, наявність висипань, розширених поверхневих вен (наприклад, «голова медузи» при портальній гіпертензії).



Рис. 7. “Голова Медузи”.

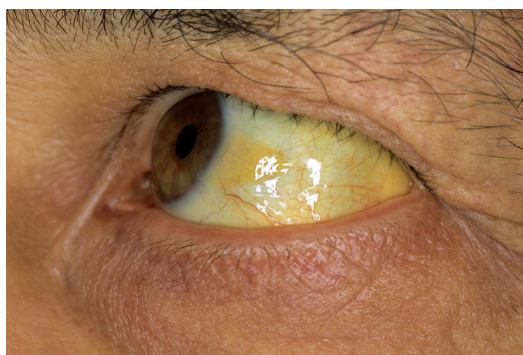


Рис. 8. 9. Жовтяниця.



Рис. 10. Цианоз.

Лімфатична система. Проводиться послідовна бімануальна пальпація: потиличні, підщелепні, шийні, над- і підключичні, пахвові, пахові вузли. Визначається їх розмір, консистенція, рухомість та болючість. *NB! Хірургічний акцент:* Наявність збільшеного, щільного, безболісного лімфовузла між

ніжками лівого груднинно-ключично-соскоподібного м'яза (метастаз Вірхова) є ознакою за давнього раку шлунка.

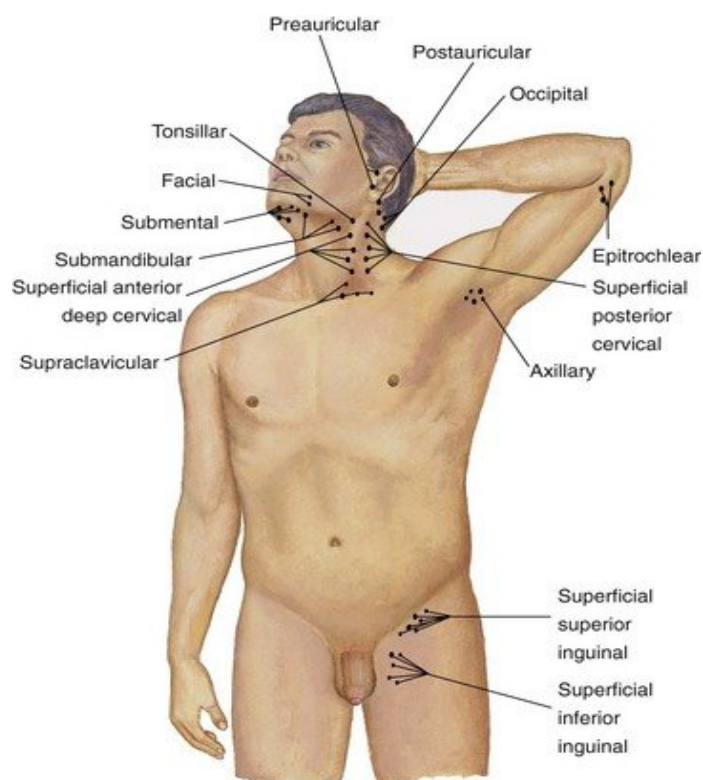


Рис. 11. Пальпація різних груп лімфатичних вузлів.

Органи дихання (*Systema respiratorium*)

- *Огляд*: Оцінюється симетричність грудної клітки, участь обох половин в акті дихання, тип (грудний, черевний, змішаний), частота (в нормі 16-20 за 1 хв).

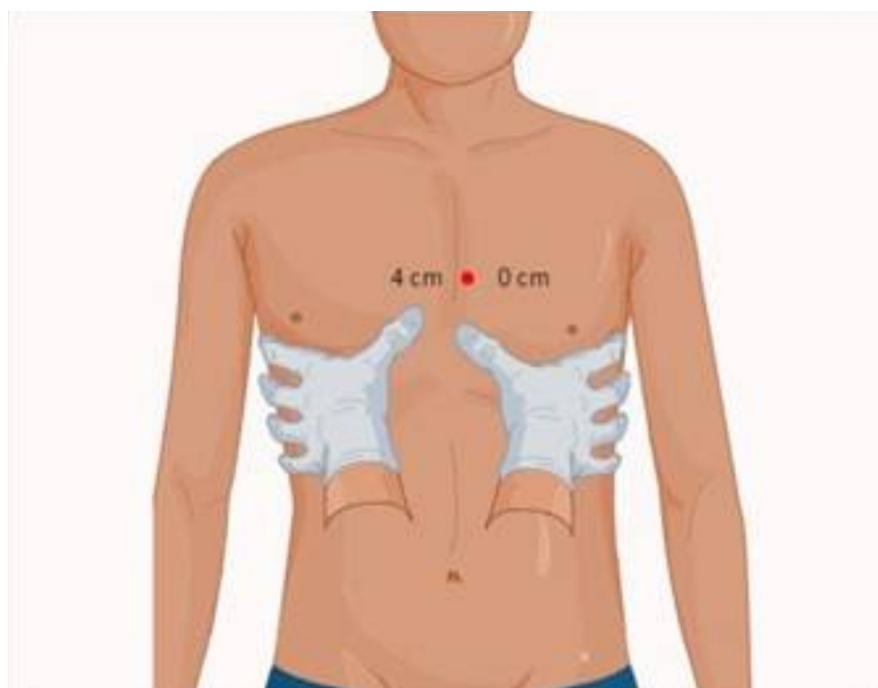




Рис. 12. Оцінка симетричності грудної клітки.

- *Пальпація*: Визначення голосового тремтіння (*fremitus vocalis*). Лікар кладе обидві долоні пласко та симетрично на грудну клітку пацієнта (попереду, з боків, ззаду), просячи його низьким голосом казати «тридцять три».

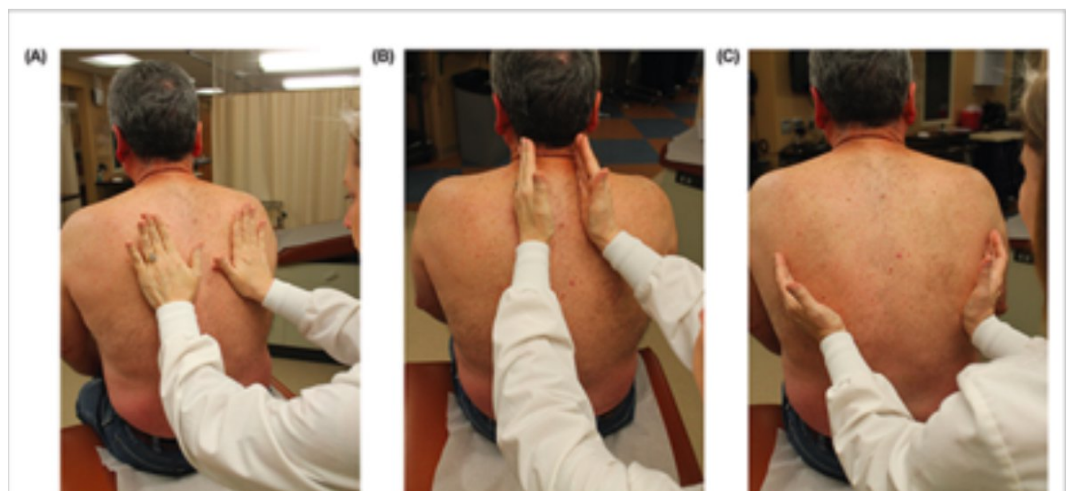


Рис. 13. Пальпація для визначення голосового тремтіння.

- *Перкусія та Аускультация*: Порівняльна перкусія дозволяє виявити коробковий звук (пневмоторакс) або притуплений/тупий звук (гемоторакс, ексудативний плеврит). При аускультатії фіксують характер дихання (везикулярне, бронхіальне, ослаблене) та наявність хрипів.

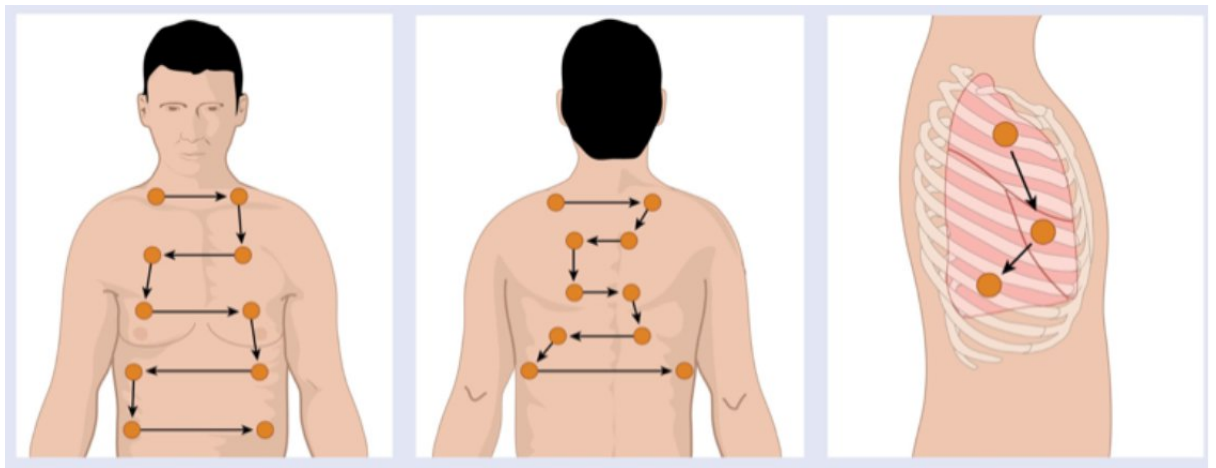


Рис. 14. Точки для перкусії та аускультатії.

Таблиця 1. Патологічні типи дихання при термінальних та тяжких станах

Назва типу дихання	Клінічна (Візуалізація)	характеристика	Патогенетичне та хірургічне значення
Дихання Куссмауля	Глибокі, ритмічні, рідкі	дихальні цикли з шумним глибоким вдихом та посиленням видихом.	Наслідок тяжкого метаболічного ацидозу, печінкової чи діабетичної коми.
Дихання Чейна-Стокса	Циклічне дихання: після паузи апное	кожен вдих стає глибшим, досягає максимуму, потім стає поверхневішим до нової паузи апное.	Підвищення порогу чутливості дихального центру до вуглекислого газу; ознака глибокої стовбурової гіпоксії.
Дихання Біота	Невпорядковані, хаотичні рухи різної глибини,	дихальні цикли різної глибини, що перериваються тривалими періодами апное.	Тяжке ураження стовбура головного мозку, тяжка черепно-мозкова травма, агонія.

Серцево-судинна система (*Systema cardiovasculare*)

- *Огляд та Пальпація:* Визначення верхівкового поштовху (його локалізація, сила).
- *Перкусія:* Визначення меж відносної серцевої тупості. **Алгоритм визначення меж серця (покрокова інструкція):**
 1. *Права межа:* Лікар кладе палець-плесиметр паралельно очікуваній межі у II міжребер'ї праворуч. Перкусія ведеться від середньоключичної лінії до груднини до появи притуплення звуку.
 2. *Ліва межа:* Лікар знаходить пальпаторно верхівковий поштовх (зазвичай V міжребер'я). Палець-плесиметр ставиться паралельно лівій межі, перкусія йде від передньої пахвової лінії до груднини.
 3. *Верхня межа:* Палець-плесиметр розташовується паралельно ребрам, перкусія йде по лівій парастернальній лінії зверху вниз від ясного звуку до притупленого.

Таблиця 2. Межі відносної серцевої тупості в нормі

Межа Топографічний орієнтир у здорової людини

Права На 1 см назовні від правого краю груднини в IV міжребер'ї.

Ліва На 1–1,5 см досередини від лівої середньоключичної лінії в V міжребер'ї.

Верхня На рівні III ребра по лівій парастернальній лінії.

- *Аускультация:* Оцінка тонів серця (ясні, глухі), наявність шумів, оцінка ритмічності та частоти пульсу на магістральних артеріях (сонні, променеві, стегнові, підколінні, тилу стопи).

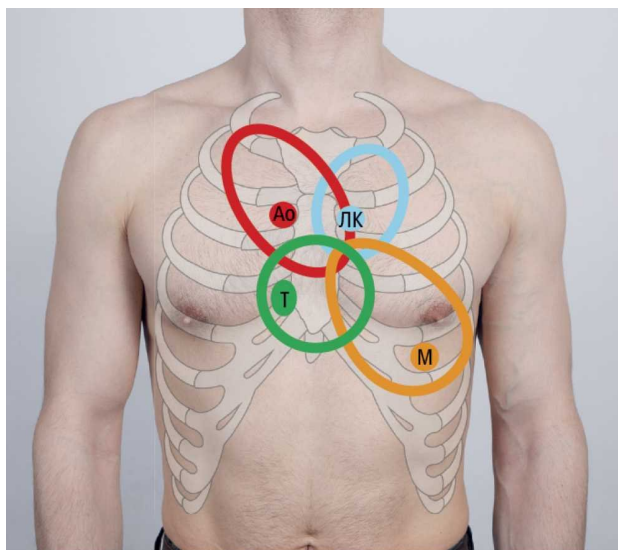


Рис. 15. Точки для перкусії та аускультатії серця.

Органи травлення та черевна порожнина (Systema digestorium)

- *Огляд ротової порожнини:* Обов'язкова оцінка стану язика. *NB!* *Хірургічний акцент:* Вигляд язика є «дзеркалом» черевної порожнини. Якщо язик сухий, густо вкритий коричневим або сіро-брудним нальотом (схожий на «щітку»), це є беззаперечною клінічною ознакою тяжкої ендогенної інтоксикації та розлитого гнійного перитоніту. Вологий та чистий язик при сильних болях у животі частіше свідчить про позачеревну патологію (наприклад, ниркова колька).



Рис. 16. Приклади уражень язика.

- *Огляд живота:* Оцінка симетричності, наявності випинань, гриж, участі передньої черевної стінки в диханні.
- *Поверхнева (орієнтовна) пальпація:* Визначається ступінь напруження м'язів. *Візуалізація дії:* Лікар кладе всю долоню пласко на живіт і

легкими натисканнями кінчиками пальців (не відриваючи долоні) обстежує всі квадранти. Наявність «дошкоподібного» живота (*défense musculaire*) є класичною ознакою перфорації порожнистого органа.



Рис. 17. Метод пальпації живота.

- *Глибока методична ковзна пальпація за Образцовим* — *Стражеско: Алгоритм виконання (покрокова інструкція):*
 1. *Правильне положення:* Пацієнт лежить на спині, руки вздовж тулуба, ноги злегка зігнуті в колінах для максимального розслаблення м'язів. Лікар сидить праворуч від пацієнта, на рівні його таза.
 2. *Установка рук:* Права рука лікаря лягає пласко на живіт пацієнта так, щоб кінчики злегка зігнутих 2-5 пальців знаходилися на одній лінії, паралельно осі органа, що досліджується.
 3. *Формування шкірної складки:* Лікар поверхневим рухом пальців зсуває шкіру догори (у напрямку, протилежному подальшому ковзанню), щоб утворити запас шкіри.
 4. *Занурення:* Синхронно з видихом пацієнта, коли м'язи живота розслабляються, лікар плавно занурює кінчики пальців вглиб черевної порожнини, досягаючи задньої стінки живота.
 5. *Ковзання:* Зануривши руку, лікар робить ковзний рух кінчиками пальців поперек органа. Під час ковзання пальці перекочуються через орган (наприклад, сліпу кишку чи сигму), що дозволяє оцінити його розміри, консистенцію, рухомість та болючість.



Рис. 18. Глибока методична ковзна пальпація за Образцовим — Стражеско.

- *Перкусія*: Визначення печінкової тупості. Її зникнення та поява тимпаніту (симптом Спіжарного) свідчить про наявність вільного газу в черевній порожнині при перфорації.
- *Аускультация*: Оцінка перистальтики. **NB!** *Хірургічний акцент*: Повна відсутність перистальтичних шумів («гробова тиша») або рідкі звуки «падаючої краплі» є грізною ознакою паралітичної кишкової непрохідності на тлі перитоніту.
- *Пальцьове дослідження прямої кишки (Per rectum)*: Обов'язкове для всіх хірургічних пацієнтів із підозрою на «гострий живіт»! Дозволяє виявити нависання і різку болючість передньої стінки прямої кишки (симптом Куленкампа — скупчення ексудату або крові в дугласовому просторі), пухлини, кров (мелену).

5. Місцевий статус (Status localis)

Розділ, що вимагає максимальної концентрації хірурга на патологічному вогнищі. Оформлюється за суворим чек-листом для виключення діагностичних помилок.

ДЕТАЛЬНИЙ ЧЕК-ЛИСТ ОЦІНКИ STATUS LOCALIS:

1. Топографо-анатомічна локалізація та Огляд (Inspectio)

- *Опис*: Чітка вказівка анатомічної ділянки (наприклад, права здухвинна ділянка, середня третина лівого передпліччя).
- *Візуальні зміни*: Оцінюється форма, симетричність, наявність патологічних випинань (гриж), контури (згладженість), деформації осей кінцівок.
- *Стан шкіри над вогнищем*: Колір (яскрава гіперемія при бешисі чи абсцесі, мармурова блідість або багряно-синюшні плями при газовій гангрені), наявність ран (опис країв, дна, виділень), норицевих отворів, пухирів (фліктен), рубців.

2. Пальпація (Palpatio)

- *Місцева температура та тургор*: Оцінюється тилом кисті лікаря порівняно зі здоровою симетричною ділянкою.
- *Інфільтрат*: Розмір (у сантиметрах), контури (чіткі чи розмиті), консистенція (дерев'яниста щільність, тістувата консистенція), зміщуваність по відношенню до шкіри та підлеглих апоневрозів.
- *Визначення симптому флуктуації (коливання рідини): Візуалізація маніпуляції*: Лікар розташовує вказівний та середній пальці обох рук симетрично над краями патологічного утворення (наприклад, абсцесу). Пальцями лівої руки («фіксуєча рука») злегка натискає на стінку утворення і завмирає. Пальцями правої руки («штовхаюча рука») здійснює легкі, короткі, переривчасті поштовхоподібні натискання. Якщо в замкненій порожнині є рідина (гній, кров, ексудат), ліва рука чітко відчує передаточну гідравлічну хвилю (поштовх), що виникає за

законом Паскаля. Цей симптом є абсолютним показанням до хірургічного розтину вогнища (*Ubi pus, ibi evasua*).

3. Специфічні хірургічні симптоми (Симптомокомплекси) У цьому підрозділі фіксуються позитивні симптоми, виявлені при обстеженні локальної зони (найчастіше — при «гострому животі»).

- *Симптом Щоткіна — Блюмберга (ознака подразнення очеревини): Візуалізація маніпуляції:* Лікар пласкою долонею з випрямленими пальцями повільно, м'яко і плавно занурює руку глибоко в черевну порожнину в проекції болю, натискаючи на стінку живота. Після 2-3 секунд фіксації в такому положенні лікар раптово, різким рухом відриває (прибирає) руку від поверхні живота. Позитивним симптом вважається, якщо в момент різкого відриву руки у хворого виникає різкий спалах болю (набагато сильніший, ніж при натисканні). *Патогенез:* Раптове струшування запаленої парієтальної очеревини.

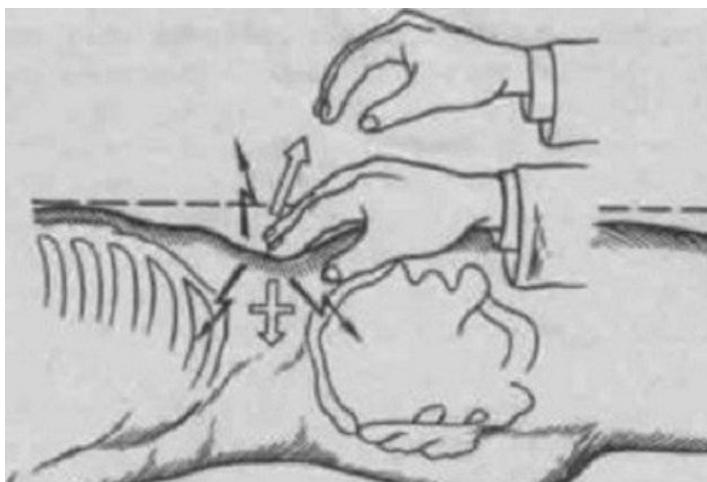


Рис. 19. Симптом Щоткіна — Блюмберга.

- *Симптом Менделя: Візуалізація маніпуляції:* Лікар проводить легке уривчасте постукування (перкусію) кінчиками зігнутих пальців по передній черевній стінці в різних квадрантах. Поява локального болю свідчить про запалення очеревини під цим місцем.

4. Перкусія та Аускультация патологічного вогнища (*Percussio et Auscultatio*)

- *Перкусія:* Визначення меж притуплення (скупчення рідини, запального інфільтрату) або тимпаніту над утворенням.
- *NB! Хірургічний акцент:* Наявність крепітації (хрускоту пухирців газу при пальпації) та коробкового перкуторного звуку над м'якими тканинами кінцівки (симптом Краузе) є життєво важливою ознакою блискавичного розвитку анаеробної інфекції (газової гангрені).
- *Аускультация локальної зони:* Вислуховування судинних шумів над пухлиноподібними утвореннями, пульсуючими гематомами або

аневризмами. Відсутність перистальтики в зоні грижового випинання може свідчити про некроз защемленої кишки

Розділ II. Особливості обстеження при бойовій травмі

Військовий травматизм поділяється на травматизм мирного часу і бойовий. Бойова травма (вогнепальні, мінно-вибухові, комбіновані ураження) відрізняється надзвичайно високим ступенем інфікованості, складним анатомічним характером ушкоджень та наявністю кількох зон руйнування тканин (зона первинного некрозу, зона прямого травматичного ушкодження та зона молекулярного струсу). Надання допомоги здійснюється в суворій послідовності, починаючи з усунення небезпечних для життя чинників (кровотеча, асфіксія, шок) та вилучення пораненого з-під обстрілу.

1. Специфіка збору анамнезу в умовах бойових дій

(Сформовано на базі загальних медичних знань та принципів військової хірургії)

В умовах сучасного бою класичний, неспішний збір *Anamnesis morbi* та *Anamnesis vitae* є неможливим і недоцільним. Головна відмінність бойового обстеження — екстремальний дефіцит часу, наявність зовнішньої загрози (обстріл) та неможливість повноцінного контакту з пораненим через його стан (шок, втрата свідомості, акубаротравма).

Анамнез збирається за кілька секунд і часто не від самого пацієнта, а від його побратимів або бойового медика, керуючись правилом **MIST**:

- **M (Mechanism):** Точний механізм травми (кульове поранення, дія мінно-вибухової хвилі, падіння з броні).
- **I (Injuries):** Видимі ушкодження.
- **S (Signs):** Життєві показники (чи був без свідомості, чи блював).
- **T (Treatments):** Яка допомога вже надана (точний час накладання турнікета, які анальгетики чи антибіотики введені з індивідуальної польової аптечки).

MIST: АЛГОРИТМ ПЕРЕДАЧІ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ПОРАНЕНОГО

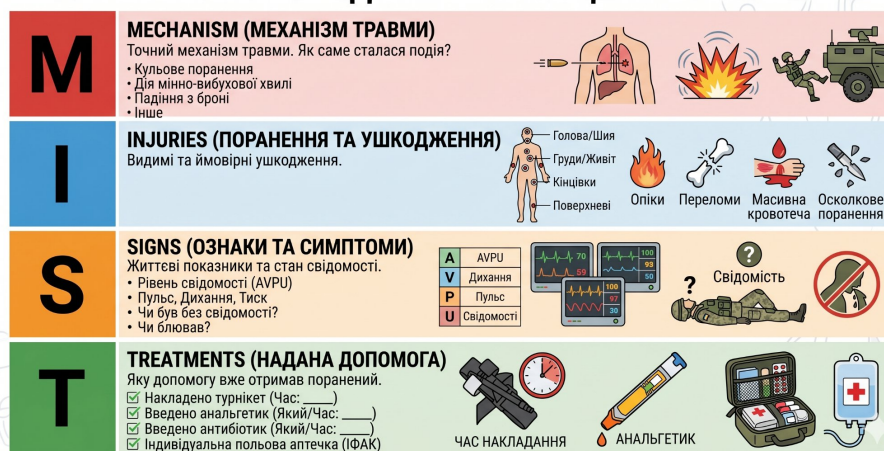


Рис. 20. Алгоритм MIST.

2. Первинний огляд пораненого за алгоритмом MARCH

(Структура TCCC — зовнішні знання, інтегровані з алгоритмами підручника Березницького)

Алгоритм MARCH є стандартом тактичної медицини, що визначає пріоритетність порятунку життя.

- **M (Massive Bleeding) — Масивна кровотеча:** Зупинка життєзагрозованої кровотечі. Лікар (або медик) насамперед перевіряє стан раніше накладеного кровоспинного джгута чи турнікета. Якщо джгут був накладений поспіхом поверх форми, необхідно відкрити рану і переоцінити його доцільність. За необхідності накладається другий джгут прямо на шкіру на 5–10 см вище рани з його міцним затягуванням. Тільки після цього початково накладений джгут знімають. Паралельно оглядають інші кінцівки на наявність необроблених ран, що можуть викликати летальну крововтрату.
- **A (Airway) — Дихальні шляхи:** Забезпечення прохідності дихальних шляхів. Проводиться оцінка ротової порожнини (видалення уламків зубів, крові, блювотних мас). При западанні язика або порушенні свідомості виконують заходи для відновлення прохідності, включаючи обов'язкове введення носоглоткового повітровою (назофарингеальної трубки).
- **R (Respiration) — Дихання:** Огляд, пальпація та аускультация грудної клітки. Лікар шукає ознаки відкритого або напруженого пневмотораксу. При виявленні відкритих ран грудної стінки негайно накладають оклюзійні (герметичні) пов'язки; при ознаках напруженого пневмотораксу (зсув середостіння, відсутність дихання з одного боку) проводиться голкова декомпресія плевральної порожнини.
- **C (Circulation) — Циркуляція та Шок:** Забезпечення внутрішньовенного або внутрішньокісткового доступу. На цьому етапі продовжують обробляти інші, менш критичні травми (накладання шин на переломи, тампонування ран, що не піддаються накладанню турнікета). Розпочинається масивна інфузійно-трансфузійна протишокова терапія.
- **H (Head injury / Hypothermia) — Черепно-мозкова травма та Гіпотермія:** Оцінка рівня свідомості, профілактика гіпотермії (загортання в термоковдру). Введення системних знеболюючих та антибіотиків. Важливе правило: медик повинен використовувати вміст індивідуальної аптечки пораненого, зберігаючи свою для подальшої масової роботи.

NB! Важливо для клінічного мислення (Хірургічний акцент)

(Зовнішні знання) Класична помилка при бойовій травмі — кидатися відновлювати дихання (СЛР) пацієнту, ігноруючи кровотечу. В умовах бою масивна кровотеча вбиває за 2-3 хвилини, тоді як обструкція дихальних шляхів — за 4-6 хвилин. Саме тому алгоритм починається з літери "M", а не "A". Відкриття дихальних шляхів у пацієнта з перебитою стегною артерією без накладеного турнікета призведе до відновлення оксигенації лише для того, щоб серце ефективніше викачало залишки крові з організму.

3. Оцінка крововтрати та шокового стану

Ступінь тяжкості гіповолемічного (геморагічного) шоку є ключовим критерієм життєздатності пораненого. В умовах відсутності лабораторної діагностики оцінка проводиться виключно за клінічними ознаками.

Таблиця 1. Ступені тяжкості геморагічного шоку за клінічними критеріями

Ступінь шоку / Дефіцит ОЦК	Стан свідомості	Колір та тургор шкіри	Гемодинаміка (Пульс та АТ)	Діурез
I ступінь (втрата до 15% ОЦК)	Збережена, загальний задовільний стан	Блідість	Тахікардія уд/хв. АТ не нижче 100 мм рт.ст. (Можлива ортостатична тахікардія)	80–90 (0,5–1) Достатній (100 мммл/кг/год)
II ступінь (втрата до 30% ОЦК)	Збережена (можлива ейфорія) або порушена. Скарги на запаморочення	Бліді, холодні на дотик	Тахікардія уд/хв. АТ 80–90 мм рт.ст. (Ортостатична гіпотензія)	100–120 Знижений
III ступінь (втрата 30–40% ОЦК)	Загальмована психомоторне збудження	або Бліді, виражений акроціаноз, гіпотермія	Тахікардія уд/хв. АТ 60–70 мм рт.ст.	130–140 Олігоанурія
IV ступінь (втрата понад 40% ОЦК)	Пригнічена до сопопу або коми	Різка мрамурова блідість	Пульс тільки магістральних (сонних) артеріях. АТ не вимірюється	Анурія на (повна відсутність сечі)

NB! Важливо для клінічного мислення (Хірургічний акцент)

На ранніх стадіях крововтрати вмикається компенсаторна централізація кровообігу: відбувається спазм судин мікроциркуляторного русла для збереження кровопостачання мозку та серця. Проте, якщо кровотечу не зупинено, тривала ішемія та ацидоз призводять до децентралізації — втрати тонусу судин. Кров масово депонується в капілярах (формується феномен "сладжу", згущення крові), ефективний ОЦК падає ще більше, розвивається гостра ниркова недостатність (анурія) та поліорганна дисфункція. Тому орієнтація хірурга лише на нормальні цифри АТ на ранніх етапах є фатальною помилкою — першим клінічним маркером шоку є тахікардія, блідість і зниження діурезу.

4. Правила медичного сортування (Triage) при масових надходженнях

При масовому надходженні поранених, коли кількість пацієнтів перевищує ресурси медичної служби, запроваджується жорстке медичне сортування. Мета сортування — врятувати максимальну кількість життів, віддаючи пріоритет тим, чий стан загрозливий, але має високі шанси на стабілізацію при своєчасному втручанні.

Таблиця 2. Категорії медичного сортування (Triage)

Колір (Пріоритет)	Категорія	Характеристика пацієнта та хірургічна тактика
Червоний (T1 Екстрені)	Невідкладні - (Immediate)	Життєво небезпечні стани, що вимагають негайного втручання. Шанс на виживання високий за умови негайної допомоги. <i>Патології:</i> напружений пневмоторакс, масивна кровотеча (відрив кінцівки), шок II-III ст., обструкція дихальних шляхів.
Жовтий (T2 Термінові)	Відстрочені - (Delayed)	Тяжкі поранення, але гемодинамічно стабільний стан. Допомогу можна відкласти на короткий час без безпосередньої загрози для життя. <i>Патології:</i> відкриті переломи без масивної кровотечі, стабільні проникаючі поранення живота, великі опіки (без шоку).
Зелений (T3 Нетермінові)	Легкі - (Minimal)	Поранені, які знаходяться у свідомості і можуть самостійно пересуватися («ходячі»). <i>Патології:</i> легкі травми, невеликі рани м'яких тканин, закриті переломи дрібних кісток. Допомога надається в останню чергу або само-/взаємодопомога.
Чорний (T4 Очікуючі)	Агонуючі - Загиблі (Expectant/Dead)	/Травми, несумісні з життям. Вимагають ресурсів, яких немає в умовах масових втрат. <i>Патології:</i> відкрита ЧМТ із витіканням мозкової речовини, зупинка серця, агональне дихання, понад 80% глибоких опіків. Надається лише паліативна допомога (сильні знеболюючі).

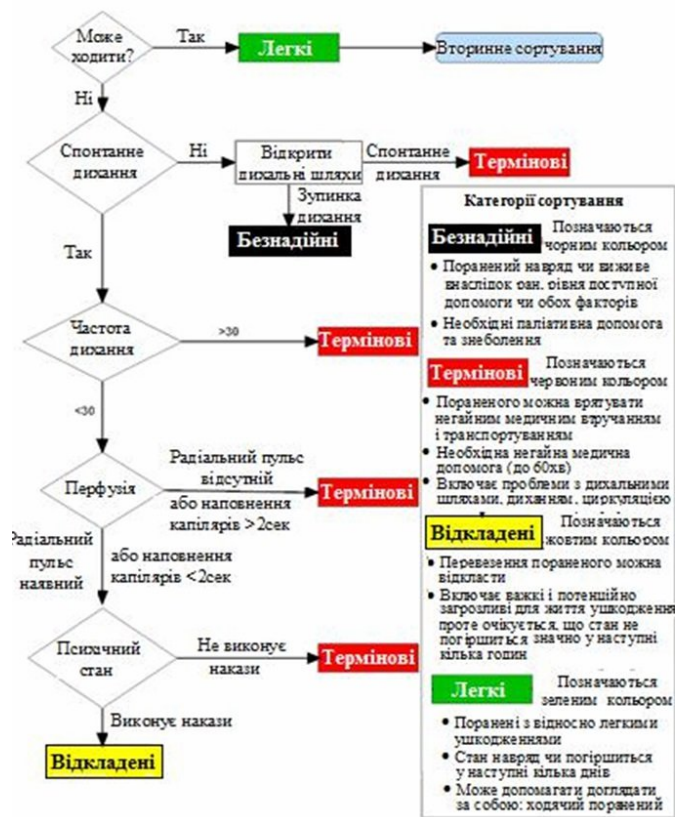


Рис. 21. Правила медичного сортування (Triage) при масових надходженнях.

NB! Важливо для клінічного мислення

Головна і найважлива морально-етична відмінність воєнно-польової хірургії від цивільної медицини полягає в тактиці щодо пацієнтів у стані клінічної смерті (категорія "Чорні"). У мирний час зусилля всієї реанімаційної бригади можуть бути годинами зосереджені на одному такому пацієнті. При масових бойових втратах проведення серцево-легеневої реанімації одному пацієнту часто означає смерть 3-4 поранених із "Червоної" зони, яких можна було гарантовано врятувати базовим накладанням турнікета, інтубацією чи голковою декомпресією.

Розділ III. Лабораторна та інструментальна діагностика

Сучасне обстеження хірургічного хворого неможливе без застосування комплексу додаткових методів. Лабораторні та інструментальні дослідження дозволяють не лише підтвердити клінічний діагноз, але й оцінити функціональний стан органів та систем, ступінь порушень гомеостазу та визначити оптимальну хірургічну тактику.

1. Лабораторний блок

Лабораторна діагностика є першим та обов'язковим етапом додаткового обстеження пацієнта. Нижче наведені розгорнуті таблиці фізіологічних констант, які є базовими для хірурга при оцінці стану хворого.

Таблиця 1. Загальний (клінічний) аналіз крові (ЗАК)

Показник	Одиниці вимірювання	Фізіологічні значення
Гемоглобін (Hb)	г/л	Чоловіки: 130–160; Жінки: 120–140
Еритроцити (Er)	$\times 10^{12}/\text{л}$	Чоловіки: 4,0–5,6; Жінки: 3,7–4,7
Гематокрит (Ht)	%	Чоловіки: 40–54; Жінки: 37–42
Лейкоцити (WBC)	$\times 10^9/\text{л}$	4,0–9,0
Тромбоцити (Plt)	$\times 10^9/\text{л}$	250–300
Ретикулоцити	%	0,5–1,2

Таблиця 1. Загальний аналіз крові.

Таблиця 2. Загальний аналіз сечі (ЗАС)

Показник	Одиниці / Характеристика	Фізіологічні значення
Добова кількість	мл	1000–2000
Колір та прозорість	візуально	Солом'яно-жовтий, прозора
Питома вага		1,010–1,025
Реакція (рН)	рН	5,0–7,0
Білок		Відсутній
Глюкоза	%	До 0,02
Лейкоцити / Еритроцити	в полі зору	Лейкоцити: 0–6; Еритроцити: одиничні
Амілаза сечі (за Вольгемутом)	одиниць	16–64

Таблиця 2. Загальний аналіз сечі.

Таблиця 3. Основні показники біохімічного аналізу крові

№	Показник	Одиниці вимірювання	Фізіологічні значення
1	Загальний білок	г/л	60–80
2	Альбуміни	г/л	40–50
3	Глюкоза	ммоль/л	4,4–5,6
4	Білірубін загальний	мкмоль/л	8,5–20,5
5	Аланінамінотрансфераза (АлАТ)	ммоль/(год·л)	0,1–0,68
6	Аспаргатамінотрансфераза (АсАТ)	ммоль/(год·л)	0,1–0,45
7	Альфа-амілаза	г/(год·л)	2–32
8	Калій плазми крові	ммоль/л	3,8–5,3
9	Натрій плазми крові	ммоль/л	130,5–156,6
10	Креатинін	ммоль/24 год	чоловіки: 4,4–17,6; жінки: 4,4–14,8

Примітка. Референтні значення можуть децю відрізнятися залежно від методики дослідження та лабораторії.

Таблиця 3. Біохімічний аналіз крові.

Таблиця 4. Показники гемостазу (коагулограма)

№	Показник	Одиниці вимірювання	Фізіологічні значення
1	Час згортання крові (за Лі-Уайтом)	хвилин	5–10
2	Час кровотечі (за Дюком)	хвилин	1–4
3	Протромбіновий час (ПЧ)	секунд	12–20
4	Протромбіновий індекс (ПТІ)	%	75–100

Примітка. Референтні значення можуть децю відрізнятися залежно від методики дослідження та лабораторії.

Таблиця 4. Показники гемостазу (Коагулограма)

NB! Клінічне значення

- **Лейкоцитоз зі зсувом формули вліво:** Збільшення загальної кількості лейкоцитів (понад $9 \times 10^9/\text{л}$) з появою великої кількості юних (незрілих) і паличкоядерних нейтрофілів свідчить про гострий гнійно-запальний процес, розвиток перитоніту, сепсису або наявність масивного вогнища некрозу тканин.
- **Зміна рівня білірубіну:** Підвищення рівня загального білірубіну (переважно за рахунок прямої фракції) є ключовою ознакою

обтураційної (механічної) жовтяниці, що виникає при блокуванні жовчовивідних шляхів конкрементами (холедохолітіаз) або пухлинами панкреатобіліарної зони.

- **Зміна рівня амілази:** Гіперамілаземія та різке підвищення амілази сечі (діастази) вказує на ферментну аутоагресію і є патогномонічною ознакою гострого панкреатиту та панкреонекрозу. Ферменти, руйнуючи тканину підшлункової залози, масово потрапляють у кровотік, що викликає важку інтоксикацію.

2. Інструментальний блок

2.1. Ультразвукові методи дослідження (УЗД)

- **Метод:** Неінвазивний скринінговий метод обстеження, що базується на відбитті ультразвукових хвиль від тканин різної акустичної щільності.
- **Показання:** Діагностика захворювань паренхіматозних органів черевної порожнини (печінка, підшлункова залоза), жовчного міхура та позапечінкових проток, а також виявлення кіст, пухлин, та вільної рідини.
- **Клінічна цінність:** Дозволяє швидко, без променевого навантаження та без спеціальної підготовки (окрім дослідження натщесерце) оцінити структуру органів, ширину проток (наприклад, порталної вени чи холедоха при жовтяниці), наявність конкрементів та органічних змін.

Специфіка при травмах: **FAST-протокол**

FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) — це сфокусоване сонографічне дослідження, життєво необхідне при закритих травмах живота та політравмах для екстреного виявлення вільної рідини (крові) в порожнинах. **Детальні зони огляду (Хірургічний алгоритм):**

1. **Права верхня квадрантна зона (кишеня Морісона):** оцінка простору між печінкою та правою ниркою (найчастіше місце скупчення крові при травмах печінки).
2. **Ліва верхня квадрантна зона (спленоренальний простір):** огляд простору між селезінкою та лівою ниркою для виключення розриву селезінки.
3. **Тазова зона (простір Дугласа):** поперечне і поздовжнє сканування над лобком для виявлення рідини в малому тазу (ректовезикальний або маточно-ректальний простір).
4. **Субксіфойдна зона (перикардіальна):** огляд серця через підгруднинний доступ для виявлення крові в порожнині перикарда (гемоперикард) і попередження тампонади серця.

2.2. Комп'ютерна томографія (КТ) та Магнітно-резонансна томографія (МРТ)

Комп'ютерна томографія (КТ)

- **Метод:** Отримання проекційного зображення поперечного зрізу тіла за допомогою рентгенівських променів та ЕОМ. Кожна тканина формує зображення залежно від здатності поглинати промені. Сучасним стандартом є спіральна КТ (стіл рухається лінійно при постійному обертанні трубки) із внутрішньосудинним контрастуванням.
- **Показання:** Розпізнавання патологій головного мозку, органів грудної, черевної порожнини, малого таза, заочеревинного простору, травм кісток та паренхіматозних органів.
- **Клінічна цінність:** КТ дозволяє з найвищою точністю визначити форму, розміри, структуру внутрішніх органів та відношення пухлин або гематом до оточуючих тканин і судин.
- **Обмеження:** Наявність променевого навантаження, ризик алергічних реакцій на йодовмісний контраст.

Магнітно-резонансна томографія (МРТ)

- **Метод:** Реєстрація "МР-сигналів", які індукуються протонами (ядрами водню) в тканинах пацієнта під впливом потужного магнітного поля та радіочастотних імпульсів. Зібрані сигнали комп'ютер перетворює на високоточне зображення.
- **Показання:** Дослідження м'яких тканин, ЦНС, хребта, суглобів, органів черевної порожнини (особливо при пухлинних і запальних процесах, де потрібна висока тканинна контрастність).
- **Клінічна цінність:** МРТ перевершує КТ за тканинною контрастністю і є морфологічним методом без використання іонізуючого випромінювання.
- **Обмеження:** Дорожнеча, неможливість виконання у пацієнтів з кардіостимуляторами чи металевими імплантатами, складність проведення при клаустрофобії.

2.3. Ендоскопічні методи дослідження

Езофагогастроуденоскопія (ЕГДС)

- **Метод:** Візуальний контроль слизової оболонки верхніх відділів шлунково-кишкового тракту за допомогою гнучкого фіброендоскопа.
- **Показання:** *Планові:* підозра на виразкову хворобу, пухлини, поліпи. *Екстрені:* шлунково-кишкова кровотеча, наявність стороннього тіла, незрозумілий больовий синдром.
- **Клінічна цінність:** Виявлення патології, можливість виконання біопсії для гістологічної верифікації пухлин (аденокарцином), а також виконання лікувальних маніпуляцій (ендоскопічний гемостаз).
- **Підготовка та методика (Покроково):**
 1. *Підготовка:* Проводиться натщесерце; при порушенні евакуації або стенозі — попереднє промивання шлунка через зонд.
 2. *Премедикація:* Зрошування ротоглотки місцевими анестетиками для зняття блювотного рефлексу.
 3. *Положення:* Пацієнта вкладають на лівий бік.
 4. *Введення:* Ендоскоп проводять у стравохід під час ковтального руху пацієнта.

5. *Огляд*: Просування по стравоходу, шлунку та ДПК здійснюється виключно під візуальним контролем з постійним нагнітанням повітря для розправлення стінок органа. Огляд слизової проводять як при введенні, так і при виведенні апарата.
6. *Маніпуляція*: За необхідності здійснюється щипкова біопсія підозрілих ділянок.

Діагностична лапароскопія (Перитонеоскопія)

- **Метод**: Огляд органів черевної порожнини за допомогою оптичного інструмента (лапароскопа), який вводиться через прокол черевної стінки.
- **Показання**: "Гострий живіт" неясної етіології, закрита травма живота (екстрена); стадіювання онкологічних процесів та виявлення метастазів на серозних оболонках (планова).
- **Клінічна цінність**: Дозволяє уникнути діагностичної лапаротомії ("напрасної" операції), візуально оцінити випіт, колір органів, наявність некрозу чи перфорації, та виконати прицільну біопсію.
- **Підготовка та методика**:
 1. *Підготовка*: Гоління передньої черевної стінки, обов'язкове спорожнення сечового міхура (катетеризація) та шлунка (зонд).
 2. *Знеболення*: Обирається індивідуально — ендотрахеальний наркоз з міорелаксантами або місцева інфільтраційна анестезія.
 3. *Етап 1 (Нагнітання)*: За допомогою голки Вереша в черевну порожнину нагнітається газ (вуглекислий газ) для створення пневмоперитонеуму — "робочого простору".
 4. *Етап 2 (Пункція)*: У типовій точці (найчастіше під пупком) виконується пункція черевної стінки троакаром.
 5. *Етап 3 (Введення оптики)*: Через троакар вводиться лапароскоп.
 6. *Етап 4 (Огляд)*: Послідовна методична ревізія органів живота: оцінка парієтальної і вісцеральної очеревини, наявності і характеру вільної рідини, стану печінки, жовчного міхура, шлунка, кишечника та органів малого таза. Завершується евакуацією газу та накладанням швів на рани від троакарів.

Розділ IV. Клінічне узагальнення та формулювання діагнозу

Постановка клінічного діагнозу — це вершина лікарського мислення, складний аналітико-синтетичний процес, у якому суб'єктивні скарги хворого, дані анамнезу та результати об'єктивного і додаткового обстежень об'єднуються в єдину логічну картину.

1. Формулювання попереднього діагнозу

Попередній діагноз встановлюється на підставі первинного огляду (скарги, анамнез, статус). Він є робочою гіпотезою, яка визначає напрямок подальшого інструментального та лабораторного пошуку, а також необхідність екстрених лікувальних заходів.

**NB! Важливо для клінічного мислення (Хірургічний алгоритм)
Як виділити головний симптом серед безлічі скарг?**

Пацієнти часто деталізують другорядні відчуття, приховуючи ключові. Хірург повинен виділити "**провідний синдром**". Якщо пацієнт скаржитися на біль у животі, сухість у роті, головний біль, закрепи та біль у суглобах, алгоритм пошуку такий:

1. *Відкидаємо "шум"* (біль у суглобах — це хронічна патологія, анамнез).
2. *Визначаємо вектор* (біль у животі — найімовірніше, гостра хірургічна патологія).
3. *Групуємо в синдроми* (біль + закрепи = синдром порушення кишкового пасажу; сухість у роті + головний біль = синдром інтоксикації). Отже, провідним є **больовий абдомінальний синдром**, який потребує негайної диференційної діагностики.

2. Диференційна діагностика гострих хірургічних захворювань

Диференційна діагностика — це метод виключення захворювань зі схожою клінічною картиною до моменту, поки не залишиться єдина хибна патологія. Для гострого живота ключовими є три "катастрофи".

Таблиця 1. Диференційна діагностика "гострого живота"

Критерій	Гострий апендицит	Гострий холецистит	Перфоративна виразка шлунка/ДПК
Характер та локалізація болю	Спочатку в епігастрії (тупий), через 2-6 год. зміщується у праву здухвинну ділянку (симптом Кохера). Постійний, ниючий.	У правому підребер'ї, сильний, нападopodobний. Іррадіація у праву лопатку, надпліччя, праву половину шиї.	Раптовий, надзвичайно різкий ("кинджальний" біль) в епігастрії. Швидко поширюється по всьому животу.
Дані загального огляду	Стан середньої важкості. Можливе однократне блювання. Субфебрильна температура.	Стан середній/важкий. Багаторазове блювання жовчу, що не приносить полегшення.	Вимушене положення (на спині або боці з підтягнутими колінами), блідість, холодний піт, поверхневе дихання.
Пальпація та специфічні симптоми	Напруження м'язів у правій здухвинній ділянці. Симптоми: Ровзінга, Сітковського, Бартом'є-Міхельсона.	Напруження в правому підребер'ї. Симптоми: Ортнера, Кера, Мерфі, Мюссі-Георгієвського.	Дошкоподібне напруження всього живота (<i>défense musculaire</i>). Зникнення печінкової тупості (симптом Спіжарного).
Симптом Щоткіна-Блумберга	Позитивний локально (у правій здухвинній ділянці).	Позитивний локально (у правому підребер'ї).	Позитивний розлитий (по всьому животу).

Результати УЗД	Потовщення стінки апендикса (>6 мм), нестисливість відростка, випіт у правій здухвинній ямці.	Потовщення стінки жовчного міхура (>4 мм), наявність конкрементів, "подвійний контур" стінки, біліарний сладж.	Наявність вільного газу та вільної рідини в черевній порожнині.
Аналіз крові	Помірний лейкоцитоз ($10-14 \times 10^9/\text{л}$), незначний зсув формули вліво.	Виражений лейкоцитоз ($12-18 \times 10^9/\text{л}$), можливе підвищення білірубину та трансаміназ.	Різкий лейкоцитоз, зсув вліво, токсична зернистість нейтрофілів; можливе зниження еритроцитів.

3. Обґрунтування остаточного клінічного діагнозу

Клінічний діагноз формулюється протягом перших трьох днів (при ургентних станах — у перші години) на основі логічного синтезу всіх даних. Він має сувору структуру:

1. **Основне захворювання:** Патологія, яка загрожує життю або з приводу якої проводиться оперативне лікування.
2. **Ускладнення основного захворювання:** Патологічні процеси, що патогенетично пов'язані з основним захворюванням.
3. **Супутні захворювання:** Хронічні патології інших органів і систем, які не пов'язані з основним захворюванням, але впливають на тактику лікування.

Приклади правильного формулювання:

- *Основне захворювання:* Гострий калькульозний флегмонозний холецистит. *Ускладнення:* Холедохолітиаз. Механічна жовтяниця. *Супутнє:* Ішемічна хвороба серця: стабільна стенокардія напруги, ФК II.
- *Основне захворювання:* Виразкова хвороба шлунка (виразка антрального відділу). *Ускладнення:* Гостра перфорація виразки. Розлитий серозно-фібринозний перитоніт. *Супутнє:* Хронічний обструктивний бронхіт, стадія ремісії.

4. Принципи лікування та передопераційна підготовка

Режим і Дієта Визначається залежно від стану пацієнта:

- **Режим:** Суворий ліжковий (шок, перші доби після важких операцій), напівліжковий або загальний.
- **Дієта (за Певзнером):** При "гострому животі" — **Стіл №0** (абсолютний голод, парентеральне харчування). У післяопераційному періоді поступове розширення: Стіл №1а (рідка їжа), Стіл №1 (щадна їжа при патології ШКТ), Стіл №5 (при патології печінки та жовчних шляхів), Стіл №15 (загальний).

Передопераційна підготовка Мета — звести до мінімуму ризик хірургічного втручання:

1. **Психологічна:** Пояснення пацієнту необхідності операції, отримання інформованої згоди, призначення седативних препаратів.
2. **Загальносоматична (Медикаментозна):** Корекція гемодинаміки (інфузійна терапія кристалоїдами), нормалізація АТ, профілактика тромбоемболій (низькомолекулярні гепарини), антибіотикопрофілактика за 30-60 хв до розрізу шкіри.
3. **Спеціальна (Безпосередня):** Гоління операційного поля в день операції (сухим способом або машинкою), спорожнення шлунка зондом (обов'язково при кишковій непрохідності), катетеризація сечового міхура.

Щоденник

Шановні колеги! Ведення щоденника спостереження (*Decursus morbi*) — це не бюрократична рутинна, а ваш щоденний клінічний літопис. Щоденник демонструє вашу здатність мислити в динаміці, аналізувати зміни стану пацієнта та вчасно реагувати на загрози. Це ваш юридичний щит і головний інструмент контролю за ефективністю лікування.

Нижче наведена сувора інструкція щодо перетворення щоденного огляду на грамотний професійний документ.

Блок 1. Суть та зміст щоденника

- **Суть:** Щоденник — це короткий, але максимально вичерпний запис усіх змін у перебігу хвороби під час вашого спостереження за пацієнтом.
- **Скарги та самопочуття:** Не просто автоматично перераховуйте скарги. У щоденнику дається оцінка самопочуття з обов'язковим урахуванням динаміки. Ви маєте чітко зафіксувати, що змінилося порівняно з вчорашнім днем (наприклад, "інтенсивність болю зменшилася", "нудота припинилася").
- **Об'єктивний статус:** Починайте з оцінки загального стану хворого (задовільний, середньої важкості, важкий). Далі обов'язково наводьте короткі дані, що відображають динаміку змін саме у вражених органах. Для хірурга це означає прицільний опис живота (перистальтика, участь у диханні) та *Status localis* (стан післяопераційної рани, об'єм та характер виділень по дренажах).

Блок 2. Спеціальні зауваження

- **Реакції та маніпуляції:** Ви зобов'язані щоденно фіксувати реакції організму пацієнта на призначені ліки (наприклад, поява алергічного висипу) та проведені діагностичні чи лікувальні маніпуляції. Також у щоденнику необхідно відзначати заходи з підготовки хворого до спеціальних методів дослідження (наприклад, очищення кишківника перед колоноскопією).

- **Обґрунтування тактики:** Будь-яка зміна у стані пацієнта, що веде до коригування діагнозу, або будь-яка зміна у схемі лікування (призначення нових ліків, зміна дози) має бути чітко обґрунтована прямо в тексті щоденника.

Блок 3. Техніка заповнення та лист призначень

- **Структура:** Щоденник на всі дні курації складається за чіткою табличною схемою з трьох граф: «Дата», «Стан хворого», «Призначення».
- **Відміна препаратів:** Якщо ви скасовуєте певний препарат або процедуру, ви не просто припиняєте їх писати. У графі відзначають чітку інструкцію для медсестри: «відмінити з [вказати дату]».

Порада: Як уникнути формалізму в записах

Категорично уникайте бездумних шаблонних фраз на кшталт "стан без змін" або "скарг немає" на наступний день після важкого оперативного втручання. Це свідчить лише про те, що ви не оглядали пацієнта! Динаміка — ваше головне слово. Деталізуйте дрібниці, важливі для хірурга: чи відновлюється апетит, чи спокійно спав пацієнт, чи відходили гази, чи помочився він самостійно. Якщо вчора по дренажу було 150 мл геморагічної рідини, а сьогодні лише 20 мл серозної — це чудова позитивна динаміка, яка підтверджує правильність вашого лікування, і вона має бути відображена!

ВИПИСНИЙ ЕПІКРИЗ

Блок 1. Вступна частина, обґрунтування та діагноз

Цей блок має ключове юридичне значення, адже він обґрунтовує правомірність самої госпіталізації пацієнта та правильність встановленого вами діагнозу. Експерт страхової компанії або клініко-експертної комісії шукатиме тут докази того, що ви не помилилися.

- **Правило написання:** Почніть з П.І.Б. хворого та точних термінів перебування в стаціонарі. Далі дайте *короткий виклад основних скарг* та ключових анамнестичних даних. Не переписуйте всі аналізи вряд! Вказуйте лише результати спеціальних методів дослідження, де є патологічні відхилення (наприклад, не пишійть всю лейкоцитарну формулу, вкажіть лише критичний лейкоцитоз та зсув вліво), щоб обґрунтувати клінічний діагноз. Діагноз має бути розгорнутим: основне захворювання, ускладнення, супутні.

Блок 2. Лікування, перебіг та наслідки

Для хірурга це серцевина епікризу. Це звіт про виконану роботу. Саме тут ми доводимо, що обрали правильну тактику і врятували пацієнта, або обґрунтовуємо, чому виникли певні післяопераційні труднощі.

- **Правило написання:** Опишіть короткі відомості про перебіг хвороби. Обов'язково вкажіть дату, назву та особливості проведеної операції (без покрокового протоколу, але з вказівкою на метод знеболювання та знайдену макроскопічну картину). Опишіть післяопераційне медикаментозне лікування. Дайте оцінку ефективності лікування (стан до виписки) та чітко зафіксуйте стан працездатності: відновлена, втрачена тимчасово чи пацієнт направляється на МСЕК для встановлення інвалідності.

Блок 3. Рекомендації

Виписка — це не кінець лікування, це передача відповідальності. Рекомендації мають бути абсолютно конкретними, щоб пацієнт розумів, як жити далі, а поліклінічний хірург знав, що контролювати.

- **Правило написання:** Уникайте загальних фраз типу «дієта» або «продовжити лікування». Вкажіть точний номер дієти, пропишіть режим фізичної активності, назви препаратів, їх дози та тривалість прийому. Обов'язково вкажіть терміни диспансерного нагляду та зняття швів.

ПОСМЕРТНИЙ ЕПІКРИЗ ТА СТРУКТУРА ДІАГНОЗУ

У разі смерті хворого оформляється посмертний епікриз. Це найскладніший документ у лікарській практиці. У ньому необхідно глибоко обґрунтувати клінічний діагноз і його ускладнення, а також чітко вказати **безпосередню причину смерті** (наприклад, зупинка серця внаслідок гострої серцево-судинної недостатності на тлі важкої інтоксикації).

Критично важливо для формулювання посмертного діагнозу: Коли пацієнт помирає маючи "букет" хвороб, експерт-патологоанатом та комісія будуть жорстко перевіряти, як саме ви класифікували ці патології. Іноді виникає необхідність виділення поєднаних, конкуруючих і фонових захворювань. Студент зобов'язаний розуміти цю різницю:

1. **Конкуруючі захворювання:** Це два одночасно виявлені захворювання, кожне з яких окремо могло бути причиною смерті.
 - *Приклад:* У пацієнта одночасно стався масивний ішемічний інсульт і розрив аневризми аорти. Або рак легені та гострий інфаркт міокарда. Будь-яке з них могло вбити пацієнта самотійно.
2. **Поєднані захворювання:** Це захворювання, кожне з яких в даний момент і на даному етапі *не смертельні поодиноці*, але розвиваючись одночасно, їх синергія (взаємне обтяження) призвела до летального результату.

- *Приклад:* Інфаркт міокарда та виразка шлунка. Кардіолог призначає антикоагулянти (гепарин) для лікування інфаркту, що неминуче викликає фатальну кровотечу з виразки. Разом вони вбили хворого.
3. **Фонові захворювання:** Це хвороба, яка сама по собі не вбила, але зіграла ключову роль у виникненні ускладнень і зумовила особливу тяжкість основного захворювання.
- *Приклад:* Цукровий діабет при інфаркті міокарда або наявність цукрового діабету при гнійному гідраденіті. Діабет створює ідеальне "тло" (фон) для блискавичного розвитку сепсису або некрозу.

ПІДСУМОК

Запам'ятайте на все професійне життя: **Історія хвороби — це обличчя лікаря.** Це не формальність для викладача. Це ваш єдиний юридичний щит у залі суду, головний індикатор вашої професійної грамотності та найважливіший інструмент клінічного мислення. Папір або електронний запис стерплять усе, але експерт — ні. Пишіть так, щоб кожне слово було доказом вашої правоти та боротьби за життя пацієнта. Успіхів вам у хірургічній клініці!

ДОДАТКИ

Додаток А. Еталон написання щоденника хірургічного хворого (Decursus morbi)

Щоденник є юридичним та клінічним документом, що відображає динаміку стану хворого та ефективність лікування.

Дата, час	Перебіг захворювання (Status praesens)	Призначення (Praescriptio)
05.05.2026 09:00 Т: 37,2°C Рс: 82 уд/хв АТ: 120/80 мм рт.ст. ЧД: 16 /хв.	Скарги: на помірний ниючий біль у ділянці післяопераційної рани, загальну слабкість. Об'єктивно: Загальний стан середньої важкості. Свідомість ясна. Шкірні покриви блідо-рожеві, чисті. Дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ритмічні, ясні. Живіт не здутий, симетричний, бере участь в акті дихання. При пальпації м'який, помірно болючий в зоні післяопераційної рани.	1. Режим палатний. 2. Стіл № 1а. 3. Sol. Ceftriaxoni 1,0 в/м 2 р/добу. 4. Sol. Ketorolaci 1,0 в/м при болях. 5. Sol. Ringeri 400 ml в/в крапельно. 6. Перев'язка рани. <i>Підпис лікаря:</i> _____

Симптоми подразнення
очеревини негативні.
Перистальтика вислуховується,
в'яла. Гази відходили.
Сечовипускання вільне.
Status localis: Асептична
пов'язка суха. По дренажу з
правої здухвинної ділянки за
добу виділилося 20 мл серозно-
геморагічної рідини.

Додаток Б. Нормальні лабораторні показники (Довідкова таблиця)

Сучасні референтні значення, необхідні для адекватної оцінки гомеостазу хірургічного хворого.

Загальний (клінічний) аналіз крові

Показник	Одиниці	Чоловіки	Жінки
Гемоглобін (Hb)	г/л	130–160	120–140
Еритроцити (Er)	$\times 10^{12}/\text{л}$	4,0–5,6	3,7–4,7
Гематокрит (Ht)	%	40–54	37–42
Тромбоцити (Plt)	$\times 10^9/\text{л}$	180–320	180–320
Лейкоцити (WBC)	$\times 10^9/\text{л}$	4,0–9,0	4,0–9,0
ШОЕ	мм/год	2–10	2–15

Лейкоцитарна формула (в нормі)

Показник (клітини)	Відносне значення (%)
Базофіли	0–1
Еозинофіли	1–5
Нейтрофіли: юні	0
Нейтрофіли: паличкоядерні (незрілі)	1–6
Нейтрофіли: сегментоядерні (зрілі)	47–72
Лімфоцити	19–37
Моноцити	3–11

NB! Хірургічний акцент:

Раптова поява юних нейтрофілів та збільшення частки паличкоядерних (>6%) називається "**зсувом лейкоцитарної формули вліво**". У хірургії це найважливіший маркер гострого бактеріального запалення та деструкції органа, що вимагає негайного оперативного втручання.

Додаток В: Сучасні інструменти об'єктивізації хірургічного діагнозу

Розділ 1. Невідкладна хірургічна допомога при травмах кінцівок

Для об'єктивної оцінки життєздатності розтрощеної кінцівки та уникнення суб'єктивних помилок хірурга, впроваджено використання шкали **MESS (Mangled Extremity Severity Score)**.

Mangled Extremity Severity Score (MESS)		Бали
Критерій	Клінічна характеристика	Бал
ТРАВМА ТКАНИН		
Низькоенергетична	Колоті рани, прості закриті переломи, невеликого розміру вогнепальні рани	1
Середньоенергетична	Відкриті/сегментарні переломи, вивихи, контузія тканин	2
Високоенергетична	Дробові поранення, вогнепальні рани від швидкісних сучасних боеприпасів	3
Масивна	Мінно-вибухова, поїздна, внаслідок попадання у працюючий механізм	4
ШОК		
Нормотензивна гемодинаміка	АТ стабільний на місці випадку та в операційній	0
Тимчасова гіпотензія	АТ нестабільний на місці випадку, позитивна динаміка при в/в інфузії	1
Тривала гіпотензія	Систолічний тиск <90 мм рт. ст. на місці випадку; позитивна динаміка при в/в інфузії/трансфузії в операційній	2
ШЕМІЯ*		
Відсутня	Наявний пульс без симптомів ішемії	0
Легкого ступеня	Слабкість пульсу без ішемії	1
Середнього ступеня	Відсутність пульсу (доплерометр), повільне капілярне наповнення, парестезії, погіршення активного скорочення м'язів	2
Тяжкого ступеня	Відсутність пульсу, холодна кінцівка, параліч, відсутність капілярного наповнення	3
ВІК		
	< 30 років	1
	30–50 років	2
	> 50 років	3
7 та більше балів — 100 % вихід на ампутацію		Σ балів

* розрахунок подвоюють при ішемії > 6 годин

Зображення 1. Шкала MESS

! Правило 6 годин: Зверніть увагу на зірочку (*) біля балів ішемії. Якщо ішемія кінцівки триває **понад 6 годин**, бали за цим параметром **удвоюються**. Це точка неповернення для м'яких тканин. **Порогове значення:** Якщо загальна сума балів за шкалою MESS становить **7 і більше**, кінцівка вважається нежиттєздатною. У такому випадку розглядається питання про екстрену ампутацію заради порятунку життя пацієнта від неминучої ендогенної інтоксикації.

Тактика на 2-му рівні надання допомоги (Damage Control Surgery): Принципи Damage Control (порятунок життя > збереження кінцівки) диктують сувору пріоритетність оперативних втручань:

1. **ПХО рани (91,86%):** Первинна хірургічна обробка є беззаперечним лідером, оскільки зупиняє кровотечу та попереджає інфекцію.

2. **Фасціотомія (84,19%)**: Друга за частотою життєво необхідна операція. Виконується для негайної декомпресії фасціальних футлярів та порятунку тканин від компартмент-синдрому.
3. **МОС стержневим АЗФ (43,02%)**: Апарати зовнішньої фіксації дозволяють швидко стабілізувати уламки без глибокого втручання.
4. **Ампутація (6,98%)**: Виконується лише за крайньої необхідності (MESS ≥ 7).

Лікувальні особливості

Оперативні втручання на рівні 2	Відсоток
ПХО рани	91,86
Фасціотомія	84,19
МОС стержневим АЗФ	43,02
Ампутація кінцівки на шкірному лоскуті	6,98
Первинне зашивання рани	3,49
МОС апаратом Ілізарова	2,33
Аутовенозне протезування	1,16
Формування кукси	1,16

Зображення 2. Лікувальні особливості хірургічної допомоги пораненим

Розділ 2. Об'єктивне обстеження (Перфузія та судини)

Оновлення згідно з IWGDF 2023 (Міжнародна робоча група з діабетичної стопи): У пацієнтів із цукровим діабетом, гангrenoю або трофічними виразками рутинна пальпація пульсу та визначення температури шкіри тилом кисті є суб'єктивними і часто хибними методами (через нейропатію та кальциноз судин).

Сьогодні золотим стандартом об'єктивізації статусу (особливо після операцій реваскуляризації) є **неінвазивне тестування біля ліжка хворого**. Студент повинен описати результати сучасних методів:

- **Термографія**: Безконтактна оцінка карти температур, яка об'єктивно показує межі мікроциркуляції та життєздатних тканин.
- **Транскутанна оксиметрія (tcpO₂) / Доплерографія**: Документальне підтвердження адекватності відновленого кровотоку.



Зображення 3. Неінвазивна оцінка адекватності перфузії у пацієнтів із синдромом діабетичної стопи після ревазуляризації

Розділ 3. «Шпаргалка для студента»

Цей блок допоможе вам трансформувати клінічні знахідки у грамотний академічний та юридичний запис.

Ситуація 1: Оцінка тяжкості травми (MESS)

- **Що я бачу?** Пацієнт 40 років. Мінно-вибухова травма, розчавлення гомілки. АТ стабілізувався після інфузії. Пульсація відсутня, кінцівка холодна вже 7 годин.
- **Що я маю зробити?** Провести розрахунок: Розчавлення (4) + Транзиторна гіпотензія (1) + Виражена ішемія >6 год (4 бали × 2 = 8) + Вік 40 років (1). Сума = 14 балів. Кінцівку не врятувати.

Ситуація 2: Обґрунтування фасціотомії

- **Що я бачу?** Вогнепальний перелом. Наростаючий, щільний набряк кінцівки. Шкіра напружена, блискуча. Пацієнт кричить від розпираючого болю, який не знімається анальгетиками.
- **Що я маю зробити?** Негайно констатувати гострий компартмент-синдром та готувати хворого до декомпресії.

Ситуація 3: Діабетична стопа та перфузія

- **Що я бачу?** Пацієнт із ЦД 2 типу після балонної ангіопластики судин гомілки з приводу некрозу пальців стопи.
- **Що я маю зробити?** Оцінити результати об'єктивних інструментальних

РОЗДІЛ V. КОНТРОЛЬНІ ПИТАННЯ ТА СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ (КЕЙСИ) ДЛЯ САМОПІДГОТОВКИ

1. Контрольні питання (для розвитку клінічного мислення)

1. **Логіка діагностичного пошуку:** Чому при наявності у пацієнта безлічі різноманітних скарг (наприклад, біль у животі, закрепи, сухість у роті, головний біль) критично важливо виділити "провідний синдром"? Опишіть алгоритм виділення головного симптому.
2. **Диференціація болю:** Поясніть різницю в патогенезі вісцерального та соматичного болю. Чому раптова зміна характеру болю з нечіткого, дифузного (вісцерального) на гострий, чітко локалізований (соматичний) є життєво небезпечною прогностичною ознакою?
3. **Диференційна діагностика "гострого живота":** Поясніть клінічне та патогенетичне значення міграції болю з епігастрію у праву здухвинну ділянку (симптом Кохера-Волковича) у порівнянні з раповим "кинджальним" болем в епігастрії.
4. **Специфічні симптоми кровотечі:** Про що свідчить блювання масами у вигляді "кавової гущі", і чому воно виникає саме в такому вигляді, а не у вигляді свіжої крові? Яка локалізація джерела кровотечі є найбільш імовірною?
5. **Алгоритм MARCH:** Чому в умовах бойової травми зупинка масивної кровотечі (літера М) виконується до забезпечення прохідності дихальних шляхів (літера А), на відміну від класичних цивільних протоколів (АВС)?
6. **Оцінка шоку:** Поранений має нормальний артеріальний тиск, але частота пульсу становить 115 уд/хв, спостерігається блідість шкіри та зниження діурезу. Чому орієнтація виключно на нормальні цифри АТ при оцінці крововтрати є грубою клінічною помилкою?
7. **Симптом "Ваньки-встаньки":** Опишіть патогенез виникнення симптому Розанова (симптом "Ваньки-встаньки") або симптому Білліса-Грайгсбі. Для яких критичних хірургічних станів вони характерні?
8. **Лабораторні маркери запалення:** Що означає термін "зсув лейкоцитарної формули вліво"? Чому поява юних та підвищеної кількості паличкоядерних нейтрофілів вимагає від хірурга активної тактики?
9. **Інструментальна діагностика (FAST):** Які чотири анатомічні зони обов'язково оглядаються при виконанні FAST-протоколу УЗД при політравмі, і яку саме життєзагрозову патологію шукає лікар?
10. **Медичне сортування (Triage):** У чому полягає найважча етично-медична відмінність воєнно-польової хірургії від цивільної медицини стосовно пацієнтів "чорної" категорії (агонуючих)?

2. Ситуаційні клінічні задачі (Кейси)

КЕЙС № 1 (Класична патологія: "Гострий живіт") **Опис:** Пацієнт, 45 років, доставлений машиною швидкої допомоги. Скаржиться на раптовий, нестерпний "кинджальний" біль в епігастральній ділянці, який виник 2 години тому і швидко поширився по всьому животу. **Об'єктивно:** Стан важкий. Обличчя бліде, вкрите холодним потом. Положення вимушене: лежить на спині з підтягнутими до живота колінами, уникає рухів. Температура тіла 37,1 °С, пульс 100 уд/хв. Живіт не бере участі в акті дихання. При поверхневій пальпації живіт різко напружений ("дошкоподібний" живіт). Симптом Щоткіна-Блумберга позитивний по всьому животу. При перкусії печінкова тупість відсутня (симптом Спіжарного).

- **Завдання:** Встановіть попередній діагноз. Складіть план лабораторного та інструментального обстеження для підтвердження діагнозу.

КЕЙС № 2 (Бойова травма: Алгоритм MARSH та Шок) **Опис:** Солдат, 28 років, отримав мінно-вибухову травму. Відбулася травматична ампутація правої нижньої кінцівки на рівні середньої третини гомілки. Бойовий медик наклав кровоспинний турнікет поверх штанів 45 хвилин тому. **Об'єктивно:** Поранений у свідомості, але загальмований. Шкірні покриви бліді, холодні на дотик. Пульс на променевої артерії слабкий, 120 уд/хв. Артеріальний тиск 80/50 мм рт.ст. З-під турнікета на куксі продовжується незначне підтікання крові. Дихання 24/хв, поверхнєве.

- **Завдання:** Визначте ступінь тяжкості геморагічного шоку. Опишіть покрокові дії лікаря згідно з алгоритмом MARSH (особлива увага до літери "М").

КЕЙС № 3 (Класична патологія: Хірургічна інфекція ШКТ) **Опис:** Хвора, 24 роки, скаржиться на постійний ниючий біль у правій здухвинній ділянці. Захворювання почалося 12 годин тому з появи тупого болю в епігастрії, нудоти та одноразового блювання. Через 6 годин біль змістився в праву здухвинну ділянку. **Об'єктивно:** Стан середньої тяжкості. Температура тіла 37,8 °С. Пульс 90 уд/хв. При глибокій пальпації живота відмічається локальна болючість та напруження м'язів у правій здухвинній ділянці. Симптоми Ровзінга, Сітковського, Бартом'є-Міхельсона — позитивні.

- **Завдання:** Встановіть попередній діагноз та вкажіть назву симптому переміщення болю. Які зміни в загальному аналізі крові та на УЗД слід очікувати?

КЕЙС № 4 (Бойова травма: Анаеробна інфекція) **Опис:** Поранений, 35 років, доставлений на етап кваліфікованої допомоги на 3-тю добу після осколкового поранення правого стегна (евакуація була затримана). Скаржиться на нестерпний розпираючий біль у рані, який не знімається наркотичними анальгетиками. **Об'єктивно:** Стан вкрай важкий. Температура тіла 39,6 °С, пульс 126 уд/хв. Праве стегно різко збільшене в об'ємі. Шкіра навколо рани холодна, блідо-синюшна з бронзовими плямами. З рани виділяється смердюча рідина кольору "м'ясних помиїв". При пальпації тканин навколо рани чітко визначається крепітація (хрускіт), симптом "нитки" позитивний.

- **Завдання:** Встановіть попередній діагноз. Яка екстрена хірургічна тактика показана в цій ситуації для порятунку життя?

КЕЙС № 5 (Класична патологія: Шлунково-кишкова

кровотеча) Опис: Пацієнт, 62 роки, звернувся зі скаргами на різку загальну слабкість, запаморочення, "мерехтіння мушок" перед очима,. З анамнезу: тривалий час приймає нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) з приводу остеоартрозу. Сьогодні вранці було масивне блювання вмістом типу "кавової гущі". **Об'єктивно:** Шкірні покриви бліді, вкриті холодним потом. Пульс 110 уд/хв, слабкого наповнення. Артеріальний тиск 90/60 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. При пальцьовому дослідженні прямої кишки на рукавичці — дьогтеподібний кал (мелена).

- **Завдання:** Встановіть попередній діагноз (із вказівкою локалізації джерела). Складіть план екстреного обстеження (який інструментальний метод є найважливішим у цьому випадку?).

КЕЙС № 6 (Класична патологія: защемлена пахвинна грижа) Опис: Чоловік, 58 років, доставлений до хірургічного відділення зі скаргами на різкий біль у правій пахвинній ділянці, нудоту, одноразове блювання та неможливість вправити грижове випинання. В анамнезі — правобічна пахвинна грижа протягом 5 років, яку раніше пацієнт самостійно вправляв. Біль з'явився раптово після підняття важкого предмета. **Об'єктивно:** Стан середньої тяжкості. Пульс — 104 уд/хв. Температура тіла — 37,4 °С. У правій пахвинній ділянці визначається щільне, різко болюче грижове випинання, яке не вправляється у черевну порожнину. Шкіра над випинанням дещо напружена. Симптом кашльового поштовху негативний. Живіт помірно здутий, перистальтика ослаблена.

- **Завдання:**
Встановіть попередній діагноз. Які клінічні ознаки свідчать про защемлення грижі? Яка невідкладна хірургічна тактика показана в цій ситуації?

КЕЙС № 7 (Класична патологія: гострий панкреатит) Опис: Пацієнт, 46 років, госпіталізований зі скаргами на інтенсивний біль у верхній половині живота, переважно в епігастральній ділянці та лівому підребер'ї. Біль має оперізуючий характер, виник після вживання алкоголю та жирної їжі. Відмічає багаторазове блювання, яке не приносить полегшення, загальну слабкість, сухість у роті. **Об'єктивно:** Стан тяжкий. Температура тіла — 37,9 °С. Пульс — 112 уд/хв. Артеріальний тиск — 95/60 мм рт. ст. Шкірні покриви бліді, вологі. Живіт помірно здутий, болючий в епігастральній ділянці та лівому підребер'ї. Перистальтика ослаблена. Симптоми подразнення очеревини сумнівні. Можлива поява ціанотичних плям на бокових поверхах живота.

- **Завдання:**
Встановіть попередній діагноз. Які лабораторні показники мають найбільше діагностичне значення? Які інструментальні методи необхідно провести для підтвердження діагнозу та оцінки тяжкості стану?

КЕЙС № 8 (Класична патологія: гострий холецистит) Опис: Пацієнтка, 52 роки, звернулася до приймального відділення зі скаргами на інтенсивний біль у правому підребер'ї, який виник після вживання жирної їжі. Біль іррадіює у праве плече та праву лопатку, супроводжується нудотою, багаторазовим блюванням, гіркотою в роті та підвищенням температури тіла. **Об'єктивно:** Стан середньої тяжкості. Температура тіла — 38,2 °С. Пульс — 96 уд/хв. Язик сухуватий, обкладений білим нальотом. Живіт помірно здутий, бере участь в акті дихання обмежено. При пальпації визначається різка болючість у правому підребер'ї, напруження м'язів передньої черевної стінки локально. Симптоми Кера, Мерфі, Ортнера-Грекова — позитивні.

- **Завдання:**

Встановіть попередній діагноз. Які лабораторні зміни очікуються в загальному аналізі крові та біохімічному аналізі крові? Який інструментальний метод є основним для підтвердження діагнозу?

Список використаних джерел

1. **Воєнно-польова хірургія** : підручник / Я. Л. Заруцький, В. М. Запорожан, В. Я. Білий та ін. ; за ред. Я. Л. Заруцького, В. М. Запорожана. Одеса : ОНМедУ, 2016. 415 с.
2. **Загальна хірургія** : підручник / за ред. Я. С. Березницького, М. П. Захараша, В. Г. Мішалова, В. О. Шідловського. Вінниця : Нова Книга, 2017. 344 с.
3. **Клінічна хірургія** : підручник / за ред. Л. Я. Ковальчука. Тернопіль : Укрмедкнига, 2000. 536 с.
4. **Клінічне обстеження хворих і схема історії хвороби** : навч. посіб. для студентів медичних вузів / М. А. Каштальян, В. Є. Вансович, В. С. Кадочніков, Ю. М. Котік. Одеса : Астропринт, 2016. 115 с.
5. **Невідкладна військова хірургія = *Emergency War Surgery*** / пер. з англ. Київ : Наш Формат, 2022. 576 с. : іл.
6. **Невідкладні стани в хірургії** : навч. посіб. / С. Д. Хіміч, М. І. Бурковський, О. А. Вільцанюк та ін. ; за ред. С. Д. Хіміча. Київ : ВСВ «Медицина», 2025. 487 с.
7. **Хірургія** : підручник : у 2 т. / за ред. П. Г. Кондратенка, В. І. Русина. Вінниця : Нова Книга, 2019. Т. 2. 704 с.