**Przedmiot**: chirurgia naczyniowa

**Koordynator kursu:** dr hab. Arkadiusz Migdalski, prof. UMK 602690989, armigos@wp.pl

**Rok**: I**V**

**Grupa: …**

**Wydział**: Lekarski

**Forma zajęć**: stacjonarna / niestacjonarna

**Termin zajęć**: …….

**Asystent nadzorujący grupę:** …………..

**Plan zajęć**

* Zajęcia rozpoczynają się o godzinie 9:00 lub 8:00 w zależności od dnia (czas trwania do 12:30)
* W poniedziałki, środy i piątki studenci uczestniczą w obchodzie lekarskim Kliniki. Każdy student wybiera sobie jednego chorego, którego omawia w trakcie obchodu. W celu uzyskania dodatkowych informacji o wybranym chorym jest możliwość przyjścia do Kliniki o 7:30 i zbadania chorego z lekarzem prowadzącym.
* Literatura obowiązująca do przygotowania seminariów: Podstawy chirurgii, (red.) [Jacek Szmidt](https://tezeusz.pl/autor/jacek-red-szmidt), Kompendium Chirurgii Naczyniowej, 2021 (red.) Tomasz Zubilewicz, Andrzej Wojtak oraz najnowsze wytyczne dotyczące leczenia: Żylnej Choroby Zakrzepowo-Zatorowej, Choroby Tętnic Obwodowych, Tętniaków Aorty Brzusznej (można je znaleźć między innymi na stronie <https://journals.viamedica.pl/acta_angiologica/index> wpisując w wyszukiwarce strony „wytyczne”; oraz na stronie Europejskiego Towarzystwa Chirurgów Naczyniowych <https://www.esvs.org/journal/guidelines/> ).
* Studenci są zobowiązani powtórzyć anatomię układu naczyniowego. Asystent może zadawać pytania z anatomii. Ocena uzyskana z anatomii może być wliczana do średniej arytmetycznej ocen i może wpływać na ocenę końcową. W przypadku uzyskania oceny niedostatecznej student jest zobowiązany umówić się indywidualnie z asystentem i poprawić. Do czasu uzyskania oceny pozytywnej ocena końcowa nie będzie wystawiona.
* Po zajęciach praktycznych w dniu czwartym następuje zaliczenie ustne przedmiotu u wyznaczonych asystentów.
* Prezentacje w formie ppt (maksymalnie 30 przezroczy) przygotowują i prezentują studenci w podgrupach 4 osobowych. Każda z osób w podgrupie powinna przedstawić część prezentacji. Maksymalny czas trwania prezentacji 40 minut plus 20 minut na dyskusję i uwagi asystenta.
* Po każdej prezentacji asystent omawia zagadnienie uzupełniając i korygując treść prezentacji. Asystent ocenia znajomość anatomii, jakość przygotowanej prezentacji oraz dyskusję przeprowadzoną przez studentów (ocena 2-5, wymagana ocena do zaliczenia: 3)
* Ocena końcowa jest średnią arytmetyczną dwóch ocen cząstkowych: seminarium/dyskusja/anatomia ppt (A) / końcowe zaliczenie – egzamin ustny (B). Tylko studenci, którzy otrzymają cząstkową ocenę z seminarium ≥ 3 będą dopuszczeni do zaliczenia końcowego w formie egzaminu ustnego.
* Końcowy egzamin ustny odbywa się na koniec czwartego dnia zająć (możliwe jest umówienie się indywidualnie z asystentem)
* Studenci, którzy otrzymali ocenę cząstkową lub końcową 2 zaliczają przedmiot u Koordynatora Kursu.
* Poniżej załączone są przypadki kliniczne. Student ma obowiązek przeanalizować przypadki. Jeden losowo wybrany przypadek będzie omawiany przez studenta w ramach zaliczenia końcowego (jeden przypadek kliniczny, dwa pytania z wiedzy teoretycznej), jako forma weryfikacji zdobytych umiejętności praktycznych.

**Prezentacje ppt / dyskusja (A)**

**Dzień pierwszy** **8:00 lub 9:00**

 Obchód lekarski w Klinice (opcja)

Prezentacja: Żylna choroba zakrzepowo-zatorowa

Prezentacja:Przewlekła choroba żylna

**Dzień drugi** **8:00 lub 9:00**

Obchód lekarski w Klinice (opcja)

Prezentacja: Diagnostyka i leczenie tętniaków aorty

Prezentacja: Choroby chirurgiczne gałęzi łuku aorty

**Dzień trzeci**  **8:00 lub 9:00**

Obchód lekarski w Klinice (opcja)

Prezentacja: Ostre niedokrwienie kończyn

Prezentacja: Przewlekłe niedokrwienie kończyn

**Dzień czwarty** **8:00 lub 9:00**

Obchód lekarski w Klinice (opcja)

Zajęcia praktyczne (z asystentami):

* Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
* Poradnia Chirurgii Naczyniowej
* Poradnia Stopy cukrzycowej
* Pracownia Ultrasonografii Naczyniowej
* Blok Operacyjny

**Zaliczenie zajęć** – końcowy egzamin ustny (B) **-** w podgrupach, zgodnie z przydziałem do asystentów (studenci umawiają się indywidualnie z asystentami)

Zaliczenie końcowe - asystenci (B):

dr P. Wierzchowski 601975398 pawel.wierzchowski@gmail.com

dr P. Brazis 601074874 mpbrazis@wp.pl

dr W. Jaraczewski 602506544 jaraczewskiw@gmail.com

dr K. Kobziakowski 888088159 klaudiusz1989@gmail.com

dr K. Kwaśniewski 607450070 kf.kwasniewski@gmail.com dr K. Stadnik-Zawalska 784525050 katarzyna.stadnik95@wp.pl

**Lista obecności**, chirurgia naczyniowa, grupa ….., rok IV PL

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię studenta** | **Sem. 1** | **Sem. 2** | **Sem. 3** | **Sem. 4** | **Sem. 5** | **Sem. 6** | **ćwicz.**  | **Obecność** |
| 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 7 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 8 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 9 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 10 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 11 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 12 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 13 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 14 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 15 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 16 |  |  |   |   |   |  |  |  |  |
| 17 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 18 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 19 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 20 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 21 |  |   |   |   |   |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Przydział do asystentów rok IV, chirurgia naczyniowa, grupa ……**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię studenta,****e-mail,****nr telefonu,** | A.Prezentacja ppt/ Dyskusja(ocena) | B.Końcowy egzamin ustny(ocena) | Ocena końcowa, średnia arytmetyczna (A+B) | Asystent |
| 1 |  |  |  |   |  |
| 2 |  |  |  |   |  |
| 3 |  |  |  |   |  |
| 4 |  |  |  |   |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |   |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |
| 21 |  |  |  |  |  |
| 22 |  |  |  |  |  |
| 23 |  |  |  |  |  |
| 24 |  |  |  |  |  |

**Przypadki kliniczne**

Przypadek 1. AOPWA

Chory lat 65, zgłasza się do Poradni Chirurgii Naczyniowej z powodu dolegliwości bólowych kończyn dolnych. Objawy występują od około roku, nasiliły się w ciągu ostatniego miesiąca. Bóle pojawiają się głównie podczas chodzenia, sporadycznie w nocy. Ustępują po odpoczynku i w pozycji siedzącej. Wysiłek nasila dolegliwości. Szybkim krokiem chory jest w stanie przejść bez bólu około 150-200m. W wywiadzie choroba niedokrwienna serca, stan po zawale mięśnia sercowego rok temu, nadciśnienie tętnicze, żylaki kończyn dolnych i wieloletni nikotynizm. Z leków przyjmuje Acard 75mg 1x1tabl. oraz Amlozek 5mg 1x1 tabl. w przypadku podwyższonego ciśnienia ale nieregularnie. W badaniu przedmiotowym stwierdzamy obrzęk lewej kończyny dolnej i żylaki przyśrodkowej powierzchni goleni, opóźniony powrót włośniczkowy w zakresie obu kończyn dolnych, zaniki owłosienia na goleniach, tętno na tętnicach kończyn dolnych wyczuwalne wyraźnie w pachwinach i słabo wyczuwalne w zakresie tętnic podkolanowych, na grzbiecie stopy i przy kostce przyśrodkowej nie wyczuwa się tętna.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Zaproponuj rozpoznanie wstępne i przeprowadź różnicowanie jednostki chorobowej z rozpoznania
* Przedstaw choremu zakres badań jakie chcesz wykonać podczas aktualnej i następnych wizyt
* Ustal ramy czasowe dalszego postępowania leczniczego
* Zaplanuj farmakoterapię właściwą dla tego przypadku i przedstaw alternatywę w przypadku nietolerancji lub nieskuteczności pierwotnego leczenia
* Przedstaw jakie zalecenia powinien chory otrzymać w zakresie aktualnego leczenia a także profilaktyki i promocji zdrowia.

Przypadek 2. AOPWB

Chory lat 71, zgłasza się do Poradni Chirurgii Naczyniowej z powodu dolegliwości bólowych kończyn dolnych. Objawy znacznie nasiliły się w ostatnich dwóch tygodniach przed wizytą. Dystans chromania przestankowego wynosi około 50-70 m ale jest mało wiarygodny z powodu znacznej niedołężności chorego spowodowanej przebytym udarem mózgu i niedowładem kończyn lewych. Z chorób przewlekłych chory podaje cukrzycę typu 2 i nadciśnienie tętnicze. W badaniu przedmiotowym widoczne są drobne rany na goleni, niewielkie owrzodzenie w zakresie pięty lewej. Tętno nie jest wyczuwalne w pachwinach oraz na tętnicach obwodowych.

 Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Zaproponuj rozpoznanie wstępne i przeprowadź różnicowanie jednostki chorobowej z rozpoznania
* Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki nieinwazyjnej dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem
* Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki inwazyjnej dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem

Przypadek 3. AOPWC

Chory lat 68, z rozpoznanym przewlekłym niedokrwieniem kończyn dolnych o etiologii miażdżycowej, miał wykonaną tomografię komputerową aorty brzusznej oraz tętnic biodrowych i tętnic kończyn dolnych. W badaniu stwierdzono: Po stronie **lewej**: niedrożność tętnicy biodrowej wspólnej i krytyczne zwężenia tętnicy biodrowej zewnętrznej oraz tętnicy udowej wspólnej. Odcinkowe, 70% zwężenie tętnicy udowej powierzchownej długości około 5cm oraz zwężenia 50% tętnicy piszczelowej przedniej i tylnej. Po stronie **prawej**: nieistotne zwężenia w zakresie tętnicy biodrowej wspólnej, tętnicy biodrowej zewnętrznej i tętnicy udowej wspólnej. Niedrożność tętnicy udowej powierzchownej na całym odcinku. Nieistotne zwężenia w zakresie tętnicy podkolanowej i pełną drożność tętnicy piszczelowej przedniej i tylnej.

Klinicznie chory prezentuje objawy niedokrwienne w zakresie obu kończyn, a w ostatnim czasie nasiliły się bardzo w zakresie lewej kończyny dolnej.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Przedstaw zwięźle rodzaje otwartych operacji naczyniowych wraz z krótkim opisem.
* Zaproponuj możliwe rozwiązania operacyjne dla przedstawionego przypadku.
* Przedstaw algorytm operacyjny uwzględniający kilku etapowe leczenie chirurgiczne w zależności od sytuacji klinicznej i lokalizacji zmiany u przedstawionego chorego

Przypadek 4. AOPWD

Chory lat 55, z chromaniem przestankowym na dystansie 70m został przyjęty do planowego leczenia w oddziale naczyniowym. Wskaźnik kostka ramię wynosi po stronie prawej 0,8; po stronie lewej 0,6. W badaniu usg duplex stwierdzono: po stronie **prawej**: 40% zwężenie tętnicy biodrowej wspólnej i tętnicy biodrowej zewnętrznej, nieistotne hemodynamicznie zwężenie w zakresie t. udowej wspólnej, odcinkową niedrożność tętnicy udowej powierzchownej długości ok. 10cm (zmiana silnie uwapniona), 40% zwężenie t. podkolanowej, niedrożność t. piszczelowej przedniej, zachowany przepływ jednofazowy w zakresie t. piszczelowej tylnej. Po stronie **lewej:** zwężenie 80% t. biodrowej wspólnej w dystalnym odcinku, oraz krótkie, wielopoziomowe zwężenia tętnicy udowej powierzchownej 70%.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Przedstaw zwięźle rodzaje endowaskularnych zabiegów naczyniowych wraz z krótkim opisem.
* Zaproponuj możliwe rozwiązania endowaskularne dla przedstawionego przypadku.
* Przedstaw algorytm zabiegów uwzględniający kilku etapowe leczenie endowaskularne w zależności od sytuacji klinicznej i lokalizacji zamiany u przedstawionego chorego

Przypadek 5. URPW

Chory lat 50, został przywieziony do szpitala przez Zespół Ratownictwa Medycznego; z zawodu drwal, po urazie w miejscu pracy, z dużym krwiakiem na udzie i otwartą raną na przedniej powierzchni uda lewego. Zaopatrzony wstępnie na miejscu zdarzenia opatrunkiem uciskowym. W badaniu przedmiotowym stwierdzasz brak tętna na tętnicach obwodowo do rany na udzie. Kończyna jest blado-sina. W usg duplex stwierdzasz znaczne upośledzenie przepływu tętniczego na tętnicy podkolanowej i tętnicach goleni. W zakresie samego uda badanie utrudnione ze względu na założony opatrunek uciskowy.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Zaproponuj badania diagnostyczne umożliwiające ustalenie właściwego rozpoznania.
* Przedstaw opcje terapeutyczne dla opisanego przypadku w zależności od rodzaju uszkodzenia naczynia.
* Przeprowadź krótką dyskusję dotyczącą rokowania odległego w zależności od sytuacji klinicznej i wykonanej operacji.

Przypadek 6. LIPW

Chora lat 63, zgłosiła się do Poradni Chirurgii Naczyniowej z zaawansowanymi obrzękami kończyn dolnych. Dotychczas leczona przez lekarza POZ. Chora z otyłością, cukrzycą i przewlekłą chorobą żylną, częstymi zapaleniami tkanki podskórnej oraz jednym epizodem róży w przeszłości. W badaniu przedmiotowym nie stwierdzasz cech niedokrwienia kończyny ale ze względu na obrzęki tętno oraz wskaźnik kostka ramię nie jest możliwy do zbadania.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Zaproponuj postępowanie diagnostyczne w zakresie Poradni Chirurgii Naczyniowej w przedstawionym przypadku
* Przedstaw opcje terapeutyczne w zakresie farmakoterapii i fizykoterapii w przedstawionym przypadku.

Przypadek 7. KGWJA

80 letnia kobieta przywieziona przez zespół ratownictwa medycznego do KMR o godz 23:00 z powodu niedowładu kończyny górnej lewej. Wywiad utrudniony. Afazja. Z relacji zespołu Chora przebyła 2 lata temu udar niedokrwienny półkuli mózgu lewej. Od dzisiejszego rana nie rusza ręką lewą. Choroby towarzyszące: NT, utrwalone migotanie przedsionków, choroba wieńcowa (stan po NSTEMI 4 lata temu) stan po histerektomii z adneksektomią z powodu ca 10 lat temu. Przewlekle przyjmuje warfin – brak dokumentacji kontroli INR.

W badaniu przedmiotowym: Afazja, RR 180/100, HR 80/min, czynność serca niemiarowa. Brzuch miękki niebolesny. Tętna KDP + + + - KDL + + - - KGP tętno na t ramiennej, w dole łokciowym i na t promieniowej wyczuwalne. KGL tętno na t ramiennej wyczuwalne, w dole łokciowym wyczuwalne, bardziej napięte niż po stronie prawej, bez tętna na t promieniowej. Ręka lewa nieco chłodniejsza od prawej. Siła mięśniowa po tej stronie wyraźnie mniejsza.

Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie

Diagnostyka różnicowa

Proponowane badania obrazowe i laboratoryjne

Leczenie, zabieg, dostęp

Rokowanie

Przypadek 8. KNWJA

65 letni mężczyzna zgłosił się do KMR z powodu silnych dolegliwości bólowych kończyny dolnej prawej od 24 godzin. Od 3 dni zauważył ochłodzenie stopy. Dotychczas kontrolował się w poradni chirurgii naczyniowej z powodu chromania przestankowego na dystansie 200 metrów. Poza tym w wywiadzie ZZA, NT, choroba wieńcowa, stan po OZT leczonym zachowawczo 3 lata temu. W badaniu przedmiotowym RR 150/90 HR 100/min cz serca miarowa, brzuch miękki niebolesny. Tętna KDP=KDL + - - - Stopa prawa chłodna, sina, gra naczyniowa nieobecna, ruchomość czynna palców nieobecna, czucie nieobecne, goleń napięta zasiniona. Stopa lewa o prawidłowym uciepleniu gra naczyniowa 5 sek., ruchomość czynna palców i czucie zachowane.

Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie

Diagnostyka różnicowa

Proponowane badania obrazowe i laboratoryjne

Leczenie – proponowany zabieg, dostęp, tryb wykonania

Rokowanie.

Przypadek 9. KNWJB

Konsultacja w klinice kardiochirurgii. Chory lat 65 po zabiegu kardiochirurgicznym z założeniem kontrapulsacji aortalnej z dostępu przez lewą tętnicę udową. 2 godziny po usunięciu układu zauważono ochłodzenie stopy lewej. Kolejne 2 godziny później zgłoszono konsultację. Zaintubowany. Dotychczas kontrolowany w poradni chirurgii naczyniowej z powodu chromania przestankowego na dystansie 100 metrów z bólami goleni lewej. W badaniu przedmiotowym RR 100/50 HR 80/min cz serca miarowa. Tętna KDP + - - - KDL - - - - Stopa lewa chłodna, sina, gra naczyniowa nieobecna. Goleń chłodna napięta.

Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie

Diagnostyka różnicowa

Proponowane badania obrazowe i laboratoryjne

Leczenie – proponowany zabieg, tryb wykonania

Rokowanie.

Przypadek 10. KGWJB

Konsultacja w Klinice Neurologii. Chora lat 87 leczona w CUM z powodu udaru półkuli mózgu prawej. Bez kontaktu logicznego. Prośba o konsultację z powodu braku wyczuwalnego tętna na tętnicy promieniowej lewej. W wywiadzie (z dokumentacji medycznej) NSTEMI 2 i 3 lata temu. STEMI 5 miesięcy temu leczona angioplastyką wieńcową z implantacją DES, NT, choroba uchyłkowa jelita grubego, stan po histerektomii z adneksektomią wiele lat temu. W badaniu przedmiotowym RR 100/50 na KGP na KGL 60/30 HR 50/min Brzuch miękki niebolesny, tętna KDP=KDL + - - - KGP – tętna do obwodu. KGL tętno od t ramiennej do obwodu niewyczuwalne. Ucieplenie obu kk górnych prawidłowe, gra naczyniowa symetryczna prawidłowa.

Jakie jest najbardziej prawdopodobne rozpoznanie

Proponowane badania obrazowe i laboratoryjne

Diagnostyka różnicowa

Leczenie

Rokowanie.

Przypadek 11. AOBFA

Chora lat 62, będąca pod opieką Poradni Chirurgii Naczyniowej z powodu przewlekłego niedokrwienia kończyny dolnej lewej zgłosiła zmniejszenie dystansu chromania do 100m. Na podstawie wykonanego badania angio-TK, Chorą zakwalifikowano od przezskórnej angioplastyki tętnicy udowej powierzchownej lewej. W wywiadzie u tej Chorej: cukrzyca typu 2, utrwalone migotanie przedsionków, nadczynność tarczycy. Leki: metformina 1000mg 3x1tabl, tiamazol 20mg 1x1, warfaryna 5mg 1x1.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Zaproponuj dalsze postępowanie.
* Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki chorób współistniejących dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem przeciwwskazań do leczenia inwazyjnego.
* Przeprowadź dyskusję w zakresie przyjmowanych leków dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem z przeciwwskazań do leczenia inwazyjnego.

Przypadek 12. DMBF

 Chory lat 67, zgłasza się do Poradni Chirurgii Naczyniowej z powodu martwicy opuszki palucha stopy lewej. Chory podaje, że około 1 miesiąc temu miał usuniętą płytkę paznokciową w Poradni Chirurgicznej. Od tego czasu brak poprawy w gojeniu. Pojawiła się martwica i ból w tej okolicy. Od 3 dni zaczerwienie palucha i części przodostopia. Od 2 dni pojawiła się gorączka. Chory zgłasza, ze w pomiarze glukometrem stężenia glukozy w krwi są powyżej 250mg%. Chory zgłasza, że wcześniej występowały bóle okolicy goleni podczas chodzenia, sporadycznie w nocy. Ustępują po odpoczynku i w pozycji siedzącej. Szybkim krokiem chory był w stanie przejść bez bólu około 200 - 300m. W wywiadzie choroba niedokrwienna serca, stan po zawale mięśnia sercowego 3 lata temu, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2. W badaniu przedmiotowym stwierdzamy obrzęk stopy lewej z zaczerwieniem przodostopia i ogniskiem martwicy palucha stopy lewej, z widocznym wyciekiem treści mętnej, opóźniony powrót włośniczkowy na stopie lewej, zaniki owłosienia na goleniach, tętno na tętnicach kończyn dolnych wyczuwalne wyraźnie w pachwinach i słabo wyczuwalne w zakresie tętnic podkolanowych, na grzbiecie stopy i przy kostce przyśrodkowej nie wyczuwa się tętna.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Zaproponuj rozpoznanie wstępne i przeprowadź różnicowanie jednostki chorobowej z rozpoznania
* Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki nieinwazyjnej dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem
* Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki inwazyjnej dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem
* Zaproponuj możliwe rozwiązania lecznicze dla przedstawionego przypadku.

Przypadek 13. AOBFB

Chora lat 92, została przywieziona transportem sanitarnym do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego ze skierowaniem od Lekarza Rodzinnego z rozpoznaniem „krytyczne niedokrwienie kończyny dolnej lewej”. Chora z zachowanym kontaktem, ale splątana. Wywiad trudny do zebrania. W badaniu przedmiotowym: kończyny dolne w ułożeniu przymusowym – przykurcze w stawach biodrowych i kolanowych, rozległe owrzodzenie goleni prawej i stopy prawej. Tętno wyczuwalne obustronnie tylko na tętnicach udowych. Dodatkowo odleżyna w okolicy guzów kulszowych i okolicy krzyżowej. W badaniu ciepłota ciała 37,8 st C. Po założeniu cewnika Foleya do pęcherza moczowego uzyskano ślad ciemno-żółtego moczu.

 Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Zaproponuj rozpoznanie wstępne i przeprowadź różnicowanie jednostki chorobowej z rozpoznania
* Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki nieinwazyjnej dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem
* Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki inwazyjnej dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem
* Zaproponuj możliwe rozwiązania lecznicze dla przedstawionego przypadku.

Przypadek 14. AOBFC

Chory lat 58, zgłosiła się do Szpitala z powodu bólu kończyny dolnej prawej. Chory zgłasza silne bóle stopy prawej od 2 miesięcy. Chory podaje, że pół roku temu miał wszczepiony pomost udowo-podkolanowym prawostronny. W 1 dobie po operacji był ponownie operowany – trombektomia pomostu i śródoperacyjna arteriografia z angioplastyką tętnicy piszczelowej przedniej (jedynej uwidocznionej w arteriografii tętnicy). W kolejnej dobie miał wykonaną fasciotomię. Od tego czasu jego stopa była niesprawna. Chory poruszał się przy pomocy kul łokciowych. Chory podaje, że przyjmował zalecone leki tylko przez 1 miesiąc. Aktualnie nie przyjmuje żadnych leków, oprócz przeciwbólowych. Chory podaje, że nadal pali papierosy. Chory neguje inne choroby. W badaniu przedmiotowym kończyny dolne ucieplone niesymetrycznie, stopa prawa porażona, skóra marmurkowato sina od stawu kolanowego ku obwodowi. Tętno wyczuwalne tylko w pachwinach.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

* Zaproponuj rozpoznanie wstępne i przeprowadź różnicowanie jednostki chorobowej z rozpoznania
* Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki nieinwazyjnej dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem
* Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki inwazyjnej dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem
* Zaproponuj możliwe rozwiązania lecznicze dla przedstawionego przypadku.

Przypadek 15. VEPBA

Chory lat 40 z zawodu stolarz zgłosił się do Poradni z powodu obrzęku, bólu, mrowienia i uczucia ciężkości kończyny dolnej. Podaje, że dolegliwości pojawiają się po południu i nasilają się w godzinach wieczornych. W godzinach rannych nie występują, odczuwa ulgę po uniesieniu kończyn dolnych do góry.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono żylaki na przebiegu żyły odpiszczelowej.

* jakie jednostki chorobowe należy wziąć pod uwagę
* jakie wykonasz badanie diagnostyczne
* jakie leczenie zachowawcze i operacyjne zaproponujesz

Przypadek 16. VEPBB

Chora lat 32 zgłosiła się z powodu obrzęku i bólu przy chodzeniu kończyny dolnej lewej. W wywiadzie: przebyte 2 ciąże, okresowo antykoncepcja. Podaje, że 5 lat temu przebyła epizod zakrzepicy żył głębokich. Była leczona heparyną drobnocząsteczkową i doustnym antykoagulantem. Obecnie bez leków. Stosowała kompresjoterapię - pończochy p/żylakowe o II stopniu ucisku. Stara się prowadzić aktywny tryb życia, nie czuje się komfortowo w pończochach i dlatego całkowicie nie stosuje kompresjoterapii.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono obrzęk kończyny dolnej lewej, poszerzone żyły podskórne na kończynie i okolicy łonowej a w dolnej części goleni zauważono intensywne przebarwienie koloru brązowego.

Wykonano badanie Duplex-scan układu żylnego, gdzie stwierdzono zmiany pozakrzepowe w ż. udowej wspólnej, ż. udowej i podkolanowej. Niedrożną żyłę biodrową zewnętrzną i biodrową wspólną. W żyle udowej i podkolanowej masywny refluks.

- jakie postawisz rozpoznanie

* jakie leczenie inwazyjne można zaproponować tej chorej
* jakie postępowanie należy zalecić po leczeniu inwazyjnym

Przypadek 17. VEPBC

Chora lat 70 zgłosiła się z powodu otwartej rany zlokalizowanej nad kostką przyśrodkową. W wywiadzie: choroba zwyrodnieniowa stawów, porusza się za pomocą laski. Nadciśnienie tętnicze. Migotanie przedsionków, zażywa Warfin.

W badaniu przedmiotowym stwierdzono żylaki na przebiegu żyły odpiszczelowej, w dolnej części goleni widoczne brązowe przebarwienia z otwartą raną o wymiarach 5x10 cm.

* jaką etiologię owrzodzenia podejrzewasz
* jakie wykonasz badania
* jakie zaproponujesz leczenie

Przypadek 18. ICAMA

Chory lat 65, mężczyzna, zgłosił się na kontrolną wizytę w Poradni Chirurgii Naczyniowej. W Poradni jest kontrolowany z powodu tętniaka aorty brzusznej (aktualna średnica 43 mm). Jednak obecnie u chorego planowany jest zabieg kardiochirurgiczny (CABG z powodu choroby wieńcowej 3-naczyniowej)). W trakcie przygotowania do zabiegu w wykonanym usg Doppler stwierdzono obustronne zwężenie tętnic szyjnych (RICA 70%, LICA 80%). Chory został skierowany od kardiochirurga, aby ustalić strategię postępowania. Chory nie podaje, aby kiedykolwiek był hospitalizowany w oddziale neurologii. Nie miał zaburzeń mowy, ani istotnego osłabienia kończyny górnej i dolnej. Trzy miesiące temu był hospitalizowany w oddziale okulistycznym z powodu zaniewidzenia na prawe oko (stwierdzono zator tętnicy środkowej siatkówki). Już podczas hospitalizacji w oddziale neurologii stwierdzano obustronne zwężenie tętnic szyjnych w obrazie duplex scan, choć o znacznie mniejszym nasileniu (RICA 40%, LICA 70%). Konsultujący chirurg naczyniowy nie zakwalifikował chorego do leczenia zabiegowego, ale zalecił wykonanie angio-tomografii komputerowej ambulatoryjnie, jednak chory nie zgłosił się na wizytę kontrolną.

Jakie należy postawić rozpoznanie u w/w chorego?

Przeprowadź diagnostykę różnicową

Czy są konieczne dodatkowe badania obrazowe?

Jaka powinna być strategia postępowania ?

Przypadek 19. ICAMB

Chory zgłosił się do Poradni Chirurgii Naczyniowej kierowany przez lekarza rodzinnego z powodu przypadkowo wykrytego w badaniu usg Doppler zwężenia tętnic szyjnych. Opisywane 80% zwężenie RICA i 40 % zwężenie LICA, LVA i RVA z prawidłowymi, dogłowowymi przepływami. Blaszki po obu stronach są opisywane jako zmiany o mieszanej echogenności, głównie hipoechogenne z owrzodzeniami powierzchni. Chory 3 lata temu przebył epizod neurologiczny (niedowład prawej kończyny górnej), był hospitalizowany w oddziale neurologii jednak nie posiada dokumentacji medycznej z tego zdarzenia. Pozostałe choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, stan po CABG. stan po operacji raka krtani z radiochemioterapią i stałą tracheostomią (10 lat temu).

Postaw rozpoznanie

Czy są potrzebne badania dodatkowe?

Czy jest konieczne leczenie zabiegowe?

Zaproponuj rodzaj zabiegu

Przypadek 20. BBAM

Otyłego (waga 123 kg) mężczyznę 72 lata, przywieziono do SOR (na karcie przekazania przez zespół ratownictwa medycznego wpisano: utrata przytomności, bóle brzucha). RR 80/40, RS 120/min, oddechowo wydolny. Kontakt z chorym utrudniony. Nie jest zorientowany gdzie się znajduje, nie odpowiada na pytania, nie spełnia poleceń, na zadawane pytania kiwa głową (odpowiedzi trudne do interpretacji). Chory jest blady. W EKG wykonanym jeszcze w karetce nie stwierdzono cech niedokrwienia mięśnia sercowego. Z wywiadu od rodziny wiadomo jedynie, że chory leczył się na nadciśnienie tętnicze oraz cukrzycę typu 2 i od 3 dni podawał bóle brzucha, tępe, promieniujące do pleców. Chory bagatelizował dolegliwości, gdyż od lat chorował na zwyrodnienie odcinka L-S kręgosłupa i często występowały u niego bóle pleców o podobnym nasileniu. W dniu zdarzenia nagle zasłabł przy stole podczas spożywania posiłku. Po szczegółowym zbadaniu chorego lekarz SOR stwierdził dodatkowo zasinienie krocza, pachwin i podbrzusza (podbiegnięcia krwiste). Rodzina nie podawała, aby chory przebył jakikolwiek uraz w ostatnich dniach.

Jakie jest wstępne rozpoznanie?

Przeprowadź diagnostykę różnicową

Jakie badania dodatkowe są potrzebne?

Zaproponuj dalsze postępowanie u tego chorego.

Przypadek 21. ICAMC

Chory lat 68, mężczyzna, hospitalizowany w oddziale neurologii. Trzecia doba hospitalizacji. Trzy dni temu chory nagle zasłabł, przez ponad godzinę miał zaburzenia mowy - wiedział jakie słowa chce powiedzieć, ale nie umiał ich wymówić, mowa była bełkotliwa. Rozumiał co się do niego mówi. Odczuwał też drętwienia i osłabienie ręki prawej. W momencie pojawienia się w SOR chory już wysławiał się poprawnie, ale drętwienie i osłabienie ręki lewej nadal występowało. W SOR z odchyleń w badaniu przedmiotowym stwierdzono: hipotonię RR 80/40 na lewym ramieniu, RR 100/50 na prawym ramieniu; na kończynach dolnych tętno wyczuwalne tylko w pachwinach; na kończynach górnych niewyczuwalne tętno na tętnicy promieniowej lewej, na tętnicy promieniowej prawej tętno obecne, ale słabo wyczuwalne. Choroby współistniejące to: niedoczynność tarczycy, POCHP, RZS oraz choroba wieńcowa. Krótko po przyjęciu do szpitala dolegliwości zupełnie ustąpiły. W duplex doppler tętnic dogłowowych stwierdzono obustronne zwężenie tętnic szyjnych (LICA 70%, RICA 90%), niedrożność prawej tętnicy kręgowej, częściowo wsteczny przepływ w lewej tętnicy kręgowej. W TK głowy nie stwierdzono cech krwawienie i innych istotnych patologii. Neurolog poprosił chirurga naczyniowego na konsultację.

Jakie należy postawić rozpoznanie u tego chorego?

Jak powinna wyglądać diagnostyka różnicowa?

Czy konieczne są inne badania dodatkowe?

Czy wskazana jest leczenie zabiegowe, jeśli tak to jakie i w jakim przedziale czasowym?

Przypadek 22. DVLWA

Pacjentka lat 67 zgłosiła się do SOR, skierowana przez lekarza rodzinnego, ze znacznym obrzękiem kończyny dolnej prawej, który pojawił się przed kilkoma dniami i narósł znacząco od wczoraj. Od dnia dzisiejszego nasilenie bólu i pojawienie się zmian zabarwienia kończyny dolnej. Podczas zbierania wywiadu pacjentka podaje, iż leczy się na nadciśnienie tętnicze i niedoczynność tarczycy. Dwa tygodnie temu miała stwierdzoną u lekarza rodzinnego nieprawidłową glikemię na czczo. Kilka lat temu przeszła prawostronną mastektomię z powodu nowotworu. Aktualnie w badaniu ciśnienie tętnicze 154/92, tachykardia 110/min, saturacja 98%. Kończyna dolna prawa z masywnym obrzękiem. Skóra na kończynie napięta, tkliwa, marmurkowata ze zmianami siniczymi. W wykonanym przez badaniu USG stwierdzono wypełnioną skrzeplinami, niepoddającą się uciskowi prawą żyłę udową wspólną, podkolanową, skrzepliny ciągną się, aż do prawej żyły biodrowej wspólnej.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

Zaproponuj rozpoznanie wstępne i przeprowadź różnicowanie jednostki chorobowej z rozpoznania.

Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem.

Zaproponuj możliwe rozwiązania lecznicze dla przedstawionego przypadku.

Przypadek 23. DVLWB

Pacjentka lat 32, skierowana została do SOR przez lekarza rodzinnego z powodu dolegliwości o typie „kłucia” w obrębie lewej stopy i jej niewielkiego obrzęku od około 5 dni. Pacjentka podaje, iż nie leczy się na choroby przewlekłe. Pytana o stosowanie antykoncepcji hormonalnej, twierdzi, iż jej nie stosuje od ponad 4 miesięcy, gdyż stara się o dziecko. Podaje także, iż pracuje jako przedstawiciel terenowy firmy, co wiąże się z faktem codziennych podróży samochodem. Jest osobą aktywną fizycznie, gdyż w wolnym czasie uprawia jogging i jeździ na rowerze. Podaje, iż nie miała ostatnio urazu w obrębie kończyn dolnych. W wykonanym badaniu USG kończyny dolnej prawej lewej stwierdzono cienkościenną i podatną na ucisk żyłę udową, podkolanową, odpiszczelową i odstrzałkową. Jednakże uwidoczniono świeże skrzepliny w obrębie żył śródmięśniowych goleni lewej.

Zagadnienia do opracowania przypadku:

Zaproponuj rozpoznanie wstępne i przeprowadź różnicowanie jednostki chorobowej z rozpoznania.

Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem.

Zaproponuj możliwe rozwiązania lecznicze dla przedstawionego przypadku.

Przypadek 24. DVLWC

Pacjent lat 43, został skierowany do SOR przez lekarza rodzinnego z uwagi na obrzęk kończyny dolnej prawej poniżej kolana. Twierdzi, iż obrzęk kończyny dolnej pojawił się około 4 dni temu. Podaje, iż często podróżuje po świecie i przed tygodniem odbył lot samolotem, który trwał około dziesięciu godzin. Pacjent przeszedł zakrzepicę żył głębokich kończyny dolnej prawej około 10 lat temu, która wystąpiła po unieruchomieniu kończyny opatrunkiem gipsowym ze względu na złamanie kości strzałkowej, które wystąpiło na skutek kontuzji jakiej doznał podczas gry w piłkę nożną. Od tamtego czasu stosuje kompresjoterapię kończyny dolnej prawej o II stopniu ucisku, a leków (otrzymywał antagonistę witaminy K) nie przyjmuje już od ok. 8 lat. W badaniu kończyny dolne ucieplone prawidłowo do poziomu kolan, natomiast kończyna dolna prawa dyskretnie cieplejsza poniżej z towarzyszącym jej niewielkim obrzękiem goleni i stopy. W badaniu USG stwierdzono cienkościenną i podatną na ucisk prawą żyłę udową. Prawa żyła podkolanowa w dużej części zrekanalizowana, jednakże z cechami świeżej zakrzepicy (zmiany świeże i stare).

Zagadnienia do opracowania przypadku:

Zaproponuj rozpoznanie wstępne i przeprowadź różnicowanie jednostki chorobowej z rozpoznania.

Przeprowadź dyskusję w zakresie diagnostyki dla przedstawionego przypadku z uwzględnieniem spodziewanych wyników wraz z uzasadnieniem.

Zaproponuj możliwe rozwiązania lecznicze dla przedstawionego przypadku.

Przypadek 25. BBAJ

Chory lat 84 przywieziony do SOR szpitala z powodu nagłego silnego bólu jamy brzusznej, promieniującego do lewej okolicy lędźwionej i w kierunku lewej pachwiny. Chory dotychczas leczył się tylko z powodu nadciśnienia tętniczego i jest palaczem papierosów (20 dziennie). Pobiera leki na nadciśnienie i acard, nieragularnie.

Jakie powinno być postępowanie lekarza na SOR?

Jakie powinno być rozpoznanie różnicowe?

Jakie należałoby zaproponować choremu leczenie

Przypadek 26. SCAJ

Mężczyzna lat 66 zgłosił się do Poradni Chirurgii Naczyniowej w związku z badaniami przesiewowymi w kierunku tętniaka aorty brzusznej.

O jakie należałoby zapytać się czynniki ryzyka u tego chorego, które predysponowałyby go do wykonania badania przesiewowego?

Na czym polega badanie przesiewowe w tętniaku aorty brzusznej?

Co należy zrobić z mężczyzną u którego stwierdzi się tętniaka o średnicy 45 mm?

Jak często należy wykonywać badanie przesiewowe u kobiet i mężczyzn?

Przypadek 27. AAAJ

Chory lat 72 zgłosił się do Poradni Chirurgii Naczyniowej z powodu występującego od około 2 tygodni bólu w okolicy lędźwiowej, obustronnie. U chorego wykryto 2 lata temu tętniaka aorty brzusznej, przypadkowo, przed wykonaniem laparoskopowej cholecystektomii. Wykonane wówczas usg wykazało obecność tętniaka o średnicy 40 mm.

Poza prezentowanymi objawami chory nadal prowadzi aktywny tryb życia, chodzi dziennie około 3 km, biega i jeżdzi na rowerze. Od 20 lat ma nadciśnienie dobrze kontrolowane lekami z grupy inhibitorów ACE. Przed 5 lat przebył zawał mięśnia sercowego, leczony stentowaniem tt. wieńcowych. (2 stenty) Aktualnie na acardzie i statynie.

Jakie należałoby postawić rozpoznanie wstępne u tego chorego?

Jakie należy zaplanować badania?

Jakie leczenie można choremu zaproponować?

Jakie jest rokowanie u tego chorego?