

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ – СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ
ТА ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Н. С. Михайловська, Т.О. Кулинич

ЗАГАЛЬНА ПРАКТИКА – СІМЕЙНА МЕДИЦИНА

ЗБІРНИК СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

для підсумкового контролю знань студентів VI курсу спеціальності

«Лікувальна справа»,

«Педіатрія» за програмою навчальної дисципліни

«Загальна практика – сімейна медицина»

Запоріжжя

2019

УДК 616.1/.8(079.1)(075.8).

М 69

*Затверджено на засіданні Центральної методичної Ради ЗДМУ
(протокол № 5 від 23.05. 2019 р.)
та рекомендовано для використання в освітньому процесі.*

Автори:

Н. С. Михайловська – д-р мед.наук, професор, завідувач кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

Т.О. Кулинич – канд.мед.наук, асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ.

Рецензенти:

С.Я. Доценко – д-р мед. наук, професор, завідувач кафедри внутрішніх хвороб 3 ЗДМУ;

Д.А. Лашкул – д-р мед. наук, доцент, професор кафедри внутрішніх хвороб 1 ЗДМУ.

Михайловська Н. С.

М69 Загальна практика – сімейна медицина : збірник ситуаційних задач» для підсумкового контролю знань студентів 6 курсу медичного факультету з навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н. С. Михайловська, Т.О. Кулинич. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 100 с.

Збірник задач для підсумкового контролю знань студентів до практичних занять та самостійної роботи студентів 6 курсу складений відповідно до програми навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань студентами 6 курсу медичного факультету під час підготовки до практичних занять та підсумкового модульного контролю.

УДК 616.1/.8(079.1)(075.8).

© Михайловська Н. С., Кулинич Т.О., 2019.

© Запорізький державний медичний університет, 2019.

ЗМІСТ

Передмова	4
Фактори ризику основних неінфекційних захворювань	5
Ведення хворих із захворюваннями серцево-судинної системи в практиці сімейного лікаря	11
Ведення хворих із захворюваннями шлунково-кишкового тракту в практиці сімейного лікаря	26
Ведення хворих із захворюваннями сечовидільної системи в практиці сімейного лікаря	40
Ведення хворих із захворюваннями системи кровотворення в практиці сімейного лікаря	51
Ведення хворих із захворюваннями ендокринної системи в практиці сімейного лікаря	59
Ведення хворих із захворюваннями дихальної системи в практиці сімейного лікаря	70
Приклади розв'язання ситуаційних задач	82
Додатки	86
Рекомендована література	98

ПЕРЕДМОВА

Основними завданнями функціонування та розвитку первинної медико-санітарної допомоги є збереження і покращення здоров'я населення, удосконалення організації та гарантована доступність і якість кваліфікованої медичної допомоги, підвищення рівня санітарної культури населення, формування здорового способу життя. В умовах реформування системи охорони здоров'я в Україні навчання студентів медичних вузів основам організації діяльності сімейного лікаря набуває великого значення.

Збірник ситуаційних задач для студентів VI курсу ВНЗ III-IV рівнів акредитації складений у зв'язку з відсутністю подібних видань в Україні та гострою необхідністю підготовки на високому рівні майбутніх сімейних лікарів на додипломному етапі в умовах реформування охорони здоров'я.

Збірник ситуаційних задач складений відповідно до програми навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина», спеціальності 7.12010001 «Лікувальна справа» та 7.12010002 «Педіатрія».

До збірника включені ситуаційні задачі з питань ведення хворих із найбільш поширеними захворюваннями органів та систем організму в практиці сімейного лікаря.

Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань студентами VI курсу медичного факультету під час підготовки до підсумкового модульного контролю.

ФАКТОРИ РИЗИКУ ОСНОВНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Задача №1

Жінка, 55 років, не курить, зріст 168 см, вага 84 кг. Протягом останніх 2-х років відзначає підвищення артеріального тиску до 160/100 мм рт. ст, при підвищенні тиску приймає еналаприл, постійно гіпотензивні препарати не отримує. Батько в 70-річному віці помер від інфаркту міокарда. Під час проведеного дослідження виявлено: глюкоза крові 6,5 ммоль / л, креатинін крові 117 мкмоль / л, загальний холестерин 7,4 ммоль / л, ТГ 2,4 ммоль / л, холестерин ЛПВЩ 0,8 ммоль / л, холестерин ЛПНЩ 4,2 ммоль / л.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.
2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнтка.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести?
5. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
6. Цільові показники ліпідів.

[7]

Задача №2

Чоловік, 54 роки, страждає на цукровий діабет, тип 2. Отримує гіпоглікемічну терапію: метформін 500 мг 2 рази на день + глікдазид 30 мг 1 таб. вранці. При обстеженні виявлено: глюкоза крові 7,1 ммоль / л, АТ 140/90 мм рт. ст, зріст 182 см, вага 96 кг, загальний холестерин 5,4 ммоль / л, ТГ 2,1 ммоль / л, ЛПВЩ 1,0 ммоль / л, ЛПНЩ 3,5 ммоль / л.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.
2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнт.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести?
5. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
6. Цільові показники ліпідів.

[11]

Задача №3

Чоловік, 65 років, 4 місяці тому переніс інфаркт міокарда. Курить з 20-річного віку близько 1 пачки сигарет на день, після перенесеного інфаркту скоротив кількість сигарет до 10 шт. на добу, алкоголем не зловживає. Фізична активність: прогулянка на вихідних близько 1 години. При огляді й обстеженні встановлено: зріст 178 см, вага 82 кг, глюкоза крові 5,1 ммоль / л, загальний холестерин 4,8 ммоль / л, ТГ 1,8 ммоль / л, ЛПВЩ 1,98 ммоль / л, ЛПНЩ 2,8 ммоль / л; АТ 160/100 мм рт. ст, ЧСС 88 / хв, тони приглушені, ритмічні. У легенях дихання жорстке, хрипів немає. Набряків немає.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.
2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнтка.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести?
5. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
6. Цільові показники ліпідів.

[9]

Задача №4

На прийом звернувся чоловік, 37 років, з проханням розробити профілактичну програму, оскільки батько пацієнта помер у віці 45 років (раптова коронарна смерть). Пацієнт не курить, алкоголь вживає помірно, тричі на тиждень по 2 години займається в тренажерному залі. Зріст 182 см, вага 92 кг, АТ 130/80 мм рт ст, ЧСС 62 / хв. Глюкоза крові 4,6 ммоль / л, загальний холестерин 6,4 ммоль / л, ТГ 1,6 ммоль / л, ЛПВЩ 1,1 ммоль / л, ЛПНЩ 4,6 ммоль / л.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.
2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнт.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести?
5. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
6. Цільові показники ліпідів.

[8]

Задача №5

Жінка, 45 років, тривалий час страждає на хронічний пієлонефрит. Скаржиться на частий головний біль. Палить до 10-12 сигарет на день, алкоголь не вживає. За результатами обстеження виявлено: АТ 170/110 мм рт. ст, ЧСС 80 / хв, зріст 168 см, вага 62 кг; креатинін крові 154 мкмоль / л, глюкоза крові 4,2 ммоль / л, загальний холестерин 5,3 ммоль / л, ЛПНЩ 3,2 ммоль / л, ТГ 0,88 ммоль / л, ЛПВЩ 1,2 ммоль / л.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.
2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнтка.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести?
5. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
6. Цільові показники ліпідів.

[7]

Задача №6

Чоловік, 60 років, страждає на ІХС, 4 роки тому переніс інфаркт міокарда. Не палить, алкоголем не зловживає. При огляді виявлено: зріст 178 см, вага 114 кг, об'єм талії 110 см; АТ 130/80 мм рт. ст, ЧСС 88 / хв., діяльність серця ритмічна, тони приглушені, шумів немає; над легеньми везикулярне дихання, хрипів немає; органи черевної порожнини без патології, набряків немає. Додаткові дослідження: загальний холестерин 5,2 ммоль / л, ХС ЛПНЩ 3,2 ммоль / л, ТГ 1,85 ммоль/л, ХС ЛПВЩ 1,1 ммоль/л; цукор крові натще 6,2 ммоль/л, зальні аналізи крові та сечі без патологічних змін.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.
2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнт.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести?
5. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
6. Цільові показники ліпідів.

[12]

Задача №7

Жінка, 65 років, скаржиться на загальну слабкість, сухість у роті, підвищення артеріального тиску до 180/100 мм рт ст, епізодично приймала каптоприл, нефідіпін. Не палить, алкоголь не вживає. В анамнезі: у матері артеріальна гіпертензія, в 50-річному віці перенесла ішемічний інсульт; батько на кардіоваскулярні захворювання не страждав. При огляді: АТ 160/100 мм рт. ст, ЧСС 75 / хв, зріст 164 кг, вага 82 кг. За даними обстеження: глюкоза крові 7,2 ммоль / л, загальний холестерин 6,1 ммоль / л, ТГ 2,3 ммоль / л, ЛПВЩ 0,98 ммоль / л, ЛПНЩ 3,8 ммоль / л.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.
2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнтка.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести?
5. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
6. Цільові показники ліпідів.

[11]

Задача №8

Чоловік, 40 років, скарг не пред'являє. При профілактичному огляді виявлено: зріст 184 см, вага 82 кг, палить, періодично вживає алкоголь. Спадковість не обтяжена. АТ 130/80 мм рт. ст, ЧСС 72 / хв, загальний холестерин 7,2 ммоль / л, ТГ 1,7 ммоль / л, ЛПВЩ 1,0 ммоль / л; ЛПНЩ 4,3 ммоль / л.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.
2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнт.
4. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
5. Цільові показники ліпідів.

[8]

Задача №9

Жінка, 48 років, скаржиться на часті головні болі, запаморочення протягом останніх 2-х місяців. Кілька разів під час епізодів головного болю вимірювала АТ, який виявлявся підвищеним: 150/90 - 160/100 мм рт. ст. Самостійно приймала папазол (дибазол + папаверин). При огляді виявлено: межі відносної серцевої тупості зміщені вліво на 2 см, діяльність серця ритмічна, акцент 2 тону на аорті. АТ 160/90 мм рт. ст, ЧСС 85 / хв. Над легеньми везикулярне дихання, хрипів немає. Набряків немає. За даними додаткових досліджень: загальний холестерин 6,2 ммоль / л, ТГ 1,9 ммоль / л, ЛПВЩ 1,3 ммоль / л, ЛПНЩ 3,8 ммоль / л. Глюкоза крові 4,3 ммоль / л.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.
2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнтка.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести?
5. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
6. Цільові показники ліпідів.

[11]

Задача №10

Чоловік, 42 роки, звернувся зі скаргами на періодично виникаючий головний біль, епізодично - підвищення артеріального тиску до 160/100 мм рт. ст (виникає після психо-емоційної напруги, приблизно 1 раз на місяць, знімається прийомом карведилолу і седативних препаратів). Не курить, регулярно займається спортом. При обстеженні встановлено: нормальної статури, зріст 178 см, вага 80 кг. АТ 120/80 мм рт. ст, ЧСС 64 / хв. За даними об'єктивного огляду відхилень від норми не виявлено. Ліпідограма: загальний холестерин 6,35 ммоль / л, ТГ 1,9 ммоль / л, ЛПВЩ 1,0 ммоль / л, ЛПНЩ 3,4 ммоль / л; глюкоза крові 5,2 ммоль / л, креатинін 0,098 ммоль / л. За даними доплерографії магістральних артерій голови виявлено поодинокі атеросклеротичні бляшки без ознак стенозування, товщина КІМ 1,1 мм.

1. Розрахуйте загальний кардіоваскулярний ризик.

2. Проведіть стратифікацію індивідуального ризику.
3. Визначте, до групи якого додаткового ризику по артеріальній гіпертензії відноситься пацієнт.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести?
5. Дайте рекомендації щодо подальшого лікування.
6. Цільові показники ліпідів.

[8]

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Задача №1

Хвора, 69 років, звернулась до лікаря зі скаргами на серцебиття, неприємні відчуття в області серця, що турбують близько 3 днів. В анамнезі близько 15 років страждає гіпертонічною хворобою, звичний АТ - 170/100 мм рт. ст.; 2 роки тому перенесла інфаркт міокарда. Рекомендованої схеми лікування не дотримувалась, приймала аспірин, ізосорбїду дїнітрат, епізодично – еналаприл. Протягом останнього року стала помічати виникнення прискореного серцебиття, яке зазвичай провокується підвищенням АТ або фізичним навантаженням, напади зазвичай продовжуються декілька годин, останнім часом виникали декілька разів на тиждень.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, свідомість ясна. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритм неправильний. ЧСС-96, пульс - 82, АТ - 160/90 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Периферичних набряків немає.

На ЕКГ – вольтаж достатній. Ритм неправильний, ЧСС 92-106/хв., зубець Р відсутній, реєструються хвилі f, відстань між зубцями RR різна. У відведеннях II, III, AVF реєструється патологічний зубець Q, сегмент ST на ізолїнії, зубець T позитивний. $RV6 > RV5 > RV4$

ЕхоКГ: Ао - 3,4 см, ЛП - 4,5 см, КДР - 5,7 см, КСР - 3,3 см, МШП – 1,2 см, ТЗС ЛШ – 1,12 см, ФВ - 46%.

1. Дайте трактовку змінам на ЕКГ.
2. Дайте трактовку результатам ЕХО-КС.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Які додаткові дослідження необхідно провести хворій?
5. Визначте подальший маршрут пацієнтки.

[3]

Задача №2

Хвора, 72 роки, викликала лікаря додому в зв'язку з нападом задишки, що супроводжується болями за грудиною і в лівій половині грудної клітини, з ірадіацією в ліву руку. Самостійно прийняла нітрогліцерин.

В анамнезі: більше 20 років страждає на ІХС: стенокардію напруження, гіпертонічну хворобу (звичний АТ - 140/90 мм рт. ст.). Два роки тому перенесла гострий передній поширений великовогнищевий інфаркт міокарда. Постійно приймає нітросорбід, аспірин, дигоксин, предуктал.

Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, свідомість ясна. Хвора займає вимушене сидяче положення. У легенях дихання жорстке, везикулярне, вологі дрібнопухирцеві хрипи в нижніх відділах легень з обох боків. ЧДР – 42/хв. Тони серця приглушені, ритм правильний, ЧСС 92/хв., АТ 190/100 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка не збільшена. Гомілки пастозні.

1. Який невідкладний стан розвинувся у хворої?
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Складіть алгоритм надання невідкладної допомоги.
4. Визначте подальший маршрут пацієнтки.
5. Складіть план подальшого ведення пацієнтки.

[7]

Задача №3

Хворий, 56 років, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на болі стискаючого характеру за грудиною, серцебиття, задишку.

З анамнезу: 5 років страждає на ішемічну хворобу серця, болі ангінозного характеру зазвичай виникають під час швидкої ходьби або при підйомі сходами на 4 поверх, проходять після 1-2 доз ізосорбїду динітрату. Погіршення самопочуття зазначає близько 50 хвилин тому, коли дорогою на роботу з'явилися зазначені скарги. Двічі користувався ізосорбїда динітратом, без суттєвого ефекту.

Об'єктивно: стан середньої важкості. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Межі відносної тупості серця: ліва - в V міжребер'ї, на 3 см назовні від серединно-ключичної лінії, права - правий край грудини, верхня - III міжребер'я, по лівій парастернальній лінії. Тони серця ослаблені, ритм

правильний. ЧСС – 120/хв. АТ - 110/70 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка не збільшена. Периферичних набряків немає.

На ЕКГ: комплекс QS в I, II стандартних відведеннях, aVL, V1-V6.

1. Дайте трактовку змінам на ЕКГ.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Складіть алгоритм надання невідкладної допомоги.
4. Визначте подальший маршрут пацієнта.
5. Складіть план подальшого спостереження за хворим.

[11]

Задача №4

Хворий, 64 роки, скаржиться на рецидивуючий біль стискаючого характеру за грудиною, слабкість, що виникли 2 доби тому (в суботу ввечері). З анамнезу: страждає на гіпертонічну хворобу протягом 16 років, постійно приймає лізиноприл, аспірин. Погіршення самопочуття пов'язує з фізичним навантаженням (працював на присадибній ділянці). Оскільки знаходився за містом, за допомогою не звертався, за порадою сусіда приймав нітрогліцерин, інтенсивність болю на деякий час зменшувалась, але в подальшому виникала знову. В понеділок звернувся за допомогою.

Об'єктивно: стан середньої важкості. Шкірні покриви бліді, сухі. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Межі відносної тупості серця: ліва - в V міжребер'ї, по лівій серединно-ключичній лінії, права - правий край грудини, верхня - в III міжребер'ї по лівій парастернальній лінії. Тони серця ослаблені, ритм правильний. ЧСС 92/хвилину. АТ - 100/60 мм рт. ст. Живіт м'який безболісний. Печінка пальпується по краю реберної дуги. Незначна пастозність гомілок.

На ЕКГ: ритм синусовий, патологічний зубець Q в I, II стандартних відведеннях, aVL, зниження сегмента ST і негативний зубець T у відведеннях I, II, aVL, V1-V4.

1. Дайте трактовку змінам на ЕКГ.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Які додаткові дослідження необхідно провести в першу чергу?
4. Визначте подальшу тактику ведення хворого.

[3]

Задача №5

Хворий, 67 років, скаржиться на стискаючий біль в нижній третині грудини, тривалістю більше 1 години, напади втрати свідомості.

З анамнезу: близько 5 років відмічає підвищення АТ до 160/90 мм рт. ст., гіпотензивні препарати приймає «за самопочуттям»; на ішемічну хворобу серця, стенокардією напруги, ІІ ФК. страждає 2 роки, погіршення самопочуття протягом останніх 2-х тижнів, коли збільшилась кількість ангінозних нападів, болі стали турбувати при підйомі сходами на 2-ий поверх, за добу приймав до 8 пігулок нітрогліцерину. Напередодні звернення на тлі ангінозного нападу була короткочасна втрата свідомості, у зв'язку з чим вирішив звернутись за допомогою.

Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Шкіра та слизові бліді. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Межі відносної тупості серця: ліва - в V міжребер'ї, на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії, права - правий край грудини, верхня - III міжребер'я, по лівій парастернальній лінії. Тони серця приглушені, «гарматний» тон Стражеско. ЧСС – 40/хв. АТ - 140/90 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка визначається по краю реберної дуги. Набряків немає

На ЕКГ: Комплекс QS в II, III стандартних відведеннях, aVF. Після кожного другого зубця Р спостерігається випадіння шлуночкового комплексу, частота шлуночкових скорочень 40 в 1 хвилину.

Cito-тест на тропонін I позитивний.

1. Дайте трактовку змінам на ЕКГ.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Яке ускладнення розвинулось у хворого?
4. Визначте подальший маршрут пацієнта.

[8]

Задача №6

Хворий, 69 років, поступив в клініку зі скаргами на тяжкість в грудній клітині, задишку.

З анамнезу: страждає на гіпертонічну хворобу протягом 25 років, стенокардією напруги - 10 років. Задишка при фізичному навантаженні

турбує протягом 3-х років. За останні два місяці з'явилися тяжкість в грудній клітині, задишка при назначному фізичному навантаженні.

Об'єктивно: стан важкий, акроціаноз, задишка змішаного характеру. Частота дихальних рухів 26/хв. У легенях дихання ослаблене, безліч сухих хрипів, в нижніх відділах - незначна кількість вологих дрібнопухирцевих хрипів. Межі відносної тупості серця розширені у всі боки. Тони серця глухі, акцент II тону над легеневою артерією. ЧСС 104/хв. АТ - 140/95 мм рт. ст. Печінка пальпується на 3 см нижче краю реберної дуги. Набряки гомілок.

1. Сформулюйте попередній діагноз
2. Визначте подальший маршрут пацієнта.
3. Складіть план лікування
4. Складіть план амбулаторного спостереження

[3]

Задача №7

Хвора, 55 років, звернулась до амбулаторії зі скаргами на головний біль, запаморочення, шум у вухах, біль в області серця, нудоту і блювоту.

Хворіє близько 10 років, коли вперше при проф. огляді було виявлено підвищений артеріальний тиск. Періодично відзначала головний біль, приймала за самопочуттям каптопрес, дибазол, адельфан. Тричі лікувалася в стаціонарі. Останні 2 роки АТ залишався постійно високим 190/115 мм рт. ст., періодично підвищувався до 250/140 мм рт. ст. Напередодні, після неприємностей на роботі, з'явилися різкий головний біль, запаморочення, біль в області серця, нудота, одноразова блювота.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. При огляді обличчя одутлувате, бліде. Повіки набряклі. Свідомість ясна. Патологічних рефлексів немає. Зниження больової і тактильної чутливості в області обличчя, оніміння губ і язика. М'язова слабкість в лівій руці. Ліва межа відносної серцевої тупості зміщена вліво від серединно-ключичної лінії на 2 см. Тони серця приглушені. Акцент 2 тону над аортою. АТ 270/150 мм рт. ст. Пульс 86/хвилину, ритмічний.

На ЕКГ - ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

1. Який невідкладний стан розвинувся у хворої?
2. Складіть алгоритм надання невідкладної допомоги.

3. Визначте подальший маршрут пацієнтки.
4. Проведіть експертизу працездатності хворої.

[11]

Задача №8

Хворий К., 57 років. Скарги на головний біль в потиличній області, блювоту, запаморочення, миготіння мушок перед очима.

З анамнезу з'ясувалося, що ці явища розвинулися сьогодні в другій половині дня. Головні болі турбували періодично протягом декількох років, але хворий не надавав їм значення і до лікарів не звертався.

Об'єктивно: температура 36,4⁰С. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра бліда. Дихання везикулярне. Ліва межа відносної серцевої тупості на 1 см назовні від середньоключичної лінії. Тони серця приглушені, акцент 2-го тону на аорті. ЧСС 92/хв., Пульс твердий, напружений, 92/ хв. АТ 200/110 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Складіть план до обстеження хворого.
3. Призначте лікування.
4. Визначте доцільність проведення санаторно-курортного лікування.

[9]

Задача №9

Хворий В., 44 років, звернувся до лікаря зі скаргами на напади болю стискаючого характеру, що виникають за грудиною, ірадіюють в ліву руку, під ліву лопатку, в ліву ключицю. Тривалість болю 3-5 хв. Болі виникають при ходьбі і підйомі на два поверхи, в спокої проходять. Турбують близько 3 місяців.

Об'єктивно: температура 36,6⁰С. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. Дихання везикулярне, ЧДД 16/ хв. Тони серця ритмічні, чисті, ЧСС 84/ хв., АТ 120/80 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

1. Сформулюйте попередній діагноз
2. Складіть план до обстеження хворого.

3. Призначте лікування.
4. Проведіть експертизу працездатності.

[3]

Задача №10

Хворий Н., 19 років, на амбулаторному прийомі у лікаря скаржиться на постійні головні болі в потиличній області протягом останнього року. Іноді болі супроводжувалися запамороченням і нудотою. Звернувся за медичною допомогою вперше.

2 роки тому під час медичної комісії у військкоматі було зареєстровано підвищення артеріального тиску - 140/100 мм рт.ст. Був направлений на стаціонарне обстеження, виписаний з діагнозом нейроциркуляторна дистонія за гіпертонічним типом. Під час служби в будівельних військах в зв'язку з посиленням головного болю був направлений в гарнізонний госпіталь. Після обстеження і лікування був комісований з діагнозом гіпертонічна хвороба II стадії.

З перенесених захворювань відзначає ГРЗ 1-2 рази на рік. Батьки здорові. Шкідливих звичок не має.

При об'єктивному обстеженні стан задовільний. Верхня половина тулуба розвинена краще нижньої. Шкіра обличчя гіперемована. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Ліва межа серця на 1,5 см вліво від лівої серединно-ключичної лінії в 5 межребер'ї. Верхівковий поштовх 6 см². Тони серця ритмічні, 1 тон збережений, акцент II тону над аортою, шуми не вислуховуються. Пульс – 78/хвилину, ритмічний, доброго наповнення, напружений. АТ - 160/110 мм рт.ст. У навколопупкової області зліва вислуховується грубий систолічний шум. Живіт м'який, безболісний, в навколопупкової області пальпується пульсуюча черевна аорта. Печінка і селезінка не збільшені. Набряків немає.

Флюорографія органів грудної клітки: легені без патології, серце - збільшення лівого шлуночка. Аорта розгорнута, розширена. Синуси вільні.

ЕКГ – ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

Офтальмоскопія: Середовища прозорі. Диски зорових нервів нечіткі. Салюс II. Гіпертензивна ангіопатія сітківки.

1.Поставте діагноз.

2. Складіть перелік захворювання для диференціального діагнозу.
3. Призначте обстеження.
4. Складіть план диспансерного ведення хворого.

[3]

Задача №11

На амбулаторному прийомі хвора М., 57 років, скаржилася на постійну сухість у роті, спрагу, загальну слабкість, дратівливість, болі в нижніх кінцівках.

Вважає себе хворою протягом півроку, коли стала відзначати поступово наростаючу слабкість, періодичні болі в області серця і головний біль. Зверталася до дільничного лікаря, була діагностована артеріальна гіпертензія, атеросклероз судин головного мозку. За останній місяць стан хворої погіршився: з'явилася спрага, слабкість, болі в суглобах.

При об'єктивному обстеженні стан задовільний. Шкіра чиста, звичайного кольору, суха. Хвора підвищеного харчування (зріст 155, маса 83 кг). У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Межі серця не зміщені. Тони серця на верхівці приглушені, акцент II тону над аортою. Пульс – 84/хвилину, ритмічний, напружений. АТ - 170/100 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не пальпуються. Гомілки пастозна.

Результати проведеного обстеження:

а) загальний аналіз крові: ер. - $4,5 \times 10^{12}$ / л, лейкоц. - $6,1 \times 10^9$ / л, Нв - 130 г / л, цв.п. - 0,9, ЕОЗ. - 2%, пал. - 6%, сегм. - 58%, лімф. - 30%, мон. - 4%, ШОЕ - 9 мм / год.

б) загальний аналіз сечі: відносна щільність - 1032, реакція слаболужна, лейкоц. - 6-8 в п / зр., Бактерії +++, білок - сліди, якісна реакція на цукор (+).

в) глюкоза крові - 8,6 ммоль / л.

г) офтальмоскопія: середовища прозорі. Диск зорового нерва нечіткий, нерівномірний спазм артеріол сітківки, вени розширені, місцями контуруються нечітко.

д) ЕКГ – вольтаж достатній, ритм синусовий, правильний, ЧСС 84/хв. ЕВС горизонтальна. Ознаки гіпертрофії міокарда ЛШ .

1.Поставте діагноз.

2. Складіть перелік захворювань для диференціального діагнозу.
3. Призначте обстеження.
4. Складіть план подальшого спостереження.

[7]

Задача №12

Хворий, 62 роки, скаржиться на відчуття серцебиття під час фізичного навантаження, періодично під час вимірювання артеріального тиску помічав появу значка аритмії на моніторі.

В анамнезі близько 10 років артеріальна гіпертензія, раніше приймав еналаприл, аспірин, протягом останніх двох років прийом медикаментів припинив, лікувався нетрадиційними методами. Палить до 10 цигарок на добу, алкоголь не вживає. Протягом останніх трьох місяців став відмічати зниження толерантності до навантажень, прискорене серцебиття, помірну задишку, появу болю в литках під час ходьби на відстань до 200 м.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Гіперстенік, надлишкова вага. Шкіра та слизові звичного забарвлення. Діяльність серця аритмічна, тони приглушені, АТ 160/100 мм рт.ст., ЧСС 102/хв., пульс 90/хв., аритмічний. Над легенями жорстке дихання, хрипів немає, ЧДР 20/хв. Живіт м'який, безболісний, печінка та селезінка не збільшені. Периферичних набряків немає. Пульсація на тильній поверхні обох стоп різко ослаблена.

ЕКГ: вольтаж достатній. Ритм неправильний, зубці Р відсутні, у відведенні V1 реєструються хвилі f, ЧСС 108/хв. Ознаки гіпертрофії міокарда лівого шлуночка.

1. Розрахуйте ризик тромбоемболічних ускладнень за шкалою CHA₂DS₂-VASc
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Складіть план додаткового обстеження.
4. Призначте лікування.

[3]

Задача №13

Хвора, 76 років, скаржиться на задишку, яка виникає під час незначних фізичних навантажень, останні два дні стала відмічати задишку в положенні

лежачи; також турбує відчуття нерегулярного прискореного серцебиття, важкості в правому підребер'ї, набряки гомілок.

В анамнезі більше 20 років артеріальна гіпертензія, максимальний АТ 180/100 мм рт. ст.; 10 років тому перенесла гостре порушення мозкового кровообігу (ТІА). Регулярно приймає еналаприл 20 мг/добу, аспірин, триметазидін. Давність порушення ритму не знає.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкіра та слизові звичайного забарвлення. Діяльність серця аритмічна, тони приглушені, АТ 150/70 мм рт. ст., ЧСС 108/хв., ЧСС 92/хв. Над легенями везикулярне дихання, в нижніх відділах з обох боків рівномірно ослаблене, там же вислуховується невелика кількість незвучних дрібнопухирцевих хрипів. ЧДР 24/хв. Живіт м'який, чутливий в ділянці правого підребр'я. Печінка +2 см, нижній край загострений, чутливий, селезінка не збільшена. Помірні набряки обох гомілок та стоп.

ЕКГ: вольтаж знижений. Ритм неправильний, зубці Р відсутні, інтервали RR різні, у відведеннях III, AVF, V1 реєструються хвилі f. Електрична вісь серця відхилена вліво. R V6>R V5>R V4.

1. Дайте оцінку змінам на ЕКГ.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Складіть план обстеження.
4. Призначте лікування з урахуванням ризику тромбоемболічних ускладнень.

[12]

Задача №14

До сімейного лікаря звернувся хворий, 24 роки, зі скаргами на інтенсивний біль в лівій половині грудної клітини та в ділянці лівої лопатки, не пов'язаний із фізичним навантаженням та актом дихання, за порадою фармацевта приймав нітрогліцерин, без ефекту.

В анамнезі близько 14 днів тому переніс ГРВІ, лікувався самостійно. Близько 3-х днів тому з'явилися зазначені скарги, загальна слабкість.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Астенічної тілобудови, задовільного харчування. Шкіра звичайного забарвлення. Периферичні лімфовузли не збільшені. Над легенями везикулярне дихання, хрипів немає.

Діяльність серця ритмічна, тони дещо приглушені, в точці Боткіна-Ерба вислуховується гучний шум як в систолу, так і в діастолу, не пов'язаний з тонами та положенням хворого. ЧСС 78/хв., АТ 120/80 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка, селезінка не збільшені. Набряків немає.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які обстеження необхідно провести в першу чергу?
3. Призначте лікування.
4. Визначте подальший маршрут пацієнта.

[7]

Задача №15

Хвора С., 25 років, студентка місцевого університету, скаржиться на виражену загальну слабкість, задишку під час звичних фізичних навантажень, відчуття перебоїв в роботі серця, прискорене серцебиття, тупий біль в лівій половині грудної клітини.

В анамнезі хронічний тонзиліт з частими загостреннями, останнє – близько 3-х тижнів тому. Зазначені скарги турбують близько одного тижня, самостійно приймала парацетамол, седативні препарати – без ефекту.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкіра помірно бліда, волога, периферичні лімфовузли не пальпуються. Дихання везикулярне, хрипів немає. ЧДР 20/хв. Межі відносної серцевої тупості розширені вліво та вгору, діяльність серця аритмічна: на тлі тахікардії після кожного третього удару вислуховується позачергове скорочення з наступним більш тривалим проміжком; тони ослаблені, вислуховується додатковий III тон, на верхівці - м'який систолічний шум. АТ 110/70 мм рт. ст., ЧСС 98/хв. Живіт без патології. Периферичних набряків немає.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Складіть план обстеження хворої.
3. Проведіть експертизу працездатності.
4. Визначте подальший маршрут пацієнтки.

[3]

Задача №16

Хвора, 54 роки, працює вчителькою, скаржиться на інтенсивний головний біль, переважно в потиличній ділянці, нудоту, помірне запаморочення.

В анамнезі: тривалий час страждає на артеріальну гіпертензію, максимальний АТ 160/90 мм рт. ст., регулярно приймає лізиноприл, адаптована до 130/80 мм рт. ст.. Погіршення самопочуття раптово, близько доби тому, пов'язує з психоемоційним напруженням: відчула інтенсивний головний біль, запаморочення, нудоту, двічі була блювота. За допомогою не зверталась, приймала сорбенти, парацетамол. АТ не вимірювала. Оскільки самопочуття не поліпшувалось, звернулася наступного дня до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. Обличчя помірно гіперемоване, вії примружені (зазначає, що таким чином менше паморочиться в голові). Діяльність серця ритмічна, акцент II тону на аорті, АТ 180/90 мм рт. ст., ЧСС 78/хв., пульс 78/хв., напружений. Над легенями везикулярне дихання, хрипів немає. Органи черевної порожнини без патології. Набряків немає. В неврологічному статусі звертає на себе увагу ригідність потиличних м'язів.

ЕКГ: вольтаж достатній. Ритм синусів, правильний, ЧСС 78/хв.. електрична вісь серця відхилена вліво. Ознаки гіпертрофії міокарда лівого шлуночка.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно провести в першу чергу?
3. Визначте подальший маршрут пацієнтки.
4. Проведіть експертизу працездатності.

[9]

Задача №17

Хвора, 72 роки, доставлена в амбулаторію родичами у зв'язку із вираженим запамороченням. В анамнезі більше 20 років артеріальна гіпертензія, гіпотензивні препарати приймала за самопочуттям, під час підвищення АТ використовувала фенігідин, клофелін. Близько 10 років –

порушення ритму (постійна форма фібриляції передсердь), регулярно приймала аспірин.

Погіршення з вечора попереднього дня: після фізичного навантаження (працювала на городі) виник головний біль, запаморочення, АТ 200/100 мм рт. ст., прийняла 1 таб клофеліну, АТ знизився, але залишався головний біль, помірне запаморочення, слабкість, нудота, була одноразова блювота. Протягом ночі тиск повторно підвищився до 190/100 мм рт. ст., прийняла 1 таб. клофеліну, заснула. Вранці з'явилось виражене запаморочення, родичі помітили незначну загальмованість, тому вирішили звернутись до амбулаторії.

Об'єктивно: загальний стан середньої важкості. На питання відповідає односкладно, з невеликими паузами. Помірна гіперемія обличчя. Діяльність серця аритмічна (миготлива аритмія), акцент II тона на аорті. АТ 200/100 мм рт. ст., ЧСС 92/хв., ЧСС 78/хв. Дихання везикулярне, хрипів немає. Набряків немає. Органи черевної порожнини без патології. В неврологічному статусі: лице симетричне, птозу повік немає. Слабкість лівих кінцівок. В позі Ромберга – нестійкість.

ЕКГ: вольтаж достатній. Ритм – фібриляція передсердь, частота скорочень шлуночків 86/хв. Електрична вісь серця відхилена вліво. Ознаки гіпертрофії міокарда ЛШ.

1. Визначте, яке ускладнення виникло у хворої.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Складіть подальший маршрут пацієнтки.
4. Складіть план подальшого спостереження за хворою.

[11]

Задача №18

Пацієнтка Т., 41 рік, звернулася зі скаргами на головний біль, миготіння мушок перед очима, підвищення артеріального тиску до 180/100 мм рт. ст., збільшення маси тіла на 17 кг протягом останніх 6 місяців, «розтяжки на шкірі» в області стегон і живота, оссалгії.

Зазначені симптоми пацієнтка відзначає протягом 6 місяців. Рівень АТ в дебюті хвороби становив 170/95 мм рт. ст.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Шкіряний покрив гіперемований, на стегнах і животі - багряно-ціанотичні стрії. Відзначається ожиріння (ІМТ 35кг / м²) з переважними жировими відкладеннями в області обличчя і тулуба. Дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ясні, ритмічні, акцент II тону над аортою, патологічні шуми не вислуховуються. АТ - 185/100 мм рт. ст. на обох руках. Пульс хорошого наповнення, 79/хвилину. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Печінка по краю реберної дуги. Випорожнення, діурез в нормі.

ЕКГ - гіпертрофія лівого шлуночка, поодинокі шлуночкові екстрасистоли. ЕХО-КГ - змінена структура аорти, помірна гіпертрофія лівого шлуночка, порушення діастолічної функції лівого шлуночка I типу. Систолічна функція лівого шлуночка збережена (ФВ 56%).

1. Визначте попередній діагноз.
2. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Складіть план дообстеження хворої.
4. Подальша тактика ведення хворої.

[7]

Задача №19

Пацієнтка К., 42 роки. Працює головним бухгалтером, робота зі значним нервовим напруженням.

Скарги на загальну слабкість, головний біль, набряклість повік вранці, відчуття перебоїв в роботі серця, періодично – судоми в литках, переважно вночі та в спокої.

Вперше артеріальна гіпертензія виявлена у віці 28 років, в другій половині вагітності. В подальшому приймала еналаприл+гідрохлортіазид, однак АТ регулярно не контролювала. Погіршення самопочуття протягом останніх 3-х місяців, пов'язує з психоемоційним перенапруженням на роботі.

Об'єктивно: У легенях везикулярне дихання. Пульс 88/хв., неритмічний за рахунок частих позачергових скорочень (10/хв.). АТ - 190/115 мм рт. ст.

Тони серця ясні, акцент II тону над аортою. Живіт м'який, печінка не пальпується.

Загальні аналізи крові та сечі в нормі.

Калій в сироватці крові: 2,8 ммоль / л (норма 4-4,5 ммоль / л).

УЗД нирок: Ехоструктура і розміри нирок не змінені, без деформації чашково-мискової системи. У проекції лівого наднирника візуалізується об'ємне утворення 4х5 см з рівними контурами.

ЕКГ: вольтаж достатній. Ритм синусів, неправильний за рахунок частої суправентрикулярної екстрасистолії. ЕВС відхілена вліво. Ознаки гіпертрофії міокарда ЛШ.

1. Сформулюйте найбільш вірогідний діагноз.
2. Якими додатковими методами можна підтвердити діагноз?
3. Призначте лікування.
4. Визначте план подальшого ведення.

[3]

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ШЛУНКОВО- КИШКОВОГО ТРАКТУ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Задача №1

Чоловік, 32 роки, працює зварювальником. Протягом 1 року – періодичні скарги на «голодні» болі в епігастральній ділянці, біль з'являються вранці натщесерце, через 1,5 - 2 години після їжі, вночі, знімаються прийомом їжі. Турбує відрижка кислим, випорожнення регулярні, оформлені. У батька і діда по батьківській лінії - виразкова хвороба дванадцятипалої кишки. Палить з 18 років до 30 сигарет на день.

Об'єктивно: астеничної статури, помірного харчування. Шкіра чиста. З боку органів дихання і серцево-судинної системи патології не виявлено. ЧСС - 74 уд/хв. АТ 125/75 мм рт. ст. При поверхневій пальпації живота визначається невеликий м'язовий дефанс і болючість в епігастральній і пілородуоденальній областях, болючість в точці Дежардена і Мейо-Робсона. Печінка не збільшена, безболісна при пальпації. Фізіологічні відправлення в нормі.

Загальний аналіз крові: Нв - 128 г / л, кол. показ. - 0,91, еритроцити - $4,2 \times 10^{12}$ / л; лейкоцити $7,2 \times 10^9$ / л; п / я - 3%, с / я - 51%, е - 3%, л - 36%, м - 7%, ШОЕ - 6 мм / год.

Езофагогастродуоденоскопія: в шлунку каламутний слиз, слизова з вогнищевою гіперемією, в антрумі на стінках множинні різнокаліберні ерозії. Слизова цибулини дванадцятипалої кишки вогнищево гіперемована, набрякла, на задній стінці виразковий дефект 0,8 x 0,6 см, округлої форми з гіперемованим валиком, дно вкрите фібрином. Взята біопсія.

УЗД органів черевної порожнини: печінка не збільшена, паренхіма гомогенна, ехогенність не змінена, судинна мережа не розширена. Жовчний міхур грушоподібної форми 73x35 мм, з перегином на дні, вміст його гомогенний, товщина стінки 4 мм. Підшлункова залоза: головка 35 мм (норма 28), в області головки проглядається розширена до 5 мм (норма 2) Вірсунгова протока, тіло і хвіст не збільшені, ехогенність головки і хвоста знижена.

Дихальний уреазний тест: позитивний. Біопсійний тест на НР-інфекцію: позитивний (++)

1. Визначте клінічний діагноз.
2. Призначте лікування.
3. Складіть алгоритм подальшого ведення хворого.
4. Визначте доцільність санаторно-курортного лікування.

[7]

Задача №2

Хворий, 39 років, звернувся в амбулаторію в зв'язку зі скаргами на печію, розлиті ниючі болі в епігастрії, відрижку «кислим», помірну загальну слабкість, дратівливість.

Зазначена симптоматика відзначалася і раніше, особливо в весняно-осінню пору року, і нерідко була пов'язана з порушеннями в дієті - надмірним споживанням гострої, жирної їжі, маринадів, кислих вин. Користувався смектою, яка зазвичай приносила полегшення. Рік тому при ФГДС виявлені ознаки гастриту, але призначене лікування не приймав. Дане погіршення протягом трьох тижнів, смекта і альмагель тільки полегшують стан; за місяць схуд на 3 кг. У батька і брата виразкова хвороба 12-палої кишки. Виробничі шкідливості: «гарячий цех». Завзятий курець - викурює 2 пачки сигарет на день. Випиває по 150-200 гр горілки 4-6 разів на місяць.

Об'єктивно: Стан задовільний. Зниженого харчування. З боку легень і серця без особливостей. АТ 110/65 мм рт. ст. Живіт м'який, є розлита болючість в епігастрії і пілородуоденальній зоні. Печінка +2 см з рівним заокругленим краєм, ущільнена, б / б.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Складіть план обстеження хворого.
3. Сформулюйте основні принципи лікування.
4. Складіть план диспансерного спостереження.

[9]

Задача №3

Хвора, 40 років. Скарги на відсутність апетиту, слабкість, схуднення. Хворіє близько 6 місяців. За допомогою звернулась лише зараз.

Об'єктивно: стан важкий. Шкірні покриви бліді, зниженого харчування. У лівій надключичній ділянці пальпується щільний лімфовузол 0,5 x 0,5 см. У легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритм правильний, систолічний шум на верхівці. Пульс 84 уд/хвилину, ритмічний. АТ - 110/60 мм рт. ст. Язик обкладений білим нальотом. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка, селезінка не пальпуються.

Аналіз крові: Нв - 53 г / л, ер. - $2,7 \times 10^{12}$ / л, кольоровий показник - 0,97. лейкоцити - $9,8 \times 10^9$ /л, е-1, п-6, з-62, л-15, м-6. ШОЕ-30 мм / год. Ретикулоцити -1,8%, тромбоцити - 106×10^9 / л. Анізоцитоз (++) , пойкилоцитоз (++) .

Залізо сироватки -10,5 ммоль / л. Загальний білок - 65г / л, альбуміни - 35,5%. Глобуліни - 64,5%. Реакція Грегерсена негативна.

1. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальну діагностику?
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Складіть план до обстеження хворої.
4. Визначте подальший маршрут пацієнтки.

[12]

Задача №4

Хворого, 32-х років, турбують часті печії, ниючі болі в епігастрії, що виникають натщесерце вночі (через що змушений прокидатися), через 2-3 години після прийому їжі, періодично виникаюча блювота кислим вмістом, що приносить хворому полегшення. При сильних болях допомагає питна сода, но-шпа. Хворіє 4 роки, обстежувався, але не лікувався. Погіршення стану в осінньо-весняний час. Дане погіршення протягом 3-х місяців. Схуд на 6 кг.

Об'єктивно: Стан задовільний, харчування знижене. Емоційно лабільний. Язик густо обкладений білим нальотом, вологий. З боку органів дихання, кровообігу патології немає. АТ 115/70 мм рт. ст. Живіт м'який,

болючий в пілородуоденальній зоні і в точці Певзнера. Печінка і селезінка не пальпуються. Випорожнення - схильний до закрєпів.

1. Сформулюйте попередній діагноз
2. Визначте, які додаткові обстеження необхідно провести хворому.
3. Складіть алгоритм лікування хворого.
4. Визначте доцільність санаторно-курортного лікування.

[8]

Задача №5

Хвору, 40 років, турбує гіркота в роті, нудота вранці, особливо після прийому жирної і смаженої їжі, постійні ниючі болі в правому підребер'ї, що посилюються при ходьбі, їзді в транспорті, періодично вечорами підвищення температури тіла до 37,3°C і 37,4°C.

Хворіє 3 роки. Погіршення стану 2 тижні тому, після ГРВІ.

Об'єктивно: стан задовільний, температура 37,3°C. Язик обкладений жовтуватим нальотом, вологий. Харчування підвищеного (зріст 162 см, вага 84 кг). У легенях і серці патології немає. У правому підребер'ї і під правою лопаткою зони шкірної гіперестезії. Живіт при пальпації болючий в правій частині епігастральної ділянки та правому підребер'ї. Позитивні симптоми Мерфі, Ортнера, Кера. Печінка і селезінка не пальпуються. Випорожнення щоденні, колір калу звичайний, без домішок.

1. Які додаткові обстеження необхідно провести?
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Визначте подальшу тактику ведення хворої.
4. Визначте доцільність санаторно-курортного лікування.

[7]

Задача №6

Хвора Л., 36 років, скаржиться на часті (до 12 разів на добу) рідкі випорожнення з домішкою слизу, гною і крові, підвищення температури тіла до 38°C, зниження апетиту, схуднення.

Захворіла 4 тижні тому, коли стала відзначати домішки крові в калі, дефекація була 5-8 разів на добу. Лікувалася вдома, приймала левоміцетин, фталазол. У зв'язку з відсутністю ефекту звернулася до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, блідість шкірних покривів і видимих слизових оболонок, патології з боку органів дихання, серцево-судинної системи, сечовиділення не виявлено. Язик сухий обкладений коричневим нальотом, живіт роздутий, при пальпації відзначається болючість в лівій половині живота в проекції низхідної і сигмовидної кишок, а також болючість в зоні Поргеса. Печінка і селезінка не пальпуються.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Визначте доцільність стаціонарного лікування.
3. Проведіть експертизу працездатності хворої.
4. Складіть план диспансерного спостереження.

[12]

Задача №7

Хвора М, 56 років, звернулася до лікаря зі скаргами на біль оперізуючого характеру в епігастральній ділянці, що виникає під час прийому їжі або відразу після їжі, тривалістю 1,5-2 години, зменшується після прийому спазмолітиків, ферментів, рідкі випорожнення після прийому жирної їжі.

В анамнезі хронічний холецистит. Протягом останніх 3-х місяців зазначає рідкі випорожнення до 2-3 разів на день, іноді відразу після їжі. Останнє загострення протягом 5 днів, після вживання в їжу смажених пиріжків з мясом.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкірні покриви бліді. Маса тіла знижена (162 см, маса 48 кг). З боку дихальної і серцево-судинної систем патології немає. АТ 130/75 мм рт. ст. Язик обкладений білим нальотом. Живіт болючий в епігастральній ділянці, зонах Шоффара, Губергрица, точці Дежардена, Мейо-Робсона.

Аналіз крові: Нв 110 г / л , ер $3,4 \times 10^{12} / \text{л}$, кольорові. показ. 0,98, лейкоцити $7,8 \times 10^9 / \text{л}$, ШОЕ 18 мм / час.

Реакція на приховану кров в калі негативна. Копрологічне дослідження: кал кашкоподібний, блискучий, зі смердючим запахом, нейтральний жир (+++), мила (++) жирні кислоти (++) , м'язові волокна різного ступеня перетравлення (++) , крохмальні зерна (++) .

УЗД: печінка нормальних розмірів і ехогенності. Жовчний міхур деформований. Стінка потовщена до 0,4 см. Підшлункова залоза збільшена в розмірах, контури її нерівні, ехогенність підвищена з ділянками ущільнення.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Визначте основні принципи харчування при даній патології.
3. Складіть план подальшого ведення хворої.
4. Визначте доцільність санаторно-курортного лікування.

[7]

Задача №8

Хвора 21 року, скаржиться на періодичне серцебиття, відчуття неповного вдиху, напади колькоподібних болів в животі, що супроводжуються частими рідкими випорожненнями.

Захворіла 4 років тому, коли під час складання екзаменів вперше з'явилися вищеописані скарги. Напади провокуються психоемоційними факторами.

При огляді: хвора звичайного харчування, органи дихання та серцево-судинної системи без патології. Живіт м'який, пальпується спазмована сигмовидна кишка.

Аналіз крові і сечі без патології.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Визначте доцільність проведення ФЕГДС.
3. Сформулюйте основні принципи лікування.

[8]

Задача №9

Хвора, 25 років, скаржиться на відрижку «тухлими яйцями», блювоту, прийнятою напередодні їжею, схуднення, загальну слабкість.

Із анамнезу відомо, що хвора страждає на виразкову хворобу 12-палої кишки протягом 3-х років. Загострення зазначає 2-3 рази на рік. Останнє погіршення протягом 1,5 місяців, коли стала відзначати відрижку після прийому їжі, іноді блювоту прийнятою їжею.

Об'єктивно: хвора зниженого харчування, шкіра звичайної вологості, лімфовузли не збільшені. З боку серцево-судинної системи і легенів патології не виявлено. Язик обкладений біло-коричневим нальотом. Живіт м'який, дещо роздутий, при пальпації відзначається болючість в епігастральній ділянці.

Аналіз крові і сечі без патології.

1. З якими захворюваннями необхідно провести диференціальну діагностику?
2. Складіть план дообстеження хворої.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Визначте подальший маршрут пацієнтки.

[8]

Задача №10

Хвора, 46 років, працює вчителькою початкових класів. Скаржиться на відчуття важкості в епігастральній ділянці, відрижку «тухлим», нудоту, яка посилюється після їжі, періодичні проноси.

Об'єктивно: шкірні покриви звичайного забарвлення. Органи дихання та серцево-судинної системи без патології. Язик густо вкритий білим нальотом, вологий. Живіт м'який, помірно болючий в епігастральній ділянці. Печінка та селезінка не збільшені. Симптоми подразнення очеревини негативні.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Призначте додаткові обстеження.
3. Призначте лікування.
4. Визначте доцільність проведення санаторно-курортного лікування.

[7]

Задача №11

Хворий С., 38 років, працює водієм-дальнобійником. Скаржиться на інтенсивний «кинджальний» біль в епігастральній ділянці, який виник раптово, супроводжувався відчуттям запаморочення, загальною слабкістю, під час нападу був змушений сісти та підтягнути ноги до живота, оскільки в такій позі інтенсивність болю була дещо меншою.

Відомо, що протягом останніх двох років періодично турбував біль в епігастральній ділянці, який виникав через 30 хвилин після їжі, супроводжувався нудотою, за медичною допомогою не звертався, за порадою фармацевта приймав ранітидин.

Об'єктивно: шкіра бліда, гіпергідроз. Язик вологий, обкладений білим нальотом. Пульс слабкого наповнення, ЧСС 112/хв., АТ 100/70 мм рт. ст. Над легеньми везикулярне дихання, хрипів немає, ЧДР 24/хв.. Живіт напружений, під час пальпації біль значно посилюється, позитивний симптом Щіткіна-Блюмберга. Під час перкусії печінкова тупість не визначається, в правій здухвинній ділянці визначається притуплення перкуторного звуку за рахунок ймовірної наявності рідини.

1. Визначте попередній діагноз
2. Які додаткові дослідження необхідно провести?
3. Складіть подальший маршрут пацієнта.
4. Визначте доцільність проведення санаторно-курортного лікування

[12]

Задача №12

До сімейного лікаря звернулась жінка, 21 рік, зі скаргами на появу болю в епігастральній ділянці після їжі, відрижку кислим, печію.

Режиму харчування не дотримується. Болі турбують періодично близько 2-х років, раніше за допомогою з цього приводу не зверталась.

Об'єктивно: температура 36,6°C. Стан задовільний. Шкіра чиста. Язик обкладений білуватим нальотом. Живіт при пальпації м'який, відзначається слабка болючість в епігастральній ділянці. З боку інших органів патології немає.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Визначте обсяг необхідних досліджень.
3. Складіть алгоритм подальшого ведення хворої.

[7]

Задача №13

Хворий А., 36 років, звернувся до амбулаторії зі скаргами на гострі болі в животі, що виникають через 30 хв. після прийому їжі, блювоту на висоті болю, яка приносить полегшення. Іноді хворий сам викликає блювоту після їжі для зменшення болю. Апетит збережений, але через появу болю після їжі, хворий обмежує прийом їжі.

Хворіє протягом декілька років, погіршення стану відзначається в осінньо-весняний період, загострення провокуються емоційними перевантаженнями. Хворий палить протягом 20 років по 1 пачці сигарет на день.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді, підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Легені і серце без патології. Язик обкладений білуватим нальотом. При пальпації живота відзначається болючість в епігастральній ділянці. Печінка і селезінка не пальпуються.

1. Визначте попередній діагноз
2. Які додаткові дослідження необхідно провести?
3. Складіть подальший маршрут пацієнта.
4. Визначте доцільність проведення санаторно-курортного лікування

[11]

Задача №14

Хворий М., 38 років, скаржитися на сильні переймоподібні болі внизу живота, перед дефекацією, з частотою 5-6 разів на день, рідкі випорожнення, іноді з домішками слизу і крові, слабкість, зниження працездатності, підвищення температури тіла до 37,5°C, болі в суглобах рук. Апетит знижений, за час хвороби схуд на 10 кг.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Шкірні покриви і слизові бліді. Периферійні лімфатичні вузли не пальпуються. Вузелувата еритема на медіальній поверхні лівої гомілки 1 x 2 см. Суглоби не змінені, функція збережена. З боку легень - без особливостей. Пульс 90/хвилину, ритмічний, АТ - 100 \ 70 мм рт.ст. Межі серця не змінені, тони гучні. Язик обкладений у кореня брудним нальотом, сухуватий. Живіт піддутий, при пальпації

болючий в правому нижньому квадранті. Бурчання при пальпації сліпої кишки. Печінка, селезінка не збільшені.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Складіть план додаткового обстеження.
3. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
4. Складіть план подальшого ведення хворого.

[7]

Задача №15

Хворий М., 38 років, скаржиться на печію, кислу відрижку, кислий присмак у роті, біль ниючого характеру, майже постійний, який зменшується після їжі.

Має шкідливі звички: палить понад 15 років, алкоголь вживає помірно. Робота пов'язана з частими відрядженнями. Харчується нерегулярно. Теперішнє погіршення самопочуття протягом 1,5 тижнів.

Об'єктивно: стан задовільний. Харчування зниженого (зріст 182 см, маса тіла 68 кг). Язик густо обкладений нальотом жовто-білого кольору. Живіт м'який, помірно роздутий, болючий при глибокій пальпації в пілородуоденальній зоні. Печінка, селезінка не збільшені.

Аналіз крові: Нь - 118 г/л, кольоровий показник - 0,9, ер. $-3,2 \times 10^{12}/л$, лейкоц. - $4,8 \times 10^9/л$, ШОЕ - 18 мм/год.

Аналіз сечі: питома вага - 1014, реакція кисла, білок і цукор відсутні, лейкоц. - 1-2 в полі зору.

ФГДС: слизова оболонка шлунка гіперемована, набрякла, покрита слизом. Складки звиті, потовщені, з явищами осередкової гіперплазії. НР (+)

УЗД органів черевної порожнини: дифузні зміни в печінці та підшлунковій залозі.

ЕКГ - синусовий ритм 72 в хвилину, електрична вісь серця не відхилена.

Реакція Грегерсена негативна.

1. Встановити попередній діагноз.
2. Визначити тактику лікування.
3. Провести експертизу працездатності хворого.

4. Дати рекомендації щодо подальшої модифікації способу життя та основних принципів харчування.

[8]

Задача №16

Хвора А., 45 років, скаржиться на відчуття важкості і розпирання в епігастрії відразу після прийому їжі, знижений апетит, загальну слабкість, закрепи, що чергуються з проносами.

Більше 10 років лікувалася з приводу якогось захворювання шлунка. Під диспансерним спостереженням не перебуває. Погіршення стану відзначає протягом тижня. За лікарською допомогою не зверталася.

Об'єктивно: стан задовільний. Нормального харчування. Шкіра чиста. Периферичні лімфовузли не збільшені. З боку серця і легенів без патології. Язик вологий, обкладений білим нальотом, сосочки згладжені. Живіт зовні не змінений, бере активну участь в акті дихання, при пальпації м'який, злегка болючий в надчеревній ділянці. Велика кривизна шлунка на 2 см нижче пупка. Печінка у краю реберної дуги.

Загальний аналіз крові: Нв - 106 г/л, еритроцити - $3,2 \times 10^{12}/л$, кольоровий показник - 1,0, ретикулоцити - 1%, лейкоцити - $6,4 \times 10^9/л$, ШОЕ - 16 мм/год.

Загальний аналіз сечі: питома вага - 1024, лейкоцити - 1-2-3 в полі зору, білка, цукру немає.

Сироваткове залізо - 9 мкмоль/л.

Реакція Грегерсена негативна.

ФГДС - стравохід не змінений. Кардія змикається. У шлунку помірна кількість рідини і слизу. Складки слизової не потовщені. Слизова шлунка рожева, плямиста. Слизова дванадцятипалої кишки не змінена. Хелікобактер в мазках-відбитках, отриманих з біоптатів, не виявлений.

1. Встановити попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Визначити тактику лікування.
4. Складіть план подальшого амбулаторного ведення хворої.

[9]

Задача №17

Хвора М., 44 роки, скаржиться на болі в правому підребер'ї, гіркоту в роті, відрижку, нудоту, підвищення температури тіла до 37,5°C, закрепи.

В анамнезі погана переносимість жирної їжі і свербіж шкірних покривів, важкість у правому підребер'ї, що турбують протягом останніх 5 років.

Об'єктивно: хвора підвищеного харчування. шкіра звичайного кольору зі слідами розчухів на животі та спині. Незначна іктеричність склер. Лімфатичні вузли не збільшені. Пульс 80/хвилину, ритмічний. АТ - 130/80 мм рт. ст. Тони серця звучні. Дихання везикулярне 18/хвилину. Язик вологий, обкладений у кореня коричневим нальотом. Живіт при пальпації м'який, болючий в правому підребер'ї, позитивний симптом Мерфі. Розміри печінки по Курлову - 12x10x8 см. При пальпації печінка щільно-еластичної консистенції, болюча. Селезінка не збільшена. Область нирок безболісна. Випорожнень не було 2 дні.

Аналіз крові: еритроцити - $4,5 \times 10^{12}$ / л, кольоровий показник - 0,9, лейкоцити - $10,8 \times 10^9$ / л, паличкоядерні - 4%, сегментоядерні - 52%, лімфоцити - 24%, моноцити - 10%, ШОЕ - 30 мм / год.

Аналіз сечі: питома вага - 1014, реакція кисла, білок і цукор відсутні, лейкоцити - 2-3 в полі зору.

Біохімія: Загальний білірубін - 28 ммоль / л, пряма фракція - 24,0 ммоль / л, холестерин - 7,0 ммоль / л, АСТ - 86 од (норма - 65 од), АЛТ - 80 од (норма - 45), лужна фосфатаза - 80 МО (норма - 40-60 МО).

Ультразвукове дослідження: жовчний міхур з нефіксованим перегином в тілі, розмір його 10 см, стінка товщиною 4 мм, двоконтурна в області дна. Загальний жовчний протік 5 мм. Печінка: сагітальний розмір 14 см, ехоциільна.

ЕКГ - синусовий ритм, 76/хвилину, електрична вісь серця не відхилена. Неспецифічні зміни міокарда.

1. Встановити попередній діагноз.
2. Намітити план додаткового обстеження.
3. Провести диференційну діагностику.

Задача №18

Хвора В., 22 роки, скаржиться на переймоподібний біль в животі розлитого характеру, який виникає після психоемоційних навантажень, стресів. Вперше подібні симптоми з'явилися близько 3-х років тому, під час складання зимової сесії, супроводжувались нудотою, за допомогою не зверталась, приймала спазмолітичні засоби, болі пройшли. В подальшому подібні симптоми повторювались, зазвичай провокувались психоемоційними стресами. Апетит збережений, під час виникнення симптомів відмічає схильність до збільшення частоти випорожнень без патологічних домішок.

В анамнезі близько 2-х років тому апендектомія.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Астенічної тілобудови, нормального харчування. Шкіра та слизові звичайного забарвлення, периферичні лімфовузли не збільшені. З боку серцево-судинної та дихальної систем патології не виявлено. Язик вологий, біля кореня обкладений білуватим нальотом. Живіт м'який, чутливий під час пальпації за ходом кишківника. Симптомів подразнення очеревини немає. Печінка, селезінка не збільшені. Набряків немає.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Призначте, за необхідності, додаткове обстеження.
4. Визначте подальшу тактику ведення хворої.

[7]

Задача №19

Пацієнтка, 74 роки, скаржиться на біль пекучого характеру, що локалізується за грудиною, без іррадіації. Болі частіше виникають через 20-30 хвилин після їжі, особливо на тлі вживання великої кількості здоби, томатних соусів, часто турбують в положенні лежачи, знімаються після вживання розчину соди.

В анамнезі близько 5 років тому холецистектомія.

Об'єктивно: гіперстенічної тілобудови, підвищеного харчування. Колір шкіри та слизових не змінений. Язик вологий, чистий. Серцева діяльність

ритмічна, тони приглушені. АТ 130/80 мм рт. ст., ЧСС 68/хв. Над легенями везикулярне дихання. Живіт м'який, безболісний. Печінка, селезінка не збільшені. Набряків немає.

ЕКГ: вольтаж достатній. Ритм синусів, правильний, ЧСС 68/хв. Електрична вісь серця горизонтальна. Ішемічних змін не виявлено.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Визначте необхідний обсяг обстежень.
3. Дайте рекомендації щодо модифікації способу життя.
4. Призначте медикаментозне лікування.

[11]

Задача №20

Жінка, 50 років, вперше звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на періодичні за грудинні болі при їжі всуху, печію, відрижку їжею.

Дані явища хвора відзначає протягом п'яти років. Останні 3-4 місяці інтенсивність занепокоєння наростає, що і стало приводом для відвідування лікаря.

При огляді: ожиріння II ступеня. Корінь язика вкритий білим нальотом. Живіт м'який, помірно болючий при пальпації в епігастральній області. З боку інших органів істотних відхилень від норми не виявлено.

1. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
2. Визначте обсяг необхідних досліджень
3. Складіть алгоритм подальшого ведення пацієнтки
4. Проведіть експертизу працездатності

[7]

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Задача №1

Хвора Н., 25 років, звернулася на прийом до сімейного лікаря зі скаргами на набряки на обличчі, головні болі, слабкість, які з'явилися через 3 тижні після чергової ангіни. Набряки прогресували, відзначалося посилення головних болів, з'явилося запаморочення, шум у вухах, прогресивно знижувалася гострота зору. На 7 день кількість сечі зменшилася, з'явилися диплопія, відчуття тяжкості в підребір'ях, блювота, у зв'язку з чим і звернулася до лікаря.

Об'єктивно: шкірні покриви теплі, бліді, обличчя одутлувате, пастозність верхніх та нижніх кінцівок. Над легеньми везикулярне дихання, хрипів немає. ЧДР 20/хв. Діяльність серця ритмічна, акцент 2 тону в II міжребір'ї справа, АТ - 240/140 мм рт. ст., ЧСС 92/хв. Живіт м'який, чутливий в правому підребір'ї, симптомів подразнення очеревини немає.

1. Визначте основні синдроми.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Проведіть експертизу працездатності пацієнтки.
4. Складіть план подальшого спостереження та реабілітації.

[2]

Задача №2

Хворий, 28 років, робочий, скарг не пред'являє. Під час проходження профілактичного огляду за місцем роботи виявлено підвищення артеріального тиску до 160/100 мм рт. ст. В анамнезі: часті загострення хронічного тонзиліту. Візит повторний, після дообстеження.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкірні покриви і видимі слизові звичайного забарвлення. Периферичні лімфовузли не збільшені. Набряків немає. Відзначається розширення меж серця вліво на 2 см. Тони серця приглушені, акцент II тону на аорті. АТ 170/110 мм рт. ст., пульс 80 уд/хв. Язик чистий, вологий; живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

Загальний аналіз крові: еритроцити $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв - 120 г / л, кольоровий показник - 0,95; лейкоцити - $6,0 \times 10^9/\text{л}$, е-1%, п-4%, з-64%, л-26%, м-5%, ШОЕ-10 мм / год.

Загальний аналіз сечі: кількість - 100,0; реакція - кисла, колір - світло-жовтий; щільність - 1012, білок - 0,8 г / л, епітеліальні клітини - 2-3 в п / зору, лейкоцити - 5-6 в п / зору, еритроцити - 8-10 в п / зору.

Офтальмоскопія: ознаки ретинопатії.

Креатинін крові - 283 мкмоль / л, сечовина - 11,4 мкмоль / л.

1. Дайте оцінку змінам лабораторних показників.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Які додаткові обстеження необхідно провести хворому?
4. Визначте подальшу тактику ведення пацієнта.

[7]

Задача №3

Хворий, 35 років. Скарги на загальну слабкість, часті та тривалі головні болі в потиличній області, постійні ниючі болі в поперековій області, появу набряків на обличчі вранці. Хворий протягом 1-1,5 років, чітких термінів початку захворювання вказати не може.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Свідомість ясна. Шкірні покриви бліді. Набряки на обличчі. Перкуторно над легеньми легеневий звук, межі легень в межах норми, дихання везикулярне. ЧДР – 15/хв. Межі відносної серцевої тупості розширені вліво. Серцевий ритм правильний, на верхівці короткий систолічний шум, акцент II тону в II міжребір'ї справа. ЧСС - 76 уд/хв., АТ - 220/120 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом поколачування слабо позитивний з обох боків.

Загальний аналіз сечі: колір - світло-жовтий, прозора, щільність - 1010, білок - 0,4 г / л, лейкоцити - 4-5 в п / з, еритроцити - 25-30 в п / з, гіалінові циліндри 8-12 в п / з.

Загальний аналіз крові: еритроцити $4,0 \times 10^{12}/\text{л}$; Нв - 127 г / л, кольоровий показник - 0,9; лейкоцити - $8,9 \times 10^9/\text{л}$, е-3%, п-7%, с-39%, л-41%, м-10%, ШОЕ-28 мм / год.

Креатинін крові - 86 мкмоль / л, сечовина - 6,6 мкмоль / л.

1. Визначте основні синдроми.
2. Сформулюйте попередній діагноз.

3. Які додаткові обстеження необхідно провести хворому?
4. Визначте подальшу тактику ведення пацієнта.

[2]

Задача №4

Хворий, 38 років, працює будівельником, скаржиться на загальну слабкість, сонливість, швидку стомлюваність, зниження апетиту, нудоту, свербіж шкірних покривів, задишку при фізичному навантаженні, постійні головні болі і набряки обличчя.

Рік тому почали турбувати головні болі, загальна слабкість. До лікаря не звертався. Останні 2 місяці посилилася загальна слабкість, з'явився свербіж шкіри, задишка, сонливість, нудота, зниження апетиту, ниючі болі в животі, схильність до проносів.

Об'єктивно: Загальний стан середньої важкості, сонливість. Положення тіла активне. Шкірні покриви бліді, сухі, зі слідами розчухувань, набряки обличчя, гомілок. Перкуторно над легеньми легеневий звук, дихання везикулярне. межі відносної серцевої тупості розширені вліво на 2 см. Серцевий ритм правильний, акцент II тону в 2 міжребір'ї справа. ЧСС – 76/хв., АТ - 210/120 мм рт. ст. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом поколачування негативний з обох сторін.

Загальний аналіз крові: Ер $3,1 \times 10^{12}/л$; Нв - 94 г / л, кол. показ. - 0,8; Л - $7,4 \times 10^9/л$, е-2%, п-9%, с-41%, л-39%, м-9%, ШОЕ-15 мм / год.

Загальний аналіз сечі: колір - світло-жовтий, цукру немає, білок - 0,1 г / л, щільність 1006, лейкоцити - 3-4 в п / з, еритроцити - 5-8 в п / з, поодинокі гіалінові циліндри.

Креатинін крові – 915 мкмоль / л, сечовина - 24,2 мкмоль / л.

ЕКГ - синусовий ритм, гіпертрофія лівого шлуночка, метаболічні зміни в міокарді.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно провести хворому?
3. Визначте подальшу тактику ведення пацієнта.
4. Проведіть експертизу працездатності хворого.

[9]

Задача №5

Хвора, 47 років, звернулась до сімейного лікаря зі скаргами на підвищення температури тіла до 38 °С, часте і болісне сечовипускання, тупі, ниючі болі в поперековій області справа без іррадіації, головний біль, слабкість, періодичне позноблювання.

20 років тому, на терміні 30-36 тижнів вагітності, спостерігалися зміни в сечі, які зникли після пологів. Близько 12 років тому виявлено підвищення артеріального тиску до 180/100 - 200/120 мм рт. ст.

При огляді хворої патологічних змін не виявлено. При перкусії - розширення лівої межі відносної тупості серця назовні на 1 см. АТ - 190/120 мм рт. ст. Позитивний симптом Пастернацького справа.

Загальний аналіз сечі: кількість - 150,0; щільність - 1007, білок - 0,099 г / л, епітелій - велика кількість, лейкоцити - 40-60 в п / з, еритроцити - 3-4 в п / з, циліндри (гіалінові) - 1-2 в п / зр.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Визначте, які додаткові методи обстеження необхідно провести.
3. Призначте лікування.
4. Визначте доцільність проведення санаторно-курортного лікування.

[11]

Задача №6

Хворий, 60 років, скаржиться на періодичний інтенсивний біль в поперековій ділянці, який часто виникає вночі, після їзди, зазвичай біль починається в лівому косто-вертебральному куті, розповсюджується в підребір'я, за ходом сечоводу в ділянку статевих органів та по внутрішній поверхні стегна. Під час нападу хворий збуджений, намагається знайти положення, що полегшило б больовий синдром, але не знаходить. Останній напад відбувся цієї ночі.

1. Визначте невідкладний стан, що розвинувся у хворого.
2. Складіть алгоритм надання невідкладної допомоги.
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Складіть план диспансерного спостереження за хворим.

[2]

Задача №7

Хвора, 43 роки, працює вчителем, звернулась до сімейного лікаря зі скаргами на часте болюче сечовипускання малими порціями з домішками крові, відчуття печії в нижній частині живота над лоном. Захворіла гостро, цієї ночі, напередодні потрапила під дощ.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкіра та слизові звичайного забарвлення. Температура тіла 36,8°C. Діяльність серця ритмічна, тони гучні, АТ 110/70 мм рт. ст., ЧСС 78/хв. Дихання везикулярне, хрипів немає. Живіт м'який, визначається незначна болючість в ділянці над лоном. Симптом поколачування негативний з обох сторін. Набряків немає.

1. Визначте попередній діагноз.
2. Які додаткові методи обстеження необхідно провести?
3. Проведіть експертизу працездатності хворої.
4. Яка подальша тактика ведення хворої?

[7]

Задача №8.

Хвора, 26 років, скаржиться на тупий ниючий біль в поперековій ділянці, що не пов'язаний зі змінами положення тіла та рухами, підвищення температури тіла до 37,8°C, загальну слабкість, позиви до сечовипускання в нічний час.

Вищезазначені скарги виникли 2 доби тому, після переохолодження. Самостійно приймала парацетамол, але значного покращення не відчула.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкіра бліда, волога. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Над легенями везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні, АТ 120/80 мм рт. ст., ЧСС 92/хв. Живіт м'який, безболісний. Симптоми подразнення очеревини негативні. Симптом поколачування слабопозитивний зліва. Незначна пастозність обличчя та гомілок. Неврологічний статус без особливостей.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно призначити для уточнення діагнозу?
3. Призначте лікування.
4. Визначте подальший план ведення хворої.

[2]

Задача №9

Пацієнтка, 23 роки. Захворіла гостро. Через 2 тижні після перенесеного тонзиліту з'явилися тупий біль в попереку, набряки на обличчі, головні болі, зменшилася кількість добової сечі.

Об'єктивно: шкірний покрив блідий, набряки на обличчі і гомілках. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ясні, ритмічні. АТ 150/100 мм рт. ст. Пульс 68/хвилину. Печінка і нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького слабопозитивний з обох боків. Добовий діурез 900 мл, випито 1300 мл рідини. Сеча кольору «м'ясних помиїв».

Аналіз крові: еритроцити $4,0 \times 10^{12}$ / л, гемоглобін - 120 г / л, лейкоцити - $7,0 \times 10^9$ / л, ШОЕ - 18 мм на годину, е-1%, п/я – 7%, с/я – 52%, л-31%, м – 9%. Аналіз сечі: питома вага - 1018, реакція лужна, білок – 0,330 г / л, еритроцити на все поле зору, циліндри гіалінові - 3-4 в полі зору, зернисті - 1 -2 в полі зору.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Призначте додаткове обстеження.
3. Визначте подальший маршрут пацієнтки.
4. Складіть план подальшого амбулаторного ведення хворої.

[9]

Задача №10

Пацієнтка, 28 років. Перенесла ангіну. Через 2 тижні вранці раптово з'явилися набряки. В анамнезі хронічних захворювань немає.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, блідість і одутлуватість обличчя, масивні набряки ніг, попереку, асцит, рідина в плевральній порожнині. У легенях при аускультатії в нижніх відділах дихання ослаблене. Серцеві тони ритмічні, ясні. ЧСС 88/хвилину. АТ 190/120 мм рт. ст. Живіт м'який, болючий при пальпації в області проекції нирок.

Загальний аналіз крові: еритроцити - $4,6 \times 10^{12}$ / л, гемоглобін - 120 г / л, лейкоцити - $8,3 \times 10^9$ / л, ШОЕ - 20 мм на годину.

Загальний аналіз сечі: питома вага - 1010, білок - 0,6 г / л, ер. - 50-60 в полі зору, циліндри: гіалінові, зернисті.

1. Визначте, з якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику.

2. Складіть план обстеження.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Яка подальша тактика ведення хворої?

[8]

Задача №11

Пацієнтка, 38 років. Страждає на хронічний гломерулонефрит протягом 18 років. Протягом 2 років турбує підвищення артеріального тиску до 180/110 мм рт. ст. Після ГРВІ місяць тому стан погіршився: зменшився діурез, з'явилися набряки на обличчі та тулубі.

Об'єктивно: шкірний покрив блідий, набряки на попереку, передній черевній стінці, ногах. Межі серця зміщені вліво, верхівковий поштовх пальпується в V міжребер'ї по лівій серединно-ключичній лінії. I тон на верхівці приглушений, акцент II тону над аортою. Пульс 100/хвилину, ритмічний, напружений. АТ 200/120 мм рт. ст. Печінка пальпується біля краю реберної дуги. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

Аналіз крові: еритроцити – $3,6 \times 10^{12}$ / л, гемоглобін – 100 г / л, лейкоцити – $5,8 \times 10^9$ / л, СОЕ-- 35 мм / год, е–1%, п– 9%, с – 48%, л–34%, м – 8%.

Аналіз сечі: питома вага - 1006, реакція– лужна, білок– 3,0 г / л, еритроцити вилужені 10-12 в полі зору, циліндри зернисті (+).

Біохімічне дослідження крові: загальний білок - 56 г / л, холестерин крові - 10,8 ммоль / л; креатинін крові 286 мкмоль/л, сечовина 11,0 ммоль/л.

1. Визначте стадію хронічної хвороби нирок.
2. Сформулюйте діагноз.
3. Проведіть експертизу працездатності хворої.
4. Визначте подальшу тактику ведення хворої.

[2]

Задача №12

Пацієнтка, 36 років, пред'являє скарги на загальну слабкість, нудоту, періодичні головні болі. При знайомстві з амбулаторною картою виявлені зміни в аналізах сечі у вигляді протеїнурії.

Об'єктивно: обличчя пастозне, шкіра бліда, суха. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ритмічні, акцент II тону над аортою.

ЧСС 84 в 1 хвилину. АТ 180/120 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний при пальпації, симптом Пастернацького негативний з обох боків. Нирки не пальпуються.

Аналіз крові: еритроцити - $3,0 \times 10^{12}$ / л, гемоглобін - 80 г / л, лейкоцити - $7,8 \times 10^9$ / л, формула без відхилень, ШОЕ - 33 мм на годину.

Аналіз сечі: питома вага - 1002, білок - 1,0 г / л, лейкоцити - 4-5 в полі зору, еритроцити - 5-8 в полі зору, циліндри гіалінові, зернисті.

УЗД нирок: Нирки розташовані в типовому місці, контури рівні, , розміри - 7,8x4,0 см, паренхіма обох нирок витончена, значно ущільнена - 0,9 см, відсутність диференціації між корковим і мозковим шаром. Ознаки нефросклерозу. Чашково-лоханковий комплекс без особливостей, рухливість нирок в межах норми.

Креатинін крові - 160 мкмоль / л.

1. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Визначте подальшу тактику ведення хворої.
4. Проведіть експертизу працездатності хворої.

[7]

Задача №13

Пацієнт, 19 років, пред'являє скарги на болі в горлі, субфебрильну температуру протягом тижня. На 3-й день від початку захворювання сеча стала червонуватою.

В анамнезі: гострий гломерулонефрит півроку тому.

Об'єктивно: стан задовільний, шкіра звичайного забарвлення і вологості. У легенях при аускультатії дихання везикулярне, хрипів немає. Серцеві тони ритмічні, ясні. АТ 130/80 мм рт. ст. Пульс 76/хвилину. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Сечовипускання вільне, безболісне, набряків немає.

Загальний аналіз крові: без особливостей.

Аналіз сечі: питома вага - 1018, білок - 0,18 г / л, лейкоцити - 1 -2-3 в поле зору, еритроцити – на все поле зору, циліндри гіалінові, зернисті.

Сечовина крові-4,2 ммоль / л, креатинін - 86 мкмоль / л.

1. Сформулюйте попередній діагноз.

2. Які додаткові обстеження необхідно провести?
3. Визначте подальшу тактику ведення хворого.
4. Складіть план амбулаторного спостереження.

[7]

Задача №14

Пацієнтка, 32 років. Скаржиться на болі в попереку, більше зліва, посилюються при рухах, підвищення температури тіла до $37,8^{\circ}\text{C}$, слабкість, головний біль, поганий сон, зниження працездатності.

2 роки тому під час вагітності спостерігалось підвищення артеріального тиску до 170/110 мм рт. ст., набряки гомілок; в сечі - протеїнурія, лейкоцитурія. Лікувалася стаціонарно. Останнє погіршення зазначає протягом двох тижнів, пов'язує з переохолодженням.

Об'єктивно: шкірний покрив блідий, відзначається пастозність обличчя. Система органів дихання без особливостей. Межі відносної серцевої тупості зліва в V міжребер'ї по серединно-ключичній лінії, тони серця ритмічні. АТ 160/100 мм рт. ст. Пульс 84/хвилину. Живіт м'який, болючий при глибокій пальпації в лівому підребер'ї. Симптом Пастернацького зліва позитивний. Дизуричних розладів не зазначає. Периферичних набряків немає.

Проведено дообстеження:

Аналіз крові: еритроцити - 4×10^{12} / л, гемоглобін - 120 г / л, лейкоцити - $10,2 \times 10^9$ / л, п/я - 4%, с/я - 68%, е - 2%, л - 20%, м - 6%, ШОЕ - 28 мм/год.

Аналіз сечі: питома вага - 1012, білок - 0,066 г / л, лейкоцити – велика кількість, еритроцити - 0-1 в полі зору, поодинокі гіалінові циліндри.

Біохімічний аналіз крові: сечовина - 3,4 ммоль / л, креатинін – 97 мкмоль / л, глюкоза - 5,0 ммоль / л.

ЕКГ: Ритм синусовий з ЧСС 84/хвилину, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

Окуліст: звуження артерій сітківки.

Гінеколог: здорова.

1. Поставте клінічний діагноз.
2. Призначте лікування.
3. Складіть план амбулаторного спостереження за хворою.
4. Визначте доцільність проведення санаторно-курортного лікування.

[8]

Задача №15

Пацієнт, 48 років, раптово зазначив підйом температури тіла до 39°C, різке зменшення кількості сечі, появу болю в попереку, нудоту, блювоту.

Об'єктивно: стан важкий, обличчя гіперемоване, на шкірі живота поодинокі петехіальні висипання, виражена ін'єкція судин склер. У легенях при аускультатії дихання везикулярне, хрипів немає. Серцеві тони ритмічні, приглушені. ЧСС 112/хвилину. АТ 110/70 мм рт. ст. Живіт м'який, болючий при пальпації в проекції нирок. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків. Набряків немає. Діурез - 200 мл.

Аналіз крові: еритроцити - $4,1 \times 10^{12}$ / л, гемоглобін - 131 г / л, лейкоцити - $15,0 \times 10^9$ / л, п/я - 12%, е - 1%, с/я - 66%, л - 7%, м - 14%, ШОЕ - 42 мм / год.

Аналіз сечі: питома вага - 1003, білок - 0,34 г / л, лейкоцити - 1 -2-3 в полі зору, еритроцити - 15-20 в полі зору.

В біохімічному аналізі крові: креатинін - 630 мкмоль / л, сечовина - 26,0 ммоль / л, калій - 6,5 ммоль / л.

УЗД: різке збільшення розмірів нирок.

1. Визначте, який невідкладний стан розвинувся у хворого.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Проведіть експертизу працездатності хворого.

[2]

Задача №16

Хворий, 27 років, працює менеджером, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на інтенсивний біль в правій половині живота, який віддає в праву половину попереку, праву здухвинну ділянку, в область статевих органів. Напередодні з друзями був на пікніку, смажили шашлики, випили значну кількість пива.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкіра бліда, волога, стогне, сідає, потім встає, весь час намагається змінити позу. Легені та серце без патології, АТ 110/80 мм рт. ст., ЧСС 98/хв. Живіт м'який, чутливий в правій здухвинній ділянці. Симптомів подразнення очеревини негативні. Симптом Пастернацького різко позитивний справа. Набряків немає.

1. Сформулюйте найбільш ймовірний діагноз.
2. Складіть алгоритм невідкладної допомоги.
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Дайте рекомендації щодо подальшого спостереження.

[7]

Задача №17

Хвора С, 64 роки, під час проходження чергового профілактичного огляду виявлено зміни в загальному аналізі сечі: питома вага 1012, білок-сліди, цукор не виявлений, лейкоцити 12-15 в полі зору, еритроцити 1-2 в полі зору, солі – оксалати (++) . Загальний аналіз крові без особливостей.

В анамнезі артеріальна гіпертензія близько 5 років, максимальний АТ 160/100 мм рт. ст., постійно приймає еналаприл, адаптована до АТ в межах 130-140/80 мм рт ст. Болей в попереку, дизурічних розладів немає.

ЕКГ: ознаки гіпертрофії міокарда лівого шлуночка.

1. Визначте, які додаткові методи обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу.
2. Сформулюйте діагноз.
3. Подальша тактика ведення хворої.

[2]

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ СИСТЕМИ КРОВОТВОРЕННЯ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Задача №1

До сімейного лікаря на прийом звернулася хвора С., 64 роки, зі скаргами на виражену загальну слабкість, задишку під час незначних навантажень, прискорене серцебиття, відчуття печіння на кінчику язика.

Під час загального обстеження виявлено: шкіра та видимі слизові бліді, нігті крихкі, язик ярко-малиновий, «лакований». Периферичні лімфовузли не збільшені. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця аритмічна за рахунок екстрасистолії, тони приглушені, на верхівці вислуховується м'який систолічний шум без іррадіації, АТ 120/70 мм рт. ст., ЧСС 108/хв. Живіт м'який, помірно чутливий в епігастральній ділянці. Симптоми подразнення очеревини негативні. Печінка, селезінка не збільшені. Гомілки пастозні.

Загальний аналіз крові: гемоглобін 68 г/л, еритроцити $2,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $2,8 \times 10^9$ /л, е -1%, п/я -9%, с/я 45%, л- 40%, м-5%; тромбоцити 120×10^6 /л, кольоровий показник 1,3, MCV 120 fL, MCH – 39 пг, MCHC – 36 г/дл, ШОЕ 30 мм/год; анізоцитоз, пойкилоцитоз, тільця Жоллі.

1. Дайте трактовку змінам в загальному аналізі крові.
2. Які подальші обстеження необхідно провести хворій?
3. Які захворювання можуть спричинити подібні зміни в загальному аналізі крові?
4. Визначте подальшу тактику по відношенню до пацієнтки.

[7]

Задача №2

У молодій дівчини, 19 років, під час проведення профілактичного огляду виявлено наступні зміни в загальному аналізі крові: гемоглобін 96 г/л, еритроцити $3,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити $5,8 \times 10^9$ /л, кольоровий показник 0,72, MCV – 80 fL, MCH 25 пг, MCHC 28г/дл, ШОЕ 21 мм/год, е-0%, п/я – 3%б с/я – 62%, л- 30%, м-5%.

1. Дайте трактовку змінам в загальному аналізі крові.

2. Складіть подальший план дообстеження пацієнтки.
3. При яких захворюваннях можуть спостерігатись зазначені зміни в загальному аналізі крові?
4. Визначте подальшу тактику ведення хворої, призначте лікування.

[9]

Задача №3

Хворий, 48 років, працює чоботарем, звернувся на прийом з приводу загальної слабкості, швидкої стомлюваності, відчуття прискороного серцебиття, болю в ділянці серця, який виникає при незначних навантаженнях, супроводжується задишкою, відчуттям серцебиття, за порадою родичів приймав нітрогліцерин – без суттєвого ефекту. З анамнезу виявлено, що хворий страждає на геморої. Загальний огляд окрім блідості шкіри та слизових і тахікардії інших відхилень не виявив.

ЕКГ: вольтаж достатній, ритм синусовий, ЧСС 100/хв. Електрична вісь серця не відхилена. Дифузні порушення процесів реполяризації.

Аналіз крові: гемоглобін - 70 г / л, еритроцити $3,0 \times 10^{12}$ / л, MCV 72 fl, MCH 24 пг, MCHC 27 г / дл, тромбоцити 210×10^6 / л, лейкоцити $5,3 \times 10^9$ / л, кольоровий показник 0,6, ретикулоцити 3%, ШОЕ 18 мм / год. е-0%, п-5%, з-52%, л-28%, м-5%.

1. Дайте трактовку змінам в загальному аналізі крові.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Складіть план обстеження хворого.
4. Визначте подальший маршрут пацієнта.

[12]

Задача №4

Пацієнтка 45-ти років. Скаржиться на слабкість, помірну задишку при підйомі на 2-3 поверх, рясні і тривалі менструації (8 днів).

Об'єктивно: шкіра бліда, в легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Межі відносної й абсолютної серцевої тупості в межах норми. Серцеві тони ясні, ритмічні, систолічний шум на верхівці серця. ЧСС = 78 уд/хв. АТ = 110/70 мм рт. ст. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, безболісний. Симптом

Пастернацького негативний з обох боків. Дизурії, набряків немає. Випорожнення 1 раз на 2 дні, оформлені, без слизу і крові.

Загальний аналіз крові: Нв-90 г / л, еритроцити $-2,8 \times 10^{12}$ / л, MCV 80 fl, MCH 27 пг, MCHC 31 г / дл, лейкоцити $-4,6 \times 10^9$ / л, е -2%, п/я - 1%, с/я -68%, л-22%, м- 7%. ШОЕ - 12 мм / год.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які додаткові методи обстеження необхідно застосувати для уточнення діагнозу?
3. Призначте лікування.
4. Складіть план подальшого спостереження.

[11]

Задача №5

Пацієнт К., 48 років. Скаржиться на болі в епігастрії з іррадіацією в праве підребер'я, відрижку повітрям, відчуття здуття і бурчання в животі.

Анамнез захворювання: страждає на хронічний холецистит, коліт протягом 9 місяців (лікування без особливого ефекту, болі в животі наростали і поширилися на весь живіт, посилилась слабкість).

Об'єктивно: шкіра чиста, бліда. Температура тіла $36,6^{\circ}\text{C}$. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. ЧДР 18/хв. серцеві тони приглушені, ритмічні. ЧСС 80/хв. Пульс 80/хв. АТ-120/70 мм рт. ст. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, болючий над пупком. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Дизурії, набряків немає.

Загальний аналіз крові: гемоглобін - 102 г / л, еритроцити $-2,63 \times 10^{12}$ / л, MCV 80 fl, MCH 28 пг, MCHC 28 г / дл, лейкоцити - $5,8 \times 10^9$ / л, кольоровий показник - 0,8. ШОЕ - 12 мм / год.

У калі яйця гельмінтів не виявлені. Реакція Грегерсена позитивна.

ЕГДС поверхневий гастрит, дуоденогастральний рефлюкс.

Ректороманоскопія-без патології.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно провести?
3. Визначте подальшу тактику ведення хворого.
4. Визначте доцільність санаторно-курортного лікування.

[9]

Задача №6

Пацієнтка Н, 45 років. Скаржиться на болі в животі, нудоту, метеоризм, проноси, що чергуються із закрепами, схуднення, слабкість. Подібні явища турбують 5 років.

Об'єктивно: Шкіра бліда, суха. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. ЧДР 18/хв. Межі відносної й абсолютної серцевої тупості в межах норми. Серцеві тони приглушені, ритмічні, систолічний шум на верхівці. ЧСС 82/хв. Пульс 82/хв. АТ 110/70 мм рт. ст. Язик обкладений білим нальотом біля кореня, вологий. Живіт помірно роздутий, болючий в епігастральній ділянці, в області пупка і за ходом товстої кишки. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Дизурії, набряків немає. Випорожнення нерегулярні, чергування проносів і закрепів. Домішки слизу в калі.

Загальний аналіз крові: гемоглобін-85 г / л, еритроцити - 4×10^{12} / л, MCV 76fl, MCH 25 пг, MCHC 27 г / дл, лейкоцити - $4,2 \times 10^9$ / л, е - 2%, п/я - 7%, с/я - 53%, л - 30%, м-8%, кольоровий показник - 0,63. ШОЕ - 20 мм/год. Сироваткове залізо - 9 мкмоль / л.

Загальний аналіз сечі в нормі.

У калі яйця гельмінтів не виявлені.

Реакція Грегерсена негативна. Копрограма – неоформлені випорожнення, неперетравлені м'язові волокна, жир, слиз.

ФЕГДС – картина гастродуоденіту.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно провести?
3. Визначте подальшу тактику ведення хворої.
4. Визначте доцільність санаторно-курортного лікування.

[12]

Задача №7.

Пацієнтка, 57 років. Скарги на слабкість, головний біль, відчуття поколювання й оніміння в пальцях рук і стопах, печіння язика, підвищення температури тіла до $37,3^{\circ}\text{C}$.

Об'єктивно: шкіра бліда з жовтушним відтінком, субіктеричність склер. Лімфатичні вузли не збільшені, безболісні. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. ЧДР 16/хв. Межі відносної й абсолютної серцевої тупості зміщені вліво. Серцеві тони приглушені, ритмічні. ЧСС 68 уд/хв. Пульс 63 уд/хв. АТ 130/80 мм рт. ст. Язик червоний, гладкий, вологий, блискучий. Живіт м'який, помірно болючий в епігастральній ділянці, не роздутий. Печінка 10x8x7 см (по Курлову). Селезінка 6x4 см. Симптом Пастернацького негативний з обох боків. Дизурії, набряків немає. Випорожнення нерегулярні, схильність до закрепів.

Загальний аналіз крові: гемоглобін - 85 г / л, еритроцити - $1,5 \times 10^{12}$ / л, MCV 120 fl, MCH 42 пг, MCHC 35 г / дл, лейкоцити- $2,9 \times 10^9$ / л, тромбоцити- 90×10^9 / л, ретикулоцити-0,2%, кольоровий показник-1, 2. ШОЕ-30 мм / год. У мазках крові виявлені мегалоцити, полісегментарні нейтрофіли.

Загальний аналіз сечі в нормі.

1. Дайте трактовку змінам в загальному аналізі крові
2. Які додаткові обстеження необхідно провести в першу чергу?
3. Призначте необхідне лікування
4. Складіть план подальшого спостереження.

[9]

Задача №8

Пацієнт К., 36 років, працює менеджером на підприємстві, захворів гостро: температура 39°C , катаральний синдром. До цього перебував у контакті з хворою на ГРЗ дитиною, самостійно приймав сульфаніламідні препарати. На 3-й день з'явилися виражена слабкість, жовтяниця.

Аналіз крові: еритроцити - $2,5 \times 10^{12}$ / л, Нв - 90 г / л, КП - 1,0, лейкоцити - 9×10^9 / л, тромбоцити - 140×10^9 / л, ретикулоцити - 3,5%, ШОЕ - 18 мм / год.

1. Чим найбільш ймовірно обумовлені зміни в загальному аналізі крові?
2. Які додаткові методи до обстеження необхідно провести для підтвердження діагнозу?
3. Проведіть експертизу працездатності.
4. Складіть план подальшого ведення хворого.

[11]

Задача №9

При профілактичному обстеженні у жінки 30 років отримана наступна картина периферичної крові: еритроцити - 3×10^{12} / л, Нв - 60 г / л, кольоровий показник - 0,6, тромбоцити - 200×10^9 / л, лейкоцити - $5,3 \times 10^9$ / л, п-5, з-52, л-38, м-5, ШОЕ - 36 мм / год, анізоцитоз, пойкилоцитоз, гіпохромія еритроцитів.

1. Дайте оцінку змінам в загальному аналізі крові.
2. Складіть план необхідних додаткових обстежень.
3. Визначте подальший маршрут пацієнтки.
4. Розкажіть про основні принципи лікування.

[7]

Задача №10

Пацієнт Н., 30 років, водій автобуса. Звернувся до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, запаморочення, сонливість, субфебрильну температуру, ниючі болі в серці при підйомі по сходах на 3-й поверх в швидкому темпі.

В анамнезі резекція тонкого кишківника з приводу ножового поранення.

Об'єктивно: дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, I тон приглушений, систолічний (короткий, неінтенсивний) шум над верхівкою серця. АТ 100/60 мм рт. ст. Пульс 80 уд/хв. На передній черевній стінці післяопераційний рубець. Живіт м'який, помірно болючий в навколопупкової області. Печінка не збільшена, спленомегалія.

Аналіз крові: еритроцити - $3,5 \times 10^{12}$ / л, Нв - 86 г / л, кольоровий показник - 0,7; ретикулоцити - 1,0%, тромбоцити 200×10^9 / л, гіпохромія, схильність до мікроцитозу, лейкоцити 9×10^9 / л, п/я -6%, с/я -51%, л-38%, м-5%, ШОЕ - 20 мм / год.

ЕКГ - неглибокі (5 мм) негативні зубці Т в грудних відведеннях.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно провести?
3. Проведіть оцінку працездатності хворого.
4. Складіть алгоритм подальшого ведення хворого.

[9]

Задача №11

Хвора, 72 роки, скаржиться на задишку під час виконання незначних фізичних навантажень, загальну слабкість, відчуття прискореного серцебиття навіть при незначних навантаженнях, швидко стомлюваність, закрепи, зниження апетиту. Зазначені скарги турбують протягом декількох місяців.

В анамнезі – тривалий час страждає на артеріальну гіпертензію, приймає еналаприл.

Об'єктивно: шкірні покрови бліді, сухі. Язик вологий, чистий. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, систолічний шум у всіх точках аускультатії, АТ 130/70 мм рт. ст., ЧСС – 86/хв. Дихання везикулярне, хрипів немає. Живіт м'який, печінка та селезінка не збільшені. Периферичних набряків немає.

Загальний аналіз крові: гемоглобін-64 г / л, еритроцити – $2,3 \times 10^{12}$ / л, MCV 86fl, MCH 29 пг, MCHC 31 г / дл, лейкоцити - $4,1 \times 10^9$ / л, е - 2%, п/я - 4%, с/я - 54%, л - 34%, м - 7%, кольоровий показник-0,83. ШОЕ-20 мм/год.

1. Які додаткові дослідження необхідно провести в першу чергу
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Обґрунтуйте подальше лікування.
4. Визначте доцільність санаторно-курортного лікування.

[7]

Задача №12

Хворий, 50 років. Скарги на слабкість, стомлюваність, відразу до їжі, важкість у животі після їжі, відчуття печіння язика, слабкість в ногах.

Анамнез: близько 10 років турбують болі в надчеревній ділянці після їжі, тяжкість, відрижка повітрям, проноси після рясної жирної їжі. Обстежувався амбулаторно, лікувався з приводу хронічного гастриту із зниженою секреторною функцією шлунка. Погіршення стану. Близько 3-х місяців: наростає слабкість, з'явилася задишка при ходьбі, серцебиття.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Різка блідість шкірних покривів з жовтяничним відтінком. Склери іктеричні. Лімфовузли не збільшені. У легенях везикулярне дихання. Тони серця приглушені, ритм правильний, систолічний шум увсіх точках. АТ 110/60 мм рт.ст. Пульс до 90 ударів на

хвилину, ритмічний. Живіт м'який, безболісний. Печінка на 3 см нижче краю реберної дуги, щільної консистенції. Селезінка не пальпується.

Аналіз крові: Нв - 54 г/л, ер. - $2,2 \times 10^{12}$ /л, кольоровий показник - 1,2, лейкоцити - $2,4 \times 10^9$ /л, е - 1%, п - 3%, с - 39%, л - 51%, м-6%. ШОЕ-18 мм/год., тромбоцити - 150×10^9 /л, ретикулоцити - 0,5%. Макроцитоз, базофільна зернистість еритроцитів. Гіперсегментоз нейтрофілів.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які дослідження необхідно провести для верифікації діагнозу?
3. Призначте лікування.
4. Складіть план подальшого спостереження за хворим.

[12]

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Задача №1

Хвора, 52 роки. Пред'являє скарги на слабкість, сухість у роті, спрагу, прискорене сечовипускання.

Об'єктивно: стан задовільний. Зріст - 1,76 м, маса тіла - 96 кг. ІМТ - 31,0 кг/м². Шкірні покриви сухі. Розподіл підшкірно-жирової клітковини рівномірний. Дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритм правильний. ЧСС 80/хвилину. АТ - 140/90 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний.

Загальний аналіз крові - еритроцити - 4,2 x 10¹² / л, Нв-120 г / л, кол. показ. - 0,9, лейкоцити - 8,0 x 10⁹ / л, е - 2%, п - 2%, с - 56%, л - 39%, м - 1%, ШОЕ - 20 мм / год.

Загальний аналіз сечі - колір св. жовтий, реакція кисла, питома вага 1020 білок - відсутній, епітелій плоский 2 - 3 в п / з, лейкоцити - 3 - 4 в п / з.

Глюкоза крові натщесерце - 9,2 ммоль / л, цукор сечі - 8 ммоль / л, ацетон (-), глікозильований гемоглобін (Нв А1с) – 7,4%.

Холестерин - 8,1 ммоль / л.

Огляд окуліста: очне дно: диски зорових нервів рожеві, межі чіткі, артерії вузькі звиті, вени повнокровні, мікроаневризми.

1. Поставте діагноз.
2. Дайте рекомендації щодо модифікації способу життя.
3. Призначте лікування з урахуванням результатів досліджень.
4. Складіть план амбулаторного спостереження.

[11]

Задача №2

Хворий Р., 29 років. Хворіє на цукровий діабет з 12 років. Перебіг діабету лабільний, зі схильністю до кетоацидозу. Постійно перебуває на інтенсифікованій інсулінотерапії, в даний час отримує Хумулін NPH 16 ОД перед сніданком і 10 ОД перед вечерею, Хумулін регуляр перед основними прийомами їжі (сніданок, обід, вечеря) 8/4/6 ОД.

Протягом 5 років відзначає зниження зору, близько року періодично з'являються набряки нижніх кінцівок, підвищення артеріального тиску.

Об'єктивно: зріст - 1,70 м, маса тіла - 74 кг. Шкірні покриви бліді, пастозність обличчя, гомілок. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Ліва межа серця зміщена вліво на 1 см від лівої серединно-ключичної лінії. При аускультатії - тони серця ясні, ритм правильний. АТ - 159/90 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка на 1 см виступає з-під краю реберної дуги.

Загальний аналіз крові - еритроцити - $4,0 \times 10^{12}$ / л, Нв - 124 г / л, кол. показ. 0,93, лейкоцити - $6,8 \times 10^9$ / л, е - 1%, п - 3%, с - 61%, л - 30%, м - 5%, ШОЕ - 16 мм / год.

Загальний аналіз сечі - колір св. жовтий., реакція кисла, пит. вага 1030, білок 0,099 г / л, епітелій плоский 2 - 3 в п / з, лейкоцити 3 - 4 в п / з, еритроцити 1 - 3 в п / з, бактерії (+).

Глюкоза крові натще 14,0 ммоль / л. Глікозильований гемоглобін (Нв А1с) – 10,7%.

Загальний білок – 62 г / л, креатинін – 80 мкмоль / л, сечовина - 6,4 ммоль/л, холестерин - 6,7 ммоль / л.

Очне дно: диски зр. нервів бліді, артерії звужені, вени розширені, мікроаневризми, точкові геморагії.

1. Сформулюйте і обґрунтуйте діагноз.
2. Визначте ступінь компенсації захворювання.
3. Назвіть основні клінічні симптоми судинних ускладнень.
4. Проведіть експертизу працездатності хворого.

[7]

Задача №3

Хвора Л., 16 років, дорогою зі школи раптово втратила свідомість неподалік від амбулаторії. За словами супроводжуючих однокласників хвора страждає на цукровий діабет з 10-ти річного віку, постійно отримує інсулінотерапію.

Погіршення загального самопочуття і втрата свідомості відбулися раптово, після уроку фізкультури.

Об'єктивно: свідомість відсутня. Шкірні покриви вологі. М'язовий тонус і сухожилкові рефлекси підвищені. Тризм жувальної мускулатури. Тони серця гучні, ритмічні, шумів немає. Пульс – 96/хв., АТ - 100/55 мм рт.

ст. Дихання часте, поверхнєве, хрипів немає. Язик вологий. Живіт м'який, безболісний.

Глюкоза крові - 2,7 ммоль / л (глюкометром).

1. Який невідкладний стан розвинувся у хворої?
2. Сформулюйте діагноз.
3. Складіть алгоритм надання невідкладної допомоги.
4. Визначте подальший маршрут пацієнтки.

[8]

Задача №4

Хворий П., 22 роки, скаржиться на загальну слабкість, сонливість, спрагу, поліурію, зниження апетиту, нудоту, болі в животі (з анамнезу відомо, що хворіє на цукровий діабет з 10 років, постійно отримує інсулінотерапію).

Погіршення стану відзначає протягом 2 тижнів на тлі загострення хронічного пієлонефриту (в зв'язку з чим протягом останніх двох діб припинив прийом їжі і введення інсуліну).

Об'єктивно: Стан хворого середньої важкості, загальмований, насилу відповідає на питання. Шкірні покриви сухі, гарячі на дотик, тургор шкіри знижений, обличчя бліде. Сухожилльні і періостальні рефлексии знижені. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Дихання шумне, глибоке, запах ацетону в повітрі, що видихається. Пульс малий, частий – 100/хвилину. АТ - 90/60 мм рт. ст. При пальпації живота відзначається болючість в епігастральній ділянці.

Глюкоза крові - 20,3 ммоль / л, ацетон сечі (+++).

ЕКГ - зниження зубця Т, подовження комплексу QRST.

1. Визначте, яке ускладнення розвинулось у хворого.
2. Складіть алгоритм надання невідкладної допомоги.
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.

[7]

Задача №5

Хвора С., 43 роки, пред'являє скарги на різке зниження маси тіла, підвищену дратівливість, пітливість, прискорене серцебиття, тремтіння в руках. Вважає себе хворою близько 1 місяця коли після перенесеної психотравми з'явилися вищеперераховані скарги.

Об'єктивно: зріст 165 см, вага 50 кг. Шкірні покриви теплі, вологі. Температура тіла 37,3°C. Дрібний тремор витягнутих пальців рук. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця гучні, ритм правильний, акцент II тону над легеневою артерією, на верхівці - систолічний шум. ЧСС 108/хвилину, артеріальний тиск 150/60 мм рт. ст. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, безболісний. Щитоподібна залоза дифузно збільшена, еластичної консистенції, рухома, безболісна. Позитивні очні симптоми Дальримпля, Грефе, Кохера, Мебіуса.

Додаткові дослідження. Загальний аналіз крові: еритроцити - $4,2 \times 10^{12}$ / л, Нв - 130 г / л, лейкоцити - $3,0 \times 10^9$ / л, п - 1%, з - 54%, л - 40%, м - 5% , ШОЕ - 26 мм / год.

Загальний аналіз сечі: колір св. жовтий., реакція кисла, питома вага 1017, білок – не визначається, епітелій плоский 0 - 1 в п / з, лейкоцити 1 - 2 в п / з, еритроцити 0 - 1 в п / з.

Глюкоза крові натще: 5,3 ммоль / л.

1. Складіть план обстеження хворої.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Сформулюйте основні принципи лікування хворої.
4. Визначте подальший план спостереження в амбулаторних умовах.

[12]

Задача №6

Хвора Б., 56 років, пред'являє скарги на загальну слабкість, запаморочення, миготіння «мушок» перед очима, набряклість обличчя вранці, сухість у роті, спрагу (випиває за добу до 3 літрів рідини), прискорене сечовипускання (за ніч до 4 5 разів).

Вважає себе хворою протягом року, коли стала відчувати загальну слабкість, запаморочення, миготіння «мушок» перед очима після фізичних навантажень, психоемоційного перенапруження. При зверненні до лікаря відзначалися високі цифри артеріального тиску (170-180/95-100 мм рт.ст.). Лікувалася амбулаторно з діагнозом «гіпертонічна хвороба». Останнє погіршення самопочуття - протягом 3 тижнів: більш вираженими стали слабкість і запаморочення. Спрагу і сухість у роті відзначає протягом багатьох років.

Об'єктивно: стан ближче до задовільного. Положення активне. Свідомість ясна. Задовільного харчування. Шкірні покриви бліді, сухуваті. Набряклість обличчя. Тони серця приглушені, акцент II тону над аортою. Ритм правильний. Пульс – 64/ хвилину. АТ – 190/115 мм рт.ст. Ліва межа серця - на 2 см назовні від лівої серединно-ключичної лінії. Дихання везикулярне, хрипів немає, ЧДД – 16/хвилину. Перкуторно - ясний легеневий звук. Живіт м'який, безболісний при пальпації. Печінка - по краю реберної дуги. Випорожнення не порушені. Сечовипускання вільне, безболісне, прискорене. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

Ан. крові загальний: еритроцити - $3,5 \times 10^{12}$ / л, кольоровий показник - 0,9, лейкоцити - $6,8 \times 10^9$ / л, паличкоядерні - 3%, сегментоядерні - 63%, лімфоцити - 24%, моноцити - 10%, ШОЕ - 7 мм / год.

Ан. сечі загальний: жовта, кисла, питома вага - 1028, білок - 0,99 г/л, цукор (+), ер. - 0-1 в полі зору, лейкоцити - 1-2 в полі зору, циліндри - немає.

Добовий діурез - 3 літри.

Холестерин - 9,0 ммоль/л. Креатинін - 90 мкмоль/л. Сечовина - 8,0 ммоль/л.

Цукор крові - 8,3 ммоль/л, через день - 9,4 ммоль/л.

ЕКГ: синусовий ритм, гіпертрофія лівого шлуночка.

Огляд окуліста: вени звиті, мікроаневризми, велика кількість геморагій, свіжих і старих. Симптом Salus - II.

1. Встановити попередній діагноз.
2. Складіть план додаткового обстеження.
3. Визначити тактику лікування.
4. Скласти план подальшого спостереження

[9]

Задача №7

Хвора М., 36 років, звернулася до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, швидку стомлюваність, випадіння волосся, погіршення пам'яті, зниження інтересу до життя, набряклість обличчя, нерегулярні менструації.

Вважає себе хворою протягом останніх 1,5 років. Стан поступово погіршувався, додала у вазі 12 кг за період хвороби.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, підвищеного харчування (зріст 162 см, вага 90 кг). Шкіра бліда, суха, на гомілках виражене лущення шкіри.

Є набряклість обличчя, ніг. Щитоподібна залоза не пальпується. В області шиї є післяопераційний рубець. Голос грубий. Хвора загальмована. Тони серця приглушені, скорочення ритмічні. Пульс 56/хвилину. АТ – 100/60 мм рт. ст. У легенях везикулярне дихання з жорстким відтінком. Язик потовщений, по краях - сліди зубів. Живіт дещо роздутий, закрепи. Печінка і селезінка не збільшені.

Аналіз крові: Нв - 90 г/ л, КП. - 0,7, ер. - $3,1 \times 10^{12}$ /л, лейкоц. - $4,8 \times 10^9$ / л, ШОЕ - 3 мм /год.

Аналіз сечі: питома вага - 1014, реакція кисла, білок і цукор відсутні, лейкоц. - 3-4 в полі зору.

Флюорографія - без патології.

Біохімія крові: холестерин - 8,2 ммоль/л. Цукор крові - 3,8 ммоль / л.

ЕКГ - синусова брадикардія 54 в хвилину, електрична вісь серця не відхилена. Неспецифічні зміни міокарда.

1. Встановити попередній діагноз.
2. Намітити план додаткового обстеження.
3. Які зміни можливі в результатах лабораторних досліджень?
4. Визначити подальшу тактику лікування.

[7]

Задача №8

Хвора В., 30 років, працює вчителем. Звернулася зі скаргами на загальну слабкість, спрагу, підвищений апетит, схуднення на 10 кг за 2 місяці, серцебиття, дратівливість, тремтіння всього тіла, слезотечу.

Хворіє більше 2 місяців. Місяць тому перенесла фолікулярну ангіну.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Температура тіла 37,2°C. Хвора метушлива, дрібний тремор пальців витягнутих рук, блиск очей, рідкісне миготіння. При опусканні погляду вниз видно смужку склери між верхньою повікою і райдужною оболонкою (симптом «призахідного сонця»). Відзначається лабільність настрою. Шкіра кистей рук підвищеної вологості, тепла. Пальпується злегка збільшена щитоподібна залоза, м'яка, безболісна. Межі серця в нормі, тони серця посилені, тахікардія до 126/хвилину. АТ – 160/50 мм рт. ст. У легенях везикулярне дихання. Живіт м'який, безболісний. Печінка, жовчний міхур, селезінка не збільшені. Випорожнення рідкі, до 5

разів на добу. Сечовипускання 4-5 разів на добу, безболісне. Місячні відсутні протягом останніх 2 місяців.

Аналіз крові: Нв - 126 г /л, КП. - 0,8, ер. - $3,4 \times 10^{12}$ / л, лейкоц.- $6,8 \times 10^9$ / л, ШОЕ - 6 мм/ год.

Аналіз сечі: питома вага - 1024, реакція кисла, білок і цукор відсутні, лейкоц. - 3-4 в полі зору.

ЕКГ - синусова тахікардія 122/хвилину, електрична вісь серця не відхилена. Неспецифічні зміни міокарда.

УЗД щитоподібної залози: дифузне збільшення залози до II ступеня. Вузлів немає.

Гормони крові: Т3 і Т4 перевищують нормальні значення в 1,5 рази, ТТГ - рівень знижений.

1. Встановити попередній діагноз.
2. Намітити план додаткового обстеження.
3. Провести диференціальну діагностику.
4. Визначити тактику лікування.

[12]

Задача №9

Чоловік 56-ти років. Скарг немає.

Протягом 9 років страждає на артеріальну гіпертензію, максимальний АТ 170/90 мм рт ст.

При огляді - підвищеного харчування, зріст 174 см, маса тіла 112 кг. АТ 150/90 мм рт. ст. на тлі прийому еналаприлу. З боку внутрішніх органів відхилень від норми не виявлено.

Рівень глюкози в крові натще в межах 7,8-10,6 ммоль/л

1. Сформулюйте діагноз.
2. Яке дообстеження необхідно провести хворому?
3. Дайте рекомендації щодо харчування.
4. Призначте лікування.

[7]

Задача №10.

Хвора, 26-ти років, страждає на цукровий діабет 1 типу.

Часто порушувала дієту. Лікувалася інсуліном Lantus в максималній дозі 66 ОД. За останній рік у хворої часто виникають гіпоглікемічні стани (2 рази з розвитком коми). Знизила дозу Lantus до 40 ОД.

Обличчя бліде, одутлувате. Набряки гомілок. У легенях дихання везикулярне. Тони серця приглушені, систолічний шум над всіма точками, акцент другого тону над аортою. АТ 160/100 мм.рт.ст. Печінка збільшена + 6 см. Нирки не пальпуються.

Аналіз крові: гемоглобін 90 г/л лейкоцити $5,0 \cdot 10^9$, ШОЕ 50 мм/год.

Аналіз сечі: питома вага 1012, реакція кисла, білок 3 г/л, лейкоцити 10-12 в п/з, еритроцити 8-10 в п/з, циліндри гіалінові 2-3 в п/зору, зернисті - 0-1 в п/зору.

Цукор крові 19 ммоль/л, сечовина 5,7 ммоль/л, креатинін 170 мкмоль/л, холестерин 8,8 ммоль/л, загальний білок 58 г/л.

Глікемічний профіль: 11 годин - 17 ммоль/л, 13 годин - 19 ммоль/л, 18 годин - 17 ммоль/л.

Очне дно: диски зорових нервів рожеві, артерії звивисті, звужені з аневризматичними розширеннями і великою кількістю мікрогеморагій. Вени широкі.

1. Поставити розгорнутий діагноз.
2. Скласти план обстеження.
3. Розрахувати ШКФ.
4. Скорегувати інсулінотерапію.
5. Призначити лікування.

[7]

Задача №11

Чоловік, 56-ти років, звернувся зі скаргами на виражену спрагу до 4 літрів за день, в тому числі і вночі, прискорене сечовипускання.

Ці симптоми з'явилися близько 6 місяців тому і поступово наростали.

Гіперстенік, зріст 178 см, вага 112 кг. Під час загального огляду змін з боку внутрішніх органів не виявлено.

Глюкоза натще 7,4 ммоль/л, через добу 6,8 ммоль/л.

При проведенні стандартного тесту толерантності до глюкози: рівень глюкози натще 6,8 ммоль/л; через 2 години після прийому 75 г глюкози – 12,3 ммоль/л.

При дослідженні сечі: білок – не визначається, Щільність 1012, лейкоцити - 0-1 в п/з, еритроцити - одиничні в п/з.

В аналізах крові без відхилень.

1. Про яке захворювання слід подумати в першу чергу?
2. Оцініть результати обстеження.
3. Які ще дослідження необхідні?
5. Призначте лікування.

[11]

Задача №12

До лікаря звернулася хвора 60-ти років зі скаргами на появу набряків на обличчі і нижніх кінцівках, млявість, слабкість, стомлюваність, часті запаморочення, болі в області серця стискаючого характеру, що виникають при фізичному навантаженні, швидко проходять від прийому нітрогліцерину.

З дитинства відзначає збільшення щитовидної залози. Рік тому розміри щитовидної залози стали збільшуватися, стала прогресувати слабкість, з'явилися набряки. Неодноразово зверталася до лікарів, приймала серцеві глікозиди, сечогінні. Без ефекту.

Об'єктивно: хвора млява, дуже бліда, на запитання відповідає повільно, мова скандована. На шкірі обличчя і гомілок набряк, ямка при натисканні не залишається. Шкіра рук товста, груба, холодна, пігментована, в складку не збирається. Щитовидна залоза збільшена, щільна, дифузна, рухлива. Органи дихання без патології. Серце збільшене. Тони серця приглушені, ритмічні. Пульс 52 уд/хв, АТ 100/60 мм.рт.ст. Язик потовщений з фасетками від зубів. Печінка і селезінка не збільшені.

1. Виділіть провідні синдроми.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Складіть план обстеження для уточнення діагнозу.
4. Складіть план лікування та диспансерного спостереження за хворою.

[9]

Задача №13

Хворий 57-ми років, з діагнозом цукровий діабет 2 типу, внаслідок харчового отруєння відмінив цукрознижуючу терапію. Зберігається біль у животі, зростає спрага.

При огляді: реагує на питання, значна дегідратація, шкіра суха, дихання поверхневе, часте, тахікардія. АТ - 80/60 мм.рт.ст.

На момент обстеження глікемія - 39 ммоль/л, глюкозурія 45 г/л. Реакція сечі на ацетон негативна.

1. Визначте попередній діагноз?
2. Складіть алгоритм надання допомоги на догоспітальному етапі.
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Визначте прогноз.

[7]

Задача №14

У хворого 56-ти років виявлено дифузне збільшення щитовидної залози, екзофтальм, втрата ваги на 7 кг за 2 місяці, пітливість, ЧСС - 118/хв, АТ - 150/90 мм.рт.ст.

1. Виділіть провідні синдроми.
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Складіть план обстеження для уточнення діагнозу.
4. Складіть план лікування та диспансерного спостереження.

[12]

Задача №15

У пацієнтки 26-ти років спостерігаються задишка і відчуття прискореного серцебиття у спокої, тремтіння кінцівок, легка збудливість.

При аускультатії серця вислуховується м'який систолічний шум на верхівці, ЧСС у спокої - 115/хв., аритмічний пульс. АТ- 170/100 мм.рт.ст.

На ЕКГ часта суправентрикулярна екстрасистолія.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно провести?
3. Складіть план лікування.
4. Складіть план амбулаторного спостереження.

[7]

Задача №16

Хвора Н., 52-х років, скаржиться на задишку під час ходьби, відчуття прискороного серцебиття, появу набряків ввечері. Зріст - 170 см, маса тіла - 124 кг. Тони серця ослаблені, тахікардія. Менструальний цикл не порушений, цукор крові - 5,6 ммоль/л, функціональні проби з введенням АКТГ не порушені. На рентгенограмі турецького сідла патології не виявлено.

1. Про яке захворювання слід думати?
2. Чим обумовлений розвиток задишки у хворої?
3. Дайте рекомендації щодо модифікації способу життя.
4. Які додаткові методи дослідження необхідно використовувати в межах диспансерного спостереження за пацієнткою?

[12]

Задача №17

У хворого 45-ти років скарги на тривалі, тупі болі у ділянці серця, задишку при фізичному навантаженні, загальну слабкість, сухість шкіри, значне збільшення маси тіла за останні 6 місяців.

Близько 3-х років тому була операція з приводу дифузно-вузлового зоба.

АТ – 110/90 мм.рт.ст., пульс 57/хв. Аускультативно: послаблення серцевих тонів, перкуторно – збільшення всіх меж серця.

На ЕКГ: зниження вольтажу всіх зубців, порушення внутрішньошлуночкової провідності.

Ехо-КС: зон гіпо- і акінезії немає, фракція викиду – 60%.

1. Визначте попередній діагноз.
2. Чим обумовлені зміни з боку серцево-судинної системи?
3. Призначте необхідне лікування.
4. Подальша тактика амбулаторного ведення хворого.

[7]

ВЕДЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ В ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Задача №1

Хворий, 35 років, працює слюсарем на заводі, скаржиться на задишку з утрудненим видихом, загальну слабкість, сонливість.

З анамнезу: 4 роки тому переніс лівобічну пневмонію. У березні на роботі вдихнув каніфоль, після чого з'явився сухий кашель, який тривав близько години і був перерваний після ін'єкції еуфіліну. Увечері підвищилася температура до $37,8^{\circ}\text{C}$, виник напад задухи. Після лікування бронхолітиками протягом місяця стан покращився, однак через дві доби напади бронхіальної астми поновилися, і хворий знову був госпіталізований. В подальшому часто (2-3 рази на рік) знаходився в стаціонарах, виписувався з тимчасовим поліпшенням. Останнє загострення за добу до звернення: на роботі розвинувся напад задухи, сухий кашель (пов'язує із вдиханням краски). користувався бронхолітиками. Протягом ночі було ще 3 напади, стан на короткий час покращувався інгаляціями сальбутамолу (сумарно за ніч використав 6 доз).

Об'єктивно відзначається дифузний ціаноз. Грудна клітина циліндричної форми. При перкусії - коробковий звук. рухливість легеневих країв обмежена. Дихання жорстке, на тлі розсіяних сухих свистячих хрипів вислуховуються ділянки німого лёгкого. Тахіпное (47 в 1 хвилину). Тони серця глухі. Пульс 96 уд. в 1 хв., ритмічний. АТ 120/70 мм рт. ст. Живіт м'який, печінка не пальпується.

1. Визначте, який невідкладний стан розвинувся у хворого.
2. Складіть алгоритм надання невідкладної допомоги.
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Проведіть експертизу працездатності хворого.

[1]

Задача №2

Хворий, 54 роки, працює водієм автобусу, звернувся до лікаря зі скаргами на кашель вранці з виділенням помірної кількості гнійного харкотіння, задишку, стомлюваність, загальну слабкість, нездужання

підвищення температури до субфебрильних цифр. Виявлено, що хворий - "завзятий" курець, викурює до 30 сигарет на добу протягом 25 років. Протягом багатьох років був кашель вранці з виділенням незначної кількості слизового мокротиння, на що пацієнт не звертав уваги. З роками кашель став більш постійним, турбував не тільки вранці, але і вночі, а іноді і вдень, особливо в холодну погоду. Мокротиння стало виділятися більше, воно набуло слизово-гнійного характеру. 2 роки тому до зазначених симптомів приєдналася задишка, що виникає при незначному фізичному навантаженні. 3 дні тому після переохолодження став відзначати слабкість, субфебрилітет, мокротиння набуло гнійного характеру.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості, число подихів 22 в хвилину. над легенями - коробковий відтінок перкуторного звуку над всією поверхнею, безліч свистячих хрипів на тлі ослабленого везикулярного дихання, видих подовжений. ЧСС 80 в хв. АТ 140/70 мм рт. ст.

На рентгенограмі органів дихання тіней очагово-інфільтративного характеру не виявлено, є посилення і деформація легеневого малюнка в нижніх відділах, нерівномірне підвищення прозорості легневих полів.

Аналіз крові загальний: еритроцити $5,5 \times 10^{12}/л$, лейкоцити - $8,6 \times 10^9/л$, ШОЕ - 8 мм / год.; е-0%, п-8%, с - 58%, л-30%, м-4%

Показники ФЗД: ЖЕЛ - 85% від належного, обсяг форсованого видиху за першу секунду (ОФВ1) 49% від належного, ОФВ1/ФЖЄЛ - 60% від належного.

1. Сформулюйте попередній діагноз
2. Призначте лікування.
3. Проведіть експертизу працездатності
4. Складіть план амбулаторного ведення хворого

[7]

Задача №3

Хворий 64 роки скаржиться на кашель із слизово-гнійним мокротинням, задишку при незначному фізичному навантаженні, стомлюваність, загальну слабкість, нездужання, дратівливість, порушення сну (безсоння ночами, сонливість в денний час), набряки гомілок. Викурює 20 сигарет на добу протягом більше 45 років. Протягом багатьох років відзначав кашель вранці

зі слизовим мокротинням. З роками кашель став більш постійним, турбував не тільки вранці, але і в денний час, а також по ночах. Збільшилася кількість мокротиння, воно набуло слизово-гнійного характеру. Близько 9 років тому до зазначених симптомів приєдналася задишка при фізичному навантаженні. Протягом останнього року відзначає посилення задишки, яка стала виникати при незначному фізичному навантаженні, стали з'являтися набряки на ногах.

При об'єктивному дослідженні: загальний стан середньої тяжкості, число подихів 28 в хвилину. Теплий дифузний ціаноз, набряклість гомілок. Набухання шийних вен зберігається в положенні стоячи. У легенях - коробковий відтінок перкуторного звуку над всією поверхнею, на тлі ослабленого везикулярного дихання, поодинокі сухі свистячі хрипи, видих подовжений. Тони серця приглушені, ритм правильний, систолічний шум біля основи грудини, ЧСС 92 в хв., АТ 140/80 мм рт. ст. Печінка виступає на 3 см з-під краю реберної дуги, позитивний симптом Пleshа.

Аналіз крові: Еритроцити $5,5 \times 10^{12}$ / л, Нb 187 г / л, лейкоцити - $7,6 \times 10^9$ / л, ШОЕ - 2 мм / год, е-0%, п/я - 5%, с/я - 62%, л-28%, м- 5%.

На рентгенограмі органів дихання посилення і деформація легеневого малюнка в нижніх зонах, нерівномірне підвищення прозорості легеневих полів, вибухання стовбура легеневої артерії.

Показники ФЗД: ЖЄЛ - 87% від належного, ОФВ1 38% від належного, ОФВ1/ФЖЄЛ 52% від належного.

1. Визначте, до якої клінічної групи за класифікацією GOLD належить пацієнт.
2. Сформулюйте клінічний діагноз
3. Які додаткові дослідження необхідно провести хворому?
4. Складіть план подальшого ведення хворого.

[12]

Задача №4

Хворий 42 років, працює начальником цеху на місцевому заводі, скаржиться на кашель зі слизово-гнійним мокротинням, біль в лівій половині грудної клітини, підвищення температури тіла до 38 ° С. Захворювання почалося гостро. За тиждень до надходження в лікарню на рибалці він сильно промок і замерз. Наступного дня з'явилися зазначені симптоми. Тиждень

лікувався самостійно, однак самопочуття не поліпшувалося, температура тіла досягла $39,5^{\circ}\text{C}$, наростала загальна слабкість.

Об'єктивно: стан середнього ступеня. тяжкості, число подихів 24 за хв. У легенях в подлопатковій ділянці вкорочення перкуторного звуку, ослаблене везикулярне дихання, дрібно пухирцеві вологі звучні хрипи.

Загальний аналіз крові: еритроцити $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін $138\text{г}/\text{л}$, лейкоцити- $13,1 \times 10^9 / \text{л}$, ШОЕ $36 \text{ мм} / \text{год}$, е – 0%, п/я – 12%, с/я – 48%, л – 34%, м – 6%, токсична зернистість нейтрофілів,.

Загальний аналіз сечі: питома вага 1012, білок – 0,033 г/л, цукор – негативний, лейкоцити – 2-4 п/з, еритроцити – 1-2 п/з, циліндри гіалінові 1-2 п/з.

Рентгенографія орг. гр. клітини: на рівні 8-9 ребер зліва - інфільтративне затемнення з нечіткими контурами.

1. Сформулюйте клінічний діагноз
2. З урахуванням клінічної групи визначте подальше місце лікування хворого
3. Призначте лікування
4. Проведіть експертизу працездатності хворого

[7]

Задача №5

Хворий 56 років, звернувся зі скаргами на кашель з невеликою кількістю слизисто-гнійного мокротиння, озноб, підвищення температури тіла до 39°C , біль в правій половині грудної клітини, пов'язану з актом дихання, задишку, загальну слабкість. Вважає себе хворим на протязі 10 днів, коли після переохолодження з'явився головний біль і біль у м'язах тіла, піднялася температура до $37,8^{\circ}\text{C}$. Самостійно приймав парацетамол, вітамін С. Через 2 дні з'явилися нежить, першіння в горлі, садніння за грудиною, сухий кашель. На 4 день хвороби загальний стан різко погіршився: посилилась загальна слабкість, з'явився біль у правій половині грудної клітини, при диханні, Т тіла підвищилася до $38,2^{\circ}\text{C}$. Сімейним лікарем діагностовано гостру пневмонію і призначено лікування амоксициліном/клавулоном в таблетках. Стан продовжував погіршуватися: з'явилися озноб, пітливість, підвищення температури тіла до 39°C , задишка,

головний біль. Повторно звернувся до сімейного лікаря (8-й день від початку захворювання). Багато палить (півтори пачки на добу протягом 16 років), зловживає алкоголем, працює на виробництві з несприятливим температурним режимом і запиленістю робочого місця.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, помірний акроціаноз. ЧДД 28 в хв. Відзначається відставання правої половини грудної клітини в акті дихання. Справа в проекції ураженої частки визначається притуплення перкуторного звуку, жорстке дихання, дрібнопухирчасті вологі звучні хрипи, бронхофонія і голосове тремтіння посилено. Тони серця приглушені, ЧСС 112 в 1 хв. Під час огляду у хворого з'явився напад кашлю з відходженням гнійного мокротиння неприємного запаху в кількості близько 100 мл.

1. Яке ускладнення можна припустити у хворого?
2. Сформулюйте клінічний діагноз.
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Які рентгенологічні зміни можна припустити у хворого?

[1]

Задача №6

Жінка 26 років. Через 2 дні після того, як дві її співробітниці захворіли на ГРВІ, з'явилися різь в очах, водянисті виділення з носа, м'язова слабкість, болі в попереку і кінцівках, головний біль, озноб. До 23.00 температура тіла піднялася до 37,8°C. Вранці наступного дня зазначила охриплість, відчуття "садніння" за грудиною і кашель - грубий, нападopodobний. Лікар, який прийшов ввечері того ж дня, зазначив гіперемію кон'юнктив, ін'єкцію судин склер, яскраву гіперемію зіва, а в легенях - жорстке дихання і розсіяні хрипи, що дзижчать. Число подихів 20 в 1 хв., ЧСС 92 уд. в хв. При аускультатії серця ритм правильний, невелика приглушеність тонів. Температура тіла при огляді 37,6°C. Кашель до цього часу став частішим, але менш грубим, з тріскучими і свистячими компонентами. Призначивши лікування, лікар при активному відвідуванні хворої на наступний день (3 день хвороби) зазначив вільне носове дихання при відділенні невеликої кількості слизу, зменшення гіперемії кон'юнктив і зіву, вираженості кашлю. Одночасно з'явилося скудне виділення мокротиння у вигляді грудочок слизу, збільшилася в легких кількість сухих дзижжачих хрипів. Температура тіла знизилася до 37,1° С.

Пальпація і перкусія грудної клітини патології не виявили, число подихів 18 в 1 хв.

1. Сформулюйте клінічний діагноз.
2. Визначте, які додаткові обстеження необхідно провести.
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Призначте лікування.

[9]

Задача №7

Хворий 58 років звернувся в поліклініку зі скаргами на задишку при ходьбі в звичайному темпі, при підйомі на 1 поверх; задишка посилюється в холодну пору року, при перепаді температури зовнішнього середовища; також турбує незначний кашель з відходженням сірого мокротиння переважно вранці; до 20 мл за добу. Задишка турбує протягом 8 місяців, поступово підсилюючись. У попередні роки до лікаря практично не звертався, тільки з приводу гострих респіраторних захворювань, які виникали рідко. Палить з 17 років по 1,5 пачки сигарет в день.

Об'єктивно: астеничної тілобудови, колір шкірних покривів і слизових сіруватий з ціанотичним відтінком, при перкусії легень визначається коробковий звук у всіх відділах, нижній край легенів опущений на 1,5 ребра, рухливість легеневого краю - 1,5 см по лінії лопатки, дихання різко ослаблене, хрипи не визначаються. Межі серця в межах норми, однак, визначення їх вимагає посиленої перкусії, абсолютна тупість серця не визначається. ЧСС 82 уд. в хв. АТ 130/85 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який безболісний. Нижній край печінки пальпується на 4 см нижче реберної дуги. Селезінка не збільшена. Фізіологічні відправлення в нормі.

Загальний аналіз крові: гемоглобін - 132 г / л, кольоровий показник - 0,9, еритроцити - $4,4 \times 10^{12}$ /л; лейкоцити - $6,2 \times 10^9$ /л; п / я - 3%, с / я - 62%, е - 2%, л - 28%, м - 5%, ШОЕ - 6 мм / год.

Загальний аналіз сечі: колір світло-жовтий, прозорий; щільність - 1020; білок - немає; цукор - немає; еп. пл. - 1-2-3 в п/з; лейкоцити - 2-3 в п/з. Загальний аналіз мокротиння: характер слизовий, колір сірий, епітеліальні клітини 3-6 в п/з., лейкоцити - 6-8 в п/з.

ЕКГ - ритм синусовий, вертикальне положення електричної осі серця.

ФЗД: ОФВ1 42% від належного, ОФВ1/ФЖЄЛ 68% від належного.

1. Дайте оцінку змінам функції зовнішнього дихання.
2. Сформулюйте клінічний діагноз
3. Призначте лікування
4. Складіть план подальшого ведення хворої в амбулаторних умовах.

[7]

Задача №8

Хворий 62 років, пенсіонер, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на поганий апетит, схуднення в останні 2 місяці, кашель з мокротою з домішкою крові, болі в грудній клітці справа, задишку, що підсилюється при фізичному навантаженні.

Рентгенографія легенів: праве легенеve поле звужене в розмірах, на рівні 2 ребра визначається ділянка затемнення неправильної форми середньої інтенсивності з округлою порожниною розміром 1,5 × 2 см, навколо якої фіброз і поліморфні вогнища, органи середостіння зміщені вправо.

1. Яке захворювання можна припустити у хворого?
2. Які обстеження необхідно провести в першу чергу?
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Яку медичну документацію необхідно заповнити в даному випадку?

[1]

Задача №9

Чоловік 23 роки, працює програмістом на приватному підприємстві, звернувся зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, головний біль, підвищення температури тіла до 37,5°, сухий кашель. Хворіє другий день, захворювання пов'язує з переохолодженням.

Об'єктивно: температура тіла 37,2°C. Загальний стан задовільний. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Перкуторний звук над легенями ясний. Дихання жорстке, розсіяні сухі свистячі хрипи. ЧДД - 16 в хв. Тони серця ясні, ритмічні, ЧСС - 72 в хв, АТ 120/80 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

1. Яке захворювання можна припустити у хворого?
2. Які додаткові обстеження необхідно провести?

3. Призначте лікування.
4. Проведіть експертизу працездатності.

[7]

Задача №10

Хворий Б., 37 років, звернувся до амбулаторії зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, зниження працездатності, підвищення температури, кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння, задишку. Погіршення стану настало 5 днів тому, після переохолодження.

Хворіє протягом 5 років, загострення виникають періодично в осінньо-весняний період і часто пов'язані з переохолодженням. Слизисто-гнійне мокротиння при загостреннях кілька місяців поспіль в помірній кількості. Хворий палить протягом 20 років по 1 пачці сигарет в день.

Об'єктивно: температура 37,5°. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста. Дихання везикулярне, ослаблене в нижніх відділах справа, зам же визначаються різнокаліберні вологі хрипи. ЧДД 22 в хв. Тони серця ясні, ритмічні. ЧСС 82 в хв. АТ 120/80 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Призначте необхідні до обстеження.
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Призначте лікування та складіть план подальшого ведення хворого.

[11]

Задача №11

Хвора В., 43 років, звернулася до лікаря зі скаргами на щоденні напади задухи, особливо утруднений видих, загальну слабкість, нездужання. Після нападу відходить невелика кількість в'язкого скловидного харкотиння. Хворіє 3 роки, зазначені скарги виникають щорічно в червні, в липні все симптоми зникають. Своє захворювання пов'язує з втратою близької людини.

Є двоє дітей 7-й і 13-ти років, у яких теж бувають напади задухи. У матері і бабусі також відзначалися напади задухи. У хворої є алергія на полуницю, пеніцилін.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Хвора сидить, спираючись руками об край стільця. Шкіра чиста, з ціанотичним відтінком. Грудна клітка бочкоподібна, над- і підключичні області згладжені, міжреберні проміжки розширені, відзначається набухання шийних вен, участь допоміжної мускулатури, втягнення міжреберних просторів. Дихання гучне, зі свистом і шумом, 26 разів за хвилину. При перкусії відзначається коробковий звук, нижня межа легень по середньо-пахвовій лінії визначається на рівні 9 ребра, екскурсія легень по цій лінії складає 2 см. На тлі ослабленого везикулярного дихання з подовженим видихом вислуховуються сухі свистячі хрипи. ЧДД - 26 в хв. Тони серця ритмічні, ясні, 92 в хв., АТ 110/70 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

Пікова швидкість видиху при пікфлоуметрії становить 70% від належної.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Складіть алгоритм надання невідкладної допомоги.
3. Призначте лікування.
4. Складіть план амбулаторного ведення хворої.

[12]

Задача №12

Хвора Е., 72 роки, скаржиться на головний біль, високу температуру, різкий колючий біль в правій половині грудної клітини, який підсилюється при кашлі, задишку, кашель з мокротою іржавого кольору. Захворювання почалося гостро, після переохолодження. Хворіє 2-й день. В анамнезі артеріальна гіпертензія, близько 3-х років – постійна форма фібриляції передсердь, півроку тому проходила курс стаціонарного лікування з приводу серцевої недостатності, медикаментозна терапія регулярна: аспірин, еналаприл, бісопролол, спіронолактон.

Об'єктивно: температура 39,4°C. Загальний стан важкий. Обличчя гиперемоване, на губах визначаються герпетичні висипання. ЧДД - 34 в хв. При огляді права половина грудної клітки відстає при диханні, при пальпації голосове тремтіння посилене, при перкусії в нижніх відділах справа визначається притуплення звуку, при аускультатії справа в нижніх відділах дихання ослаблене, визначається крепітація. Діяльність серця аритмічна,

тони приглушені, ЧСС 126 за хв., пульс 108 за хв., аритмічний, АТ 110/70 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено. Гомілки пастозні.

Сатурація кисню 89%.

1. Встановіть попередній діагноз.
2. Які дослідження необхідно провести в першу чергу?
3. Визначте подальшу тактику ведення хворої.

[1]

Задача №13

Хворий Г., 58 років, працює слюсарем на місцевому підприємстві, звернувся сімейного лікаря зі скаргами на загальну слабкість, підвищення температури, кашель із слизово-гнійною мокротою, задишку. Захворів 10 днів тому: з'явився нежить, кашель, боліла голова, лікувався сам, лікарняний лист не брав. Гірше стало вчора - знову піднялася температура до 38,4°C.

В анамнезі сечокам'яна хвороба. 2 роки тому знаходився на лікуванні з приводу ГПМК (транзиторна ішемічна атака). Приймає телмісартан 80 мг/добу.

Об'єктивно: температура - 38,6°C. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра чиста, гіперемія обличчя. Число подихів 30 в хв. При огляді грудної клітки і при пальпації змін немає. При перкусії зліва під лопаткою притуплення перкуторного звуку. При аускультатії в цій області дихання жорстке, вислуховуються звучні вологі хрипи. Тони серця приглушені. Пульс - 98 в хв., Ритмічний, задовільного наповнення. АТ 110/60 мм рт.ст. Язик обкладений білим нальотом. Абдомінальної патології не виявлено. Сатурація кисню 92%.

1. Яке захворювання можна припустити?
2. Які дослідження необхідно провести в першу чергу?
3. Визначте подальший маршрут пацієнта.
4. Складіть план лікування та реабілітації.

[7]

Задача №14

Хворий, 32-х років, скаржиться на сильний кашель з виділенням великої кількості гнійного мокротиння з неприємним смердючим запахом, на

підвищену температуру, нездужання, задишку, біль в правій половині грудної клітки. Захворів тиждень тому після переохолодження. За медичною допомогою не звертався, приймав аспірин. Вчора стан різко погіршився, посилюється кашель, з'явилася велика кількість гнійної мокроти з неприємним запахом.

Об'єктивно: температура 38,5°C. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра чиста. Гіперемія обличчя. При перкусії грудної клітини справа під лопаткою в області 7-8 міжребер'я притуплення перкуторного звуку. На решті легеневої звук. При аускультатії в області притуплення дихання бронхіальне, вислуховуються крупно-і середньопухирчасті вологі хрипи. В інших відділах легень дихання везикулярне. Тони серця приглушені. ЧСС 102 в хв. АТ 100/70 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

1. Розвиток якого ускладнення можна припустити у хворого?
2. Сформулюйте попередній діагноз.
3. Які дослідження необхідно провести в першу чергу?
4. Визначте подальшу тактику ведення пацієнта (маршрут, принципи лікування).

[9]

Задача №15

Чоловік 52 років, приватний підприємець, звернувся за допомогою в зв'язку з наростаючою задишкою під час невеликих фізичних навантажень (ходьба до 200м, підйом сходами до 2-го поверху), за порадою дружини приймав нітрогліцерин, без ефекту. В анамнезі багаторічне паління. Артеріальної гіпертензії в анамнезі немає. Рідні брати та батько хворого страждають на ішемічну хворобу серця.

Об'єктивно: Загальний стан середньої важкості. Дифузний ціаноз. Діяльність серця ритмічна, тони приглушені, шумів немає. АТ 130/80 мм рт ст., ЧСС 72/хв. Над легеньми везикулярне дихання з жорстким відтінком, на форсованому видиху вислуховується безліч різнокаліберних сухих хрипів. Органи черевної порожнини без патології. Набряків немає.

На оглядовій рентгенограмі легеневої поля підвищеної прозорості. Діафрагма сплюснена і зміщена вниз, тінь серця зменшена. Тіні ребер

розташовані більш горизонтально, ніж зазвичай. Видно передні відрізки дев'яти ребер.

ЕКГ: вольтаж достатній. Ритм синусів, правильний, ЧСС 68/хв.. електрична вісь серця не відхилена. Неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. Ішемічних змін не виявлено.

1. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
2. Призначте необхідні обстеження.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Складіть план подальшого ведення хворого.

[1]

Задача №16

У медпункт звернувся пацієнт 45 років. Скарги на задишку з утрудненим видихом, нападаподібний кашель з в'язкою мокротою, різку слабкість. Виникнення нападу пов'язує з запахом фарби (вдома йде ремонт).

Об'єктивно: пацієнт займає вимушене положення - сидить, спираючись руками об край стільця. Шкірні покриви з ціанотичним відтінком. Перкуторнийзвук коробковий. У легенях вислуховуються у великій кількості сухі свистячі хрипи. ЧДД 28 в хв. Пульс 96 уд. / хв. ПОШ видошу за даними пікфлуометрії становить 60%.

1. Яке захворювання можна припустити у хворого?
2. Складіть алгоритм надання невідкладної допомоги.
3. Призначте до обстеження.
4. Визначте подальший план ведення хворого.

[7]

ПРИКЛАДИ РОЗ'ЯЗАННЯ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

Задача № 1

Хвора С. 54 років. Скаржиться на сильний нападаподібний кашель з виділенням мокротиння жовтого кольору в невеликій кількості, болі в подлопатковій ділянці праворуч, що посилюються при диханні, кашлі, задишка при фізичному навантаженні, слабкість, нездужання, температура до 39°C надвечір.

З анамнезу: вважає себе хворою 6 добу, коли після сильного переохолодження з'явився озноб, підвищення температури до 40°C, різка слабкість, задишка, біль під правою лопаткою. На третю добу хвороби приєднався кашель.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості, ціаноз губ. Права половина грудної клітини відстає в акті дихання. ЧД - 24 в хв. Перкуторно справа нижче кута лопатки притуплення перкуторного тону. Дихання над усією поверхнею легень жорстке, праворуч в нижче лопатки ослаблене, вислуховуються поодинокі, вологі, хрипи, шум тертя плеври. Тони серця ритмічні. ЧСС 98 в хв. АТ 130/80 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний.

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які додаткові обстеження необхідно призначити хворій?
3. Визначте подальший маршрут пацієнтки.
4. Призначте лікування.

Еталони правильних відповідей:

1. Не госпітальна пневмонія з локалізацією в нижній долі правої легені, 1 клінічна група, клас ризику летальності 2, ЛН 0. Реактивний плеврит.
2. Рентгенографія органів грудної порожнини, загальні аналізи крові та сечі, загальний аналіз мокроти та дослідження її на наявність МБТ.
3. Оскільки пацієнтка відноситься до 1 клінічної групи, критерії важкості перебігу не госпітальної пневмонії відсутні, лікування проводити в амбулаторних умовах.
4. Амоксицилін по 1000 мг 3 рази на добу, амброксол 30 мг 3 рази на добу, диклофенак 50 мг 1 таб 1 раз на добу. Повторний огляд на 3 добу від початку лікування, за необхідності – корекція призначень.

Задача № 2

Пацієнтка К., 61 роки, пенсіонерка, пред'являє скарги на підвищення АТ до 170/95 мм рт. ст., пекучі болі в області серця, які розповсюджуються в ліву руку при підйомі на один поверх, серцебиття, перебої в роботі серця, задишку при незначному навантаженні, дискомфорт в правому підребер'ї.

З анамнезу: страждає на артеріальну гіпертензію протягом 7 років. 2 роки тому перенесла ГІМ (великовогнищевий).

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Дихання везикулярне, в нижніх відділах симетрично вислуховуються хрипи. Перкуторно ліва межа серця визначається на 2 см назовні від серединно-ключичної лінії. Тони серця приглушені, аритмічні, вислуховується систолічний шум на верхівці. Частота серцевих скорочень 95 ударів в 1 хвилину, пульс - 92, АТ - 175/95 мм ср ст. Живіт м'який, чутливий в правому підребер'ї. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Гомілки пастозні. Стілець, сечовипускання в нормі.

ЕКГ: гіпертрофія лівого шлуночка, очагово-рубцові зміни по задній стінці лівого шлуночка, шлуночкова екстрасистолія по типу бігемінії.

ЕХО-КГ змінена структура стінок аорти і стулок аортального клапана, помірна гіпертрофія стінок лівого шлуночка. Гіпокінезія задньої стінки в серединному і апікальному сегментах. ФВ 40%. Незначна мітральна недостатність.

1. Сформулюйте клінічний діагноз.
2. Призначте дообстеження.
3. Складіть план лікування.
4. Складіть план подальшого амбулаторного ведення хворої.

Еталони правильних відповідей:

1. ІХС: стенокардія напруження, III функціональний клас, постінфарктний кардіосклероз (задній Q-інфаркт міокарда, 2017 р.), часта шлуночкова екстрасистолія (клас 2 за V.Low), СН 2-А ст. зі зниженою систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ 40%).
2. Загальний аналіз крові та сечі, ліпідограма, цукор крові, електроліти, креатинін, трансамінази крові, добове моніторування ЕКГ за Холтером. Вважаючи високий клас стенокардії, бажано проведення

коронароангіографії з подальшою консультацією кардіолога та кардіохірурга.

3. Раміприл 10 мг по 1 таб 1 раз на добу, бісопролол 10 мг 1 раз на добу, аторвастатин 40 мг 1 раз на добу, аспірин 100 мг 1 раз на добу, фуросемід 40 мг 1 таб 1 раз на добу, спіронолактон 50 мг 1 таб 1 раз на добу, ізосорбїду динітрат 20 мг 2 рази на добу.
4. Плановий огляд сімейного лікаря 1 раз на 3 місяці (у хворої є ознаки серцевої недостатності), кардіолога 1 раз на 6 місяців, контроль трансаміназ та електролітів крові через 1 місяць, плановий контроль ліпідограми, креатиніну крові щопівроку, ЕКГ під час кожного візиту, ЕХО-КС 1 раз на рік.

В разі компенсації серцевої недостатності, контролю АТ та відсутності аритмії можливе санаторно-курортне лікування 1 раз на рік в місцевому санаторії кардіологічного профілю, рекомендована пора року весна – осінь.

Задача № 3

Пацієнт, 34 роки, скаржиться на помірну задишку та відчуття прискороного серцебиття при фізичному навантаженні (швидка хода, підйом сходами на 4 поверхи), появу набряків на гомілках наприкінці дня. Не палить, працює в офісі. Хронічних захворювань в анамнезі не виявлено. Батьки захворюваннями серцево-судинної системи не страждають.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Зріст 182 см, вага 108 кг. В легенях везикулярне дихання, хрипів немає. Діяльність серця ритмічна, тони гучні, АТ 130/80, ЧСС 78 за хв. Органи черевної порожнини без патології. Незначна пастозність гомілок, ознаки варикозного розширення вен нижніх кінцівок.

Зальні аналізи крові та сечі без патології; цукор крові 5,2 ммоль/л; Загальний холестерин 5,74 ммоль/л, ТГ – 1,7 ммоль/л, ХС ЛПВЩ – 1,4 ммоль/л, ХС ЛПНЩ 3,4 ммоль/л.

За даними доплерографії судин нижніх кінцівок виявлено збільшення товщини комплексу інтима-медія до 1,1мм з порушенням диференціювання на шари та поодинокі атеросклеротичні бляшки без ознак клінічно-значущого стенозування.

ЕКГ та ЕХО-КС: без патологічних змін.

1. Розрахуйте індекс маси тіла
2. Визначте ризик виникнення кардіоваскулярних ускладнень
3. Дайте рекомендації щодо модифікації способу життя
4. Призначте, за необхідності, медикаментозне лікування.

Еталони правильних відповідей:

1. ІМТ $32,6 \text{ кг/м}^2$ – ожиріння 1 ступеня.
2. Відносний ризик виникнення серцево-судинних ускладнень – 1% - помірний. Однак, враховуючи ознаки атеросклеротичних змін артерій нижніх кінцівок та ожиріння, індивідуальний ризик кардіоваскулярних ускладнень – високий.
3. Зниження ваги тіла, регулярні помірні фізичні навантаження (не менше 45 хв. на день щоденно), обмеження споживання кухонної солі, легкозасвоюваних вуглеводів, жирів тваринного походження.
4. Показаний прийом статинів (аторвастатин 40 мг 1 раз на добу).

Додаток 1

**Передтестова ймовірність хронічної ІХС у пацієнтів зі стабільним
Болем у грудній клітині**

Вік, роки	Варіант болю у грудній клітці					
	Типова стенокардія		Атипова стенокардія		Не ангінозний біль	
	Чоловік	Жінка	Чоловік	Жінка	Чоловік	Жінка
30-39	59	28	29	10	18	5
40-49	69	37	38	14	25	8
50-59	77	47	49	20	34	12
60-69	84	58	59	28	44	17
70-79	89	68	69	37	54	24
>80	93	76	78	47	65	32

ПТЙ <15% - пацієнти і не потребують додаткових обстежень.

ПТЙ 15-65% - пацієнти потребують навантажувального тестування, а також, якщо є можливість, слід використовувати неінвазивні методи візуалізації, особливо у осіб молодого віку.

ПТЙ 66-85% - для діагностики ХІХС показані неінвазивні методи візуалізації.

ПТЙ >85% - наявність ХІХС не підлягає сумнівам, пацієнт потребує тільки стратифікації ризику.

Додаток 2

Ризик інсульту та тромбоемболій при фібриляції передсердь без ураження стулок серця за шкалою CHA2DS2-VASC

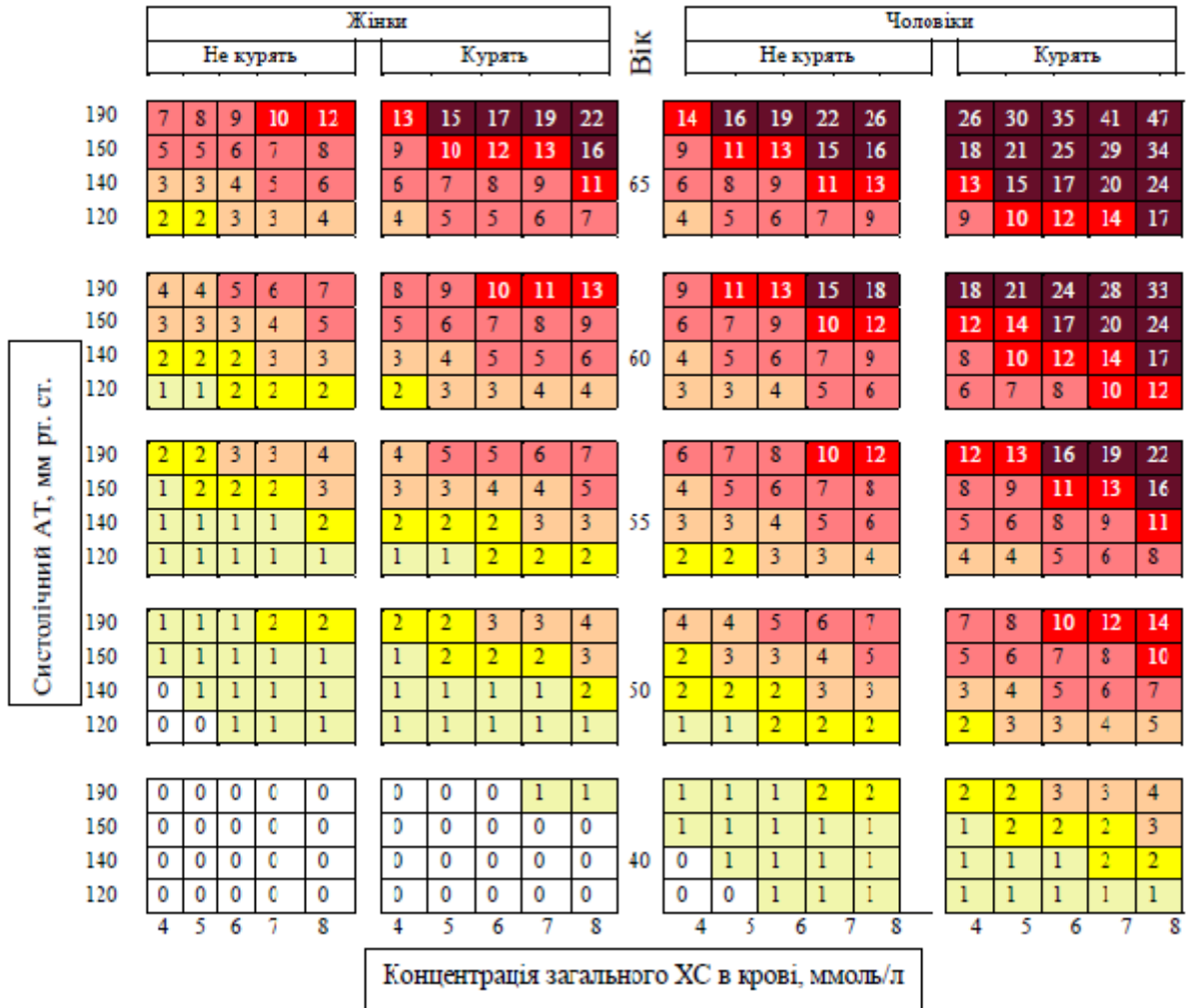
Фактор ризику	Кількість балів
Застійна СН/дисфункція ЛШ	1
Артеріальна гіпертензія	1
Вік \geq 75	2
Цукровий діабет	1
Інсульт/ТІА/ТЕ	2
Судинна патологія	1
Вік 65-74 роки	1
Стать (жіноча стать)	1
Максимальна кількість балів	9

Шкала оцінки геморагічних ускладнень при фібриляції передсердь HAS-BLED

Літера	Клінічна характеристика	Кількість балів
H	Артеріальна гіпертензія	1
A	Порушення функції печінки/нирок по 1 балу за кожне	1 або 2
S	Інсульт	1
B	Геморагічні ускладнення	1
L	Лабільні рівні МНВ або ПТІ	1
E	Похилий вік (вік \geq 65 років)	1
D	Застосування інших лікарських засобів та зловживання алкоголю	1 або 2

Додаток 3

**Шкала оцінки ризику розвитку смертельних ССЗ протягом 10 років
Європейська карта оцінки ризику розвитку ССЗ в регіонах з початковим
високим ризиком розвитку ССЗ (дані SCORE)**



	15% та вище		2%
	10-14%		1%
	5-9%		< 1%
	3-4%		

Додаток 4

Модифікована шкала для оцінки тяжкості задишки Медичної дослідницької ради

Оцінка задишки в балах	Опис
0	Задишка виникає лише при дуже інтенсивному навантаженні.
1	Задишка при швидкому підйомі на поверх або при ходьбі вгору.
2	Задишка примушує мене ходити повільніше, ніж люди мого віку, або з'являється необхідність зупинки при ходьбі в своєму темпі по рівній місцевості.
3	Задишка примушує робити зупинки при ходьбі на відстань близько 100 м або через декілька хвилин ходьби по рівній місцевості.
4	Задишка робить неможливим вихід за межі свого будинку або з'являється при одяганні і роздяганні.

Тест контролю астми
(Asthma Control Test – ACT)

Як часто впродовж останніх 4-х тижнів астма заважала Вам виконувати звичайний об'єм роботи (на роботі, на навчанні або вдома)?	1 – увесь час 2 – дуже часто 3 – іноді 4 – зрідка 5 – ніколи
Як часто впродовж останніх 4-х тижнів Ви відмічали у себе утруднене дихання?	1 – частіше ніж 1 раз на день 2 – 1 раз на день 3 – від 3 до 6 разів на тиждень 4 – 1-2 рази на тиждень 5 – жодного разу
Як часто впродовж останніх 4-х тижнів Ви прокидались вночі або раніше, ніж звичайно, через симптоми астми (свистячого дихання, кашлю, утрудненого дихання, відчуття стиснення в грудях або болі в грудях)?	1 – ≥ 4 ночі за тиждень 2 – 2-3 ночі за тиждень 3 – раз на тиждень 4 – 1-2 рази 5 – жодного разу
Як часто впродовж останніх 4-х тижнів Ви використовували інгалятор “швидкої допомоги” або небулайзер (такі як сальбутамол)?	1 – ≥ 3 рази на день 2 – 1-2 рази на день 3 – 2-3 рази на день 4 – < 1 рази на тиждень 5 – жодного разу
Як би Ви оцінили, наскільки Вам вдалося контролювати астму впродовж останніх 4-х тижнів?	1 - зовсім не вдалось 2 – погано 3 – в деякій мірі 4 – добре 5 – повністю вдалось контролювати
Загальна оцінка (сума балів)	

Трактовка результатів:

<15 балів - відсутність контролю БА

16-18 балів - частковий контроль

>20 балів - добрий контроль.

Прогностична шкала PORT
(Pneumonia Patient Outcomes Research Team)

Ознака	Кількість балів	Ознака	Кількість балів
Супутні захворювання		Демографічні фактори	
		Вік чоловіка	= вік
Злоякісні пухлини	+ 30	Вік жінки	= вік -10
Захворювання печінки	+ 20	Перебування в будинку престарілих	+ 10
Застійна серцева недостатність	+ 10	Лабораторні ознаки	
Цереброваскулярні захворювання	+10		
Захворювання нирок	+10	pH нижче 7,35	+30
симптоми			
Загально мозкова симптоматика	+20	Сечовина крові вище	+20
Частота дихання більше 30 в 1хв	+20	Натрій сироватки нижче 130 мэкв/л	+20
АТ сист нижче 90 мм рт.ст.	+20	Гематокрит	+10
Температура тіла нижче 35°C або вище 40°C	+15		
Частота пульсу вище 125 в 1хв	+10	pO ₂ нижче 60 мм рт.ст	+10
Плевральний випіт	+10		

**Класи ризику летальності у хворих
на негоспітальну пневмонію (PORT)**

<i>Клас ризику</i>	<i>Сума балів</i>	<i>Летальність, %</i>	<i>Лікування</i>
I	0	0,1	Амбулаторне
II	< 70	0,6	Амбулаторне
III	71-90	2,8	Амбулаторне (стаціонарне)
IV	91-130	8,	Стаціонарне
V	> 130	29,2	Стаціонарне

**Шкала CURB/CRB-65
(W.S.Lim і співавт., 2003)**

Алгоритм оцінки ризику несприятливого результату і вибору місця лікування при пневмонії (шкала CURB-65).

Симптоми і ознаки:

- **Порушення свідомості**
- **Азот сечовини крові > 7 ммоль/л**
- **Частота дихання \geq 30/хв**
- **Систолічний АТ < 90 або діастолічний \leq 60 мм рт.ст.**
- **Вік \geq 65 лет**

0-1 бал	I група (летальність 1,5%)	амбулаторне лікування
2 бали	II група (летальність 9,2%)	госпіталізація (короткочасно) або амбулаторне лікування під наглядом
\geq 3 балів	III група (летальність 22%)	невідкладна госпіталізація

**Шкала SMART-COP
(R.G. Charles і співавт., 2008)**

	Значення показника	Бали
S	Систолічний АТ < 90 мм рт.ст.	2
M	Мультилобарна інфільтрація на рентгенограмі ОГПІ	1
A	Вміст альбуміну у плазмі крові < 3,5 г/дл	1
R	Частота дихання > 25/хв у віці < 50 років і >30/хв у віці > 50 років	1
T	ЧСС > 125/хв	1
C	Порушення свідомості	1
O	Оксигенація: PaO ₂ < 70 мм рт.ст., SpO ₂ < 94% або PaO ₂ /FiO ₂ < 333 у віці <50 років PaO ₂ < 60 мм рт.ст., SpO ₂ < 96% або PaO ₂ /FiO ₂ < 250 у віці >50 років	2
P	pH* артеріальної крові < 7,35	2
Загальна кількість балів		

*Не оцінюється у шкалі SMART-CO

Б. Інтерпретація SMART-COP

Бали	Потреба у респіраторній підтримці та вазопресорах
0-2	Низький ризик
3-4	Середній ризик (1 з 8)
5-6	Високий ризик (1 з 3)
> 7	Дуже високий ризик (2 з 3)

В. Інтерпретація SMART-CO

Бали	Потреба у респіраторній підтримці та вазопресорах
0	Дуже низький ризик
1	Низький ризик (1 з 20)
2	Середній ризик (1 з 10)
3	Високий ризик (1 з 6)
> 4	Дуже високий ризик (1 з 3)

**Симптоми «червоних прапорців»
при диспепсії («тривожні ознаки»)**

1	Ознаки шлунково-кишкової кровотечі (блювання з домішками крові, мелена)
2	Немотивована анемія
3	Немотивована прогресуюча втрата маси тіла
4	Прогресуюча дисфагія
5	Персистуюче блювання
6	Підвищення ШОЕ, лейкоцитоз
7	Надключична лімфаденопатія
8	Симптоми диспепсії, які вперше виникли в віці після 45 років

**Шкала Глазго оцінки тяжкості алкогольного гепатиту
(Glasgow alcoholic hepatitis score - GAHS)**

Показники	Бали		
	1	2	3
Вік, роки	<50	≥50	-
Лейкоцити, $\times 10^9$	<15	≥15	-
Сечовина, ммоль/л	<5	≥5	-
Протромбіновий час пацієнта/протромбіновий час контролю	<1,5	1,5-2,0	≥2
Білірубін, мг/дл	<7,3	7,3-14,6	>14,6

Примітка. 8 балів – життєвий прогноз несприятливий, при значенні більше 9 балів до 28-дня виживає 46% хворих, а до 84 дня – 40%.

Додаток 11

Опитувальник для виявлення болю в животі при скринінгу пацієнтів із захворюваннями шлунково-кишкового тракту

Симптоми	Бали				
	Немає відчуттів	Легкі	Помірні	Сильні	Нестерпно сильні
1. Біль в животі без чіткої локалізації	1	2	3	4	5
2. Біль у верхніх черевних квадрантах поверхнево	1	2	3	4	5
3. Біль у верхніх черевних квадрантах глибокий біль	1	2	3	4	5
4. Біль в животі перед їдою (натще серце)	1	2	3	4	5
5. Біль в животі в нічний час	1	2	3	4	5
6. Блювота	1	2	3	4	5
7. Нудота	1	2	3	4	5
8. Відрижка повітрям	1	2	3	4	5
9. Кисла відрижка	1	2	3	4	5
10. Печія	1	2	3	4	5
11. Відчуття паління в животі	1	2	3	4	5
12. Втрата апетиту	1	2	3	4	5

* Чим вище рівень, тим більш серйозні ознаки розладів.

* Нижню межу пропонується вибирати як ≥ 16 балів.

* Чутливість анкети складає при ≥ 16 баллах - 82 % ; специфічність 83 %; коефіцієнт кореляції - 0.89.* Альфа Cronbach'a (= внутрішня однорідність ознак) - 0.82.

Число балів СУМА= (вказується для усіх 12-ти ознак).

Інтерпретація: - мінімальний рівень значення - 12 ; максимальний рівень значущості - 60.

Додаток 12

Шкала для оцінки ризику захворювання цукровим діабетом 2 типу

1. Вік, роки	
До 45	0 балів
45–54	2 бали
55–64	3 бали
Старше 64 років	4 бали
2. ІМТ, кг/м²	
Менше 25	0 балів
25–30	1 бал
Більше 30	3 бали
3. Окружність талії, см	
♂: <94 ♀: <80	0 балів
<94–102 <80–88	3 бали
>102 >88	4 бали
4. Чи приділяєте Ви кожного дня як мінімум 30 хвилин фізичної активності на роботі або під час відпочинку (включно зі звичайною повсякденною активністю)?	
Так	0 балів
Ні	2 бали
5. Як часто Ви вживаєте в їжу овочі, фрукти, ягоди?	
Щоденно	0 балів
Не кожен день	1 бал
6. Чи приймали Ви коли-небудь антигіпертензивні засоби?	
Ні	0 балів
Так	2 бали
7. Чи виявляли у Вас коли-небудь підвищений рівень глюкози у крові (наприклад, при диспансерному обстеженні, під час хвороби, у період вагітності)?	
Ні	0 балів
Так	5 балів
8. Чи був діагностований у когось з членів Вашої родини або найближчих родичів ЦД 1-го чи 2-го типу?	
Ні	0 балів
Так: дідусь, бабуся, тітка, дядько або кузени	3 бали
Так: батьки, брати, сестри або діти	5 балів
Сума балів	

Оцінка сумарного ризику протягом наступних 10 років

Сума балів	Очікуваний ризик
<7	Низький: розвиток ЦД можливий у 1 випадку зі 100
7–11	Незначно підвищений: розвиток ЦД можливий у 1 випадку з 25
12–14	Помірний: розвиток ЦД можливий у 1 випадку з 6
15–20	Високий: розвиток ЦД можливий в кожному третьому випадку
>20	Дуже високий: розвиток ЦД можливий в кожному другому випадку

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Михайловська Н.С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних хронічних захворюваннях дихальної системи: навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н.С. Михайловська, О.О. Лісова. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 126 с. – Рекомендовано Вченою Радою ЗДМУ (прот. № 8 від 20.03.2018 р.).

2. Михайловська Н.С. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях сечовидільної системи: навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н.С. Михайловська, О.О. Лісова, Л.Є. Мінняйленко. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 148 с. – Рекомендовано Вченою Радою ЗДМУ (прот. № 10 від 29.05.2018 р.).

3. Алгоритм діяльності сімейного лікаря при основних захворюваннях серцево-судинної системи. Ведення хворих з синдромом анемії в амбулаторних умовах: навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н.С. Михайловська, Т.В. Олійник, Л.Є. Мінняйленко [та ін.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 148 с. – Рекомендовано Вченою Радою ЗДМУ (прот. № 10 від 29.05.2018 р.).

4. Михайловська Н.С. Роль сімейного лікаря у наданні медичної допомоги в амбулаторних умовах: збірник тестових завдань та ситуаційних задач для підсумкового контролю знань студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н.С. Михайловська, Т.В. Олійник. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 272 с. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 22.02.2018 р.).

5. The risk factors and screening of main chronic noncommunicable diseases: Study guide for the practical classes and individual work for 6th-years students of international faculty (speciality «General medicine») Discipline «General practice – family medicine» / Н.С. Михайловська, Г.В. Грицай, Л.Є. Мінняйленко [та ін.]. - Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 158 с. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 5 від 24.05.2018).

6. The first aid in the case of non-epidemic diseases. Study guide for the practical classes and individual work for 6th-years students of international faculty (speciality «General medicine») Discipline «General practice – family medicine» / Н.С. Михайловська, Г.В. Грицай, Л.Є. Мінняйленко, [та ін.]. - Запоріжжя :

ЗДМУ, 2018. – 105 с. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 5 від 24.05.2018 р.).

7. Михайловська Н.С. Загальні аспекти надання невідкладної допомоги в практиці сімейного лікаря: навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи студентів VI курсу з дисципліни «Загальна практика - сімейна медицина» / Н.С. Михайловська. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – 207 с. – Рекомендовано МОЗ України (прот. № 1 від 24.03.2017р.).

8. Сімейна медицина: електронний навчальний посібник / Н.С. Михайловська, Г.В. Грицай, О.В. Шершньова [та ін.]. – Запоріжжя : ЗДМУ, 2018. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 4 від 02.06.2016 р.).

9. Накази Міністерства охорони здоров'я України, стандарти і протоколи діагностики та лікування захворювань внутрішніх органів [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/?CID=25&sort=dPublicate_raw&order=-1

10. Сімейна медицина: У 5т. Т1. Внутрішні хвороби: У 2кн. 2. Хвороби органів травлення. Хвороби нирок і сечовивідних шляхів. Хвороби органів кровотворення. Експертиза працездатності при патології внутрішніх органів / Є.Х. Заремба, Ю.Г. Княк та інші; За ред. В.Г. Передерія, Є.Х. Заремби. – К. : Здоров'я, 2006.- 568 с.

11. Еталони практичних навиків для лікарів загальної практики - сімейної медицини / під ред. Члена-кореспондента НАМН України, проф. Ю.В.Вороненка, проф. Г.І. Лисенко – Т.1. – Київ, 2011. – 344с.

12. Еталони практичних навиків для лікарів загальної практики - сімейної медицини / під ред. Члена-кореспондента НАМН України, проф. Ю.В. Вороненка, проф. Г.І. Лисенко – Т.2. – Київ, 2012. – 256с.

Додаткова

1. Внутрішня медицина. Підручник / Амосова К.М., Бабак О.Я., Зайцева В.М. та ін. / За ред. професора К.М. Амосова. – К.: Медицина, 2008. – Т. 1. – 1056 с.

2. Техніка лікарських маніпуляцій в терапевтичній практиці: навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і лікарів-терапевтів / В.Д. Сиволап, В.Х. Каленський, Н.С. Михайловська [та ін.]. – Запоріжжя, ЗДМУ, 2008 р. – 138 с. – Рекомендовано МОЗ України.

3. Класифікації терапевтичних захворювань: навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації, інтернів і

лікарів-терапевтів. / В.Д. Сиволап, В.Х. Каленський, Н.С. Михайловська [та ін.]. – Запоріжжя, ЗДМУ, 2006 р. – 204 с. – Рекомендовано МОЗ України.

4. Алгоритми виконання практичних навичок лікарями загальної практики на обладнанні амбулаторій: навчальний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Н.Д. Чухрієнко [та ін.]. – Дніпропетровськ, 2010. – 203с. – Рекомендовано МОЗ України.

5. Алгоритми діагностично-лікувальних навичок та вмінь з внутрішніх хвороб для лікаря загальної (сімейної) практики : Навчальний посібник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації та лікарів-інтернів. / В.І. Кривенко [та ін.]. – Запоріжжя, ЗДМУ, 2011. – 359 с. – Рекомендовано МОН України.

6. Кардіологія сімейного лікаря : навчальний посібник./ В.М. Ждан [та ін.]. – Полтава, 2006. – 257с.

7. Захворювання органів дихання в практиці сімейного лікаря навчальний посібник./ В.М. Ждан [та ін.]. – Полтава, 2008. – 252с.

8. Перша лікарська допомога при невідкладних станах: навчальний посібник / В.М. Жебель, В.О. Шапринський, А.Ф. Гуменюк, С.Е. Лозинський. – Вінниця: Діло, 2005. – 80 с.

9. Практичні навички з медицини невідкладних станів: навчальний посібник / І.С. Зозуля [та ін.]. – за ред. І.С. Зозуля. – К., 2008. – 165 с.

10. Михайловська Н.С. Надання медичної допомоги на засадах сімейної медицини, змістові модулі 1,2,3: збірник тестових завдань для підсумкового контролю знань студентів VI курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Загальна практика – сімейна медицина» / Н.С. Михайловська. — Запоріжжя, ЗДМУ, 2016. – 258 с. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 4 від 02.06.2016 р.).