

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»		044-69/___ ()
Ситуационные задачи		1 стр. из 33

Ситуационные задачи по внутренне болезни для рубежного контроля

Код дисциплины: 7R01138 «Семейная медицина»

Название дисциплины: Внутренне болезни

Код дисциплины: R-DDVB

Количество часов/кредитов: 360/12 кредит

Шымкент, 2021 г.

Тема № 1

1.1 Больной 52 лет, рабочий мучной фабрики, обратился с жалобами к врачу общей практики на приступообразный, надсадный, мучительный кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизистой мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при вдыхании резких запахов, при выходе из теплого помещения на холод, а также в сырую погоду; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

Из анамнеза: курит 20 лет. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Несколько раз перенес острую пневмонию.

Объективно: темп. тела 37,3 0 С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Нижние края легких опущены. Экскурсия легких снижена, коробочный звук чередуется с участками притупления перкуторного звука. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие свистящие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные трескучие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

Задание к ситуационной задаче:

1. Определите ведущий синдром.
2. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите несколько заболеваний для проведения дифференциального диагноза.
3. Определите план обследования согласно КП.
4. Определите план лечения согласно КТ.

Результаты обследования:

Общий анализ крови: Анализ мокроты: светлая, вязкая, без

эр. - 5,0x10 ¹² /л,	запаха, эпителий плоский - 4-6 в п/зр.,
Нв - 150 г/л, ц.п. - 1,0;	лейкоциты - 15-20 в п/зр.,
тромбоциты - 240x10 ⁹ /л,	атипические клетки и БК не обнаружены,
лейкоциты - 10,0x10 ⁹ /л,	Гр. + кокковая флора
пал. - 7%, сегм. - 53%,	
лимф. - 32%,	
мон. - 8%,	
СОЭ - 1	
0 мм/час.	

1.2 Мужчина 54 года пришел с жалобами в поликлинику: наутренний кашель со слизисто-гноющей мокротой, одышку при физической нагрузке, быструю утомляемость, общую слабость, разбитость. В анамнезе: последние 25 лет курит 30 сигарет в день. В последние годы появился утренний кашель со слизистой мокротой. Больной не обращал на это внимание. В последние годы кашель стал беспокоить и днем и ночью. Мокрота стала слизисто-гноющей, особенно в холодное время года. В последние годы после физической нагрузкой появилась одышка. Объективно: общее состояние средней степени тяжести, ЧД-22, при сравнительной перкуссии коробочный звук, при топографической перкуссии

площадь Кренинга расширена, нижние границы снизились на 1 ребро. При аускультации: ослабленное везикулярное дыхание, в связи с удлинненным выдохом, свистящие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные, над легочной артерией акцент II тона, ЧСС -78, АД -140/70 мм.рт.ст. Размеры печени по Курлову: 11-10-8 см. **Рентгенография грудной клетки:** легочной рисунок особенно в нижних отделах усилен, деформирован, воздушность легких повышена.

Задание к ситуационной задаче:

1. Определите ведущий синдром.
2. Назовите несколько заболеваний для проведения дифференциального диагноза.
3. Определите план обследования согласно КП.
4. Определите план лечения согласно КП.

Результаты обследования:

ОАК:

эр. - $4,8 \times 10^{12}$ /л,
 Нв - 132 г/л, ц.п. - 0,68;
 тромбоциты - 242×10^9 /л,
 лейкоциты - $12,0 \times 10^9$ /л,
 пал. - 6%, сегм. - 51%,
 лимф. - 25%,
 мон. - 5%, СОЭ
 - 20 мм/час;

Мокрота: количество – 50 мл, характер: слизисто-гнойный, цилиндрич. эпителий – 7-8 в п/зр., лейкоциты – 8-10 в п/зр

Тема № 2

2.1 Больной, 27 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на появление одышки, возникшей впервые после физических упражнений на улице. В анамнезе: отмечает аллергическую реакцию на клубнику, яйцо. Месяц назад перенес респираторное заболевание, но к врачу не обращался, лечился сам (аспирин, горчичники на грудь). Часто беспокоит кашель, при котором выделяется мокрота слизистого характера. При аускультации дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. ЧСС-76 в мин. Тоны сердца ясные, АД-130/90 мм рт.ст.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

2.2. Вызов на дом врача общей практики, к больной 33 лет. Предъявляет жалобы на резкую одышку смешанного типа, кашель с отделением незначительного количества слизистой вязкой мокроты, резкую общую слабость. Страдает приступами удушья 4 года. Многократно лечилась в стационаре. В процессе лечения неоднократно применялись короткие курсы кортикостероидной терапии. Приступы обычно купировались ингаляциями Беротека, таблетками Теофиллина. Неделю назад переболела острой респираторной вирусной инфекцией. Лечилась домашними средствами. На этом фоне

приступы стали повторяться по 5–6 раз в день. В течение последних суток одышка не исчезает. Ингаляции Беротека уменьшали одышку на короткое время, в связи с чем больная пользовалась препаратом 6–8 раз в день.

Объективно: состояние тяжёлое. Больная не может лежать из-за одышки. Кожа бледная, небольшой цианоз. Грудная клетка эмфизематозна, перкуторный звук коробочный.

Дыхание резко ослаблено, местами определяется с трудом. Выдох удлинён, на выдохе высокотональные свистящие хрипы. ЧДД – 26 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 120 уд/мин., ритмичный. Артериальное давление (АД) – 150/95 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
3. Определите тактику врача.
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

2.329-летняя женщина обратилась к врачу общей практики с жалобами на дневные приступы удушья, 1-2 раза в неделю, в ночное время чаще двух раз в месяц. Приступы купируются ингаляцией сальбутамола. Болеет в течение года. Курит. Ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением. При осмотре- изменений нет. Пиковая скорость выдоха (ПСВ) увеличилась на 25 % через 20 минут после вдыхания сальбутамола. Вне приступа ПСВ составляет 80% от должных величин, разброспоказателей ПСВ-30%.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Наметьте план дообследования больного.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Тема № 3

3.1 Вы, врач общей практики, вызваны на дом к женщине 46 лет. Ее беспокоит подъем температуры до 39,6°C, боль в правом боку на вдохе, усиливающаяся при кашле, одышав покое. Заболела три дня назад. После сильного переохлаждения отмечала потрясающий озноб, повышение температуры до 39°-40°C, одышку. Со вчерашнего дня стала ощущать боли в грудной клетке, кашель с отделением ржавой мокроты.

Объективно: состояние тяжелое. Лежит с возвышенным головным концом. Отмечается гиперемия правой щеки, герпес на губах, цианоз носогубного треугольника. t - 39°C, Ps - 98 в минуту, слабый. АД 90/60 мм рт. ст. Число дыханий 38 в минуту. При осмотре грудной клетки отмечается отставание правой половины при дыхании. Перкуторно справаниже угла лопатки – значительное притупление; при аускультации здесь же дыхание бронхиальное, выслушиваются крепитация и шум трения плевры. Тоны сердца приглушены. Стул, диурез – в норме.

Задания к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Выделите основной клинический синдром.
2. Назовите дополнительные обследования для подтверждения диагноза.
3. Расскажите о принципах лечения данного заболевания.

3.2 Больной 20 лет, обратился к врачу общей практики с жалобами на повышение температуры до 39 0 С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки ноющего характера, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита. Неделю назад заболел ОРВИ. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение аспирином и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Одышка в покое с ЧД 22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке площадью 6 см 2 угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются сухие свистящие и мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в 1 минуту., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

Задания к ситуационной задаче:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите план обследования согласно КП.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения согласно КП.

Результаты обследования:

ОАК: эр. - 4,5x10¹² /л, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - 240x10⁹ /л, лейкоциты - 12,0x10⁹ /л, пал. - 8%, сегм. - 52%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.

Анализ мокроты : желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 2-3 в п/зр., мерцательный - 4-6 в п/зр., альвеолярный - 5-7 в п/зр., лейкоциты - 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора.

Тема № 4

4.1. Больной, 44года, жалуется на боль в левом подреберье с иррадиацией в левую надключичную область, усиливающуюся при глубоком дыхании, тошноту, рвоту с примесью желчи, кашель с мокротой. Около 6 часов назад появился озноб. Затем боль в левом подреберье, рвота съеденной пищей. Вызванной на дом участковым врачом диагностирован острый гастрит, назначены анальгетики и спазмолитики. После некоторого облегчения боли возобновились (2 часа назад), была повторная рвота. При осмотре врачом вновь вызванной скорой медицинской помощи больной лежит на левом боку. Состояние средней тяжести, слева над проекцией нижней доли определяется крепитация, частота дыхательных движений (ЧДД) – 26 в минуту, АД – 110/70 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Ритм правильный, 96 в минуту. Живот мягкий, при пальпации болезненный в эпигастрии. Температура тела 39,4 °С.

Задания к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

4.2. Мужчина 52 лет жалуется на одышку в покое, сухой приступообразный кашель, сердцебиение, слабость, снижение аппетита. 4 месяца назад рентгенологически выявлены двусторонние изменения, расцененные как пневмония. При проведении антибактериальной терапии состояние ухудшилось – повысилась температура, усилилась одышка, потерял в весе 6 кг. Объективно: состояние тяжелое, одышка, акроцианоз. ЧДД – 28 в мин., выслушивается ослабленное дыхание и грубая крепитация («треск целлофана»). В крови: лейкоциты – 12 тыс., СОЭ - 42 мм/ч.

Задания к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?
5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

Тема № 5

5.1. У больного 20 лет жалобы на ощущение удушья при небольшой физической нагрузке, приступы головокружения. Болен с детства. При осмотре: диффузный цианоз, концевые фаланги пальцев в виде «барабанных палочек», расширение границы сердца вправо, систолическая пульсация правого желудочка в эпигастральной области. При аускультации: акцент и расщепление II тона на легочной артерии, короткий систолический шум на мечевидном отростке, диастолический шум во II межреберье слева от грудины. При рентгенологическом обследовании выступание ствола легочной артерии. **Задание к ситуационной задаче:**

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования согласно КП.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения.

Рентгенограмма



5.2. Больной, 50 лет, вызвал участкового на дом по поводу внезапно развившейся одышки. В анамнезе тромбоз нижних конечностей. Объективно: цианоз лица и верхней половине туловища. Шейные вены набухшие, пульсирующие. В легких ослабленное везикулярное дыхание, мелкопузырчатые влажные хрипы на ограниченном участке. ЧДД – 26 в мин. Границы сердца расширены вправо. Определяется эпигастральная пульсация, усиливающаяся на вдохе. Аускультативно акцент 2 тона на легочной артерии. АД 90/60 мм рт.ст. ЧСС 100 в мин.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования согласно КП.

3. Провести дифференциальную диагностику.
 4. Определите тактику лечения.
- Рентгенограмма



Тема № 6

6.1. Женщина 65 лет, страдающая тромбозом глубоких вен нижних конечностей, жалуется на интенсивные загрудинные боли. На ЭКГ выявлена депрессия сегмента STV1-V3. На 3-и сутки у больной внезапно развилась одышка, появились боли в грудной клетке при дыхании, кашель и однократно - кровохарканье. При осмотре: цианоз, увеличение в объеме правой нижней конечности; влажные хрипы в легких. На ЭКГ - правограмма.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план обследования согласно КП.
3. Проведите дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения согласно КП.

Тема № 7

7.1. Мужчину 26 лет беспокоят приступообразный кашель с отделением крошковидной мокроты, удушье, кровохарканье. Заболел после спелеологической экспедиции. В крови: лейкоциты - 12 тыс., эозинофилов -15%, СОЭ - 70 мм/ч. В мокроте: округ-лые, бугристые и пигментированные тельца плесневых грибов (*Asp. Fumigatus*); рентгенологически: множественные мелкоочаговые инфильтраты, отдельные крупные инфильтративные плотные затемнения без четких контуров. Какой из перечисленных препаратов **НАИБОЛЕЕ** целесообразно включить в программу лечения.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику
3. Составить план обследования согласно КП..
4. Препарат какой группы наиболее целесообразен

7.2. Больная 45 лет с жалобами на повышение температуры тела до 39 С, озноб, колющие боли слева, сухой кашель. При акте дыхания левая половина грудной клетки отстает. ЧСС 102 ударов в минуту, АД 120/60 мм.рт.ст. На рентгенограмме грудной клетки гомогенное затемнение нижней доли слева, смещение органов средостения вправо характерны для ... **Задание к ситуационной задаче:**

1. Установить предварительный диагноз.
2. Составить план обследования согласно КП.
3. Проведите дифференциальную диагностику.

OŇTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69/ 8 стр. из 33	
Ситуационные задачи		

4. Определите тактику лечения согласно КП.

Тема № 8

8.1 Больной К., 56 лет, главный инженер завода, обратился с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами.

Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 ммрт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин.

Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи
3. План дальнейшего наблюдения.

8.2 Больной П., 46 лет, обратился к участковому врачу с жалобами на головную боль в теменно-затылочной области по утрам, головокружение, боль в сердце колющего характера, плохой сон, общую слабость. Болен 2 месяца.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания, кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс - 90 в 1 мин., ритмичный, напряженный. АД на обеих руках - 180/100 мм рт. ст. Левая граница сердца на 1,0 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии, правая и верхняя в норме. Тоны сердца на верхушке приглушены. II тон акцентирован на аорте. Со стороны органов брюшной полости - без патологических изменений.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Составьте план обследования согласно КП.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Составить план лечения согласно КП.
5. План дальнейшего наблюдения.

Результаты анализов:

ОАК: эр. - $4,9 \times 10^{12}$ /л, Нв - 130 г/л, цв.п. - 1,0 тромбоциты - 300×10^9 /л, лейкоциты - $6,0 \times 10^9$ /г, пал. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 30%, мон. - 8%, СОЭ - 8 мм/час.

ОАМ: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1023, белка и сахара нет, лейкоц. - 0-2 в п/зр. эр. - 1-2 в п/зр., цилиндров нет.

Анализ мочи по Зимницкому: уд.вес от 1008 до 1027, дневной диурез - 800,0 мл, ночной диурез - 500,0 мл.

OÑTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69/ 9 стр. из 33
Ситуационные задачи	

Тема № 9

9.1 Мужчина 43 лет обратился к врачу-терапевту участковому с жалобами на периодически появляющуюся головную боль в затылочной области. Боли беспокоят около месяца на фоне напряженного рабочего графика (ночные дежурства), курит примерно 20 лет до 15 сигарет в день. Головные боли участились в течение последней недели, при измерении АД 150–160/90 мм рт.ст. Родители страдают гипертонической болезнью, отец в 45 лет перенёс инсульт.

Объективно: состояние удовлетворительное. Масса тела повышена по абдоминальному типу, рост 172 см, вес 86 кг. Объём талии 105 см, объём бёдер 92 см. Отеков нет.

Аускультативно: дыхание над лёгкими везикулярное, хрипов нет. ЧД – 18 в мин. Тоны сердца ясные ритмичные, перкуторно границы относительной тупости сердца в пределах нормы. АД – 150/90 мм рт.ст, ЧСС – 92 уд/мин. Живот мягкий безболезненный, печень по краю рёберной дуги. Симптом поколачивания по пояснице отрицательный, дизурических явлений нет. Стул в норме.

Задание к ситуационной задаче:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план обследования пациента согласно КП.
4. Какие группы антигипертензивных препаратов Вы бы рекомендовали пациенту в составе комбинированной терапии? Обоснуйте свой выбор.

Результаты анализов:

ОАК: гемоглобин – 145 г/л; эритроциты – $4,9 \times 10^{12}$ /л; лейкоциты $7,0 \times 10^9$ /л; СОЭ – 15 мм/час.

ОАМ: относительная плотность 1018, белок – нет, в мочевом осадке лейкоциты – 2–4 в поле зрения.

Биохимический анализ крови: общий холестерин – 5,3 ммоль/л, мочевая кислота – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, глюкоза натощак – 5,8 ммоль/л.

Микроальбуминурия: 25 мг/сут

ЭКГ: ритм синусовый, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ, очаговых изменений нет.

9.2. Больной Н., 19 лет, на амбулаторном приеме у участкового врача поликлиники жаловался на постоянные головные боли в затылочной области в течение последнего года. Иногда боли сопровождались головокружением и тошнотой. Обратился за медицинской помощью впервые. 2 года назад на медицинской комиссии в военкомате было зарегистрировано повышение АД - 140/100 мм рт.ст. Был направлен на стационарное обследование, выписан с диагнозом нейроциркулярная дистония по гипертоническому типу. Во время службы в строительных войсках в связи с усилением головных болей был направлен в гарнизонный госпиталь. После обследования и лечения был комиссован из рядов СА с диагнозом гипертоническая болезнь II стадии. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ 1-2 раза в год. Родители здоровы. Вредных привычек не имеет.

При объективном обследовании состояние удовлетворительное. Верхняя половина туловища развита лучше нижней. Кожа лица гиперемирована. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца на 1,5 см влево от левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье. Верхушечный толчок 6 см^2 . Тоны сердца ритмичны, I тон сохранен, акцент II тона над аортой, шумы под областью сердца не выслушиваются. Пульс - 78 в минуту, ритмичный, хорошего наполнения, напряжен. АД - 160/110 мм рт.ст. В околопупочной области слева выслушивается грубый систолический шум. Живот

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «OŃTŪSTIK Qazaqstan medicina akademiasy» AQ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69/ 10 стр. из 33	
Ситуационные задачи		

мягкий, безболезненный, в околопупочной области пальпируется пульсирующая брюшная аорта. Печень и селезенка не увеличены. Отеков нет.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте перечень заболеваний для дифференциального диагноза.
3. Назначьте обследование согласно КП.
4. Определите тактику лечения.

Тема №10

10.1. Больной К., 58 лет, главный инженер завода, обратился к участковому врачу с жалобами на сильные головные боли в затылочной области пульсирующего характера, сопровождающиеся тошнотой, однократной рвотой, головокружением, появлением “сетки” перед глазами. Головные боли бывали раньше, чаще по утрам или после психоэмоционального напряжения. За медицинской помощью не обращался. Последний приступ болей возник внезапно на фоне удовлетворительного самочувствия. Перед этим был в командировке, напряженно работал.

Объективно: состояние средней тяжести. Больной несколько возбужден, испуган. Кожные покровы чистые, повышенной влажности, отмечается гиперемия лица и шеи. В легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - симметричный, напряжен, частый - 92 в 1 мин. АД - на пр. руке - 195/100 мм рт. ст., на левой - 200/100 мм рт. ст. Границы сердца - левая - на 1,5 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Сердечные тоны звучные, ритмичные, акцент II тона на аорте. ЧСС - 92 в 1 мин. Живот мягкий, безболезненный.

Печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отеков нет.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Определить план обследования согласно КП.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику оказания неотложной помощи.
5. Тактика дальнейшего ведения больного.

10.2. Больной 65 лет с диагнозом «Артериальная гипертензия II степени, ИБС, стенокардия напряжения стабильная, ФК II, гиперлипидемия (ОХС – 6 ммоль/л, ЛПНП – 4 ммоль/л, ЛПВП – 1,0 ммоль/л), хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II стадия, ФК II». АД – 135/95 мм рт. ст., имеется фибрилляция предсердий, постоянная форма, ЧСС

– 85 уд/мин. Больной получает лечение: эналаприл по 5 мг 2 раза, нифедипин по 10 мг 2 раза, изосорбитадинитрат пролонгированный 40 мг 2 раза, гипотиазид 25 мг 1 раз утром, дигоксин 0,25 мг 1 раз в сутки, верапамил по 120 мг 3 раза. Состояние больного не улучшается.

Задание к ситуационной задаче:

1. Оцените обоснованность получаемых препаратов.
2. Какая группа препаратов является важнейшей при ИБС, ХСН и фибрилляции предсердий?
3. Какие осложнения возможны при постоянной форме фибрилляции предсердий, и какие меры профилактики должны быть предприняты?
4. Какой антикоагулянт необходим и каковы меры контроля эффективности и безопасности?
5. Каковы меры по борьбе с гиперлипидемией у больного?

Тема 11

11.1 Больной Г. 48 лет, бригадир химзавода, обратился к врачу поликлиники с жалобами на резкие сжимающие боли за грудиной, распространяющиеся в левое плечо и эпигастральную область. Подобные боли возникли впервые, по дороге на работу. Так как поликлиника была рядом, больной обратился к врачу. В прошлом болел пневмонией. Курит, спиртными напитками не злоупотребляет.

Объективно: повышенного питания. Кожные покровы бледные, влажные. Цианоз губ. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс 92 в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД - 155/80 мм рт. ст. Границы сердца: правая - по правому краю грудины, левая - на 1 см снаружи от левой срединно-ключичной линии. Тоны сердца приглушены, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Определите план обследования согласно КП.
4. Назначьте план лечения и дальнейшее введение больного.

11.2 Больной К., 57 лет, учитель, вызвал участкового врача на дом с жалобами на интенсивные давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое плечо, продолжающиеся в течение 1,5 часов, не снимающиеся приемом нитроглицерина, перебои в работе сердца, резкую общую слабость, холодный липкий пот. Накануне чрезмерно поработал физически на даче. В анамнезе - в течение 4-5 лет отмечает приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, длящиеся 3-5 минут, проходящие в покое и от приема нитроглицерина.

Объективно : кожные покровы бледные, акроцианоз, ладони влажные. Пульс 96 в минуту, единичные экстрасистолы. АД - 90/60 мм рт. ст. Границы сердца расширены влево на 1,5 см. Тоны глухие, единичные экстрасистолы. В легких дыхание везикулярное. Живот мягкий, безболезненный. Печень не пальпируется.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите алгоритм неотложной помощи при данном состоянии.
3. Определите план обследования согласно КП.

Тема №12

12.1 При посещении врачом на дому больного С., 62 лет, предъявлял жалобы на интенсивные сжимающие боли за грудиной, сопровождающиеся чувством страха смерти, резкую слабость, перебои в работе сердца. Месяц назад обращался в поликлинику по поводу учащения и усиления сжимающих болей за грудиной, связанных с физической нагрузкой. По результатам объективного обследования и ЭКГ была диагностирована стенокардия, артериальная гипертензия, назначен сустонит-форте по 1 табл. х 2 раза в день, адельфан по 1 табл. х 3 раза в день. Отмечал улучшение состояния. Однако сегодня утром состояние резко ухудшилось, резкие боли за грудиной держались более 40 минут, появилась выраженная слабость, холодный липкий пот, одышка, сердцебиение. Принимал нитроглицерин со слабым эффектом.

При объективном обследовании: состояние тяжелое. Лежит в постели неподвижно. Кожа с бледновато-серым оттенком, влажная, холодная. ЧДД - 22 в минуту. В легких дыхание

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «OŃTŪSTIK Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69/ 12 стр. из 33	
Ситуационные задачи		

жесткое, хрипов нет. Тоны сердца глухие, аритмичные с единичными экстрасистолами. Пульс - 100 в минуту, аритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД - 100/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Последний раз мочился 4 часа назад.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Составьте и запишите последовательность профессиональных действий участкового врача после установления диагноза.
3. Определите план обследования согласно КП.
5. Определите план лечения.

12.2 Больной В., 50 обратился в поликлинику с жалобами на давящие боли за грудиной при быстрой ходьбе, подъеме на 2-3 этаж лестницы, сопровождающиеся приступами резкой слабости. Боли проходят в покое.

3 недели назад впервые появилась давящая боль в нижней трети грудины при быстром подъеме по лестнице. Курит в течение 20 лет, по 1 пачке в день. Мастер спорта по дзюдо. Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Положение активное. Повышенного питания. Над легкими перкуторно - легочный звук. Аускультативно - дыхание везикулярное. Границы относительной тупости сердца: правая- в 4 межреберья на 1 см кнаружи от правого края грудины, верхняя- на уровне III ребра, левая- по левой средне-ключичной линии. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст. Частота сердечных сокращений и пульс - 76 в минуту. Живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9-8-7 см. Отеков нет. Физ. отправления в норме.

ЭКГ: ритм синусовый, горизонтальное положение ЭОС. Глубокий SV1, RV5 26 мм. Результаты проведения велоэргометрической пробы: при нагрузке мощностью 100 Вт наблюдалась депрессия сегмента ST- T на 2 мм в отведениях V1 - V4.

Задание к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте клинические синдромы, укажите ведущий.
2. На основании выделенных синдромов установите предварительный диагноз
3. Составьте план обследования согласно КП.
4. Составьте план лечения.

Тема № 13

13.1 Больной, 52 года, самотеком обратился в поликлинику с жалобами на интенсивную давящую боль за грудиной с иррадиацией в шею, левую руку. Из анамнеза: около 6 месяцев отмечает приступы давящих болей за грудиной, возникающих во время физической нагрузки, исчезающих в покое.

Объективно: состояние средней тяжести, бледность кожи, акроцианоз. Пальпация грудной клетки болезненности не вызывает. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы сердца расширены влево до средино-ключичной линии. Тоны сердца глухие, ритм правильный. Пульс - 96 уд/мин., ритмичный. АД - 150/90 мм рт. ст.

ЭКГ: ритм синусовый, смещение сегмента ST в I и II отведениях ниже изолинии, сливается с зубцом T, в III отведении сегмент ST ниже изолинии, патологический зубец Q не выявляется.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие лечебные мероприятия необходимо провести такому больному на амбулаторном

этапе?

3. Какие диагностические мероприятия необходимо провести такому больному на стационарном этапе?

4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

5. Какие симптомы являются обязательными для данного заболевания?

13.2. 32-летний больной на приеме у участкового врача жалобами на периодически возникающие давящие загрудинные боли при умеренной физической нагрузке, перебои в работе сердца и периодические потери сознания, которые появились около полугода назад. Брат больного умер внезапно в молодом возрасте.

При осмотре – кожные покровы без особенностей, ЧДД – 19 в минуту, ЧСС – 88 ударов в минуту, ритм неправильный. При аускультации сердца – систолический шум в 3–4 межреберье слева. АД – 115/75 мм рт. ст. Печень не увеличена. Отёков нет.

При суточном мониторинговании ЭКГ выявлена частая желудочковая экстрасистолия и короткие пароксизмы желудочковой тахикардии. При эхокардиографии толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 1,7 см, задней стенки левого желудочка – 1,3 см, размер полости левого желудочка в диастолу – 4,2 см.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
3. Какое лечение следует назначить данному больному?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Тема № 14

14.1 Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гиперстенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень неувеличена.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: НВ - 137 г/л, ЭР - $4,2 \times 10^{12}$, L - $7,2 \times 10^9$, СОЭ – 6 мм/час.

ОАМ: уд. вес – 1017, белок – нет, L - 0 – 1 в п. зр.

Биохимия: холестерин – 8,5 ммоль/л, липопротеиды высокой плотности – 3,5 ммоль/л, АСТ – 28 ед/л, ЛДГ – 320 ед/л, тропонин – 0,2 мкг/л

14.266 -летний мужчина обратился к врачу общей практики с жалобами на одышку при физической нагрузке. 4 месяца назад перенес крупноочаговый инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка. Объективно: тоны сердца приглушены, ритм неправильный, ЧСС 78 в минуту, АД 120/80 мм рт.ст. Печень 10x8x7 см. В крови: эритроциты $4,5 \times 10^{12}/л$, Нв 137 г/л, лейкоциты $4,5 \times 10^9/л$, СОЭ 10 мм/ч. На ЭКГ: синусовый ритм прерывается внеочередными PQRS комплексами (QRS не более 11 сек), рубцовые изменения заднебоковой стенки левого желудочка.

Задание к ситуационной задаче:

1. Ваше ЭКГ заключение.
2. Составьте план диагностических исследований
3. Проведите дифференциальную диагностику со схожими заболеваниями
4. Составьте план дальнейшего ведения больного

14.3 Больной Д., 45 лет, директор завода, вызвал участкового врача на дом с жалобами на дискомфорт в области сердца, сухой кашель, сердцебиение, слабость, одышку. Указанное состояние возникло 2 часа назад после психоэмоционального перенапряжения на фоне полного здоровья.

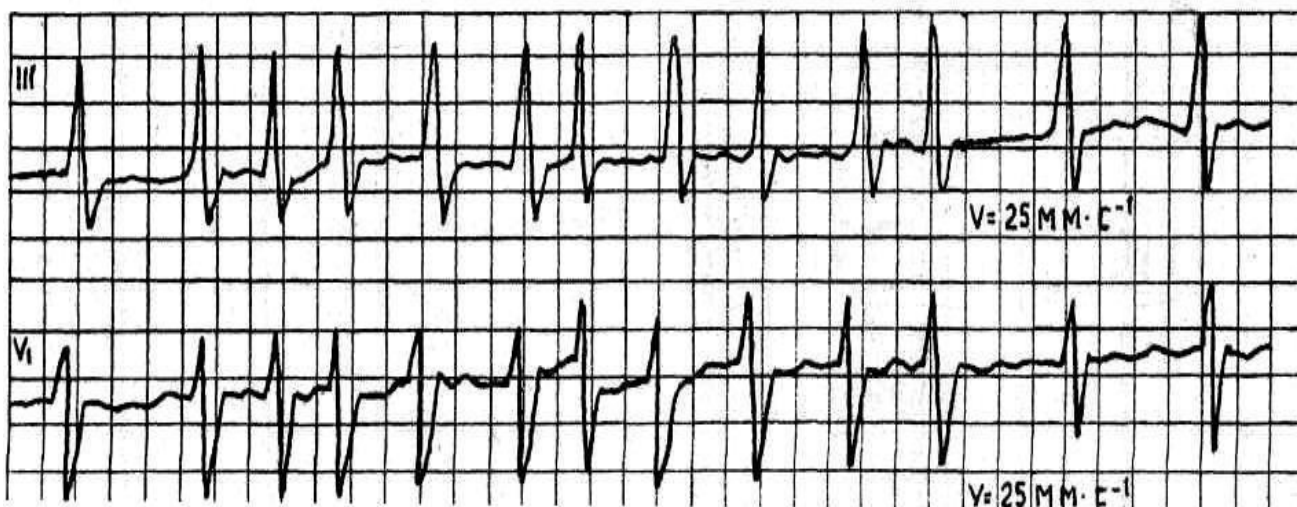
Из анамнеза заболевания: в течение последних 3 лет отмечает приступы болей за грудиной, которые возникают при ходьбе в быстром темпе, длятся до 10 мин, купируются в покое или после приема нитроглицерина через 1 мин. Частота загрудинных болей – 1-2 раза в месяц. Не обследован, лекарственные препараты не принимает.

Объективно: состояние тяжелое. Сознание спутано, возбужден. Повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, чистые, влажные. Цианоз губ. Отёков нет. Дыхание жесткое, в нижних отделах выслушиваются незвучные мелкопузырчатые хрипы. ЧД 26 в мин. Тоны сердца глухие, ритм неправильный. ЧСС 158 уд/мин. АД 80/65 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Размеры печени по Курлову 10×9×6 см. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте наиболее вероятный диагноз.
2. Определите тактику участкового врача
3. Какие методы исследования необходимы в данном случае?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальный диагноз?

Данные ЭКГ.



Тема №15

15.1 Женщина, 30 лет обратилась к врачу с жалобами на внезапные приступы сердцебиения, сопровождающиеся тошнотой, вздутием живота, потливостью и заканчивающиеся обильным мочеиспусканием. Приступы появились впервые около 3-х месяцев назад, к врачам не обращалась. При осмотре патологии со стороны внутренних органов не выявлено. АД 110/80 мм рт.ст., ЧСС 78 ударов в 1 минуту. На ЭКГ укорочение интервала PQ, уширение и деформация комплекса QRS, переднее колено QRS в виде

«лесенки», дискордантное смещение интервала ST.

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Составьте план диагностических исследований
3. Проведите дифференциальную диагностику со схожими заболеваниями
4. Составьте план лечения
5. Составьте план дальнейшего ведения больного

15.2 Женщина, 40 -лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на одышку, сердцебиение. В анамнезе: ревматическая лихорадка. Объективно: акроцианоз, I тон ослабленный, грубый систолический шум в IV межреберье справа. На ЭКГ: синусовый ритм прерывается внеочередными значительно расширенными (более 0,11 сек) деформированными желудочковыми комплексами без зубца P.

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз:
2. Ваше ЭКГ заключение
3. Составьте план диагностических исследований
4. Проведите дифференциальную диагностику со схожими заболеваниями
5. Составьте план дальнейшего ведения больного

15.3. 23 - летний мужчина обратился к врачу общей практики с жалобами на слабость, быструю утомляемость. В детстве часто болел ангиной. При осмотре: пульс малый, медленный, пляска каротид; ослабление 1 тона на верхушке сердца и 2 тона на аорте, систолический шум на аорте и в точке Боткина-Эрба; шум лучше выслушивается на аорте, иррадирует на сонные артерии и в межлопаточное пространство.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установите предварительный диагноз.
2. Определите план обследования больного согласно КП.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения согласно КП.

Тема № 16

16.1 22 - летний мужчина обратился к врачу общей практики с жалобами на быструю утомляемость, одышку при незначительной физической нагрузке. При объективном осмотре на лице отмечается цианотический румянец, верхушечный толчок смещен влево, при аускультации сердца определяется ослабление I тона, на верхушке сердца сразу за I тоном выслушивается систолический шум, который проводится в левую подмышечную область, также выслушивается патологический III тон. На ЭКГ – признаки гипертрофии левого предсердия и левого желудочка. Ваш диагноз:

Задание к ситуационной задаче:

1. Установите предварительный диагноз.

2. Определите план обследования больного согласно КП.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определите тактику лечения согласно КП.

16.2 Больной Д., 55 лет, учитель в средней школе, обратился на прием к кардиологу с жалобами на ощущение перебоев в области сердца. Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 140/95 мм рт. ст. Пульс - 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные тоны несколько приглушены, аритмичны - на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС - 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения согласно КП.

16.3 У врача общей практики, 15-летняя школьница в очередной раз перенесла на ногах ангину, после чего остается субфебрилитет, девочка быстро устает, появились одышка при небольшой физической нагрузке и сердцебиение.

Объективно: температура тела 37,2⁰С. Миндалины увеличены, рыхлые. Легкий цианоз губ. Предсердная область при осмотре не изменена. Пульс одинаков на обеих руках, ритмичный, малого наполнения, 96 в 1 мин. АД - 105/75 мм рт. ст. Перкуторные границы относительной тупости сердца несколько расширены влево и вверх. На верхушке сердца I тон ослаблен, здесь же выслушивается дующего тембра систолический шум, усиливающийся после физической нагрузке (5 приседаний) и в положении на левом боку, иррадиирующий в левую подмышечную область. II тон несколько акцентирован на легочной артерии. Со стороны других органов - без особенностей. На ФКГ: амплитуда тонов сердца на верхушке снижена. II тон увеличен над легочной артерией. Патологический III тон на верхушке. Систолический шум убывающей формы на верхушке, занимающий 2/3 систолы, связанный с I тоном. Эхокардиоскопия: увеличение полостей левого предсердия и левого желудочка, утолщение задней стенки левого желудочка, увеличение амплитуды колебаний стенок левых отделов сердца, регургитация на митральном клапане. ПКГ: легкое снижение сократительной способности миокарда левого желудочка.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больной.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

Результаты лабораторных исследований:

ОАК: эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв - 130 г/л, цв.п. - 0,9; лейкоц. - $13,0 \times 10^9/л$, пал. - 5%, эоз. - 6%, сегм. - 60%, лимф. - 21%, мон. - 8%, СОЭ - 35 мм/час, АСЛ-О - 500 ед.

БАК: общий белок - 80 г/л, альбумины - 45%, глобулины - 55%, альфа-1-глобулины - 6,5%, альфа-2-глобулины - 11%, бета-глобулины - 12%, гамма-глобулины - 25,5%, фибриноген - 6,0 г/л, ДФА - 280 ед., АСТ - 0,75 ммоль/л, АЛТ - 0,6 ммоль/л.

ОАМ; светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, лейкоц. - 4-6 в п/зр., эр. - 2-3 в п/зр., цилиндров нет.

Тема № 17

17.1. Больной В., 58 лет, инженер, 2 часа назад во время работы на дачном участке внезапно возникло ощущение частого беспорядочного сердцебиения, сопровождавшееся слабостью, неприятными ощущениями в области сердца. Доставлен в приемное отделение больницы. Подобные ощущения сердцебиения, чаще во время нагрузки, отмечает в течение последнего года. Данные эпизоды были кратковременными и проходили самостоятельно в состоянии покоя. При анализе амбулаторной карты за последние 2 года отмечено неоднократно повышенное содержание холестерина (7,6 ммоль/л - преобладают липопротеиды низкой плотности).

Объективно: кожные покровы несколько бледноваты, гипертенический тип сложения. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Левая граница сердца - по срединно-ключичной линии. АД - 150/100 мм рт. ст. Пульс на лучевых артериях - частый, аритмичный, частота - 102 в 1 минуту. Тоны сердца на верхушке имеют непостоянную звучность, аритмичны, ЧСС - 112 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень неувеличена.

Задание к ситуационной задаче:

1. Установить предварительный диагноз.
2. Наметить план дообследования больного.
3. Провести дифференциальную диагностику.
4. Определить тактику лечения.

17.2. Мужчина 57 лет вызвал врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивные давящие загрудинные боли с иррадиацией в левую руку, левую лопатку. Вышеописанная симптоматика появилась около 2 часов назад после интенсивной физической нагрузки. Самостоятельно принял 2 таблетки нитроглицерина – без эффекта. Ранее боли подобного характера никогда не беспокоили. В анамнезе артериальная гипертензия в течение последних 10 лет с максимальными цифрами артериального давления 200/100 мм рт.ст. Регулярно лекарственные препараты не принимал. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Газоэлектросварщик.

Аллергические реакции отрицает.

При объективном обследовании: кожные покровы влажные. В легких перкуторный звук легочный, дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ослаблены, ритм правильный, АД – 160/100 мм рт. ст., ЧСС – 88 в мин. Живот мягкий, безболезненный.

Физиологические отправления в норме.

На ЭКГ зарегистрировано: синусовый ритм, подъем сегмента ST > 0,2 мВ в отведениях II, III, aVF. Транспортная доступность до стационара неотложной кардиологии, располагающего возможностью проведения первичного ЧКВ – 30 мин.

Задание к ситуационной задаче:

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

3. Какой должна быть тактика ведения пациента на догоспитальном этапе? Обоснуйте свой выбор.
4. Какой объем медикаментозной помощи должен быть оказан пациенту на догоспитальном этапе?
5. Достаточно ли данных для постановки диагноза инфаркт миокарда? Обоснуйте свой ответ. При необходимости предложите дополнительные методы исследования.

Тема №18

18.1 Больной Ф., 52 лет, автослесарь, обратился к участковому с жалобами на боли за грудиной сжимающего характера с иррадиацией под левую лопатку, возникающие при ходьбе в обычном темпе, подъеме на 1 этаж, сопровождающиеся резкой слабостью и потливостью, длящиеся в покое в течение 10-15 минут, купирующиеся приемом 1 таблетки нитроглицерина через 1-2 минуты; одышку при ходьбе в быстром темпе.

Из анамнеза заболевания: вышеописанные боли отмечает в течение последних 7 лет. До настоящего времени подобные приступы возникали редко (1-2 раза в неделю на фоне быстрой ходьбы и при подъеме на 3 этаж). Последние 3 дня болевые приступы участились до 4-5 раз в сутки, возникают при ходьбе в обычном темпе, увеличилась их продолжительность (до 20 минут). Из анамнеза жизни: отец умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда. Курит в течение 40 лет, злоупотребляет крепкими спиртными напитками.

Объективно: вес 94 кг, рост 167 см. Отёков нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 20 в мин. Границы относительной сердечной тупости: правая - 1 см вправо от правого края грудины, верхняя - нижний край хряща III ребра, левая - на 0,5 см наружи от левой СКЛ. Ритм сердца правильный, I тон на верхушке приглушен, акцент II тона во 2-й точке аускультации. Систолический шум в 1-й точке аускультации. ЧСС 88 уд/мин. АД 135/85 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация в области правого подреберья безболезненна, край печени не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Задание к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите вероятные причины ухудшения состояния пациента.
4. Каков механизм появления систолического шума на верхушке?
5. Составьте план лабораторного и инструментального обследования согласно КП.
6. Определите план лечения согласно КП.

Данные лабораторных методов исследования:

ОАК: СОЭ - 9 мм/час; эр. - $4,3 \times 10^{12}/л$; Нв - $125 \times 10^{12}/л$; лейкоц. - $8,4 \times 10^9/л$; э - 4%; п/я - 4%; с/я - 68%; л - 18%; м - 6%.

ОАМ:отн. плотность - 1017; белок, сахар - нет, лейкоц. - 1-2 в п.зр.; эр - 1-2 в п.зр.;

БАК:Общий холестерин - 6,4 ммоль/л; сахар крови - 4,5 ммоль/л, мочевины - 5,2 ммоль/л.

18.2. Больная М., 72 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на давящие боли за грудиной с иррадиацией в левое надплечье, возникающие при выходе из теплого помещения на холодный воздух, подъеме на 1 этаж, длящиеся в покое в течение 5-10 минут, купирующиеся приемом нитроглицерина через 1-2 минуты, одышку при физической нагрузке, сухость во рту.

Из анамнеза заболевания: повышение АД до 180/100 мм рт.ст. в течение 20 лет, сопровождающееся головокружением. Лекарственные препараты принимает не

регулярно. Боли указанного характера отмечает в течение 15 лет. Перенесла инфаркт миокарда 10 лет назад. Отец умер в возрасте 50 лет от инфаркта миокарда. Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, умеренно влажные. Пастозность стоп. Периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ритмичные, приглушены, 88 уд/мин. Акцент II тона над аортой. Негромкий систолический шум на верхушке. АД 165/95 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Пальпация в области правого подреберья безболезненна, край печени пальпируется на 2 см ниже края реберной дуги. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются.

Задание к ситуационной задаче:

1. Выделите ведущий синдром и обоснуйте.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Каков механизм развития болевого синдрома?
4. Составьте план дополнительных исследований.
5. Составьте план лечения согласно КП.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: эр. – $3,89 \times 10^{12}/л$; Нб – $121 \times 10^{12}/л$; лейкоц. – $5,2 \times 10^9/л$; э – 3; п/я – 4; с/я – 56; л – 28; м – 9. СОЭ – 12 мм/час.

ОАМ: отн. плотность – 1017; белок – 0,33 г/л, сахар – нет, лейкоц. – 1-2 в п.зр.; эр. – 0-1 в п.зр..

БАК: Общий холестерин – 8,9 ммоль/л; сахар крови – 11,2 ммоль/л, мочевина – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,011 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

ВЭМ: толерантность к физической нагрузке 275 кгм/мин.

ЭКГ (см. ниже).

Тема № 19

19.1 На приеме у участкового врача больная 55 лет, которая состоит на диспансерном учете с диагнозом ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ХСН ФК II. В анамнезе – приступы стенокардии. На ЭхоКГ обнаружена диастолическая дисфункция левого желудочка.

Задание к ситуационной задаче:

1. Какие препараты целесообразно использовать для улучшения функционального состояния сердца.

19.2 Женщина 46 лет вызвала на дом участкового врача, с жалобами на одышку, сопровождающейся кашлем с пенистой розовой мокротой. Женщина возбуждена, находится в положении ортопноэ. Над всей поверхностью легких выслушиваются разнокалиберные влажные хрипы, ЧДД 38 в мин. Тоны сердца глухие, тахикардия 128 в мин. АД 230/140 мм рт. ст.

Задание к ситуационной задаче:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какое осложнение развилось у больной?
3. Определите тактику введения больной.

Тема № 20

20.1 Мужчина 57 лет, обратился к врачу с жалобами на одышку, сопровождаемую удушьем, кашлем с выделением пенистой розовой мокроты. Ухудшение состояния

связывает с физической нагрузкой. Из анамнеза: в течение 5 лет состоит на диспансерном учете по поводу артериальной гипертензии. При осмотре: Ортопноэ. В легких влажные разнокалиберные хрипы с обеих сторон. При аускультации сердца тоны приглушены, ритм неправильный. АД 160/100 в минуту. На ЭКГ: мерцательная аритмия, ЧСС 120 в минуту. Гипертрофия левого желудочка с перегрузкой.

Задания к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Перечислите факторы риска развития заболевания.
4. Назначьте план обследования согласно КП.
5. Назначьте лечение согласно КП

Тема № 21

21.1. Больная У., 50 лет, кассир, обратилась к участковому врачу с жалобами на умеренные боли в пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей, лучезапястных суставах в покое, усиливающиеся во второй половине ночи, утреннюю скованность в указанных суставах до 1 часа и ограничение объема движений в пораженных суставах.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 3 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли во II-III пястно-фаланговых суставах обеих кистей при движениях, припухлость, утренняя скованность в течение 30 мин. В последующем в процесс вовлеклись лучезапястные и проксимальные межфаланговые суставы кистей. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно использовала НПВП при ухудшении самочувствия. Наследственность: у матери и старшей сестры - заболевания суставов. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Атрофия мышц тыльных поверхностей кистей. II-IV пястно-фаланговые, проксимальные межфаланговые суставы увеличены в объеме, отмечаются припухлость мягких тканей, повышение местной температуры, болезненность при пальпации; переразгибание в проксимальных межфаланговых суставах с одновременной сгибательной контрактурой дистальных межфаланговых суставов. Объем активных движений в указанных суставах ограничен. Дефигурация кистей в виде «плавников моржа». По внутренним органам – без патологии. Рентгенограмма кистей с захватом лучезапястных суставов: остеопороз, сужение суставных щелей II-IV пястно-фаланговых, проксимальных межфаланговых суставов, единичные узелки.

Задание к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Как называется выявленная деформация пальцев? Каковы ее причины? Каков механизм формирования суставных девиаций?
4. Назначьте дополнительное обследование.
5. Обоснуйте уточненный диагноз.

21.2 Больная Ф., 78 лет, обратилась с жалобами на выраженные боли в коленных суставах при физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня, «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 20 мин, ограничение объема движений.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 25 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в коленных суставах после значительной физической нагрузки, в вечерние часы и в первую половину ночи, утренняя скованность в течение 10 мин. На фоне относительно стабильного течения болезни 2-3 раза в год – ухудшение самочувствия: усиление болей в коленных суставах и появление их

OŇTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69/ 21 стр. из 33
Ситуационные задачи	

припухлости, по поводу чего пациентка принимает НПВП в течение 2-3 недель. Настоящее ухудшение в течение 2 недель: усилились боли и ограничение подвижности в коленных суставах, появилась припухлость правого коленного сустава. Из истории жизни: работала почтальоном. Травмы суставов отрицает. Объективно: Рост – 164 см, вес 96 кг.

Подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отеков нет. «О»-образная деформация коленных суставов. Коленные суставы увеличены в объеме, припухлость правого коленного сустава, там же – местное повышение температуры. При пальпации – болезненность обоих коленных суставов, костные разрастания, состояние суставных концов правильное. Объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. По внутренним органам – без патологии. Рентгенограмма коленных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.

Задания к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Перечислите факторы риска развития заболевания.
4. Назначьте план обследования согласно КП.
5. Назначьте лечение согласно КП

Данные лабораторных методов исследования:

ОАК: Нб - 119 г/л; эр. - $4,2 \times 10^{12}$ /л; ЦП - 1,0; лейкоц. - $7,2 \times 10^9$ /л; э - 4%; п/я - 5%; с/я - 50%; л - 35%; м - 6%; СОЭ - 31 мм/час.

БАК: билирубин общий - 12,8 (прямой - 4,3 л, непрямой - 8,5) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, холестерин - 6,2 ммоль/л, общий белок - 78 г/л.

ОАМ: отн. плотность - 1019, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. – 3-4 в п.зр., эр. – 1-2 в п.зр., эпителий - 2-3 в п.зр.

Тема № 22

22.1 Больная П., 65 лет, жалуется на выраженные боли в коленных, дистальных и проксимальных межфаланговых суставах кистей при физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня; утреннюю скованность в течение 15 мин, усиливающуюся в покое, уменьшение объема движений. Из анамнеза заболевания: считает себя больной в течение 15 лет. Начало заболевания постепенное: появились умеренные боли в дистальных и проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей после длительной нагрузки. Периодически отмечала усиление болей, сопровождавшееся припухлостью суставов. Около 10 лет назад появились боли в коленных суставах после умеренной физической нагрузки, утренняя скованность в течение 10 минут. 5 лет назад заметила появление узелков на тыльной поверхности дистальных межфаланговых суставов кистей, позднее подобные узелки появились и на проксимальных суставах. Отмечает хороший эффект от использования НПВП в виде мазей.

Наследственность: у матери имеется заболевание суставов. Объективно:

подкожная клетчатка развита равномерно, избыточно. Отеков нет. Под кожей определяются плотные узелки и костные разрастания в области II-V проксимальных, II-V дистальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, кожные покровы над ними обычного цвета и температуры, объем активных движений ограничен. Коленные суставы увеличены в объеме, деформированы, кожа над ними не изменена, определяются болезненность, костные разрастания; состояние суставных концов правильное, объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. По внутренним органам – без особенностей.

Задание к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назовите причины изменения суставов кистей, дайте авторские названия.
4. Что такое крепитация, каков механизм ее появления?
5. Составьте план лечения согласно КП.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Нь - 125 г/л; эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$; ЦП - 0,9; лейкоц. - $5,8 \times 10^9/л$; э - 3%; п/я - 5%; с/я - 55%; л - 32%; м - 5%; СОЭ - 12 мм/час.

БАК: билирубин общий - 14,6 (прямой - 3,3, непрямой - 11,3) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, АСТ - 0,18 ммоль/л, АЛТ - 0,24 ммоль/л, холестерин - 6,9 ммоль/л, общий белок - 75 г/л.

ОАМ: отн. плотность - 1014, белок - 0,033 г/л, сахар - нет, лейкоц. - 2-3 в п.зр., эр. - 1-2 в п.зр., эпителий - 1-2 в поле зрения.

22.2. Молодой мужчина 30 лет обратился к участковому терапевту с жалобами на боли в коленном суставе, повышение температуры до 38,5 С, скудные выделения из уретры, язвы в полости рта. Наблюдается инъекция сосудов склер. При осмотре коленного сустава отмечается припухлость, гиперемия с синюшным оттенком справа, ограничение движения в объеме. В ОАК нейтрофильный лейкоцитоз, повышение СОЭ. В мазке из уретры обнаружены хламидии.

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз
2. Перечислите схожие заболевания для дифференциальной диагностики
3. Определите план обследования согласно КП.
4. Составьте план лечения согласно КП

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Нь - 130 г/л, эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,0, лейкоц. - $8,3 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я - 6%, с/я - 51%, л - 30%, м - 9%, СОЭ - 25 мм/час.

БАК: Креатинин - 0,012 ммоль/л, АСТ - 0,13 ммоль/л, АЛТ - 0,16 ммоль/л, холестерин - 8,3 ммоль/л, общий белок - 82 г/л.

На рентгенограмме коленных суставов, кистей с захватом лучезапястных суставов: сужение суставных щелей, субхондральный склероз, краевые остеофиты, субхондральные кисты.

Тема № 23

23.1. Больной З., 18 лет, студент, обратился с жалобами на выраженные боли коленных, голеностопных суставах, припухлость и ограничение подвижности в указанных суставах, недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке. Из анамнеза: в течение 3 недель отмечает недомогание, одышку при умеренной физической нагрузке, сердцебиение, повышение температуры тела до 37,8°C. 5 дней назад появились сильнейшие летучие боли коленных, затем в голеностопных суставах при малейших движениях, сопровождающиеся припухлостью и покраснением кожных покровов над суставами. Отмечал кратковременный эффект от приема аспирина. Обратился самостоятельно в связи с усилением слабости и одышки. Около 1 месяца назад перенес ангину, не лечился, продолжал посещать занятия. Объективно: кожные покровы повышенной влажности, чистые. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Коленные, голеностопные суставы увеличены в объеме, кожа над ними горячая на ощупь, припухлость периартикулярных тканей, выраженная болезненность при пальпации и боль при малейших движениях в суставе. Состояние суставных концов правильное, костные выступы не определяются, шумов при движении нет. Остальные суставы без особенностей. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет, ЧД 24 в минуту. АД 125/80 мм. рт.ст. Тоны сердца приглушены, ритмичные, 102 уд/мин;

I тон на верхушке ослаблен. Систолический шум на верхушке, длительный, дующий, проводится левую подмышечную область, не зависит от положения тела.

Задание к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Назначьте дополнительное исследование.
4. Определите тактику лечения.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Нб - 120 г/л, эр. - $4,0 \times 10^{12}/л$, ЦП - 1,0, лейкоц. - $8,9 \times 10^9/л$, э - 4%, п/я - 5%, с/я - 53%, л - 32%, м - 6%, СОЭ - 22 мм/час.

ОАМ: отн. плотность - 1019, белок, сахар - нет, лейкоц. - 3-4 в п.зр, эр. - 1-2 в п.зр, эпителий - 1-2 в п.зр.

БАК: билирубин общий - 14,6 (прямой - 3,3, непрямой - 11,3) мкмоль/л, креатинин - 0,01 ммоль/л, АСТ - 0,18 ммоль/л, АЛТ - 0,24 ммоль/л, общий белок - 75 г/л, глюкоза - 5,1 ммоль/л.

23.2 Больная Б., 72 лет, жалуется на выраженные боли в левом коленном и II-V проксимальных межфаланговых суставах кистей при незначительной физической нагрузке, усиливающиеся к концу дня; «стартовые» боли, утреннюю скованность в течение 30 мин, ограничение объема движений. Из анамнеза: около 20 лет отмечает умеренные боли в проксимальных межфаланговых суставах обеих кистей после умеренной нагрузки. Около 10 лет – боли в коленных суставах после умеренной физической нагрузки. 1-2 раза в год – усиление болей, сопровождающееся припухлостью суставов. 5 лет назад появились боли в голеностопных суставах при умеренной физической нагрузке, узелки на тыльной поверхности проксимальных межфаланговых суставов кистей, утренняя скованность в перечисленных суставах в течение 10-15 мин. 2 недели назад усилились боли в левом коленном, проксимальных межфаланговых суставах кистей, в том числе ночные, уменьшился объем движений, увеличилась длительность утренней скованности.

Объективно: ИМТ = $19,2 \text{ кг/м}^2$. Коленные суставы увеличены в объеме. Левый коленный сустав припухший, горячий на ощупь. При пальпации – болезненность обоих коленных суставов, костные разрастания, состояние суставных концов правильное. Объем активных движений ограничен из-за болезненности, при движениях – крепитация. Под кожей определяются плотные узелки и костные разрастания в области II-V проксимальных межфаланговых суставов кистей с обеих сторон, кожные покровы над ними обычного цвета и температуры, объем активных движений ограничен. Голеностопные суставы увеличены в объеме, кожа над ними не изменена, определяются костные разрастания, состояние суставных концов правильное, пальпация болезненна, объем активных движений ограничен, при движениях – крепитация. По внутренним органам – без патологии.

Задание к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы, выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. О чем свидетельствуют изменения суставов?
4. Назовите возможные причины увеличения суставов в объеме.
5. Интерпретируйте данные лабораторных исследований

Данные дополнительных методов исследования:

1. ОАК: Нб - 130 г/л; эр. - $4,2 \times 10^{12}/л$; ЦП - 1,0; лейкоц. - $9,8 \times 10^9/л$; э - 4%; п/я - 6%; с/я -

- 51%; л - 32%, м - 7%, СОЭ - 28 мм/час.
2. ОАМ: отн. плотность - 1014, белок - 0,066 г/л, сахар - нет, лейкоциты - 6-8 в п.зр,
 3. эритроциты - 2-3 в п.зр, эпителий - 1-2 в п.зр., цилиндры гиалиновые - 0-1 в п.зр.
 4. Креатинин - 0,019 ммоль/л, мочевины - 8,2 ммоль/л, АСТ - 0,18 ммоль/л, АЛТ - 0,24 ммоль/л, холестерин - 7,5 ммоль/л, общий белок - 75 г/л.
 5. Рентгенография коленных суставов (см. ниже).
- Рентгенограммы коленных суставов:



Тема № 24

24.1 Больной А., 23 лет, бухгалтер, жалуется на постоянное ощущение тяжести в поясничной области с обеих сторон, без иррадиации, повышение температуры до 37,5°C, отечность век, постоянную разлитую головную боль, шум в ушах, мелькание мушек перед глазами, появление мочи цвета мясных помоев, слабость, недомогание.

Из анамнеза заболевания: 3 недели назад перенес лакунарную ангину, лечился самостоятельно, чувствовал себя неплохо. В течение последней недели вновь поднялась температура до 37,4°C, 3 дня назад проснулся с отеками под глазами, головной болью, мельканием мушек перед глазами, появился шум в ушах. Количество мочи уменьшилось, она стала красной.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные, влажные, без высыпаний. Отеки под глазами и на пояснице. Легкая пастозность стоп, голеней.

Границы относительной тупости сердца не смещены. Тоны сердца правильного ритма, частотой 58 в 1 мин., акцент второго тона над аортой, неинтенсивный систолический шум на верхушке. АД 160/100 мм рт.ст. на обеих руках. Поясничная область внешне не изменена, пальпация ее безболезненна. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон. Почки не пальпируются.

Задания к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Оцените результаты лабораторных данных.
4. Составьте план лечения согласно КП

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Нб - 110 г/л, эритроциты - 3,2 10¹²/л, лейкоциты - 11 10⁹/л, эритроциты - 2%, п - 6%, с - 73%, л - 19%, СОЭ - 38 мм/ч.

БАК: общий билирубин 21,8 мкмоль/л, прямой - 4,3 мкмоль/л, непрямой - 17,5 мкмоль/л; общий белок - 65 г/л; мочевины - 8,1 ммоль/л; креатинин - 0,19 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 3,5 ммоль/л.

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69/ 25 стр. из 33	
Ситуационные задачи		

ОАМ: цвет красно – бурый, отн. плотность – 1,028; белок – 0,632 г/л; эп. плоский – 2-3 в п.зр.;лейк. – 2-3 в п.зр., эр. – выщелоченные сплошь; гиалиновые цилиндры – 6-7 в п.зр.
24.2 Больная С., 42 года, предъявляет жалобы на головную боль, колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, ноющие боли в поясничной области, рези в конце мочеиспускания, общую слабость.

Из анамнеза заболевания: считает себя больной более 20 лет, когда впервые появились рези при мочеиспускании, лечилась настоями трав, за медицинской помощью не обращалась. Иногда при появлении резей после мочеиспускания больная отмечала появление болей в поясничной области. Около 8 лет больная отмечает повышение АД, проявляющееся головными болями, головокружением. Постоянной гипотензивной терапии не получает. Последнее ухудшение самочувствия в течение недели, когда после переохлаждения появились рези после мочеиспускания и боли в поясничной области, повысилась температура до 38,2°C. Самостоятельно лечилась отваром семени укропа, амоксициллином. Температура постепенно снизилась, боли в пояснице уменьшились, однако рези в конце мочеиспускания сохранялись, усилились головные боли, головокружение и появились боли в области сердца. Объективно: температура тела 37,2°C. Бледность кожных покровов. Одутловатость лица. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс одинаков на обеих лучевых артериях, хорошего наполнения и напряжения. АД 150/105 мм рт.ст. Правая граница относительной тупости сердца - на 1 см правее грудины в IV межреберье, верхняя - в III межреберье, левая – на 1 см левее от левой среднеключичной линии. Тоны сердца правильного ритма, приглушены, акцент II тона над аортой. ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания слабо положительный с обеих сторон.

Задания к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план обследования согласно КП.
4. Назначьте лечение согласно КП.

Тема № 25

25.1 Больная Б., 30 лет, обратилась к ВОП с жалобами на озноб, повышение температуры, ноющие боли в пояснице, головную боль, преимущественно в затылочной части, головокружение, сердцебиения, колющие боли в области верхушки сердца, не связанные с физической нагрузкой, общую слабость. Из анамнеза заболевает около 5 лет, беспокоили головные боли, головокружение и колющие боли в области сердца. Тогда же было выявлено повышение АД до 150/95 мм рт.ст. Больная начала регулярно принимать гипотензивные препараты. Настоящее ухудшение самочувствия связывает с переохлаждением. неделю назад: Объективно: состояние больной средней степени тяжести, питание понижено, ИМТ – 17,2 кг/м². Температура 39,2°C. Кожные покровы горячие, повышенной влажности. Отеков нет. АД 185/110 мм рт.ст. Верхушечный толчок в VI межреберье, усиленный, разлитой, резистность повышена. Тоны сердца ясные, правильного ритма, частотой 96 уд/мин, акцент II тона над аортой. Язык обложен белым налетом, влажный. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон, больше справа. Пальпируется нижний полюс правой почки, пальпация болезненна. Мочеточниковые точки безболезненны.

Задания к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
3. Составьте план дополнительных исследований согласно КП.
4. Определите дальнейшее ведение больного.

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: Нб - 100 г/л, эр. - $3,2 \times 10^{12}$ /л, ЦП - 0,8; лейкоц. - $12,0 \times 10^9$ /л, э - 1%, п - 18%, с - 63%, л - 16%, м - 1%, б - 1%, тромбоциты 250×10^9 /л, СОЭ - 43 мм/час.

ОАМ: мутная, кислая, отн. плотность - 1,013; белок - 0,3 г/л, лейкоц. - 40-50 в п.зр., эп. - 8-10 в п.зр., эр. - 4-6 в п.зр., гиалиновые цилиндры - 1-2 в п.зр., оксалаты - (+), бактерии - (+++).

Тема № 26

26.1 Больная М. 34 года, обратилась с жалобами к участковому врачу с жалобами на боли жгучего характера в подложечной области, возникающие натощак и по ночам, изжогу, тошноту, иногда, на высоте болей, рвоту, приносящую облегчение. Данные симптомы беспокоят 10 лет, возникают, в основном, весной и осенью. Самостоятельно принимает соду, алмагель, вызывающие положительный эффект. Настоящее обострение связывает приемом Вольтарена по поводу болей в поясничной области.

Объективно: состояние удовлетворительное, кожа обычной окраски, влажная. Пульс - 60 ударов в минуту, АД - 100/70 мм рт. ст. Язык влажный, густо обложен белым налетом.

Живот обычной формы, не вздут, при пальпации резко болезненный в эпигастриальной области. Стул со склонностью к запорам (1 раз в 2 дня).

ЭФГДС: пищевод свободно проходим, кардия смыкается. В желудке натощак содержится большое количество светлой секреторной жидкости и слизи. Складки слизистой оболочки желудка утолщены, извитые, диффузно гиперемированы. Луковица 12-перстной кишки деформирована, на задней стенке выявляется дефект слизистой оболочки до 0,7 см в диаметре. Край дефекта имеют четкие границы, гиперемированы, отечны. Дно дефекта покрыто фибринозными наложениями белого цвета. Постбульбарные отделы без патологии. Хелик-тест: базальный уровень - 4 мм; нагрузочный уровень - 10 мм; показатель прироста - 6 мм; Нр (+).

Задания к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Перечислите экзогенные и эндогенные предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Показания к госпитализации.
4. Осложнения данного заболевания.
5. Назначьте лечение.

26.2 Мужчина 60 лет обратился к участковому врачу с жалобами на боли в эпигастрии через 20 минут после еды, рвоту, приносящую облегчение, похудел за месяц на 7 кг. Боли в эпигастрии беспокоят около 2 месяцев.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС - 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт. ст. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Печень по краю реберной дуги. Размеры - $10 \times 9 \times 8$ см. Селезенка не пальпируется. Проведена фиброгастродуоденоскопия: в средней трети желудка язвенный дефект 3 см в диаметре, взята биопсия.

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69/ 27 стр. из 33	
Ситуационные задачи		

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.
3. Составьте план дифференциального диагноза.
4. Составьте план дополнительного обследования согласно КП.
5. Какое медикаментозное лечение вы бы рекомендовали пациенту? Обоснуйте свой выбор.

Тема № 27

27.1 Женщине, 53 года обратилась к участковому врачу с жалобами на изжогу, боли за грудиной, появляющиеся после еды и физической нагрузки. Отмечает также усиление болей при наклонах и в горизонтальном положении. Из анамнеза известно, что изжога беспокоит около 20 лет. Не обследовалась. Последние 2 месяца появились данные боли за грудиной. При осмотре: состояние удовлетворительное. Индекс массы тела (ИМТ) - 39 кг/м². Кожные покровы обычной окраски, чистые. В легких – дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 72 удара в минуту, АД - 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Размеры - 10×9×8 см. Селезенка не пальпируется.

Данные фиброгастродуоденоскопии: в нижней трети пищевода выявлены эрозии, занимающие около 40% окружности пищевода.

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Обоснуйте поставленный вами диагноз.
3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.
4. Дайте немедикаментозные рекомендации больному.
5. Какое медикаментозное лечение вы бы рекомендовали пациентке? Обоснуйте свой выбор.

27.2 Больной З., 62 года, обратился к ВОП с жалобами на рвоту вскоре после приема пищи, чувство полноты и тяжести в животе после еды, нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание. Болен 5 лет, лечился амбулаторно по поводу анацидного гастрита. Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев. Объективно: температура 36,6⁰С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. При пальпации живота разлитая болезненность в эпигастриальной области, здесь же пальпируется уплотнение величиной 3 см, подвижное, слабоболезненное. Пальпируется край печени на 1 см ниже реберной дуги по правой среднеключичной линии.

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз
2. Назовите необходимые дополнительные исследования
3. Перечислите возможные осложнения.
4. Составьте план лечения согласно КП.

Тема № 28

28.1 Женщина 45 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на жгучие боли у основания мечевидного отростка с иррадиацией в область сердца, возникающие и усиливающиеся через полчаса после еды, при физической нагрузке и наклоне туловища; не купируются полностью алмагелем. Отмечаются также отрыжка воздухом, приступы удушья, кашель. При рентгенологическом исследовании с бариевой взвесью – рефлюкс контрастной массы из желудка в пищевод.

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования согласно КП
4. Составьте план лечения согласно КП.

28.2 Больной Б., 32 года жалуется на интенсивные боли в эпигастрии через 3-4 часа после еды, нередко «голодные» и ночные, успокаивающиеся после приема пищи, упорную изжогу, отрыжку кислым, часто рвоту кислым, приносящую облегчение, запоры. Объективно: перкуторная пальпаторная болезненность в эпигастрии справа. Анализ кала на скрытую кровь – положительный.

Задания к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования согласно КП
4. Составьте план лечения согласно КП.

Тема № 29

Больной Н. 25 лет предъявляет жалобы на частый (до 10-15 в сутки) жидкий стул с примесью крови и слизи, боли в левой подвздошной области, повышение температуры тела до 38,3°C, резкую общую слабость, похудание. Нарушение стула отмечает в течение 2-9 месяцев, но 7 дней назад в кале появилась кровь, повысилась температура, появились слабость, недомогание, головокружение.

Объективно: состояние средней степени тяжести. Кожа бледная. Язык слегка обложен белым налетом. Живот овальной формы, несколько вздут. При пальпации определяется умеренная болезненность в области нисходящего отдела толстой кишки. Перкуторно размеры печени по Курлову - 10×9×8 см.

Копрограмма: цвет кала – коричневый, характер – неоформленный, в поле зрения – большое количество лейкоцитов, эритроцитов. Реакция Трибуле – резко положительная. Ирригоскопия: отмечается быстрое заполнение толстой кишки бариевой взвесью, равномерное сужение просвета кишки (симптом «водопроводной трубы»), расширение ректоректального пространства, сглаженность гаустр, ячеистый рельеф слизистой в области поперечно-ободочной кишки, в области прямой и сигмовидной кишок – множественные дефекты наполнения.

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Какие внекишечные проявления возможны при данной патологии?
4. Какие антицитокины необходимы, и в каких ситуациях они назначаются при данном заболевании?
5. Какие антибактериальные препараты показаны при данном случае.

Дополнительные методы исследования:

ОАК: гемоглобин – 90 г/л, СОЭ – 35 мм/ч, лейкоциты - 13,0×10⁹ /л; лейкоформула: базофилы - 1%, эозинофилы - 5%, палочкоядерные нейтрофилы - 20%, сегментоядерные нейтрофилы - 40%, лимфоциты - 24%, моноциты - 10%.

БАК: общий белок – 60 г/л, альбумин – 40 %, АЛТ – 42,68 ед/л, АСТ – 32 ед/л, серомукоид – 2,0 ммоль/л, СРБ – (+++), фибриноген – 5 г/л.

Тема № 30

30.1. Больная Л., 35 лет предъявляет жалобы на головные боли, быструю утомляемость, чувство нехватки воздуха; перебои в области сердца, возникающие при психоэмоциональном напряжении; боли в животе, учащенный жидкий стул 2-3 раза в сутки с небольшим объемом испражнений.

Задание к ситуационной задаче:

1. Какой из методов исследования необходимо провести в данной ситуации
2. Перечислите предрасполагающие факторы, приводящие к развитию данного заболевания.
3. Тактика ведения больного

30.2. На приеме мужчина 19 лет с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, общую слабость, похудание, боли в суставах. Указать точное время ухудшения состояния не может. Объективно: кожные покровы желтушные, единичные телеангиоэктазии. На внутренней поверхности локтевых суставов следы укусов. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см. Селезенка не пальпируется. Биохимический анализ крови: общий билирубин – 32,6 мкмоль/л, тимоловая проба – 7,2 ед.

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования согласно КП
4. Составьте план лечения согласно КП.

Тема № 31

31.1 Мужчина 39 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на головокружение, одышку, быструю утомляемость, парестезии в конечностях и склонность к диарее. При осмотре кожные покровы желтоватой окраски, сглаживание сосочков языка, признаки глоссита. Больному 2 года назад произведена гастрэктомия. Отмечается гиперхромная анемия. Пункция костного мозга: мегалобластный тип кроветворения. Выявлено повышение уровня ферритина в крови. Ваш предварительный диагноз:

Задание к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования согласно КП
4. Составьте план лечения согласно КП.

31.2 Больная 74 года обратилась к врачу общей практики с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку, боли в эпигастрии, тяжесть после приема пищи, отрыжку тухлым. Объективно выявлены: бледность кожных покровов, иктеричность склер, умеренная спленомегалия, снижение тактильной чувствительности на нижних конечностях по типу «чулок». В ОАК: Нв -83 г/л; ЦП - 1,2; эритроциты - $2,5 \times 10^{12}/л$; лейкоциты – $3,2 \times 10^9/л$; тромбоциты - $150 \times 10^9/л$; ретикулоциты – 0,2%; билирубин-42 ммоль/л (непрямая фракция 33 ммоль/л).

Задания к ситуационной задаче:

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите несколько заболеваний для проведения дифференциального диагноза.
3. Определите план обследования согласно КП.
4. Определите план лечения согласно КП.

31.2 Больной 25 лет обратился к участковому врачу с жалобами по поводу болей в эпигастральной области с выраженным циркуляторно-гипоксическим синдромом. В анамнезе – язвенная болезнь желудка. Кожные покровы бледные. Анализ крови: Нв – 85 г/л, эритроциты – $3,2 \times 10^{12}/л$, ЦП – 0,75, тромбоциты – $165,0 \times 10^9/л$, ретикулоциты – 0,5 %, билирубин – 15 мкмоль/л, сывороточное железо – 4,5 ммоль/л. Реакция Грегерсена положительна. Ваш предполагаемый диагноз:

Задания к ситуационной задаче:

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите несколько заболеваний для проведения дифференциального диагноза.
3. Определите план обследования согласно КП.
4. Определите план лечения согласно КП.

Тема № 32

32.1 На приеме больная 26 лет, медсестра, с жалобами на повышение температуры тела до 38-39С в течение 5-ти дней. Заболела остро. Начало с высокой температуры с проливными потами. Самостоятельно получала цефазолин по 1,0 x 3 р/д в/м, но без эффекта. При осмотре выявлено увеличение шейных лимфоузлов слева, гиперемия и увеличение миндалин. ОАК: Нв 90 г/л, Эр. $3,3 \times 10^{12}/л$, ЦП 0,9; Лейк. $13,0 \times 10^9$ (эозинофилы-6%, базофилы -2%, п/ядерн – 14%; сегм./яд – 67%, лимфоциты – 1%, моноциты – 10%), СОЭ 60 мм/час. При проведении стеральной пункции в костном мозге обнаружены клетки Березовского-Рид-Штернберга.

Задания к ситуационной задаче:

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите несколько заболеваний для проведения дифференциального диагноза.
3. Определите план обследования согласно КП.
4. Определите план лечения согласно КП.

32.2 Больная Е., 63 лет, обратилась с жалобами к участковому врачу с жалобами на общую слабость, головокружение, одышку при незначительной физической нагрузке, тошноту, онемение кончиков пальцев рук и ног. Данные жалобы появились около трех недель назад, ранее ничем не лечилась. Из анамнеза: страдает хроническим гастритом около 20 лет. Объективно: резкая бледность кожи, видимых слизистых. Субиктеричность склер. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Дыхание везикулярное. АД 130/80 мм рт.ст. Пульс с частотой 96 уд./мин. Тоны сердца звучные, тахикардия. Живот мягкий, безболезненный. Язык ярко-красный, сосочки сглажены. Печень выступает на 2,0 см из под края реберной дуги, безболезненная при пальпации. Селезенка выступает из под края левой реберной дуги на +3,0 см, край ровный, эластичной консистенции, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Отеков нет.

Задания к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте клинические синдромы, укажите ведущий.
2. На основании выделенных синдромов установите предварительный диагноз
3. Интерпретируйте лабораторно-инструментальные данные и составьте план дополнительных исследований.
4. Определите дальнейшую тактику врача

Данные дополнительных методов исследования:

ОАК: эритроциты- $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин - 50 г/л, цветовой показатель - 1,09. Тромбоциты – $170 \times 10^9/л$, Лейкоциты- $3,9 \times 10^9/л$, палочкоядерные- 1%, сегментоядерные - 50%, лимфоциты - 35%, моноциты - 14%. СОЭ 32 мм/ч. Анизоцитоз ++; пойкилоцитоз +; макроцитоз +++, тельца Жолли, кольца Кебота +/+++.

ОАМ: цвет- насыщенно желтая, реакция кислая, уд. вес 1013, белок отриц., эп. клетки плоские 1-2 в пл. зрения, лейкоциты 0-1-2 в пл. зрения.

БАК: креатинин 59,3 мкмоль/л. Общий белок 66,3 г/л. Билирубин прямой 28,0 мкмоль/л, не прямой 24,0 мкмоль/л. АСТ 0,38 ммоль/л, АЛТ 0,47 ммоль/л. Сахар крови 4,5 ммоль/л.

Исследование стернального пунктата: костный мозг гиперклеточный, эритропоэз раздражен, мегалобластический, задержка вызревания на уровне базофильных мегалобластов. Гранулоцитарный росток угнетен, задержка вызревания нейтрофилов на уровне миелоцита, гиперсегментация зрелых форм, гигантизм и уродливость, палочкоядерных форм. Мегакариоцитарный росток угнетен.

Тема №33

33.1 Больной, 46 лет обратился к врачу с жалобами на жажду, сухость во рту, онемение кончиков пальцев рук и ног, снижение памяти. Артериальное давление 150/90 мм рт ст. Масса тела 80 кг. Индекс массы тела – 32. Глюкоза крови – 9,1 ммоль/л.

Задания к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования согласно КП
4. Составьте план лечения согласно КП.

33.2 Больная, 32 года на приеме у врач общей практики жалуется на увеличение массы тела за последние 1,5-2 года, сухость во рту, головную боль, нарушение менструального цикла. Объективно: кожные покровы обычной окраски. Рост 160 см, масса тела 130 кг; подкожная жировая клетчатка распределена по диспластическому типу, имеются полосы растяжения на коже живота. АД повышено.

Задания к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования согласно КП
4. Составьте план лечения согласно КП.

Тема №34

34.1 Больная Т., 58 лет, корректор, обратилась к участковому с жалобами на выраженную жажду (выпивает до 5 литров жидкости в сутки), обильное и частое мочеиспускание, особенно ночью, зуд в промежности. Из анамнеза заболевания. Больна в течение трех лет: постепенно возникли и прогрессируют вышеуказанные симптомы. За медицинской помощью не обращалась. Менопауза 5 лет. Объективно: температура тела 36,8 С, рост 166 см, вес 88 кг, окружность талии 104 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Отеков нет. ЧСС 74 в минуту. АД 130/80 мм рт.ст. Границы относительной сердечной тупости: правая – 0,5 см вправо от правого края грудины, верхняя – III межреберье, левая – на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритмичные, акцент II тона на аорте, шумов нет. Язык суховат, обложен желтоватым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубокой пальпации.

Задания к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. С чем связано появление жажды и учащенного мочеиспускания?
3. Каков механизм появления зуда?
4. Определите индекс массы тела.
5. Составьте план обследования согласно КП
6. Дальнейшая тактика врача

34.2 Больная, 39 лет обратилась в поликлинику с жалобами на головные боли, быструю прибавку в весе. Объективно: непропорциональное ожирение, артериальное давление 180/100 мм рт ст, багровые полосы растяжения на коже живота, гиперпигментация кожи. В анализе: умеренное повышение уровня адренокортикотропного гормона (АКТГ) плазмы крови.

Задания к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.

OŃTŪSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ	 SKMA -1979-	SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «Семейная медицина»	044-69/ 32 стр. из 33	
Ситуационные задачи		

3. Составьте план обследования согласно КП
4. Составьте план лечения согласно КП.

Тема № 35

35.1 К врачу общей практики обратилась женщина 32 лет с жалобами на сердцебиение, слабость, раздражительность, потливость, похудание. Больна более года. Объективно. Суевлива. Глаза блестят. Тремор пальцев рук, в позе Ромберга не устойчива. Гипергидроз. В легких везикулярное дыхание. Сердце: тахикардия, пульс 110 в 1 мин, АД 150/30, 160/40 мм рт ст. Стул – склонность к поносам.

Задания к ситуационной задаче:

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Назовите несколько заболеваний для проведения дифференциального диагноза.
3. Определите план обследования согласно КП.
4. Определите план лечения согласно КП.

35.2 Больной 68 лет на приеме у участкового врача жалуется на слабость, потливость, похудание на 10 кг за 2 года. Увеличены печень, селезенка и все группы лимфоузлов. Анализ крови: Нв 85 г/л, Эр.3,0 x 10¹²/л, лейкоц. 135,0 x 10⁹/л, п/я 3%, лимф. 96 %, мон. 1%, СОЭ 28 мм/час. Общий билирубин 45 мкмоль/л, прямой 11 мкмоль/л. Железо сыворотки 28 ммоль/л, проба Кумбса положительна.

Задания к ситуационной задаче:

2. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Оцените данные анализов крови
3. Определите план обследования согласно КП.
4. Определите план лечения согласно КП.

Тема № 36

36.1 Больная 17 лет отмечает повышение массы тела, нарушение менструального цикла в течение года. На коже бедер, живота, молочных желез багровые стрии. АД - 140/90 мм рт.ст. Тест толерантности к глюкозе: натощак – 4,5 ммоль/л; через 2 часа после нагрузки глюкозой – 8,6 ммоль/л. КТ: гиперплазия обеих надпочечников. Уровень кортизола в крови в 8 часов -1060 нг/л (норма – 260-720 нг/л), в 14 часов -1250 нг/л. Наиболее вероятный диагноз:

Задания к ситуационной задаче:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Проведите дифференциальную диагностику.
3. Составьте план обследования согласно КП
4. Составьте план лечения согласно КП.

Тема № 37

37.1 Больной Н., 18 лет, жалуется на отеки лица, ног, головную боль, сердцебиения, длительные давящие боли в сердце, слева от грудины, отдающие в левую лопатку, ноющие боли в пояснице, появление мутной красноватой мочи в небольшом количестве, общую слабость, разбитость. Из анамнеза: считает себя больным в течение 3-х дней, когда появились головные боли, головокружения, вызвал на дом врача, выявлено повышение артериального давления, назначены гипотензивные препараты, однако состояние больного не улучшалось, появились отеки на лице и ногах, что заставило больного обратиться в дежурное терапевтическое отделение. Объективно: состояние тяжелое. Лицо отечное, апатичное, температура 37,7°С, Кожные покровы бледные, достаточной влажности, отеки на пояснице, стопах и голенях. Пульс на лучевой артерии повышенного наполнения и напряжения. АД 160/105 мм рт.ст. Тоны сердца правильного ритма, частотой 84 в 1 мин., приглушены, акцент II тона над аортой. Язык чистый. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Поколачивание по пояснице слабо болезненно с обеих сторон. Пальпация области почек безболезненна, мочевого пузыря не увеличен.

Задания к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте синдромы; выделите ведущий.
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Механизм появления болей в пояснице.
4. Составьте план дополнительных исследований согласно КП.
5. Дальнейшая тактика.

37.2 Больная А., 33 года. Жалуется на раздражительность, исхудание, слабость, снижение работоспособности, плаксивость, сердцебиение, боль в сердце. Заболевание начало развиваться три месяца назад после автомобильной аварии. Не лечилась. Объективно: общее состояние средней тяжести, лицо выражает беспокойство. Больная многословна, отмечается тремор вытянутых рук. Рост—168 см, масса тела—60 кг. Кожа влажная, тургор ее сохранен, имеется незначительная гиперпигментация. Щитовидная железа увеличена до III степени, плотная, подвижная. Экзофтальм, гиперпигментация век. Определяется пульсация сосудов шеи. Пульс—96 в 1 мин, ритмичный. Артериальное давление 150/70 мм. рт. ст. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца звучные, над верхушкой выслушивается систолический шум.

Задания к ситуационной задаче:

1. Выделите и обоснуйте клинические синдромы, укажите ведущий.
2. На основании выделенных синдромов установите предварительный диагноз
3. Интерпретируйте лабораторно-инструментальные данные и составьте план дополнительных исследований.
4. Проведите дифференциальную диагностику
5. Составьте план лечения согласно КП.

Дополнительные исследования.

ОАК : гемоглобин 127г/л, лейкоциты— $6,9 \times 10^9$ /л, СОЭ—15 мм/ч, холестерин—2,8 ммоль/л, калий плазмы— 3,9 ммоль/л. Йоднакопительная функция щитовидной железы: через 2 ч—28%, 4 ч—42%, 24 ч—32%. Уровень ТТГ в крови менее 0,05 мМЕд/л, тироксина—180нмоль/л, глюкозы—4,05-мздоль/л.

Электрокардиография — признаки гипертрофии левого желудочка, снижение зубца Т и сегмента S — Т