

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

MEDISINA

AKADEMIASY

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

MEDICAL

ACADEMY

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

«Отбасылық медицина» кафедрасы

Жағдайлық есептер

044-69/26()

29 беттің 1 беті

Ішкі аурулар пәнінен аралық бақылауға арналған жағдайлық есептер

Мамандық: 7R01138 «Отбасылық медицина»

Пәннің аталуы: Ішкі аурулар

Пән коды: R-IADD

Оқу сағатының көлемі: 360 сағат (12 кредит)

Шымкент – 2021ж.

**Тақырып № 1**

1. 52 жастағы науқас, ұн фабрикасының жұмысшысы, жалпы тәжірибелі дәрігерге келесі шағымдармен келді: таңертең ащы иістермен тыныстанғанда, жылы жерден суыққа шыққан кезде, сондай-ақ ылғалды ауа-райында, қиын бөлінетін, тұтқыр, шырышты қақырықпен (тәулігіне 30 мл-ге дейін) жүретін ауыр, күштемелі жөтелге; орташа физикалық күштеме кезінде экспираторлық еңтігу; дене температурасының субфебрильді сандарға дейін көтерілуі, әлсіздік. Анамнезінен: 20 жыл темекі шегеді. Шамамен 10 жыл бойы таңертеңгілік қақырықты жөтел байқалады. Соңғы кезде ЖРВИ аурулары жиілеп кеткен. Бірнеше рет жедел пневмониямен ауырған. Объективті: дене температурасы 37,3 0 С, тері жамылғысы ылғалды, жеңіл диффузды цианоз. Кеуде қуысының алдыңғы-артқы көлемдері ұлғайған, бұғанауісті шұңқырлар тегістелген. Дауыстық дірілі әлсіреген. Өкпенің төменгі шекаралары төмен түскен. Өкпе экскурсиясы төмендеген, перкуторлы дыбыс тұйықталған, кей жерлерде қорап дыбысы естіледі. ТАЖ-20. Аускультативті: өкпенің жоғарғы бөліктеріндегі қатаң тыныс, қалған бөліктерінде тыныс әлсіреген, құрғақ шашыраңқы, ысқырықты сырылдар естіледі. Жүрек тондары әлсіреген, ырғақты, соғу жиілігі-90 минутына. АҚҚ-120/80 мм с.б. Құрсақ қуысы жұмсақ, өзгеріссіз.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Жетекші синдромды анықтаңыз.
2. Болжам диагноз қойыңыз.
3. Дифференциалды диагноз қою үшін бірнеше ауруды атаңыз.
4. КХ сәйкес зерттеу жоспарын анықтаңыз.
5. КХ сәйкес емдеу жоспарын анықтаңыз.

Зерттеу нәтижелері:

ЖҚА: Қақырықанализ: ашық түсті, вязкая, иісі

эр. - 5,0x10¹² /л,

Нв - 150 г/л, т.к. - 1,0;

тромбоциттер - 240x10⁹ /л,

лейкоциттер - 10,0x10⁹ /л,

таяқ. - 7%, сегм. - 53%,

лимф. - 32%,

мон. - 8%,

СОЭ - 10 мм/сағ.

жөк, жалпақ эпителий - 4-6 көру аймағында.,

лейкоциттер - 15-20 көру аймағында.,

атипиялық клеткалар и БК анықталмады,

Гр. + коктық флора

1.2 54 жастағы ер адам емханаға келесі шағымдарымен келді: шырышты-ірінді қақырықты таңертеңгі жөтел, күш түскенде еңтігу, тез шаршағыштық, жалпы әлсіздік. Анамнезінде: соңғы 25 жылда күніне 30 темекі шегеді. Соңғы жылдары шырышты қақырықты таңертеңгі жөтел пайда болды. Науқас бұған мән бермеген. Соңғы жылдары жөтел күндіз-түні мазалай бастады. Қақырық шырышты-ірінді болды, әсіресе суық мезгілде. Соңғы жылдары физикалық жүктемеден кейін еңтігу пайда болды. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта, ТАЖ-22, салыстырмалы перкуссияда қорапты дыбыс, топографиялық перкуссияда, Кренинг аймағы кеңейген, төменгі шекаралары 1 қабырғаға төмендеген. Аускультацияда: везикулярлы тыныс әлсіреген, тыныс шығарудың ұзаруына байланысты, сырылдар. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, өкпе артериясы үстінде II тон акценті, пульс -78, АҚ -140/70 мм с.б.б. Курлов бойынша бауыр өлшемі: 11-10-8 см. Кеуде клеткасының рентгенографиясы: өкпе суреті, әсіресе төменгі бөліктерінде нығайған, деформацияланған, өкпенің ауасы жоғарылаған.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Жетекші синдромды анықтаңыз.
2. Дифференциалды диагностика үшін бірнеше ауруларды атаңыз.
3. КХ бойынша зерттеу жоспарын анықтаңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын анықтаңыз.

Зерттеу нәтижелері:

ЖҚА:

эр. - 4,8 x10¹² /л,



Нв - 132 г/л, ц.п. - 0,68;
 тромбоциттер - 242×10^9 /л,
 лейкоциттер - $12,0 \times 10^9$ /л,
 таяқ. - 6%, сегм. - 51%,
 лимф. - 25%,
 мон. - 5%,
 СОЭ - 20 мм/сағ;

Қақырық: мөлшері – 50 мл, сипаты: шырышты-іріңді, цилиндр. эпителий – 7-8 көру аймағында, лейкоциттер – 8-10 көру аймағында.

Тақырып № 2

2.1 Науқас 27 жаста, аймақтық дәрігерге, бірінші рет пайда болған физикалық жүктемеден кейінгі еңтігуге шағымданды. Анамнезінде құлпынайға, жұмыртқаға аллергиясы бар. Бір ай бұрын респираторлы аурумен ауырған, бірақ дәрігерге қаралмаған, өзі емделген (аспирин қолданған, қышаны (горчичники) кеудесіне қойған). Шырышты қақырықпен жөтел жиі мазалайды. Аускультацияда қатаң тыныс, шашыраңқы құрғақ сырылдар. ЖЖЖ-76 минутына. Жүрек тондары анық, АҚҚ-134/70 мм сынап бағанасына.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжама диагноз қойыңыз.
2. КХ сәйкес қосымша тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз
4. Ем тактикасын анықтаңыз.

2.2.33 жастағы науқасты жалпы тәжірибелік дәрігерді үйге шақырды. туралы шағымданады Аралас типті ауыр еңтігуге, аз мөлшерде бөлінетін шырышты тұтқыр қақырықты жөтелге, жалпы әлсіздікке шағымданады. 4 жылдан бері астма ұстамасымен ауырады. Бірнеше рет ауруханада емделген. Емдеу барысында бірнеше рет кортикостероидтардың қысқа курстарын қолданған. Ұстамалар әдетте Беротек ингаляциясымен, теofilлин таблеткаларын қолданғанда тоқталған. Бір апта бұрын жедел респираторлы вирустық инфекциямен ауырған. Үй жағдайында дәрі-дәрмектермен емделген. Осы фонда ұстамалар күніне 5-6 рет қайталана бастаған. Соңғы тәулікте тұншығу үздіксіз болған. Беротек ингаляциясы қысқа уақытқа еңтігуді азайтты, демек науқас препаратты күніне 6-8 рет қолданған. Объективті: жағдайы ауыр. Науқас еңтігу салдарынан жата алмайды. Терісі бозғылтшамалы цианоз. Кеуде қуысы эмфизематозды, перкуторлы дыбыс қорапты. Тыныс алуы күрт әлсіреген, кей жерлерде қиындықпен анықталады. Тыныс шығару ұзартылған, тыныс шығару кезінде қатты сырылдар естіледі. ТАЖ- 26 мин. Жүрек тондары тұйықталған. Пульс - 120 соққы/мин., ырғақты. АҚ (АК) – 150/95 мм сын.бағ. Құрсағы жұмсақауыртпалықсыз.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Алдын ала диагноз қойыңыз.
2. Диагнозды нақтылау үшін қандай зерттеу әдістері қажет.
3. Дәрігердің тактикасын анықтаңыз.
4. Қандай аурулармен дифференциалды диагноз қою керек.

2.3 Әйел 29 жаста, күндізгі демікпе ұстамасына аптасына 1-2 рет, айына 2-3 рет күнгі ұстамасына шағымданып жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралды. Ұстамалар сальбутамол ингаляциясынан кейін тоқтатылады. Бір жылдан бері ауырады. Темекі шегеді. Денсаулықтың нашарлауын суықтанумен байланысты. Тексеру кезінде өзгерістер жоқ. Сальбутамол ингаляциясынан кейін 20 минуттан кейін тыныс шығару жылдамдығы (ПСВ) 25%-ға артты. Ұстамадан тыс тыныс шығару жылдамдығы (ПСВ) тиісті мәндердің 80% құрайды, (ПСВ) таралуы 30% құрайды.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. Науқасты әрі қарай тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
4. Емдеу тактикасын анықтаңыз.



Тақырып № 3

3.1 Сіз, жалпы тәжірибелік дәрігерсіз, 46 жастағы әйелдің үйіне шақыртылдыңыз. Науқасты температураның $39,6^{\circ}\text{C}$ дейін көтерілуі, тыныс алғанда оң жақтағы ауырсыну жөтелгенде күшейетін және тыныштықтағы демікпе мазалайды. Ауру үшкүн бұрын басталаған. Қатты суықтағаннан бері қатты қалтырауды, температураның 39°C - 40°C дейін жоғарылауын, еңтігуді байқады. Кешеден бастап кеудеде ауырсыну, тот басқан қақырықпен жөтел пайда болды.

Объективті: жағдайы ауыр. Басын жоғары көтеріп ұқтайды. Оң жақ бетінің гиперемиясы, ерінде герпес, мұрын-ерін үшбұрышының цианозы. $t - 39^{\circ}\text{C}$, пульс – 98 минутына, әлсіз. АҚ 90/60 мм сын.бағ. Тыныс алу саны минутына 38. Кеуде қуысын тексергенде оң жақ жартысында тыныс алу кезінде артта қалуы байқалады. Оң жақта иық сүйегінің бұрышынан төмен перкуссия – айтарлықтай тұйықталу; аускультация кезінде бронхтық тыныс, крепитация және плевра үйкеліс шуы естіледі. Жүрек тондары тұйықталған. Нәжіс, зәр шығару қалыпты.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз және негіздеңіз.
2. Негізгі клиникалық синдромды тандаңыз.
2. Диагнозды нақтылау үшін қосымша тексерулерді атаңыз.
3. Осы ауруды емдеу принциптері туралы айтыңыз.

3.2 20 жастағы науқас дене қызуының 39°C -қа дейін көтерілуіне, аздаған сарғыш түсті тұтқыр қақырықты жөтелге, аз физикалық күш түскенде инспираторлы еңтігуге, жалпы әлсіздік, тәбеттің төмендеуі, кеуденің оң жағындағы ауырсынуға, және жөтелдің әсерінен ауру сезімінің күшейетініне шағымданып жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралды. Бір апта бұрын мен ЖРВИ-мен ауырған. Аспирин мен бисептолмен амбулаторлық ем жүргізгенімен жағдайы жақсармаған. Кеше түнде температураның жаңа көтерілуі және жоғарыда аталған шағымдар пайда болған.

Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Тыныс алу жиілігі тыныштық жағдайда минутына 22. Бет әлпетінде әлсіз диффузды цианоз. Тексеру кезінде дауыс дірілінің күшеюі және оң жақ иық бұрышының 6 см 2 аймағында перкуторлы дыбыстың тұйықталуы анықталды. Аускультативті қатаң тыныс, құрғақ ысқырықты және ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі. Жүрек тондары әлсіз. Пульс – 96 соққы мин., ритмді, толықтығы және кернеуі қанағаттанарлық. АҚ - 120/75 мм с.б. Құрсағы жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр қабырға доғасының шетінде.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды анықтаңыз.
2. КХ бойынша зерттеу жоспарын анықтаңыз.
3. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
4. КХ бойынша емдеу тактикасын анықтаңыз.

Зерттеу нәтижелері:

ЖҚА: эр. - $4,5 \times 10^{12}$ /л, Нв - 120 г/л, т.к. - 0,9; тромбоциттер - 240×10^9 /л, лейкоциттер - $12,0 \times 10^9$ /л, таяк. - 8%, сегм. - 52%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/сағ.

Қақырық анализі: сарғыш, шырышты-ірінді, созылыңқы (вязкая), иіссіз, жалпақ эпителий - 2-3 к/а., кірпікті - 4-6 к/а., альвеолярлы - 5-7 к/а., лейкоциттер - 80-100 к/а., атипиялық клеткалар и БК анықталмаған, Гр+кокктық флора.

Тақырып № 4

4.1.44 жастағы науқас терең тыныс алғанда күшеетін және сол жақ бұғана үстіне ирадияциялайтын, сол жақ қабырға астындағы ауырсынуға, жүрек айнуына, өт аралас құсуға, қақырықты жөтелге шағымданады. Шамамен 6 сағат бұрын діріл пайда болды. Содан кейін сол жақ қабырға астында ауырсыну және жеген тағамын құсуы байқалды. Үйге шақырылған учаскелік дәрігер жедел гастрит диагнозы қойып, анальгетиктер, спазмолитиктер тағайындады. Кейіназдап жеңілдеуден кейін қайтадан ауырсыну (2 сағат бұрын), құсу болды. Жаңадан шақырылған жедел жәрдем дәрігерінің қарауы, науқас сол жақта мәжбүрлі қалыпта жатыр. Жағдайы орташа ауырлықта, сол жақта төменгі бөлігінде крепитация анықталады, тыныс алу жиілігі (ТЖ) – 26 минутына, АҚ – 110/70 мм с.б.нер. Жүрек тондары тұйықталған. Ритм дұрыс, минутына 96. Іші жұмсақ, пальпацияда

эпигастрий аймағында ауырсыну. Дене қызуы 39,4°C.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. Бұл жағдайда қандай зерттеу әдістері қажет?
3. Бұл науқасқа қандай ем жүргізу керек?
4. Қандай аурулармен дифференциалды диагноз қою керек?

4.2.52 жастағы ер адам тыныштықтағы енгіуге, құрғақ ұстамалы жөтелге, жүрек соғуына, әлсіздікке, төбетінің төмендеуіне шағымданады. 4 ай бұрын рентгенографияда екі жақты өзгерістер анықталды, пневмония деп саналады. Антибиотикалық емнен кейін жағдайы нашарлаған – температура көтеріліп, енгігу күшейіп, 6 кг салмақ жоғалтқан. Объективті: жағдайы ауыр, енгігу, акроцианоз. ТЖ – 28 минутына, тынысы әлсіреген және дөрекі крепитация («целлофанның сықырлауы») естіледі. Қанда: лейкоциттер – 12 мың, ЭТЖ – 42 мм/сағ.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. КХ сәйкес зерттеу жоспарын құрастырыңыз.
3. КХ сәйкес емдеу тактикасын анықтаңыз
4. Қандай аурулармен дифференциалды диагноз қою керек

Тақырып № 5

5.1. 20 жастағы науқас аздаған физикалық күш түскенде пайда болатын бас ауру ұстамаларына, тұншығу сезіміне шағымданады. Бала кезінен ауырады. Қарау барысында: диффузды цианоз, саусақ фалангалары «барабан таяқшалары» тәрізді, жүрек шекараларының оңға кеңеюі, эпигастральды аймақта оң жақ қарыншаның систоликалық пульсациясы. Аускультацияда: өкпе артериясына II тон артериясы акценті, семсер тәрізді өсіндіде қысқа систоликалық шу, кеудеден солға қарай II қабырға аралықтағы диастоликалық шу. Рентгенологиялық тексеруде өкпе артериясы бағанының айқындала түсуі.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. КХ сәйкес қосымша тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз
4. Ем тактикасын анықтаңыз.

Рентгенограмма

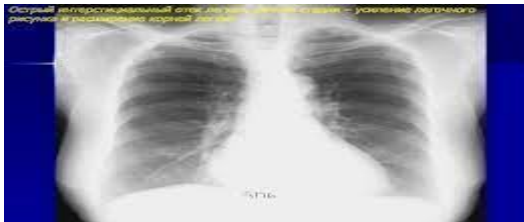


5.2. 50 жасар науқас кенеттен пайда болған ендікпеге байланысты учаскелік дәрігерді уйге шақырды. Анамнезінде аяқ тромбофлебиті. Объективті: бет және дененің жоғарғы бөлігінің цианозы. Мойын веналары ісінген, пульсациялайды. Өкпеде әлсіреген везикулярлы тыныс, шектелген аймақта майда көпіршікті ылғалды сырылдар естіледі. ТАЖ – 26 рет минутына. Жүрек шекаралары оңға кеңейген. Тыныс алғанда күшейетін эпигастральды пульсация анықталады. Аускультацияда өкпе артериясының 2 тон акценті. АҚ 90/60 мм сын.бағ, ЖСЖ 100 рет мин.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжама диагноз қойыңыз.
2. КХ сәйкес қосымша тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз
4. Ем тактикасын анықтаңыз.

Рентгенограмма



Тақырып № 6

6.1. 65 жасар аяқтың терең веналарының тромбофлебиті бар әйел төс артындағы интенсивті ауырсынуға шағымданады. ЭКГ-да ST_{V1-V2} сегментінің депрессиясы анықталды. 3-тәулікте науқаста кенеттен енгігу, тыныс алғанда кеуде қуысының ауырсынуы, жөтел және қан аралас түкіру пайда болған. Қарағанда: цианоз оң жақ аяғының ұлғаюы, өкпеде ылғалды сырылдар. ЭКГ-да – электр осі оңға ығысқан.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжама диагноз қойыңыз.
2. КХ сәйкес қосымша тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз
4. Ем тактикасын анықтаңыз.

Тақырып № 7

7.1. 26 жастағы ер адам аздаған ұсақтық қақырықты ұстамалы жөтелге, тұншығуға, қан аралас қақырықтың шығуы мазалайды. Спелеологиялық экспедициядан кейін ауырып қалды. Қанда: лейкоз - 12 мың, эозинофилдер -15%, ЭТЖ - 70 мм/сағ. Қақырықта: дөңгелек пішінді, бұдырлы және пигментті зең денелері (*Asp. Fumigatus*); Рентгенограммада: бірнеше ұсақ ошақты инфильтраттар, айқын контурлары жоқ бөлек ірі инфильтративті тығыз қараю.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды белгілеңіз.
2. Дифференциалды диагностика жүргізу
3. КХ сәйкес зерттеу жоспарын құрастырыңыз.
4. Қай топтың препараты ең қолайлы

7.2. Науқас 45 жаста, дене қызуының 39 С дейін көтерілуіне, қалтырауға, сол жақтағы қанжарлы ауырсынуына, құрғақ жөтелге шағымданады. Тыныс алу актісінде кеуденің сол жақ жартысықалыңқы. ЖСЖ 102 рет минутына, АҚ 120/60 мм с.б. Кеуде клеткасының рентгенограммасында сол жақта төменгі бөліктің гомогенді қараюы, ортаңғы мүшелердің оңға ығысуы.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды белгілеңіз.
2. КХ сәйкес зерттеу жоспарын құрыңыз.
3. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
4. КХ бойынша емдеу тактикасын анықтаңыз.

Тақырып № 8

8.1 Науқас К., 56 жаста, зауыттың бас инженер, желке аймағындағы пульсация сипаттағы ауру сезіміне, жүрек айнуына, бір рет құсуымен, бас айналуына, көз алдында «тор» пайда болатынына шағымданып келді. Бас ауруы жиі таңертең немесе психоэмоционалды стресстен кейін пайда болатын. Ол медициналық көмекке жүгінбеген. Соңғы ауырсыну ұстамасы қалыпты жағдайда кенеттен пайда болды. Оған дейін іссапарда болған, көп жұмыс істеген. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта. Науқас біршама қозған, үрейленген. Терісі таза, ылғалдылығы жоғары, бет пен мойынның гиперемиясы байқалады. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Пульс – симметриялы, кернеулі, жылдам – 92мин. ТОЗАҚ – оң қолында – 195/100 мм рт.ст. Арт., сол жақта - 200/100 мм

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН

**MEDISINA
AKADEMIASY**

«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ



SOUTH KAZAKHSTAN

**MEDICAL
ACADEMY**

АО «Южно-Казакстанская медицинская академия»

«Отбасылық медицина» кафедрасы

Жағдайлық есептер

044-69/26()

29 беттің 7 беті

рт.ст. Жүректің шекаралары – солға – сол жақ ортаңғы бұғана сызығынан 1,5 см сыртқа. Жүрек



тондары анық, ырғақты, ортада Р тон акценті. Жүрек соғу жиілігі – 92 мин. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр ұлғаймаған. Пастернацкий симптомы теріс. Ісіну жоқ.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды белгілеңіз.
2. КХ сәйкес зерттеу жоспарын құрыңыз.
3. жедел көмек көрсету алгоритмін анықтаңыз
4. КХ бойынша емдеу тактикасын анықтаңыз.

8.2 Науқас П., 46 жаста, аймақтық дәрігерге, таңертең шуйде-желке аймағындық ауруына, бас айналуына, жүректегі шаңшып ауру сезіміне, ұйқысыздыққа, жапы әлсіздікке шағымдананып келді. 2 айдан бері аурады. Объективті: жағдайы қанағаттанарлық, тәбеті жоғары, бет теріс гиперемияланған. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырыл жоқ. Пульс – 90 мин., ритмді, күштемелі. АҚҚ 180/100 мм.с.б., жүректің сол жақ шекарасы сол жақ бұғана орта сызықтан 1 см сыртқа ығысқан, ал он жақ және жоғарғы шекаралары калыпты Колқада II тон акценті. Құрсақ қуыс ағзалары өзгеріссіз.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. КХ сәйкес қосымша тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз.
4. Ем тактикасын анықтаңыз.

Зертхана нәтижелері:

ЖҚА: эр. - $4,9 \times 10^{12}$ /л, Нв - 130 г/л, түсті көрсеткіш - $1,0 \times 10^9$ /л, лейкоциттер - $6,0 \times 10^9$ /г, таяқша. - 2%, сегм. - 60%, лимф. - 30%, мон. - 8%, СОЭ - 8 мм/сағ.

ЖЗА: ашық түсті, реакциясы қышқыл, түссіз, салыст. тығыздығы - 1023, белок және глю жоқ, лейкоц. - 0-2 көру аймағында. эр. - 1-2 көру аймағында, цилиндрлер жоқ.

Зимницкий сынамасы: салыст. тығыздығы 1008 до 1027, күндізгі диурез - 800,0 мл, түнгі диурез - 500,0 мл.

Тақырып № 9

9.1 43 жастағы ер адам жалпы тәжірибелік дәрігерге, кезеңді бас ауруына шағымданып келді. Ауырсыну бір айға жуық жұмыс графигі ауыр кезінде мазалайды (түнгі ауысымдар), шамамен 20 жыл бойы күніне 15 темекі шегеді. Соңғы аптада қан қысымын 150-160 / 90 мм сын.бағ. өлшегенде бас ауруы жиілеп кетті. Ата-анасы гипертониямен ауырады, әкесі 45 жасында инсульт алған.

Объективті: жағдайы қанағаттанарлық. Дене салмағы артқан, бойы 172 см, салмағы 86 кг. Бел өлшемі 105 см, жамбас 92 см. Ісіну жоқ. Аускультативті: өкпеде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ - минутына 18. Жүрек тондары анық ырғақты, перкуссияда шекаралары калыпты. АҚ – 150/90 мм с.б., пульс – 92 рет/мин. Іші жұмсақ, ауырсынусыз, бауыры жұмсақ қабырға доғасының шегінде. Соққылау симптомы теріс, дизуриялық құбылыстар жоқ. Нәжіс калыпты.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды ұсыныңыз.
2. Диагнозыңызды негіздеңіз.
3. КХ бойынша науқасты тексеру жоспарын құрыңыз және негіздеңіз.
4. Науқасқа гипертензияға қарсы препараттардың қандай топтарын комбинация ретінде ұсынар едіңіз. Таңдауыңызды негіздеңіз.

Зертхана нәтижелері:

ЖҚА: гемоглобин - 145 г/л; эритроциттер - $4,9 \times 10^{12}$ / л; лейкоциттер $7,0 \times 10^9$ / л; ЭТЖ - 15 мм/сағ.

ЖЗА: салыстырмалы тығыздығы 1018, белок – жоқ, зәр шөгіндісінде лейкоциттер – көру аймағында 2-4.

Биохимиялық қан анализі: жалпы холестерин – 5,3 ммоль/л, зәр қышқылы – 500 мкмоль/л, креатинин – 78 мкмоль/л, аш қарынға глюкоза – 5,8 ммоль/л.

Микроальбуминурия: 25 мг/тәу

ЭКГ: синусты ырғақ, ЖЖ миокард гипертрофиясының белгілері, ошақты өзгерістер жоқ.



9.2. Науқас 19 жаста, емхананың аймақтық дәрігерінің амбулаторлы қабылдауына соңғы жыл бойы үнемі басының желке аймағында ауруына шағымданады. Кейде ауру сезімі бас айналумен және жүрек айнумен қосарласқан. Медициналық көмекке алғаш рет жүгініп отыр. 2 жыл бұрын военкаматтағы медициналық комиссияда жоғары АҚ – 140/100 мм.с.б. анықталған. Стационарлық тексеруге жолданған, нейрциркуляторлы дистония гипертониялық тип диагнозы бойынша емделген. Құрылыс жасағында қызмет етіп жүрген уақытында бас ауруының күшеюіне байланысты гарнизонды госпитальға жолданған. Тексеру және емнен кейін гипертониялық ауру ІІ дәрежесі диагнозымен қызметтік армия қатарынан шығарылған. Өткізілген ауруларынан жылына 1-2 рет ЖРА мен ауырған. Ата-анасы сау. Зиянды әдеттері жоқ. Объективті тексеруде жағдайы қанағаттанарлық. Тұлғасының жоғарғы бөлігі төменгі жағына қарағанда жақсы дамыған. Бет терісі гиперемияланған. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырыл жоқ. Жүректің сол жақ шекарасы 5-қабырғааралықтан бұғана ортаңғы сызық бойынша 1,5 см солға жылжыған. Жүрек ұшы түрткісі 6 см². Жүрек тоны ритмді, 1 тон сақталған, қолқада ІІ тон акценті, жүрек аймағында шу естілмейді. Пульс – 78 рет/мин, ритмді, күштемелі. АҚ – 160/100 мм.с.б. Кіндік маңынан сол жағынан дөрекі систолалық шу естіледі. Іші жұмсақ, ауру сезімсіз, кіндікмаңы аймағынан қолқаның іштік бөлігінің пульсациясы пальпацияланады. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Ісінулер жоқ.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. КХ сәйкес қосымша тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз.
4. Ем тактикасын анықтаңыз.

Тақырып № 10

10.1. Науқас К., 58 жаста, зауыттың бас инженері, аймақтық дәрігерге желке аймағының пульсациялы қатты ауруына, жүрек айнумен қатар біркелкі құсумен, бас айналумен көз алдында «тордың» пайда болуына шағымданып келді. Бас ауруы бұрын да болған, жиі таңертең немесе психоэмоционалдық күштемеден соң. Медициналық көмекке жүгінбеген. Соңғы ауыру ұстамасы бірден жағдайының қанағаттанарлық сәтінде пайда болған. Осының алдында іс-сапарда болып күштемелі жұмыс істеген. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта. Науқас аздап қозған, қорқып қалған. Тері жабындылары таза, жоғары ылғалдылықта, бетінің және мойнының гиперемиясы анықталады. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырыл жоқ. Пульс – симметриялы, күштемелі, жиі – 91 рет/мин. АҚ оң қолында – 195/100 мм.с.б., сол қолында – 200/100 мм.с.б. Жүрек шекарасы – сол жақ – солжақ бұғана ортаңғы сызығынан 1,5 см сыртқа ығысқан. Жүрек тоны дыбысты, ритмді, қолқада ІІ тонның акценті. ЖСЖ – 92 рет/мин. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыры ұлғаймаған. Пацтернацкий симптомы теріс. Ісінулер жоқ.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. КХ сәйкес тексеру жоспарын құрастырыңыз.
3. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз.
4. Ем тактикасын анықтаңыз

10.2. Науқас 65 жаста, диагнозы: « АГ ІІ дәрежесі, ЖИА, тұрақты экстремалды стенокардия, ФК ІІ, гиперлипидемия (ГКС – 6 ммоль/л, ЖТЖ – 4 ммоль/л, ЖТҚ – 1,0 ммоль/л), созылмалы жүрек жеткіліксіздігі (СЖЖ) ІІ, ФК І »». АҚҚ – 135/95 мм сын.бағ., жүрекшелердің фибрилляциясы бар, тұрақты түрі, ЖСЖ – 85 соққы/мин. Науқас ем қабылдайды: эналаприл 5 мг 2 рет, нифедипин 10 мг 2 рет, ұзартылған изосорбитадинитрат 40 мг 2 рет, гипотиазид 25 мг 1 рет таңертең, дигоксин 0,25 мг күніне 1 рет, верапамил 120 мг 3 рет. Науқастың жағдайы жақсармайды.

Задание к ситуационной задаче:

1. Алған дәрілердің қажеттілігін негіздеңіз.
2. ЖИА, СЖЖ және жүрекше фибрилляциясы кезінде қандай препараттар тобы маңызды?
3. Жүрекше фибрилляциясының тұрақты түрімен қандай асқынулар болуы мүмкін және қандайалдын алу шараларын қолдану керек?
4. Қандай антикоагулянт қажет және тиімділігі мен қауіпсіздік шаралары қандай?



5. Науқаста гиперлипидемиямен күресу шаралары қандай?

Тақырып № 11

11.1 Науқас Г, 48 жаста, химзавод бригадирі, жалпы тәжірибелі дәрігерге, кеудедегі сол йыққа және эпигастралды аймаққа берілетін төс артында қысып ауыратын ауру сезіміне шағымданып келді. Осындай ауру сезімі жұмысқа бара жатқанда алғаш рет пайда болды. Емхана жақын болғандықтан науқас дәрігерге қаралды. Бұрын пневмониямен ауырған. Темекі шегеді, спирттік ішімдіктер қолданбайды. Объективті: тәбеті жоғары. Тері жабындылары бозғылт, ылғалды. Еріннің цианозы. Өкпеде везикулярлы тыныс, сырыл жоқ. Пульс – 92 рет/мин, ритмді, қанағаттанарлық толумен. АҚ – 155/80 мм.с.б. жүрек шекарасы: оң жақ – кеуденің оң жақ шетінде, сол жағы – сол жақ бұғана ортаңғы сызықтан 1 см ішке. Жүрек тоны анық, шу жоқ. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр мен көкбауыры пальпацияланбайды.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз.
3. КХ сәйкес тексеру жоспарын құрыңыз.
4. Ем жоспарын құрыңыз және науқасты жүргізу тактикасы.

11.2 Науқас К, 57 жаста, учаскелік дәрігерді келесі шағымдармен уйге шақырды: нитроглицерин қабылдағанда басылмайтын кеудедегі сол йыққа берілетін 1,5 сағатқа созылған интенсивті қысып ауру сезімі, жүрек соғуының бұзылуы, жалпы әлсіздік, мұздай тершендік. Жақында саяжайда шамадан тыс физикалық жұмыс істеген. Анамнезінде – 4-5 жыл бойы тез жүргенде кеуде тұсының 3-5 минутқа созылатын, тыныштықта және нитроглицерин қабылдаған соң басылатын қысып ауру сезімі. Объективті: тері жабындылары бозғылт, акроцианоз, алақаны ылғалды. Пульс 96 рет/мин., бірен-саран экстрасистолиялар. АҚ – 90/60 мм.с.б. Жүрек шекарасы солға 1,5 см кеңейген. Жүрек тоны тұйық, бірен-саран экстрасистолиялар. Өкпеде тынысы везикулярлы. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыры пальпацияланбайды.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз.
3. КХ сәйкес тексеру жоспарын құрыңыз.
4. Ем жоспарын құрыңыз және науқасты жүргізу тактикасы.

Тақырып № 12

12.1 Дәрігер 62 жастағы науқастың үйіне шақырылды. Шағымдары: өлім алдындағы қорқыныш сезіміне әкелетін төс артындағы ауырсыну, қатты әлсіздік, жүрек жұмысының соғып кетуі. Бір ай бұрын физикалық күштемеге байланысты кеудедегі ауырсынудың күшеюіне байланысты емханаға барған. Объективті тексеру және ЭКГ нәтижелері бойынша стенокардия, артериялық гипертензия диагнозы қойылған, сустонит-форте 1 таблеткадан 2 рет, адельфан 1 таб. х күніне 3 рет тағайындалған. Содан кейін жағдайы жақсарған. Алайда бүгін таңертең жағдайы күрт нашарлап, кеуде аймағындағы өткір ауырсынулар 40 минуттан астам уақытқа созылды, қатты әлсіздік, суық тер, ентігу, жүрек соғуы пайда болды. Өздігінен нитроглицерин қабылдаған. Объективті: жағдайы ауыр. Төсекте қимылсыз жатыр. Терісі бозғылт, сұр ренді, ылғалды, суық. ТАЖ-минутына 22. Өкпесінде тынысы қиындаған, сырылдар жоқ. Жүрек тондары тұйықталған, аритмиялы, бір реттік экстрасистолиямен. Пульс – минутына 100, аритмиялық, толуы және кернеуі әлсіз. АҚ - 100/70 мм с.б. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр қабырға доғасының шетінде. Соңғы рет 4 сағат бұрын зәр шығарған.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. Диагноз анықталғаннан кейін учаскелік дәрігердің кәсіби іс-әрекетінің ретін құрастырыңыз және баға беріңіз.
3. КХ бойынша зерттеу жоспарын анықтаңыз.
5. Емдеу жоспарыңызды анықтаңыз.



12.2 Науқас В., 50 жаста, ауыр әлсіздік ұстамаларымен бірге жүретін, жылдам жүру және 2-3 қабатқа баспалдақпен көтерілу кезінде төс сүйегінің артындағы ауырсынуға шағымданып емханаға келді. Ауырсыну тыныштықта басылады.

3 апта бұрын баспалдақпен жылдам көтерілгенде төс сүйегінің төменгі үштен бір бөлігінде бірінші рет басып(давящие) ауру сезімі пайда болды. 20 жылдан бері темекі шегеді, күніне 1 қорап. Дзюдодан спорт шебері.

Объективті: жағдайы салыстырмалы қанағаттанарлық. Қалпы белсенді. Тамақтануы жақсы. Өкпеде перкуторлы – өкпелік дыбыс. Аускультативті – везикулярлы тыныс. Жүректің салыстырмалы тұйықтығының шекаралары: оң жақта – 4 қабырға аралықта төс сүйегінің оң жақ шетінен 1 см сыртқа, жоғарғы – III қабырға деңгейінде, сол жақта – сол жақ ортаңғы бұғана сызығы бойымен. Жүрек тондары анық, ырғақты. АҚ 120/80 мм сын.бағ. Жүрек соғу жиілігі мен тамыр соғуы – минутына 76. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Курлов бойынша бауыр өлшемдері: 9-8-7 см. Ісінулер жоқ. Физиологиялық бөлінулер қалыпты. ЭКГ: синусты ырғақ, ЭОС горизонтальды орналасуы. Тереңдігі S V1, R V5 26 мм.

Велоэргометриясынамасының нәтижелері: 100 Вт жүктеме кезінде V1 - V4 тіркемелерінде ST-T сегментінің депрессиясы 2 мм-ге дейін.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Клиникалық синдромдарды анықтаңыз және негіздеңіз, жетекші синдромды көрсетіңіз.
2. Анықталған синдромдар негізінде болжам диагнозды анықтаңыз.
3. КХ бойынша зерттеу жоспарын анықтаңыз.
4. Емдеу жоспарын жасаңыз.

№ Тақырып № 13

13.1 Науқас 52 жаста, мойынға және сол қолға иррадиациялайтын, төс сүйегінің артындағы басып(давящие) ауыратын ауырсынуға шағымданып емханаға келді. Анамнезінен: 6 ай шамасында физикалық жүктеме кезінде пайда болатын, тыныштықта жоғалатын төс сүйегінің артындағы ауырсыну ұстамалары байқаған.

Объективті: жағдайы орташа ауырлықта, терісі бозғылт, акроцианоз. Кеуде қуысын пальпациясында ауырсынуды жоқ. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүректің шекаралары солға ортаңғы бұғана сызығына дейін кеңейген. Жүрек тондары естілмейді, ырғағы дұрыс. Пульс – 96 соққы/мин., ырғақты. АҚ - 150/90 мм с.б.

ЭКГ: синусты ырғақ, ST сегментінің I және II тіркемелерінде изосызықтан төмен ығысқан, T тісшесімен біріктіріледі, III тіркемеде ST сегменті изосызықтан төмен, патологиялық Q тісшесі анықталмайды.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды қойыңыз.
2. Мұндай науқасқа амбулаториялық деңгейде қандай емдеу шараларын жүргізу қажет?
3. Мұндай науқасқа стационарлық деңгейде қандай диагностикалық шаралар қажет.
4. Қандай аурулармен дифференциалды диагноз жүргізу қажет

13.2. Науқас 32 жаста, учаскелік дәрігердің қабылдауында, орташа физикалық күштемеден кейін кеудедегі ауырсынудың пайда болуына, жүрек соғысының бұзылуына және анда – санда есін жоғалтуына шағымданып келді. Бұл өзгерістер 6 ай бұрын пайда болған.

Науқастың ағасы жас кезінде кенеттен қайтыс болған.

Қарағанда: тері жамылғысы өзгеріссіз, ТАЖ – 19 минутына, пульсі – 88 соққы, ырғақсыз. Жүрек аускультациясында – 3-4 сол жақта қабырға аралықта систолалық шу.

АҚҚ – 115/75 мм сын.бағ. нер. Бауыр ұлғаймаған. Ісіну жоқ.

ЭКГ тәуліктік мониторингінде: жиі қарыншалық экстрасистолия және

қарыншалық тахикардияның қысқа пароксизмдері. Эхокардиографияда: қарынша аралық қабырғаның қалыңдығы диастолада – 1,7 см, сол жақ қарыншаның артқы қабырғасы – 1,3 см, диастоладағы сол жақ қарынша қуысының көлемі 4,2 см.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды қойыңыз
2. КХ сәйкес зерттеу жоспарын құрыңыз.



3. Бұл науқасқа қандай ем жүргізу керек?

4. Қандай аурулармен дифференциалды диагноз жүргізу қажет?

Тақырып № 14

14.1 Науқас В., 58 жаста, инженер, 2 сағат бұрын саяжайда жұмыс істеген кезде кенет жүрек аймағындағы әлсіздік, жағымсыз сезімдермен жүретін жүрек соғысының жиі ретсіз соғуы сезімі пайда болды. Аурухананың қабылдау бөліміне жеткізілді. Жаттығу кезінде жиі жүрек соғуының ұқсас сезімі өткен жылы байқалды. Бұл эпизодтар қысқа мерзімді болды және тыныштықта өздігінен өтті. Амбулаторлық картаны талдау кезінде соңғы 2 жыл ішінде холестериннің бірнеше рет жоғары болуы байқалды (7,6 ммоль / л - төмен тығыздықтағы липопротеидтер басым).

Объективті: терісі аздап бозғылт, гиперстениялық типті конституция. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүректің сол жақ шекарасы ортаңғы клавикулярлық сызық бойымен. АҚ - 150/100 мм рт.ст. Өнер. Радиальды артерияларда пульс жиі, аритмиялық, жиілігі минутына 102. Жүрек тондары ұшында ырғақты емес, ырғақсыз, пульс – 112, 1 минутта. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр ұлғаймаған.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды қойыңыз
2. КХ сәйкес науқасты әрі қарай тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Дифференциалды диагностиканы жүргізіңіз.
4. Емдеу тактикасын анықтаңыз.

Зертханалық зерттеу нәтижелері:

ЖҚА: НВ – 137 г/л, ЭР – 4,2x10¹², Л- 7,2x10⁹, ЭТЖ – 6 мм/сағ.

ЖЗА: салыстырмалы тығыздығы– 1017, белок – жоқ, L – 0 – 1 с.б.

БҚА: холестерин – 8,5 ммоль/л, тығыздығы жоғары липопротеидтер – 3,5 ммоль/л, АСТ – 28 А/л, LDH – 320 А/л, тропонин – 0,2 мкг/л.

14.2 Ер адам 66 жаста, жалпы тәжірибелік дәрігерге ауыр енгіуге шағымданып келді. 4 ай бұрын сол жақ қарыншаның артқы бүйір қабырғасының үлкен ошақты миокард инфарктісімен ауырған. Объективті: жүрек тондары тұйықталған, ырғағы дұрыс емес, ЖСЖ 78 минутына, АҚ 120/80 мм с.б.б. Бауыр 10x8x7 . Қанда: эритроциттер 4,5x10¹²/л, НВ 137 г/л, лейкоциттер 4,5x10⁹/л, ЭТЖ 10 мм/сағ. ЭКГ-да: синус ырғағы ерекше PQRS комплекстерімен (QRS 11 секундтан аспайды) ауысады, сол жақ қарыншаның артқы бүйір қабырғасында тыртықтық өзгерістер бар.

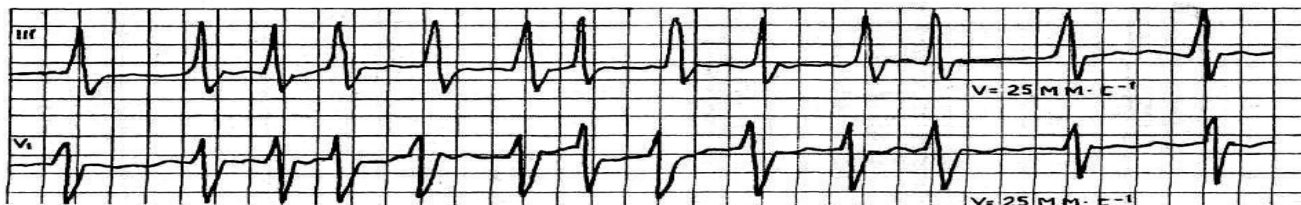
Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Сіздің ЭКГ қорытындысы.
2. Диагностикалық тексерулердің жоспарын жасаңыз
3. Ұқсас аурулармен дифференциалды диагностика жүргізу
4. Науқасты одан әрі жүргізу жоспарын жасаңыз

14.3 Науқас Д., 45 жаста, зауыт директоры, жүрек аймағындағы жайсыздыққа, құрғақ жөтелге, жүрек соғуына, енгіу, әлсіздікке шағымданып үйіне учаскелік дәрігерді шақырды. Бұл жағдай Көрсетілген жағдай 2 сағат бұрын психоэмоционалды күйзелістен кейін пайда болды. Ауру анамнезінен: соңғы 3 жылда жылдам жүргенде пайда болатын, 10 минутқа дейін созылатын, тыныштықта немесе нитроглицерин қабылдағаннан кейін 1 минуттан кейін тоқтатылатын кеудедегі ауырсыну ұстамалары байқалады. Кеудедегі ауырсынудың жиілігі айына 1-2 рет. Тексерілмейді, дәрі қабылдамайды. Объективті: жағдайы ауыр. санасы анық емес, қозған. Тамақтануы артық мөлшерде. Терісі және шырышты қабаттары бозғылт, таза, ылғалды. Еріннің цианозы. Ісіну жоқ. Тынысы қиын, дененің төменгі бөліктерінде дыбыссыз ұсақ көпіршікті сырылдар естіледі. ТАЖ 26 мин. Жүрек тондары тұйықталған, ырғағы дұрыс емес. Жүрек соғу жиілігі 158 рет/мин. АҚҚ 80/65 мм сын.бағ. Іші жұмсақ, пальпацияда ауырсынусыз. Курлов бойынша бауыр өлшемдері 10x9x6 см. Соққылау симптомы екі жақтан теріс.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды қойыңыз.
2. Учаскелік дәрігердің тактикасын анықтаңыз
3. Бұл жағдайда қандай зерттеу әдістері қажет?
4. Қандай аурулармен дифференциалды диагноз қою керек?

Данные ЭКГ.**Тақырып № 15**

15.1 Әйел, 30 жаста, жүрек айнуымен, ісінумен, тершендікпен және қатты зәр шығарумен аяқталатын жүрек соғысының кенет ұстамасына шағымданып дәрігерге қаралды. Шабуылдар алғаш рет шамамен 3 ай бұрын пайда болған, дәрігерлерге қаралмаған. Қарап тексергенде ішкі ағзалар тарапынан патология анықталмады. АҚҚ 110/80 мм с.б., пульс 78 рет минутына. ЭКГ-да PQ интервалының қысқаруы, QRS комплексінің кеңеюі және деформациясы, алдыңғы QRS алдыңғы аяқшасы «баспалдақ» тәрізді, ST интервалының дискордантты ығысуы.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. КХ сәйкес диагностикалық тексерулердің жоспарын жасаңыз
3. Ұқсас аурулармен дифференциалды диагностика жүргізу
4. Емдеу жоспарын жасаңыз
5. Науқасты одан әрі жүргізу жоспарын жасаңыз

15.2 40 жастағы әйел жалпы тәжірибелік дәрігерге елтіуге және жүрек соғуына шағымданып келді. Анамнезінде: ревматикалық қызба. Объективті: акроцианоз, I тон әлсіреген, оң жақта IV қабырға аралықта дөрекі систолалық шу. ЭКГ-да: синусты ритмі үзіліп кеңейген (0,11 сек-тен астам) деформацияланған қарыншалық комплекстермен ауысады. Р тісшесі жоқ

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Сіздің ЭКГ қорытындысыңыз
3. КХ сәйкес диагностикалық тексерулердің жоспарын жасаңыз
4. Ұқсас аурулармен дифференциалды диагностика жүргізу
5. Науқасты одан әрі жүргізу жоспарын жасаңыз

15.3. 23 жастағы ер адам жалпы тәжірибелік дәрігерге әлсіздікке, тез шаршағыштыққа шағымданып келді. Бала кезінде ангинамен жиі ауыратын. Қарап тексергенде: тамыр соғысы баяу, (пляска каротид); жүрек ұшында 1 тонның және қолқада 2 тонның әлсіреуі, қолқада және Боткин-Эрба нүктесінде систолалық шу; шу қолқада жақсы естіледі, ұйқы артерияларына және иық аралық кеңістікке таралады.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды белгілеңіз.
2. КХ бойынша науқасты тексеру жоспарын анықтаңыз.
3. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
4. КП бойынша емдеу тактикасын анықтаңыз.

Тақырып № 16

16.1 22 жаста ер адам тез шаршағыштыққа, аздаған физикалық күш түскен елтіуге шағымданып жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралды. Объективті тексеру кезінде бетінде цианозды қызару байқалады, жүрек ұшы түрткісі солға ығысқан, жүрек аускультациясында 1 тонның әлсіреуі анықталады, жүрек ұшында 1-ші тоннан кейін систолалық шу естіледі, сол жақ қолтық асты аймағында таралып патологиялық 3-ші тон естіледі. ЭКГ-да сол жүрекше және сол жақ қарынша гипертрофиясының белгілері байқалады.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды белгілеңіз.
2. КХ сәйкес науқасты тексеру жоспарын анықтаңыз.
3. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.



4. КХ сәйкес емдеу тактикасын анықтаңыз.

16.2 Науқас Д., 55 жаста, орта мектеп мұғалімі, кардиологқа жүрек аймағындағы жүрек соғуының бұзылысына шағымданып келді. Ол мұндай сезімдерді шамамен бір жыл бойы байқап келген. Дегенмен, соңғы айда жүрек соғуының бұзылыстары жиілеп, жиі әлсіздікпен және тіпті бас айналумен бірге жүреді. жүрек соғуының бұзылыстары пайда болуы көбінесе физикалық белсенділікке байланысты. Анамнезінде жылдам жүру кезінде пайда болған кеуде қуысының ауырсыну тыныштық жағдайда басылған.

Объективті: жалпы жағдайы қанағаттанарлық, тері жамылғысының түсі, ылғалдылығы қалыпты. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. АҚ - 140/95 мм сын.бағ. Пульс – 74, 1 мин., аритмиялы. Жүрек шекаралары өзгермеген. Жүрек тондары біршама тұйықталған, аритмиялық – тұрақты ырғақ фонында ерекше жиырылу немесе жүрек соғысы арасындағы ұзағырақ интервал периодты түрде анықталады, ЖСЖ минутына 76. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр ұлғаймаған.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагнозды белгілеңіз.
2. Науқасты әрі қарай тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
4. КХ бойынша емдеу тактикасын анықтаңыз.

16.3 15 жасар оқушы қыз кезекті рет баспамен ауырғаннан кейін субфебрилитет сақталады, қыз тез шаршайды, аз ғана физикалық күштеме кезінде енгіту және жүрегі жиі соғады. Объективті: дене температурасы 37,2⁰С. Бадамшалары ұлғайған, жұмсақ. Еріннің жеңіл цианозы. Қарау кезінде жүрекшелер аумағы өзгермеген. Пульс симметриялы, ритмді, толықтығы аз мөлшерде, 96 рет/мин. АҚ – 105/75 мм.с.б. Перкуссияда жүректің салыстырмалы тұйықтығының шекарасы солға және жоғары кеңейген. Жүрек ұшында I тон әлсіреген, осы жерде физикалық күштемеден (5 рет отырып тұрғанда) кейін және сол бүйірмен жатқанда күшейетін, сол жақ қолтық асты аймағына берілетін соққылаған тәрізді систолалық шу естіледі. Өкпе артериясында II тон аздап акценттелген. Басқа ағзалар жүйесі бойынша өзгерістер жоқ.

ФКГ: жүрек тонының амплитудасы жүрек ұшында әлсіреген. Өкпе артериясында II тон күшейген. Жүрек ұшында патологиялық III тон. Жүрек ұшында I-ші тонмен байланысты, систоланың 2/3 бөлігін алатын систолалық шу. Эхокардиокопия: сол жүрекше және сол қарынша қуысының ұлғаюы, сол қарыншаның артқы қабырғасының қалыңдауы, жүректің сол жақ бөлігінің қабырғасының тербеліс амплитудасының ұлғаюы, митралды қақпақшада регургитация. ПКГ: сол жақ қарыншада миокардтың жиырылу қабілетінің шамалы төмендеуі.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. КХ сәйкес зерттеу жоспарын анықтаңыз.
3. Салыстырмалы диагностика жүргізіңіз.
4. КХ сәйкес ем тактикасын анықтаңыз.

Зертхана нәтижелері:

ЖҚА: эр. - 4,2x10¹²/л, Нв - 130 г/л, т.к. - 0,9; лейкоц. - 13,0x10⁹/л, пал. - 5%, эоз. - 6%, сегм. - 60%, лимф. - 21%, мон. - 8%, ЭТЖ - 35 мм/сағ, АСЛ-О - 500 ед.

БҚА: жалпы белок - 80 г/л, альбуминдер - 45%, глобулиндер - 55%, альфа-1-глобулиндер - 6,5%, альфа-2-глобулиндер - 11%, бета-глобулиндер - 12%, гамма-глобулиндер - 25,5%, фибриноген - 6,0 г/л, ДФА - 280 ед., АСТ - 0,75 ммоль/л, АЛТ - 0,6 ммоль/л.3.

ЖЗА: ақшыл-сары, реакциясы қышқыл, толық мөлдірлік, сал.тығ. - 1020, белок - 0,033 г/л, лейкоц. - 4-6 в п/зр., эр. - 2-3 к/а., цилиндрлер жоқ.

Тақырып № 17

17.1. Науқас В., 58 жаста, инженер, 2 сағат бұрын саяжайда жұмыс істеген кезде кенет жүрек аймағындағы әлсіздік, жағымсыз сезімдермен жүретін жүрек соғысының жиі ретсіз соғуы сезімі пайда болды. Аурухананың қабылдау бөліміне жеткізілді. Жаттығу кезінде жиі жүрек соғуының ұқсас сезімі өткен жылы байқалды. Бұл эпизодтар қысқа мерзімді болды және тыныштықта өздігінен



өтті. Амбулаторлық картаны талдау кезінде соңғы 2 жыл ішінде холестериннің бірнеше рет жоғары болуы байқалды (7,6 ммоль / л - төмен тығыздықтағы липопротеидтер басым).

Объективті: терісі біршама бозғылт, гиперстениялық типті. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүректің сол жақ шекарасы ортаңғы бұғана орта сызық бойымен. АҚҚ - 150/100 мм рт.ст. Білек(лучевая) артерияларда пульс жиі, аритмиялық, жиілігі минутына 102. Жүрек тондары жүрек ұшында ырғақсыз, пульс – 112 соққы минутына. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр ұлғаймаған.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз қойыңыз.
2. Науқасты әрі қарай тексеру жоспарын құрыңыз.
3. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
4. Емдеу тактикасын анықтаңыз.

17.2. 57 жастағы ер адам үйіне дәрігер шақырған. Сол қолға, сол жақ иық сүйегіне таралатын төсартындағы интенсивті ауырсыну шағымданады. Жоғарыдағы белгілері қарқынды физикалық жүктемеден кейін шамамен 2 сағат бұрын пайда болған. Өз бетімен нитроглицериннің 2 таблеткасын қабылдаған – әсері болмаған. Бұрынғы кезде мұндай ауырсынулар мазаламаған.

Анамнезінде соңғы 10 жылда АГ есепте тұрады, ең жоғарғы көтерілуі АҚҚ 200/100 мм с.б. Тұрақты дәрі-дәрмектер қабылдамаған. 30 жыл бойы күніне 1 қорап темекі шегеді. Газ электр дәнекерлеуші болып жұмыс атқарады.

Аллергоанамнез өзгеріссіз. Физикалық тексеруде: терісі ылғалды. Өкпесінде перкуторлы дыбыс өкпелік, везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары әлсіреген, ырғағы дұрыс.

АҚ - 160/100 мм рт.ст. Арт., пульс - 88 мин. Іші жұмсақ, ауырсынусыз.

Зәршығару және нәжіс қалыпты.

ЭКГ: синусты ырғақ, II, III, aVF тіркемелерінде ST сегментінің көтерілуі 0,2 мВ. Жедел кардиологиялық ауруханаға дейінгі көлік қолжетімділігі, бастапқы ЧКВ жүргізуге мүмкіншілігі - 30 мин.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Болжам диагноз ұсыныңыз.
2. Диагнозыңызды негіздеңіз.
3. Ауруханаға дейінгі кезеңде науқасты басқару тактикасы қандай болуы керек?
4. Ауруханаға дейінгі кезең науқасқа қандай көлемде медициналық көмек көрсету керек?
5. Миокард инфарктісі диагнозын қою үшін деректер жеткілікті ме?

Тақырып № 18

18.1 Науқас Ф., 52 жаста, автослесарь, учаскелік дәрігерге, қалыпты қарқынмен жүру және 1-қабатқа көтерілу кезінде, сол жақ жауырына берілетін төс артындағы ауырсынуға шағымданып келді. Қатты әлсіздік пен тершендікпен сазалайды. Ауыру сезімі тыныштықта 10 -15 минутқа созылады, нитроглицериннің 1 таблеткасын қабылдағаннан кейін 1 -2 минуттан кейін басылады, жылдам жүргенде ендігу пайда болады. .

Ауру анамнезінен: жоғарыда сипатталған ауру сезімі соңғы 7 жылда байқалған. Осы уақытқа дейін мұндай шабуылдар сирек (аптасына 1-2 рет жылдам жүру фонында және 3-қабатқа көтерілгенде) болған. Соңғы 3 күнде ауырсыну ұстамалары күніне 4-5 ретке дейін жиіленді, қалыпты қарқынмен жүргенде пайда болады, олардың ұзақтығы артқан (20 минутқа дейін).

Өмір анамнезінен: әкесі 50 жасында миокард инфарктынан қайтыс болды. 40 жыл темекі тартады, күшті алкогольді ішімдіктерді жиі қабылдайды.

Объективті: салмағы 94 кг, бойы 167 см. Ісінулер жоқ. Везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. ТАЖ 20 мин. Салыстырмалы жүрек шекаралары: оң жақ – төс сүйегінің оң жақ жиегінен оңға қарай 1 см, жоғарғы – III қабырға шеміршегінің төменгі жиегі, сол жақта – сол жақ бұғана орта сызығынан сыртқа 0,5 см. Жүрек ритмі дұрыс, жүрек ұшында I тон тұйықталған, аускультацияда 2-ші нүктеде II тон акценті. Аускультацияның 1 нүктесінде систолалық шу. Жүрек соғу жиілігі 88 соққы/мин. АҚҚ 135/85 мм сын.бағ. Іші жұмсақ, пальпацияда ауырсынусыз. Оң жақ қабырға асты аймағында пальпация ауырсынусыз, бауыр шеті пальпацияланбайды. Соққылау симптомы екі жақта да теріс.

**Ситуациялық есепке тапсырма:**

1. Синдромдарды таңдап, негіздеңіз, жетекші синдромды таңдаңыз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. Науқастың жағдайының нашарлауының ықтимал себептері қандай?
4. Шыңда систолалық шудың пайда болу механизмі қандай?
5. КХ бойынша зертханалық және аспаптық зерттеу жоспарын жасаңыз.
6. КХ бойынша емдеу жоспарын анықтаңыз.

Данные лабораторных методов исследования:

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

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

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

18.2. Науқас М., 72 жаста, төс сүйегінің артын басып, сол жақ иық белдеуіне таралатын, жылы бөлмеден суық ауаға шыққанда, 1-қабатқа көтерілгенде пайда болатын, 5-10 созылатын ауырсынуға шағымданып учаскелік терапевтке келді. Нитроглицерин қабылдағаннан кейін 1-2 минуттан кейін ауырсыну бәсеңдейді, күш түскенде ентигу, ауыздың құрғауы пайда болады.

Ауру анамнезінен: АҚ 180/100 мм сын.бағ дейін жоғарылауы 20 жыл бойы бас айналумен бірге жүреді. Ол үнемі дәрі қабылдамайды. Мұндай сипаттағы ауырсынулар 15 жыл бойы байқалды. Ол 10 жыл бұрын миокард инфарктімен ауырған. Әкесі 50 жасында миокард инфарктынан қайтыс болған.

Объективті: жағдайы қанағаттанарлық. Терісі бозғылт қызғылт, таза, орташа ылғалды. Аяқтары ісінген(пастозность). Перифериялық лимфа түйіндері ұлғаймаған. Өкпесінде тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ, тыныс алу жиілігі минутына 18. Жүрек тондары ырғақты, тұйық, 88 рет/мин.

Аортаның үстінде II тонның акценті. Жүрек ұшында систолалық шу. АҚ 165/95 мм сын.бағ. Іші жұмсақ, пальпацияда ауырсынусыз. Оң жақ қабырға асты аймағында пальпация ауырсынусыз, бауыр шеті қабырға доғасының шетінен 2 см төмен пальпацияланады. Соққылау симптомы екі жақта да теріс, бүйрек пальпацияланбайды.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Жетекші синдромды таңдап, негіздеңіз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. Ауырсыну синдромының даму механизмі қандай?
4. Қосымша зерттеулерге жоспар құрыңыз
5. КХ бойынша емдеу жоспарын жасаңыз.

Қосымша зерттеу әдістерінің деректері:

ЖҚА: иэ. - $3,89 \times 10^{12} / л$; Нб - $121 \times 10^{12} г / л$; суару ыдысы. - $5,2 \times 10^9 / л$; е - 3; р / і - 4; с / і - 56; л - 28; м – 9. ЭТЖ – 12 мм/сағ.

ЖЗА: рел. тығыздығы - 1017; ақуыз - 0,33 г / л, қант - жоқ, суару. - 1-2 бет көрінісінде; е. - 0-1 р.зг ..

БАК: Жалпы холестерин – 8,9 ммоль/л; қандағы қант – 11,2 ммоль/л, мочевины – 5,2 ммоль/л, креатинин – 0,011 ммоль/л, калий – 4,8 ммоль/л.

ВЕМ: жаттығуға төзімділік 275 кгм / мин.

ЭКГ (төменде қараңыз).

Тақырып № 19

19.1 Учаскелік дәрігердің қабылдауында ЖИА, атеросклеротикалық кардиосклероз, СЖЖ, ФК II диагнозымен диспансерлік есепте тұратын 55 жастағы науқас. Анамнезінде стенокардия ұстамалары. ЭхоКГ сол жақ қарыншаның диастолалық дисфункциясы анықталды.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Жүректің функционалдық жағдайын жақсарту үшін қандай препараттарды қолданған жөн.

19.2 46 жастағы әйел, көбікті қызғылт түсті қақырықты жөтелмен жүретін ентигуге шағымданып, үйіне учаскелік дәрігерді шақырды. Әйел қозған, ортопноэ. Өкпенің барлық беткеінде әртүрлі ылғалды сырылдар естіледі, ТАЖ минутына 38. Жүрек тондары тұйық, тахикардия 128 рет мин. АҚ 230/140 мм рт.ст.

Ситуациялық есепке тапсырма:



1. Болжам диагноз қойыңыз:
2. Науқаста қандай асқыну дамыды
3. Науқасты жүргізу тактикасын анықтаңыз.

Тақырып № 20

20.1 57 жастағы ер адам тұншығумен жүретін ентігуге, қызғылт түсті көбікті қақырықты жөтелге шағымданып дәрігерге қаралды. Жағдайының күрт нашарлауын физикалық күштеменің белсенділігімен байланыстырады. Анамнезінен: 5 жылдан бері артериялық гипертензия бойынша диспансерлік есепте тұрады. Қарап тексергенде: ортопноэ. Өкпесінде екі жақтан әртүрлі көлемдегі ылғалды сырылдар. Жүрек аускультациясында тондары тұйық, ырғағы дұрыс емес. АҚҚ 160/100. ЭКГ: жүрекшелер фибрилляциясы, ЖСЖ минутына 120. Сол жақ қарыншаның гипертрофиясы.

Ситуациялық есепке тапсырма:

1. Синдромдарды таңдап, негіздеңіз, жетекші синдромды таңдаңыз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. Аурудың дамуының қауіп факторларын атаңыз.
4. КХ бойынша зерттеу жоспарын тағайындаңыз.
5. КХ бойынша ем тағайындаңыз

Тақырып № 21

21.1. Науқас У., 50 жаста, кассир, екі қолдың астарлы, проксимальды фаланга аралық буындарындағы, тыныштықтағы білезік буындарындағы, түннің екінші жартысында күшейген, таңертеңгі ригидті ауырсыну шағымдарымен учаскелік дәрігерге жүгінді. 1 сағатқа дейінгі буындар және зақымдалған буындардағы қозғалыс ауқымын шектелуі.

Ауру анамнезінен: 3 жылдан бері өзін аурумын деп санайды. Аурудың басталуы бірте-бірте: 30 минут ішінде қозғалыс кезінде екі қолдың II-III метакарпофалангалды буындарында орташа ауырулар, ісіну, таңертеңгі қатаюы пайда болды. Кейіннен процеске қолдың білезік және проксимальды фалангаларлық буындары тартылды. Ол медициналық көмекке жүгінбеді, денсаулығы нашарлаған жағдайда СЕҚҚП препараттарын өз бетімен қолданған. Тұқым қуалаушылық: анасы мен әпкесінің буын аурулары бар. Объективті: перифериялық лимфа түйіндері ұлғаймаған. Қолдың арқа бөлігінің бұлшықет атрофиясы. II-IV метакарпофалангалды, проксимальды фалангаларлық буындар көлемі ұлғайған, жұмсақ тіндердің ісінуі, жергілікті температураның жоғарылауы, пальпация кезінде ауырсыну; дистальды фалангааралық буындардың бір мезгілде бүгу контрактурасымен проксимальді фалангааралық буындардағы шамадан тыс созылу. Бұл буындардағы белсенді қозғалыстардың ауқымы шектеулі. Білезік дифигурациясы «морж қанаттары» түріндегі ауытқуы. Ішкі органдар – патология жоқ. ЖҚА: Нв - 98 г / л; е. - $3,02 \times 10^{12}$ / л; Орталық процессор - 0,9; суару ыдысы. - $4,2 \times 10^9$ / л; е - 4%; р / і - 3%; с / і - 39%; л - 45%; м - 9%; ESR - 38 мм/сағ.

Білезік рентгенографиясында кәрі жілік-білезік буынының басып алуымен, остеопороз, II-IV метакарпофаланга, проксимальды фалангааралық буындар буындарының тарылуы, жалғыз уыз.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Синдромдарды таңдап, негіздеңіз, бастысын анықтаңыз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. Саусақтардың анықталған деформациясы қалай аталады? Оның себептері қандай? Артикулярлық ауытқулардың пайда болу механизмі қандай?
4. Қосымша тексеру тағайындаңыз.
5. Анықталған диагнозды негіздеңіз.

21.2 Науқас Ф., 78 жаста, физикалық жүктеме кезіндегі тізе буындарындағы қатты ауру сезіміне, күннің соңына қарай күшейетініне, «бастапқы» ауру сезіміне, 20 минут бойы таңертеңгі ригидтілікке, қозғалыстың шектелуіне шағымданып келді.

Ауру анамнезінен: өзін 25 жылдан бері аурумын деп санайды. Аурудың басталуы бірте-бірте: тізе буындарының орташа ауыруы айтарлықтай физикалық күш салудан кейін, кешкі сағаттарда және түннің бірінші жартысында, 10 минут бойы таңертеңгі қатаюы пайда болды. Аурудың салыстырмалы түрде тұрақты ағымының фонында жылына 2-3 рет - денсаулықтың нашарлауы: тізе буындарындағы



ауырсынудың жоғарылауы және олардың ісінуінің пайда болуы, бұл туралы пациент 2-3 апта бойы СЕҚҚП қабылдайды. 2 апта ішінде жағдайы нашарлаған: тізе буындарында ауырсынудың күшеюі және қозғалғыштығының шектелуі, оң жақ тізе буынының ісінуі. Өмір тарихынан: пошташы болып жұмыс істеген. Ол буын жарақаттарын жоққа шығарады. Объективті: Бойы – 164 см, салмағы 96 кг. Тері асты тіндері біркелкі, шамадан тыс дамыған. Ісіну жоқ. «О» - тізе буындарының деформациясы. Тізе буындары ұлғайған, оң жақ тізе буынының ісінуі, сол жерде – температураның жергілікті жоғарылауы. Пальпацияда – екі тізе буынында ауырсыну, сүйек өсінділері, буын ұштарының жағдайы дұрыс. Белсенді қозғалыстардың ауқымы ауырсынуға байланысты шектелген, қозғалғанда - крепитация. Ішкі органдар – патология жоқ. Тізе буындарының рентгенографиясы: буын аралықтарының тарылуы, субхондральды склероз, шеткі остеофиттер, субхондральды кисталар.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Синдромдарды таңдап, негіздеңіз, жетекші синдромды таңдаңыз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. Аурудың дамуының қауіп факторларын атаңыз.
4. КХ бойынша сауалнама жоспарын тағайындаңыз.
5. КХ бойынша емдеу жоспары.

Зертханалық зерттеулердің мәліметтері:

ЖҚА: Нв - 119 г / л; е. - $4,2 \times 10^{12}$ / л; ТК - 1,0; лейкоц. - $7,2 \times 10^9$ / л; е - 4%; р / і - 5%; с / і - 50%; л - 35%; м - 6%; ЭТЖ - 31 мм/сағ.

БҚА: жалпы билирубин – 12,8 (тікелей – 4,3 л, жанама – 8,5) мкмоль/л, креатинин – 0,01 ммоль/л, холестерин – 6,2 ммоль/л, жалпы белок – 78 г/л.

ЖЗА: рел. тығыздығы - 1019, ақуыз - 0,033 г/л, қант - жоқ, лейкоц. - 3-4 п.з., эр- 1-2, эпителий - 2-3 көру аймағында.

Тақырып № 22

22.1 Науқас П., 65 жаста, физикалық жүктеме кезіндегі тізедегі, қолдың дистальды және проксимальды фалангаралық буындарындағы қатты ауру сезіміне шағымданады, күннің соңына қарай күшейеді; 15 минут бойы таңғы қаттылық, тыныштықта күшейеді, қозғалыс ауқымы төмендейді.

Ауру анамнезінен: өзін 15 жылдан бері аурумын деп санайды. Аурудың басталуы бірте-бірте болды: ұзақ күш жұмсаудан кейін екі қолдың дистальды және проксимальды фалангаралық буындарында орташа ауырлық сезімі пайда болды. Мерзімді түрде ол буындардың ісінуімен бірге жүретін ауырсынудың жоғарылауын атап өтті. Шамамен 10 жыл бұрын тізе буындарындағы ауырсыну орташа физикалық жүктемеден кейін, таңертеңгі ригидті 10 минуттан кейін пайда болды. 5 жыл бұрын қолдың дистальды фалангааралық буындарының арқа жағында түйіндердің пайда болуын байқадым, кейін жақын буындарда ұқсас түйіндер пайда болды. Майлар түрінде СЕҚҚП қолданудың жақсы әсерін атап өтеді.

Тұқым қуалаушылық: анасында буын ауруы бар. Объективті түрде:

тері асты клетчаткалары біркелкі, шамадан тыс дамыған. Ісіну жоқ. Тері астында екі жақтағы қолдың II-V проксимальды, II-V дистальды фалангааралық буындарының аймағында тығыз түйіндер мен сүйек өсінділері анықталады, олардың үстіндегі тері әдеттегі түсті және температуралық, белсенді диапазонды. қозғалыстары шектелген. Тізе буындары ұлғайған, деформацияланған, үстіндегі тері қабаты өзгермеген, ауырсыну, сүйек өсінділері анықталады; артикулярлық ұштардың жағдайы дұрыс, белсенді қозғалыс диапазоны ауырсынуға байланысты шектелген, қозғалыс кезінде – крепитация. Ішкі ағзалары қалыпты.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Синдромдарды таңдап, негіздеңіз, бастысын таңдаңыз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. Қол буындарының өзгеру себептерін атаңыз, автордың атын атаңыз.
4. Крепитация дегеніміз не, оның пайда болу механизмі қандай?
5. КХ бойынша емдеу жоспарын жасаңыз.

Қосымша зерттеу әдістерінің деректері:



ЖҚА: 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/сағ

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

ЖЗА: сал. тығыз - 1014, белок - 0,033 г/л, қант- жоқ, лейкоц. - 2-3 к.а., эр. - 1-2 к.а., эпителий - 1-2 к.а

22.2. 30 жастағы жас жігіт, тізе буынындағы ауру сезіміне, дене қызуының $38,5^{\circ}\text{C}$ дейін көтерілуіне, уретрадан аз мөлшерде бөлінетін бөліністерге, ауыз қуысының ойық жарасына шағымданып, учаскелік терапевтке қаралды. Склерада тамырлы инъекция байқалады. Тізе буынын тексергенде ісіну, оң жақта көкшіл реңкті гиперемия, көлемдік қозғалыстың шектелуі. ЖҚА-да нейтрофильді лейкоцитоз, ЭТЖ жоғарылаған. Несепардан жағындыда хламидия анықталған.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз
2. Дифференциалды диагностика үшін ұқсас ауруларды көрсетіңіз
3. КХ бойынша зерттеу жоспарын анықтаңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын жасаңыз

Қосымша зерттеу әдістерінің деректері:

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

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

Тізе буындары рентгенограммада кәрі жілік білезік буынының буын аралықтарының тарылуы, субхондральды склероз, шеткі остеофиттер, субхондральды кисталар.

Тақырып № 23

23.1. Науқас 3., 18 жаста, студент, тізе, тобық буындарының қатты ауру сезіміне бұл буындардың ісінуі және қозғалғыштығының шектелуіне, әлсіздікке, орташа физикалық күш түскенде енгігу шағымданды.

Ауру анамнезінен: 3 апта ішінде әлсіздік, орташа физикалық күштемедегі енгігу, жүрек соғуы, дене қызуының $37,8^{\circ}\text{C}$ дейін көтерілуі анықталды. 5 күн бұрын тізенің және тобық буындарының шамалы қимылы кезінде қатты ұшып ауырсынуы, кейін, буын үстіндегі терінің ісінуі және қызаруы пайда болды. Аспиринді қабылдағанда қысқа мерзімді әсерін атап өтті. Әлсіздік пен енгігудің күшеюіне байланысты өз бетімен дәрігерге келді. Осыдан 1 ай бұрын тамағы ауырған, емделмеген, сабаққа барып жүре берген. Объективті: терісінің ылғалдылығы жоғары, таза. Ісіну жоқ. Перифериялық лимфа түйіндері ұлғаймаған. Тізе және сирақ буындарының көлемі ұлғайған, пальпацияда:буынүстіндегі тері ыстық, периартикулярлы тіндердің ісінуі, аздаған қимыл кезінде байқалады. Буын ұштарының жағдайы дұрыс, сүйек шығыңқы жерлері анықталмаған, қозғалыс кезінде шу жоқ. Қалған буындары қалыпты. Өкпеде тынысы везикулярлы, сырылдар жоқ, ТЖ 24 минутына. Жүрек тондары тұйықталған, ырғақты, 102 рет/мин; шыңында I тон әлсіреген. Жүрек ұшында систолалық шу, ұзаққа созылған, үрлемелі, сол жақ қолтық асты аймағына беріледі. АҚ 125/80 мм. Іші жұмсақ, пальпацияда ауырсынусыз. Курлов бойынша бауыр өлшемі $9 \times 8 \times 7$ см. Ұрғылау симптомы екі жақтан теріс.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Синдромдарды таңдап, негіздеңіз, жетекші синдромды таңдаңыз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. Қосымша зерттеулерді жоспарлаңыз.
4. Емдеу тактикасы.

Қосымша зерттеу әдістерінің деректері:

ЖҚА: Нь - 120 г / л, эр. - $4,0 \times 10^{12}$ / л, Т/к- 1,0, лейкоц- $8,9 \times 10^9$ / л, е - 4%, р / і - 5%, с / і - 53%, л - 32%, м - 6%, ЭТЖ- 22 мм / сағ.

ЖЗА: рел. тығыздығы - 1019, ақуыз, қант - жоқ, лейкоц- 3-4 к.а эр- көру аймағында 1-2, эпителий - 1-2 көру аймағында.

ЖСҚ: жалпы билирубин – 14,6 (тікелей – 3,3, жанама – 11,3) мкмоль/л, креатинин – 0,01 ммоль/л, АСТ – 0,18 ммоль/л, АЛТ – 0,24 ммоль/л, жалпы белок – 75 г/л, глюкоза – 5,1 ммоль/л.

23.2 Науқас Б., 72 жаста, сол жақ тізе және қолдың II-V проксимальды фаланга аралық

буындарындағы елеусіз физикалық күштемеде күннің соңына қарай күшейетін қатты ауру сезіміне шағымданады; «Старттық» ауырсынулар, 30 минут бойы таңертеңгі ригидті, қозғалыс ауқымы шектелген. Анамнезінен: 20 жылдай екі қолдың проксимальді фаланга аралық буындарындағы орташа жүктемеден кейін орташа ауыру сезімін байқайды. Шамамен 10 жыл - орташа физикалық жүктемеден кейін тізе буындарындағы ауырсыну. Жылына 1-2 рет – буындардың ісінуімен бірге жүретін ауырсырудың күшеюі. 5 жыл бұрын орташа физикалық күштемеде тобық буындарында ауру сезімі, қолдың проксимальды фалангааралық буындарының арқа жағында түйіндер, 10-15 минут бойы осы буындарда таңертеңгі ригидтілік пайда болды. 2 апта бұрын сол жақ тіздегі, қолдың проксимальды фаланга аралық буындарындағы, оның ішінде түнгі буындардағы ауру сезімі күшейген, қозғалыс ауқымы төмендеген, таңғы қатайту ұзақтығы ұлғайған.

Объективті: BMI = 19,2 кг / м². Тізе буындары үлкейген. Сол жақ тізе буыны ісінген, ұстағанда ыстық. Пальпацияда – екі тізе буынында ауырсыну, сүйек өсінділері, буын ұштарының жағдайы дұрыс. Белсенді қозғалыстардың ауқымы ауырсынуға байланысты шектелген, қозғалыстармен - крепит. Тері астында екі жақтағы қолдың проксимальды фалангааралық буындарының II-V аймағында тығыз түйіндер мен сүйек өсінділері анықталады, олардың үстіндегі тері жабындары әдеттегі түсті және температуралы, белсенді қозғалыс диапазоны шектелген. Аяқ буындары көлемі ұлғайған, үстіңгі тері жамылғысы өзгермеген, сүйек өсінділері анықталады, буын ұштарының жағдайы дұрыс, пальпацияда ауырсынады, белсенді қозғалыс ауқымы шектелген, қимылдары бар – крепитация. Ішкі органдар – патология жоқ.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Синдромдарды таңдап, негіздеңіз, жетекші синдромды таңдаңыз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. Буындардағы өзгерістер нені көрсетеді?
4. Буындардың көлемі бойынша ұлғаюының мүмкін себептері қандай?
5. Зертханалық мәліметтерді түсіндіру

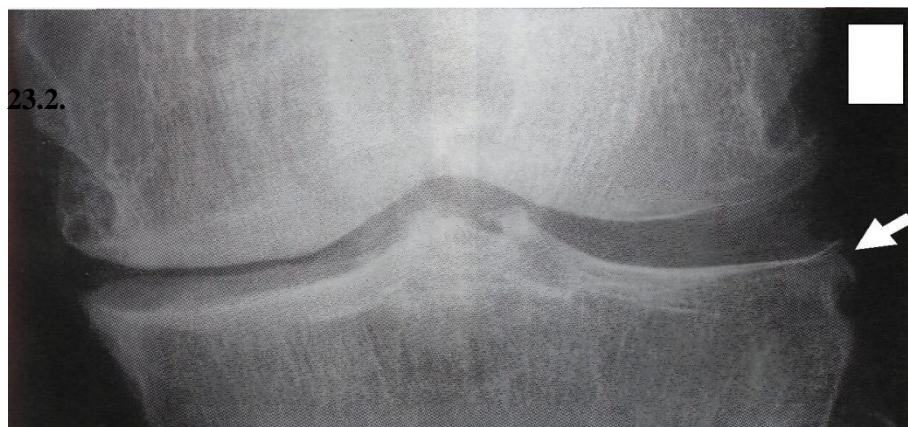
Қосымша зерттеу әдістерінің деректері:

1. **ЖҚА:** Hb - 130 г / л; е. - $4,2 \times 10^{12}$ / л; Т/к - 1,0; лейкоц - $9,8 \times 10^9$ / л; е - 4%; p / i - 6%; c/i - 51%; л - 32%, м - 7%, ЭТЖ - 28 мм / сағ.

2. **ЖЗА:** рел. тығыздығы - 1014, ақуыз - 0,066 г / л, қант - жоқ, лейкоц. - 6-8 п/з. эр- көру аймағында 2-3, эпителий - 1-2 көру аймағында, гиалинді цилиндрлер - 0-1 көру аймағында.

4. Креатинин – 0,019 ммоль/л, мочевина – 8,2 ммоль/л, АСТ – 0,18 ммоль/л, АЛТ – 0,24 ммоль/л, холестерин – 7,5 ммоль/л, жалпы белок – 75 г/л.

5. Тізе буындарының рентгенографиясы (төменде қараңыз).



**Тақырып № 24**

24.1 Науқас А., 23 жаста, бухгалтер, екі жақтағы бел аймағындағы ирадияцияламайтын тұрақты ауырлық сезіміне, дене қызуының 37,5°C дейін көтерілуіне, қабақтың ісінуі, тұрақты диффузды бас ауруына, шуылға шағымданады. Көз алдында шыбындардың жыпылықтауы, зәрдің түсі еттің өңіндей болуы, әлсіздік мазалайды.

Ауру анамнезінен: 3 апта бұрын тамағының лакунарлы ауруы болған, өз бетінше емделген, өзін жақсы сезінген. Соңғы аптада дене қызуы қайтадан 37,4°C-қа дейін көтерілді, 3 күн бұрын көз астындағы ісіну, бас ауруы, көз алдында шыбындардың жыпылықтауы, құлақтағы шумен оянған. Зәр мөлшері азайған, қызыл түсті.

Объективті: жағдайы орташа ауырлықта. Терісі бозғылт, ылғалды, бөртпесіз. Көздің астындағы және төменгі арқадағы ісіну. Аяқтары, аяқтары сәл паста тәрізді. Жүректің салыстырмалы түтіктігінің шекарасы ауыспайды. Жүрек тондары дұрыс ырғақты, жиілігі 58/1 мин., аорта үстінде екінші тон акценті, ұшында интенсивті емес систолалық шу. АҚ 160/100 мм рт.ст екі қолында. Бел аймағы сырттан өзгермеген, пальпацияда ауырсынусыз. Тарту симптомы екі жақта да әлсіз оң. Бүйрек пальпацияланбайды.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Синдромдарды таңдау және негіздеу; жетекші синдромды таңдаңыз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. Зертханалық мәліметтердің нәтижелерін бағалаңыз.
4. КП бойынша емдеу жоспарын жасаңыз

Қосымша зерттеу әдістерінің деректері:

ЖҚА: Нь - 110 г/л, эр. - 3,2 10¹²/л, лейкоциттер. - 11 10⁹ / л, э- 2%, п- 6%, с- 73%, л - 19%, ЭТЖ - 38 мм/сағ.

БХ: жалпы билирубин 21,8 мкмоль/л, тікелей – 4,3 мкмоль/л, жанама – 17,5 мкмоль/л; жалпы ақуыз - 65 г / л; мочевино - 8,1 ммоль / л; креатинин – 0,19 ммоль/л, глюкоза 4,5 ммоль/л, холестерин 3,5 ммоль/л.

ЖЗА: қызыл - қоңыр түсті, сал. тығыздығы - 1,028; ақуыз - 0,632 г / л; эп.жалпақ - 2-3 к.а; лейкоцит- 2-3 эритроцит- толығымен шайылған; гиалинді цилиндрлер - 6-7 к.а

24.2 Науқас С., 42 жаста, бас ауруына, жүрек ұшының шаншып ауырсынуға, физикалық жүктемемен байланысты емес, бел аймағындағы ауру сезіміне, зәр шығарудың соңындағы шаншуға, жалпы әлсіздікке шағымданады.

Ауру анамнезінен: өзін 20 жылдан астам уақыт аурумын деп есептейді, зәр шығару кезінде шаншулар алғаш рет пайда болған кезде шөп тұнбаларымен емделген, дәрігерге қаралмаған. Кейде зәр шығарудан кейін шаншу пайда болған кезде, науқас бел аймағындағы ауырсырудың пайда болуын атап өтті. Науқас шамамен 8 жыл бойы бас ауруы, айналуы арқылы көрінетін қан қысымының жоғарылауын атап өтеді. Ол тұрақты гипертензияға қарсы ем қабылдамайды. Апта бойы жағдайының нашарлауы, гипотермиядан кейін, зәр шығарудан және бел аймағындағы ауырсырудан кейін шаншу пайда болған кезде, температура 38,2 ° С дейін көтерілді. Ол өз бетінше аскөк тұқымының тұнбасымен, амоксициллинмен емделді. Температурасы бірте-бірте төмендеген, бел аймағындағы ауру сезімі төмендеген, бірақ зәр шығару соңында шаншу сақталып, бас ауруы, бас айналу, жүрек аймағындағы ауру сезімі күшейген. Объективті: дене температурасы 37,2°C. Терінің бозаруы. Беттің ісінуі. Өкпесінде везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Импульс екі радиалды артерияда бірдей, жақсы толтыру және кернеу. АҚ 150/105 мм сын.бағ Салыстырмалы жүректің оң жақ шекарасы төс сүйегінен 1 см оңға қарай IV қабырға аралықта, жоғарғы жағы III қабырға аралықта, сол жақ сол жақ ортаңғы бұғана сызығынан 1 см сыртқа қарай. Жүрек тондары дұрыс ырғақты, тұйық, қолқа үстінде II тон акценті. Жүрек соғу жиілігі 80 соққы/мин. Іші жұмсақ, пальпацияда ауырсынусыз. Бауыр мен көкбауыр ұлғаймаған. Соғу симптомы екі жақта да әлсіз оң.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Синдромдарды таңдау және негіздеу; бастысын таңдаңыз.
2. Алдын ала диагнозды тұжырымдаңыз.
3. КП бойынша зерттеу жоспарын құрыңыз.
4. Емді тағайындаңыз.

**Тақырып № 25**

25.1. Науқас Б., 30 жаста, қалтырау, дене қызуының жоғарлауы, бел аймағындағы ауру сезімі, бас ауруы, желке аймағындағы ауырсыну, бас айналу, жүрек соғу, физикалық жүктемемен байланыссыз жүрек ұшында сұғып ауырсыну, жалпы әлсіздік шағымдарымен ЖТД-ға жүгінді. Анамнезінен 5 жылдай ауырады, бас ауруы, бас айналу, жүрек ұшының сұғып ауруы мазалайды. Қан қысымының 150/95 мм сын.бағ. дейін жоғарылауы анықталып, науқас антигипертензивті препараттарды үнемі қабылдай бастаған. Денсаулығының нашарлауы бір апта бұрын суық тиюмен байланысты. Объективті: науқастың жағдайы орташа ауырлықта, тамақтануы төмен, ИМТ 17,2 кг/м². Температура 39,2 ° С. Терісі ыстық, ылғалдылығы жоғары. Ісіну жоқ. АҚ 185/110 мм сын.бағ VI қабырға аралықта жүрек ұшы импульсі күшейген. Жүрек тондары анық, ырғағы дұрыс, жиілігі 96 рет/мин, аорта үстінде II тон акценті. Тіл ақ жағындымен қапталған, ылғалды. Қағу симптомы екі жақта да оң, оң жақта көбірек. Оң жақ бүйректің төменгі полюсі пальпацияланады, ауырсынады. Несепағар нүктелері ауырсынусыз.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Синдромдарды таңдау және негіздеу; Негізгі синдромды таңдаңыз.
2. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
3. КХ бойынша қосымша зерттеулердің жоспарын құрыңыз.
4. Науқасты одан әрі жүргізуді тактикасы.

Қосымша зерттеу әдістерінің мәліметтері:

ЖҚА: Нb - 100 г / л, эр. - $3,2 \times 10^{12}$ / л, ТК- 0,8; лейкоц - $12,0 \times 10^9$ / л, э - 1%, п - 18%, с - 63%, л - 16%, м - 1%, b - 1%, тромбоциттер 250×10^9 / л, ЭТЖ - 43 мм / сағ.

ЖЗА: бұлыңғыр, қышқыл, с. тығыздығы - 1,013; ақуыз - 0,3 г / л, лейкоц - 40-50 к.а., эп. - 8-10 к.а, эр - 4-6, гиалинді цилиндрлер - 1-2, оксалаттар - (+), бактериялар - (+++).

Тақырып № 26

26.1 Науқас М., 34 жаста, учаскелік дәрігерге аш қарынға және түнде пайда болатын эпигастрий аймағындағы күйдірілген ауру сезіміне, жүрек айнуына, кейде ауырсынудың жоғарылауына, жеңілдік әкелетін құсу шағымдарымен жүгінді. Бұл белгілер 10 жыл бойы мазалап келеді, негізінен көктемде және күзде болады. Өзі алмагелді, ас содасын қабылдайды, қыжыл, жүрек айну басылады. Ауруының күшеюін шиеленісуін бел аймағындағы ауырсынуды басу үшін Вольтарен қабылдауымен байланыстырады.

Объективті: жағдайы қанағаттанарлық, терісі қалыпты түсті, ылғалды. Пульс – 60 рет минутына, АҚ – 100/70 мм сын.бағ. Тілі ылғалды, қалың ақ жабындымен. Іші қалыпты пішінді, ісінбеген, пальпацияда эпигастрий аймағында күрт ауырсынады. Іш қатуға бейім, нәжіс (2 күнде 1 рет).

ЭФГДС: өңеш еркін өтеді, кардия жабық. Аш қарынға асқазанда жеңіл секреторлық сұйықтық пен шырыштың көп мөлшері бар. Асқазанның шырышты қабатының қатпарлары қалыңдаған, бұралған, диффузды гиперемияланған. Он екі елі ішектің жуашығы деформацияланған, артқы қабырғасында диаметрі 0,7 см-ге дейін шырышты қабат дефекті анықталады. Дефект шеттері анық шекаралары бар, гиперемияланған, ісінген, түбі ақ фибринозды қабаттармен жабылған. Постбульбарлы аймақтар патологиясыз. Хелик-тест: негізгі деңгей – 4 мм; жүктемелі деңгейі – 10 мм; өсу жылдамдығы – 6 мм; Нр (+).

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Осы аурудың дамуына әкелетін экзогендік және эндогендік бейімділік факторларын атаңыз.
3. Ауруханаға жатқызу көрсеткіштері.
4. Бұл аурудың асқынулары.
5. Емді тағайындаңыз.

26.2 60 жастағы ер адам тамақ ішкеннен кейін 20 минуттан соң эпигастрий аймағындағы ауру сезіміне, жеңілдік әкелетін құсуға, бір айда 7 кг салмақ тастауға шағымданып учаскелік дәрігерге жүгінді. Эпигастрийдегі ауырсыну 2 айға жуық мазалайды.

Қарап тексергенде: жағдайы қанағаттанарлық. Терісі қалыпты түсті, таза. Өкпесінде – везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты, пульс – 72 рет минутына, АҚ – 120/80 мм с.б. Пальпацияда іші жұмсақ, эпигастрийде ауырсынады. Бауыр қабырға доғасының шетінде. Өлшемдері



– 10×9×8 см Көкбауыр пальпацияланбайды. ФГДС жасалды: асқазанның ортаңғы үштен бір бөлігінде ойық жара диаметрі 3 см, биопсия алынды.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Диагнозыңызды негіздеңіз.
3. Дифференциалды диагностиканың жоспарын құрыңыз.
4. Қосымша зерттеу жоспарын жасаңыз.
5. Науқасқа қандай дәрілік емді ұсынар едіңіз, негіздеңіз.

Тақырып № 27

27.1 53 жастағы әйел адам тамақ ішкеннен және физикалық күш түскеннен кейін пайда болатын қыжылға, кеуде қуысының ауырсынуына шағымданып, учаскелік дәрігерге қаралды. Ол сондай-ақ иілу кезінде және көлденең жатқанда ауырсынудың жоғарылауына шағымданады. Анамнезінен жүрек айнуы 20 жылдай мазалағаны белгілі, тексерілмеген. Соңғы 2 айда кеудедегі ауырсыну мазалайды. Қарап тексергенде: жағдайы қанағаттанарлық.

ИМТ – 39 кг / м². Терісі қалыпты түсті, таза. Өкпесінде – везикулярлы тыныс, сырылдар жоқ. Жүрек тондары анық, ырғақты, пульс – 72 рет минутына, АҚ – 120/80 мм с.б. Пальпацияда іші жұмсақ, ауырсынусыз. Бауыр қабырға доғасының шетінде. Өлшемдері – 10×9×8 см Көкбауыр пальпацияланбайды.

ФГДС мәліметтері: өңештің төменгі үштен бір бөлігінде өңеш шеңберінің шамамен 40%-ын алып жатқан эрозиялар анықталды.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды қойыңыз.
2. Диагнозыңызды негіздеңіз.
3. Науқасты қосымша тексеру жоспарын құрыңыз және негіздеңіз.
4. Науқасқа дәрілік емес кеңес беріңіз.
5. Науқасқа қандай дәрілік емді ұсынар едіңіз, негіздеңіз.

27.2

Науқас З., 62 жаста, тамақ ішкеннен кейін көп ұзамай құсу, іштің толу және ауырлық сезімі, әлсіздік, тәбетінің төмендеуі, арықтау шағымдарымен ЖТД жүгінді. 5 жыл бойы ауырады, анацидті гастрит бойынша амбулаторлық емделді. 5 ай ішінде жағдайы нашарлауы байқалады. Объективті: температура 36,6С. Жалпы жағдайы орташа ауырлықта. Тері сарғыш сұр, тері тургоры төмендеген. Тері астындағы май қабаты аз. Жүрек-тамыр жүйесі мен өкпе тарапынан патология жоқ. Тіл ақ-сұр жабындымен қапталған. Ішті пальпациялағанда эпигастрий аймағында жайылмалы ауру сезімі, пальпацияда өлшемі 3 см түзіліс бар, қозғалмалы, аздап ауырады. Оң жақ ортаңғы бұғана сызығы бойынша бауыр шеті қабырға доғасынан 1 см төмен пальпацияланады.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжамды диагнозды тұжырымдаңыз және негіздеңіз
2. Қажетті қосымша зерттеулерді атаңыз
3. Мүмкін болатын асқынуларды атаңыз.
4. КП бойынша емдеу жоспарын жасаңыз.

Тақырып № 28

28.1. Науқас С. 35 жаста. Шағымдары ауыр жалпы әлсіздік, сарғаю, қышыну, ұйқысыздық, апатия, тұрақты бас ауруы, жүрек айну. Анамнезінен: бір жыл бұрын қан құйылған. Қарап тексергенде: бауыры ұлғайған, пальпацияда ауырсынады. Көкбауырдың шеті пальпацияланады. Зерттеуде: жалпы билирубин -145,1 мкмоль/л, тікелей 80,6 мкмоль/л. Тимол сынағасы – 2,6 бірлік. Алт 0,85 мккат/л, Аст 0,95 мккат/л. HBsAg оң.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз



28.2 45 жасар әйел, тамақ ішкеннен кейін жарты сағаттан соң, физикалық жүктеме және омыртқасының иілуі кезінде семсер тәрізді өсінді маңында күшейетін жүрек маңында таралатын күйдіріп ауырсынуға шағымданып, жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралды. Алмагел қабылдаған, нәтиже болмаған. Ауамен кекіру, тұншығу ұстамалары, жөтел де байқалады. Барий суспензиясымен рентгендік зерттеуде – контрастты массаның асқазаннан өңешке рефлюксі.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

28.3

Науқас Б., 32 жаста, тамақ ішкеннен кейін 3-4 сағаттан соң эпигастрий аймағындағы интенсивті ауырсынуға, жиі аш қарынға және түнде тамақтанғаннан кейін басылатын, тұрақты күйдіруге, қышқыл кекіруге, жиі жеңілдік әкелетін қышқыл құсуға, ішінің кебуіне шағымданады. Объективті: оң жақта эпигастриде перкуторлы және пальпацияда ауырсыну. Нәжістегі жасырын қан анализі оң.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

Тақырып № 29

29. 1 Науқас Н., 25 жаста, жиі (тәулігіне 10-15-ке дейін) қан мен шырыш аралас сұйық нәжіске, сол жақ мықын аймағындағы ауырсынуға, дене қызуының 38,3°C дейін көтерілуіне, жалпы әлсіздіктің тез дамуына, дене салмағының төмендеуіне шағымданады. Нәжістің бұзылуы 2-9 ай ішінде байқалады, бірақ 7 күн бұрын нәжісте қан пайда болды, температура көтерілді, әлсіздік, бас айналу пайда болды. Объективті: жағдайы орташа ауырлықта. Терісі бозғылт. Тіл аздап ақ жабынмен жабылған. Іші сопақ тәрізді формада, аздап ісінген. Пальпация кезінде төмен түсетін тоқ ішек аймағында орташа ауыру сезімі анықталады. Перкуссияда Курлов бойынша бауыр өлшемі 10×9×8 см.

Копрограмма: нәжіс түсі – қоңыр, сипаты – қалыптаспаған, көру аймағында – көп мөлшерде лейкоциттер, эритроциттер. Трибуле реакциясы күрт оң.

Ирригоскопия: тоқ ішектің барий суспензиясымен тез толтырылуы, ішек саңылауының біркелкі тарылуы («су құбыры» симптомы), тік ішектің кеңеюі, гаустраның тегістігі, шырышты қабықтың жасушалық рельефі. көлденең тоқ ішекте, тік ішекте және сигма тәрізді ішекте – көптеген толтыру ақаулары.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Осы аурудың дамуына әкелетін бейімді факторларды атаңыз.
3. Бұл патологиямен қандай ішектен тыс көріністер болуы мүмкін?
4. Қандай антицитокиндер қажет және бұл ауруға қандай жағдайларда тағайындалады?
5. Бұл жағдайда қандай бактерияға қарсы препараттар көрсетілген.

Қосымша зерттеу әдістері:

ЖҚА: гемоглобин – 90 г/л,

ЭТЖ – 35 мм/сағ,

лейкоциттер – 13,0×10⁹/л;

лейкоформула:

базофилдер - 1%,

эозинофилдер - 5%,

шаншу нейтрофилдер - 20%,

сегменттелген нейтрофилдер - 40%,

лимфоциттер - 24%,

моноциттер - 10%.

БАК: жалпы ақуыз – 60 г/л,



альбумин – 40%,
АЛТ – 42,68 ЕД/л,
АСТ – 32 А/л,
серомукоид – 2,0 ммоль/л,
СРП – (+++),
фибриноген – 5 г/л .

Тақырып № 30

30.1. Науқас Л., 35 жаста, бас ауруына, тез шаршағыштыққа, ауа жетіспеушілік сезіміне психоэмоционалды стресстен туындаған жүрек аймағындағы жүрек соғысының өзгерістеріне, іштің ауыруына, аздаған дәретпен күніне 2-3 рет жиі нәжіске шағымданады;

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Осы жағдайда зерттеу әдістерінің қайсысын жүргізу керек
2. Осы аурудың дамуына әкелетін бейімді факторларды атаңыз.
3. Пациентті басқару тактикасы

30.2. Қабылдауда 19 жастағы ер адам оң жақ қабырға астындағы ауырлық сезіміне, жалпы әлсіздікке, дене салмағының төмендеуіне, буындарының ауру сезіміне шағымданады. Ол нашарлаудың нақты уақытын көрсете алмайды. Объективті: терісі иктеріялы, бір реттік телеангиэктазиялар. Шынтақ буындарының ішкі бетінде инъекция белгілері бар. Бауыр қабырға доғасының шетінен 2,5 см шығыңқы, көкбауыр пальпацияланбайды.

Биохимиялық қан анализі: жалпы билирубин – 32,6 мкмоль/л, тимол сынаамасы – 7,2 бірлік.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

Тақырып № 31

31.1 39 жастағы ер адам бас айналуға, еңтігуге, тез шаршағыштыққа, аяқ-қолдардағы парестезияға және іш өтуге бейімділікке шағымданып жалпы тәжірибелік дәрігерге қаралды. Қарап тексергенде тері жабындылары сарғыш, тілдің сопақшалары тегістелген, глоссит белгілері. Науқасқа 2 жыл бұрын гастрэктомия жасалған. Гиперхромды анемия байқалады. Сүйек кемігінің пункциясы: гемопозддің мегалобластикалық түрі. Қанда ферритин деңгейінің жоғарылауы анықталды.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

31.2. Науқас 74 жаста жалпы тәжірибелік дәрігерге жалпы әлсіздікке, бас айналуға, еңтігуге, эпигастрий аймағындағы ауыру сезіміне, тамақтан кейінгі ауырлық сезіміне, кекірген кезде шіріген иістің шығуына шағымданып келді. Объективті анықталды: тері жабындыларының бозаруы, склераның сарғаюы, орташа дәрежелі спленомегалия, «шұлық» тәрізді төменгі аяқтарда тактильді сезімталдықтың төмендеуі.

Қан анализінде: НВ - 83 г/л; Түстік көрсеткіш - 1,2; эритроциттер – 2,5x10¹²/л; лейкоциттер – 3,2x10⁹/л; тромбоциттер - 150x10⁹ / л; ретикулоциттер - 0,2%; билирубин - 42 ммоль/л (жанама фракция 33 ммоль/л)

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз



31.3. 25 жастағы науқас участкелік дәрігерге эпигастрий аймағындағы айқын ауыр қанайналым-гипоксиялық синдромымен шағымданып қаралды. Анамнезінде: асқазан жарасы. Терісі бозғылт.

Қан анализі: НВ – 85 г/л, эритроциттер – $3,2 \times 10^{12}/л$, Түстік көрсеткіш – 0,75, тромбоциттер – $165,0 \times 10^9/л$, ретикулоциттер – 0,5%, билирубин – 15 мкмоль/л, сарысулық темір – 5 ммоль/л. Грегерсеннің реакциясы оң. Сіздің болжам диагнозыңыз:

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

Тақырып № 32

32.1 Қабылдауда 26 жастағы науқас, медбике, 5 күн бойы дене температурасының 38-39С дейін көтерілуіне шағымданып келді. Жедел ауырып қалған. Қатты терлеумен, температураның жоғарылауымен басталған. Ол цефазолинді $1,0 \times 3$ р/д і/м дозада өз бетінше қабылдаған, бірақ әсері жоқ. Қарап тексергенде сол жақта мойын лимфа түйіндерінің ұлғаюы, бадамша бездерінің гиперемиясы және ұлғаюы анықталды.

Кэкан анализі: Нб 90 г/л, Эр. $3,3 \times 10^{12} / л$, Түстік көрсеткіш - 0,9; Лейкоциттер - $13,0 \times 10^9$ (эозинофилдер-6%, базофилдер - 2%, таяқша тәрізді - 14%; сегмент тәрізді - 67%, лимфоциттер - 1%, моноциттер - 10%, ЭТЖ 60 мм/сағ. Төс қуысының пункциясын жасағанда: сүйек кемігінде Березовский-Рид-Штернберг жасушалары табылды.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

32.2 Науқас Е.А. 63 жаста, учаскелік дәрігерге жалпы әлсіздікке, бас айналуға, аздаған физикалық күштемедегі еңтігуге, жүрек айнуына, саусақ ұштарының жансыздануына шағымданып келді. Бұл шағымдар шамамен үш апта бұрын пайда болған, бұрын ештеңемен емделмеген. Анамнезінен: 20 жылдай созылмалы гастритпен ауырады. Объективті: тері жабындылары күрт бозарған, шырышты қабаттар көрінеді. Субиктериялық склера. Перифериялық лимфа түйіндері пальпацияланбайды. Аускультацияда тыныс везикулярлы. АҚ 130/80 мм сын.бағ. Жиілігі 96 соққы/мин импульс. Жүрек тондары резонансты, тахикардия. Іші жұмсақ, ауырсынусыз. Тілі ашық қызыл, тіл емізікшелері тегістелген. Бауыры қабырға доғасының шетінен 2,0 см шығыңқы, пальпацияда ауырсынусыз. Көкбауыр сол жақ қабырға доғасының шетінен +3,0 см шығыңқы, шеті тегіс, эластикалық, ауырсынусыз. Нәжіс пен зәр шығару өзгеріссіз. Ісіну жоқ.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Клиникалық синдромдарды бөліп көрсетіңіз және негіздеңіз, жетекші синдромды анықтаңыз.
2. Анықталған синдромдар негізінде алдын ала диагнозды қойыңыз.
3. Зертханалық және аспаптық мәліметтерді интерпретациялау және қосымша зерттеулердің жоспарын құру.
4. Дәрігердің одан әрі тактикасын анықтаңыз.

Қосымша зерттеу әдістерінің нәтижелері:

Қан анализі: эритроциттер – $1,0 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 50 г/л, түстік көрсеткіш – 1,09. Тромбоциттер – $170 \times 10^9/л$, лейкоциттер – $3,9 \times 10^9/л$, таяқша тәрізді – 1%, сегмент тәрізді – 50%, лимфоциттер – 35%, моноциттер – 14%. ЭТЖ - 32 мм/сағ. Анизоцитоз ++; пойкилоцитоз +; макроцитоз +++, Жолли денешіктері, Кебот сақиналары + / ++.

Зәр анализі: түсі - қою сары, қышқыл реакция, салыстырмалы тығыздығы - 1013, белок теріс, жалпақ клеткалы эпителий - 1-2 көру аймағынды, лейкоциттер 0-1-2 көру аймағында.

Биохимиялық анализ: креатинин 59,3 мкмоль/л, жалпы белок 66,3 г/л, билирубин тікелей 28,0 мкмоль/л, жанама 24,0 мкмоль/л, АСТ 0,38 ммоль/л, АЛТ 0,47 ммоль/л, Глюкоза 4,5 ммоль/л.

Стернальды пункция зерттеу нәтижесі: гиперклеткалық сүйек кемігі, тітіркенген эритропоэз,



базофильді мегалобластардың кеш жетілуі. Гранулоцитарлы өсу тежелген, нейтрофильдердің миелоцитарлы деңгейде жетілуінің кешігуі, жетілген формалардың гиперсегментациялануы, гигантизм және таяқша тәрізді формалардың өзгеруі. Мегакариоцитарлы өсу тежелген.

Тақырып № 33

33.1. Науқас, 46 жаста, дәрігерге келесі шағымдармен келген, ауыздың құрғауы, аяқ -кол саусақтарының ұйыуына және есте сақтауының төмендеуіне. Қан қысымы 150/90 мм рт ст. Дене салмағы 80 кг. Дене салмағының индексі-32. Қан глюкозасы – 9,1 ммоль/л.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

33.2. Науқас, 32 жаста, жалпы тәжірибелі дәрігерге соңғы 1,5-2 жыл ішінде дене салмағының жоғарылауына, аузының құрғауына, бас ауруына, етеккір циклінің бұзылуына шағымданады. Объективті: кәдімгі түстің терісі. Бойы 160 см, дене салмағы 130 кг; тері астындағы май диспластикалық түрге бөлінеді, іштің терісінде созылу жолақтары бар. АҚ жоғарылаған.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

Тақырып № 34

34.1. Науқас т., 58 жаста, корректор, дәрігерге қатты шөлдеу (күніне 5 литр сұйықтық ішеді), көп және жиі зәр шығару, әсіресе түнде, перинэядағы қышу туралы шағымдармен жүгінді. Анамнезінен аурудың. Үш жыл бойы ауырады: жоғарыда аталған белгілер біртіндеп пайда болды және дамиды. Медициналық көмекке жүгінбеген. Менопауза 5 жаста. Объективті: дене температурасы 36,8 С, бойы 166 см, салмағы 88 кг, бел шеңбері 104 см. тері қалыпты түс пен ылғалдылыққа ие. Ісіну жоқ. Жүрек соғу жиілігі минутына 74. АҚ 130/80 мм рт.ст. Б. Салыстырмалы жүрек түтігінің шекаралары: оң жағы – Стернумның оң жақ шетінен оңға қарай 0,5 см, жоғарғы жағы – ІІ интеркостальды, сол жағы – орташа ерекше сызықтан 0,5 см. Жүрек үндері үнсіз, ырғақты, аортадағы ІІ тонның екпіні, шу жоқ. Тіл құрғақ, сарғыш жабындымен жабылған.. Іші жұмсақ, барлық бөлімдерде Үстірт және терең пальпация кезінде ауыртпалықсыз.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Шөлдеу мен жиі зәр шығарудың пайда болуы немен байланысты?
3. Қышудың пайда болу механизмі қандай?
4. Дене салмағының индексін анықтаңыз.
5. КХ сәйкес зерттеу жоспарын жасаңыз
6. Дәрігердің одан әрі тактикасы

34.2. 39 жастағы науқас емханаға бас ауруы, тез салмақ қосу туралы шағымдармен жүгінді. Объективті: пропорционалды емес семіздік, қан қысымы 180/100 мм рт ст, іштің терісіндегі қызғылт жолақтар, терінің гиперпигментациясы. Талдауда: қан плазмасындағы адренкортикотропты гормон (АСТН) деңгейінің орташа жоғарылауы.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

Тақырып № 35



Жалпы практика дәрігеріне 32 жастағы әйел жүрек соғысы, әлсіздік, тітіркену, терлеу, салмақ жоғалту туралы шағымдармен жүгінді. Бір жылдан астам уақыт ауырады. Объективті. Суетлива. Көз жарқырап. Ромберг позасында саусақтардың дүмпуі тұрақты емес. Гипергидроз. Өкпеде везикулярлы тыныс алу. Жүрек: тахикардия, пульс 110 в 1 мин, АД 150/30, 160/40 мм рт ст. Нәжіс-іш өтуге бейімділік.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

35.2. 68 жастағы науқас учаскелік дәрігердің қабылдауында әлсіздікке, терлеуге, 2 жыл ішінде 10 кг салмақ жоғалтуға шағымданады. Бауыр, көкбауыр және лимфа түйіндерінің барлық топтары үлкейген. Қан талдауы: Нв 85 г/л, Эр.3,0 x 10¹²/л, көл. 135,0 x 10⁹/л, п / я 3%, лимф. 96%, БФМ. 1%, СОЭ 28 мм/сағ. Жалпы билирубин 45 мкмоль/л, тікелей 11 мкмоль/л. Сарысу темірі 28 ммоль/л, Кумбс сынамасы оң.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

Тақырып № 36

36.1 17 жастағы науқас дене салмағының жоғарылауына, жыл бойына етеккірдің бұзылуына шағымданады. Жамбас, іш, сүт бездерінің терісінде қызғылт стрия бар. АД-140/90 мм рт.ст. ст. Глюкозаға төзімділік сынағы: аш қарынға – 4,5 ммоль/л; глюкоза жүктемесінен 2 сағат өткен соң – 8,6 ммоль/л. КТ: екі бүйрек үсті безінің гиперплазиясы. Қандағы кортизол деңгейі 8 сағат -1060 нг/л (норма – 260-720 нг/л), 14 сағат -1250 нг/л.:

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Болжам диагнозды тұжырымдаңыз.
2. Дифференциалды диагностиканы жүргізу.
3. КХ бойынша тексеру жоспарын құрыңыз.
4. КХ бойынша емдеу жоспарын құрыңыз

Тақырып № 37

37.1. Науқас Н., 18 жаста, бет, аяқтың ісінуіне, бас ауруына, жүрек соғысына, сол жақ жауырынға берілетін төстің артындағы ауырсынуға, бел аймағының ауырсынуына аз мөлшерде зәрдің түсінін өзгеруіне, жалпы әлсіздікке шағымданады. Анамнезден: ол өзін 3 күн бойы аурумын деп санайды, бас ауруы, айналуы пайда болған кезде дәрігерді үйіне шақырған, қан қысымының жоғарылауы анықталды, антигипертензивті препараттар тағайындалды, бірақ науқастың жағдайы жақсармады, бет пен аяқтың ісінуі пайда болды, бұл науқасты кезекші терапия бөліміне жүгінуге мәжбүр етті. Объективті: жағдайы ауыр. Беті ісінген, апатиялық, температурасы 37,7°С, терісі бозғылт, жеткілікті ылғалдылық, бел аймағының, тобықтағы және аяқтардағы ісіну байқалады. Пульс толықтығы және кернеуі толық. АҚ 160/105 мм рт.ст. жүрек тондары анық, ритмді, ЖСЖ 84 мин., аортадан II тонның акценті естіледі. Тілі таза. Іші жұмсақ, ауыртпалықсыз. Бауыр, көкбауыр ұлғаймаған. Төменгі арқа жағынан ұрғылау симптомы екі жағынан аздап ауырады. Бүйрек аймағын пальпациялау ауыртпалықсыз, қуықұлмғаймаған.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Синдромдарды бөлектеңіз және негіздеңіз;
2. Болжам диагноз қойыңыз.
3. Төменгі арқадағы ауырсыну механизмі.
4. КХ сәйкес қосымша зерттеулер жоспарын жасаңыз.
5. Әрі қарай тактика.



37.2. Науқас А., 33 жаста. Ол нерв жүйесінің тұрақсыздығына, әлсіздікке, жұмысқа деген қабілетінің төмендеуіне, жылағышытыққа, жүрек соғысына, жүректегі ауырсынуға шағымданады. Ауру жол апатынан кейін үш ай бұрын дами бастаған. Емделмеген. Объективті: жалпы жағдайы орташа ауырлықта, мимикасы мазасыздықты білдіреді. Науқас көп сөйлейді, созылған қолдардың дірілі (тремор) байқалады. Бойы-168 см, дене салмағы-60 кг. терісі ылғалды, тургор сақталған, шамалы гиперпигментация бар. Қалқанша безі ІІІ дәрежеге дейін үлкейген, тығыз, қозғалмалы. Экзофтальм, қабақтың гиперпигментациясы. Мойын тамырларының пульсациясы анықталады. Пульс – 1 минутта 96, ырғақты. Қан қысымы 150/70 мм. С.б. Салыстырмалы жүрек шекаралары қалыпты. Жүрек тондары айқын, жүрек ұшында систолалық шу естіледі.

Ситуациялық есептің тапсырмалары:

1. Клиникалық синдромдарды бөліп, негіздеңіз, жетекшісін көрсетіңіз.
2. Таңдалған синдромдарға сүйене отырып, болжам диагноз қойыңыз
3. Зертханалық және аспаптық мәліметтерді түсіндіріп, қосымша зерттеу жоспарын жасаңыз.
4. КХ сәйкес емдеу жоспарын жасаңыз.

Қосымша зерттеулер.

ЖҚА: гемоглобин 127 г/л, лейкоциттер—6,9 x10⁹/л, СОЭ—15 мм/сағ, холестерин—2,8 ммоль/л, плазма калийі— 3,9 ммоль / л. қалқанша безінің йод жинақтау функциясы: 2 сағ арқылы—28%, 4 сағ—42%, 24 сағ—32%. Қандағы ТТГ деңгейі 0,05 мМЕд/л—ден төмен, тироксин—180нмоль/л, глюкоза-4,05-мздоль/л.

Электрокардиография-сол жақ қарыншаның гипертрофиясының белгілері, т тісі мен S — Т сегментінің төмендеуі