

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

Н. С. Михайловська, О.В. Шершньова, І.О. Стецюк

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРІШНЬОЇ МЕДИЦИНИ
(за професійним спрямуванням)

ЗБІРНИК СИТУАЦІЙНИХ ЗАВДАНЬ

*для підсумкового контролю знань студентів III-IV курсу
спеціальності «Фізіотерапія, ерготерапія»*

Запоріжжя

2019

УДК 616.1/4(075.8)

М57

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

Автори:

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

О.В. Шершньова – канд. мед.наук, доцент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ;

І.О. Стецюк – асистент кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб ЗДМУ.

Рецензенти:

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

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

Михайловська Н. С.

М69 Пропедевтика внутрішньої медицини (за професійним спрямуванням) : збірник ситуаційних завдань для підсумкового контролю знань студентів III-IV курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини», спеціальність «Фізіотерапія, ерготерапія» / Н. С. Михайловська, О. В. Шершньова, І.О. Стецюк – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 75 с.

Збірник ситуаційних завдань для підсумкового контролю знань студентів до практичних занять та самостійної роботи студентів III-IV курсу складений відповідно до програми навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини (за професійним спрямуванням)», спеціальності 227 «Фізіотерапія, ерготерапія». Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань студентами під час підготовки до практичних занять та підсумкового модульного контролю.

УДК 616.1/4(075.8)

© Михайловська Н. С., Шершньова О.В., Стецюк І.О., 2019.

© Запорізький державний медичний університет, 2019.

ЗМІСТ

Передмова	4
Хвороби серцево-судинної системи	5
Хвороби травної системи	25
Хвороби дихальної системи	35
Хвороби ендокринної системи	52
Хвороби крові	59
Хвороби видільної системи	65
Рекомендована література	73
Список використаних джерел	75

ПЕРЕДМОВА

Авторським колективом кафедри загальної практики – сімейної медицини та внутрішніх хвороб створено збірник ситуаційних завдань, який спрямований на закріплення знань студентів, що навчаються за спеціальністю 227 «Фізична терапія, ерготерапія» щодо ведення пацієнтів з різноманітною патологією внутрішніх органів в практиці лікаря-фізіотерапевта. Актуальність створення такого збірника з навчальної дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» зумовлена необхідністю навчити майбутніх лікарів-фізіотерапевтів розпізнавати за зовнішніми ознаками та даними анамнезу найбільш поширені захворювання внутрішніх органів, їх ускладнення, які загрожують життю пацієнтів, та знати тактику їх ведення з урахуванням можливостей відповідних програм фізичної реабілітації; розуміти та пояснювати патологічні процеси, які піддаються корекції заходами фізичної реабілітації чи ерготерапії; вміти навчати пацієнта/опікунів самообслуговуванню/догляду, профілактиці основних захворювань внутрішніх органів, травм та неповносправності, здоровому способу життя.

Збірник завдань для підсумкового контролю знань студентів розроблено згідно з вимогами робочої програми з навчальної дисципліни на основі існуючої бази тестових та ситуаційних завдань кафедри і додаванням нового авторського матеріалу.

Видання буде сприяти підготовці студентів III-IV курсу до практичних занять, підсумкового контролю шляхом узагальнення знань з дисципліни «Пропедевтика внутрішньої медицини» для спеціальності «Фізіотерапія, ерготерапія».

ХВОРОБИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

1. Хвора К., 35 років, звернулася до лікаря з приводу кашлю з виділенням невеликої кількості мокротиння з домішкою червоної крові, що виникає при тривалому навантаженні, відчуття серцебиття, перебої в роботі серця.

При об'єктивному обстеженні: Слизова ротової порожнини набрякла, суха, бліда з ціанотичним відтінком. В області серця визначається серцевий поштовх, симптом "котячого муркотіння" в фазу діастолі. Межі серця розширені вправо і вгору. На верхівці вислуховується посилення I тону, діастолічний шум, на легеневій артерії акцент II тону.

А. Ваш діагноз?

Б. Яке порушення ритму характерно для даної патології?

В. Що можна виявити при дослідженні пульсу?

Г. Яка конфігурація серця у даної хворої?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. мітральний стеноз

Б. миготлива аритмія

В. пульс малого наповнення

Г. мітральна конфігурація серця

[1]

2. У відділення поступив хворий 20 років зі скаргами на перебої в роботі серця, задишку, набряки на ногах, важкість у правому підребер'ї. Анамнез: З 12 років страждає на ревматизм, лікувався в стаціонарі. Перебої відчуває протягом півроку.

Об-но: Блідий, ціанотичний рум'янець. Шийні вени набрякли. Слизова ротової порожнини набрякла, суха, бліда з ціанотичним відтінком. Відзначається катаральний стоматит. Пульс аритмічний, зниженого наповнення, 90 в хвилину. Межі серця збільшені вгору і вправо, ритм

неправильний, ЧСС на 20 в 1 хвилину частіше, ніж пульс. I тон хлопаючий, діастолічний шум на верхівці. Печінка на 5 см виступає з-під краю реберної дуги, болюча при пальпації. набряки на гомілкях.

- А. Ваш діагноз?
- Б. План обстеження?
- В. Оцініть стадію серцевої недостатності?
- Г. Який додатковий тон можна вислухати в даному випадку?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. мітральний стеноз
- Б. ЕХО КС, ЕКГ, фонокг
- В. СН 2а; 2в - при застої в легенях
- Г. додатковий тон, ритм перепела, шум Грехема-Стілла

[4]

3. У хворого різка задишка в спокої, набряки ніг. Виражений ціаноз. Слизова ротової порожнини бліда з ціанотичним відтінком. Яремні вени розширені, набряклі. Визначається позитивний венозний пульс. Пальпується серцевий поштовх. Межі серця розширені вправо. При аускультації біля основи мечоподібного відростка вислуховується систолічний шум.

- А. Про яке ураження серця можна думати?
- Б. Які розміри печінки повинні бути у цього хворого?
- В. Яка найбільш ймовірна звучність I тону в даному випадку?
- Г. Що сталося з межами абсолютної серцевої тупості?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. недостатність 3-стулкового клапана
- Б. збільшені
- В. ослаблення
- Г. збільшилися, зміщені вправо

[3]

4. Хворий І., 30 років звернувся до лікаря зі скаргами на задишку при фізичному навантаженні, швидку стомлюваність. В анамнезі - ревматизм.

Об'єктивно: звертає на себе увагу різка блідість шкірних покривів і слизової ротової порожнини. Пульс швидкий, високий. АТ 180/50 мм рт. ст. Помітно хитання голови, синхронне зі скороченнями серця, позитивний капілярний пульс Квінке, пульсація сонних артерій. Верхівковий поштовх зміщений вниз і вліво, високий розлитий. Ліва межа серця різко розширена вліво. При рентгеноскопії грудної клітини визначається аортальна конфігурація серця. Печінка і селезінка не збільшені.

- А. Ваш можливий діагноз?
- Б. Які дані Ви отримаєте при аускультатії серця і судин?
- В. Чи будуть змінюватися межі абсолютної серцевої тупості?
- Г. Визначте стадію серцевої недостатності?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. недостатність аортального клапану
- Б. 1 і 2 тон ослаблений, пресистолічний шум, шум Флінта на верхівці; на аорті голодіастолічний шум
- В. так, зміщені вліво
- Г. 1 стадія

[7]

5. Хворий З. 31 року скаржиться на задишку в спокої, набряки нижніх кінцівок, біль у правому підребер'ї. 20 років страждає на ревматичну ваду серця.

При огляді виражений акроціаноз, набряки ніг. Легкий ціаноз слизової ротової порожнини. Дихання 30 в хвилину. У легенях в нижніх відділах дрібно-пухирчасті вологі хрипи. Серце збільшене у всі боки. І тон на верхівці посилений, систолічний шум. Акцент ІІ тону на легеневій артерії. Пульс

малий, 90 в хвилину. Печінка виступає на 3 см нижче края реберної дуги.

- А. Про яке ураження серця слід думати?
- Б. Що можна додатково вислухати при аускультатії серця?
- В. Які зміни найбільш вірогідні на ЕКГ в даному випадку?
- Г. Оцініть стадію серцевої недостатності?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. мітральний стеноз
- Б. додатковий тон, ритм перепела, шум Грехема-Стілла
- В. правограма, високий і розширений Р, миготлива аритмія
- Г. 2 В

[4]

6. Хворого турбує задишка, болі в області серця. При огляді блідість шкірних покривів і слизової ротової порожнини, пульсація сонних артерій. Межі серця збільшені вліво і вниз. На верхівці прослуховується пресистолічний шум. На аорті ІІ тон різко ослаблений, діастолічний шум. Пульс швидкий, високий, великий. АТ 140/90 мм рт.ст. На ЕКГ - лівограма, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Рентгенологічно - збільшення лівого шлуночка з підкресленою серцевою талією.

- А. Ваш діагноз?
- Б. Як розцінити пресистолічний шум на верхівці серця?
- В. Яка конфігурація серця в даному випадку?
- Г. Якою буде милозвучність І тону?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. аортальна недостатність
- Б. шум Флінта
- В. аортальна
- Г. ослабленою

[2]

7. До ревматолога звернувся хворий Г., 40 років, зі скаргами на озноб, пітливість, підвищення температури протягом місяця до 37,5-38,0°C. В анамнезі ревматизм, недостатність мітрального клапана, з приводу якої знаходиться на обліку у ревматолога.

Об'єктивно: блідість шкірних покривів з помірним жовтяничним відтінком, розсіяний одиничний петехіальний висип. Пульс прискорений, ритмічний, задовільного наповнення. Серце розширене вліво - на 2 см назовні від серединно-ключичної лінії, верхівковий поштовх в області 6-го міжребер'я. I тон на верхівці ослаблений, II тон ослаблений на аорті. Вислуховується систолічний шум на верхівці і діастолічний в II міжребер'ї справа. АТ 150/60 мм рт.ст. Живіт: помірно збільшена печінка і селезінка.

А. Що повинен запідозрити лікар?

Б. Яке дослідження він повинен призначити для підтвердження діагнозу?

В. Дайте характеристику верхівкового поштовху?

Г. Чи можлива в даному випадку поява симптому Мюсе?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. вторинний бактеріальний ендокардит

Б. Ехо, кров на стерильність

В. розлитий, зміщений вліво

Г. так, при аортальної недостатності

[4]

8. До хворого К., 60 років викликаний лікар швидкої допомоги. Хворий скаржився на різкий біль за грудиною, давлячого характеру, що поширювався в ліву руку, шию, щелепу і різко посилювалася при русі.

Об'єктивно: помірна блідість шкірних покривів, пульс частий. Серце: ліва межа розширена, на верхівці I тон ослаблений, II тон посилений на легеневій артерії, тахікардія.

- А. Про яку патологію серцево-судинної системи повинен думати лікар?
- Б. Які додаткові дослідження повинен він провести?
- В. Чим пояснити іррадіацію болю?
- Г. Причина посилення ІІ тону на легеневої артерії?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. коронарний синдром
- Б. ЕКГ, серцеві ферменти
- В. поширення про ходу судинно - нервового пучка
- Г. ІІ тон посилений через спазм легеневої артерії

[7]

9. Хворий скаржиться на болі в області серця, що посилюються при фізичному навантаженні. При огляді визначається блідість шкірних покривів та слизової ротової порожнини, високих розмірів верхівковий поштовх. Межі серця зміщені вліво і вниз. ІІ тон на верхівці і ІІІ тон на аорті ослаблені. Систолічний шум на аорті. На ЕКГ лівограма, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка,

- А. Про яке ураження серця потрібно думати?
- Б. Які дані Ви отримаєте при дослідженні пульсу?
- В. Куди проводиться систолічний шум?
- Г. Що станеться із серцевою талією?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. аортальний стеноз
- Б. малого наповнення
- В. на судини ший
- Г. підкреслена

[6]

10. Хворий поступив зі скаргами на за груди́нний біль, що супроводжується почуттям "нестачі повітря", загальною слабкістю. Болі не знімаються прийомом нітрогліцерину.

Об-но: Шкірні покриви бліді, вологі, ціаноз слизової оболонки ротової порожнини. Межі серця збільшені вліво до серединно-ключичної лінії, тони глухі, аритмічні. Пульс 100 в хвилину, невеликий. АТ 90/60 мм рт.ст. На ЕКГ у II і III відведеннях дугоподібний підйом ST, шлуночкові екстрасистоли.

- А. Про яке захворювання можна думати?
- Б. Вкажіть стадію захворювання?
- В. Яке ускладнення виникло у даного пацієнта?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. гострий інфаркт міокарду
- Б. гостра
- В. кардіогенний шок

[2]

11. Хвору Д., 23-ти років турбує задишка і серцебиття при звичайному фізичному навантаженні, напади інспіраторної задишки вночі, кровохаркання, субфебрилітет. Анамнез: ревматизм з 15 років.

Об-но: ціаноз губ, легкий ціаноз слизової ротової порожнини. «Мітральний метелик». Верхівковий поштовх не пальпується, визначається діастолічне «котяче муркотіння». Права межа відносно серцевої тупості знаходиться в IV між-ребер'ї на 3 см назовні від правого краю грудини, верхня - на верхньому краї II ребра, ліва – в 5-му міжребер'ї на 1,5 см досередини від середньоключичної лінії. Аускультация: ритм «перепела», I тон на верхівці гучний, плескаючий, акцент II тону на легеневій артерії. На верхівці - діастолічний шум.

- А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів? Який серцевий клапан уражено?
- Б. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром недостатності кровообігу. Синдром стенозу мітрального клапану.
- Б. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати ЕХО-КС, дослідження титру антитіл до бета-гемолітичного стрептокока, рівень білків гострої фази запалення, рентгенографія ОГК.

[3]

12. Хвора 18-ти років, скарг немає. При профілактичному огляді виявлено розширений, високий, посилений верхівковий поштовх в 5 міжребер'ї на 1,5 см назовні від середньключичної лінії. Ліва межа відносної серцевої тупості зміщена вліво на 1,5 см від середньо ключичної лінії, верхня межа - на верхньому краї II ребра. Аускультация: ритм серцевих скорочень правильний, I тон ослаблений, акцент II тону на легеневої артерії. На верхівці вислуховується систолічний шум, який проводиться в ліву пахвову область, точку Боткіна-Ерба.

- А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів?
- Б. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром недостатності мітрального клапана.
- Б. Необхідні додаткові обстеження для підтвердження діагнозу: ехокардіографія, визначення титру анти-стрептококових антитіл, білків гострої фази запалення.

[7]

13. Хворий Д, 34 роки. Протягом останнього місяця турбує субфебрильна температура, періодично – озноби та підйоми температури до 39,5°, профузний піт вночі, зменшення ваги на 4 кг. З анамнезу: 1,5 місяці холецистектомія з приводу флегмонозного холециститу.

Об-но: стан середньої важкості. Шкіра бліда, кольору «кави з молоком». Петехіальний висип на шкірі тулуба, рук і ніг. Танець каротид. Верхівковий поштовх куполоподібний у 6-му міжребер'ї по передньо-аксиллярній лінії. Аускультация: ритм серцевих скорочень правильний, тахікардія. I тон ослаблений, II тон ослаблений на аорті, на аорті вислуховується діастолічний шум, який проводиться в точку Боткіна-Ерба і на верхівку серця. Пульс високий і швидкий, частий. АТ на обох руках 160/90 мм рт. ст.

А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів? Попередній діагноз?

Б. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром бактеріємії, токсинемії, синдром ураження ендокарду, синдром аортальної недостатності. Діагноз – бактеріальний ендокардит.

Б. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати ехокардіографію, БАК посіви крові.

[1]

14. Хворий Л, 74-х років скаржиться на стискаючі болі за грудиною при найменшому фізичному навантаженні.

Об-но: Шкіра бліда, слизові оболонки ротової порожнини легкоціанотичні, тургор і еластичність шкіри знижені. Пульс - 62 в хвилину. Верхівковий поштовх куполоподібний, в 6-му міжребер'ї по передньо-пахвовій лінії. Аускультация: I тон на верхівці ослаблений, II тон ослаблений

на аорті. На аорті вислуховується грубий, скребучий систолічний шум, що проводиться на судини шиї і в між лопаткову ділянку.

А. Назвіть синдроми ураження серця.

Б. Попередній діагноз.

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром стенозу аорти, синдром стенокардії.

Б. ІХС: стабільна стенокардія напруги, ІVФК. Аортальний стеноз.

[7]

15. Хворого В, 36-ти років турбує задишка при незначному фізичному навантаженні, відчуття перебоїв в роботі серця. Анамнез: 2 тижні тому - ГРВІ.

Об-но: верхівковий поштовх пальпується в 5-му міжребер'ї на 2 см назовні від середньоключичної лінії, розширений (3 см). Ліва межа серця в 5-міжребер'ї на 2 см назовні від середньоключичної лінії. Аускультация: І тон на верхівці ослаблений, акцент ІІ тону на легеневій артерії. ЧСС - 84 в хвилину, аритмія. В нижніх відділах легень вислуховується крепітація, поодинокі вологі дрібно міхурцеві незвучні хрипи. На ЕКГ поодинокі лівошлуночкові екстрасистоли, уповільнення атріовентрикулярної провідності (інтервал PQ = 0,26 сек.) Без випадання комплексів QRS, двофазний зубець Т.

А. Назвіть синдроми ураження серця? Попередній діагноз?

Б. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром ураження міокарда, синдром аритмії, синдром порушення провідності, синдром недостатності кровообігу. Попередній діагноз: Вірусний міокардит. Шлуночкова екстрасистолія. АВ-блокада І ст. НК ІІА.

Б. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати ЕХО-КС, визначити титри антистрептококових антитіл для виключення ревматичної етіології міокардиту, визначити титри антитіл до вірусів Коксакі, ЕСНО, грипу А та В, поліовірусу, які найчастіше викликають міокардит.

[4]

16. Хвору Р. 45-ти років турбують головні болі в потиличній, тім'яній, скроневій областях, частіше вранці. Періодично на тлі стресу виникають інтенсивні головні болі, що супроводжуються нудотою, миготінням мушок перед очима, запамороченням.

При огладі ротової порожнини - на слизовій оболонці рота і язика геморагічні міхурці. АТ – 155/100 мм рт. ст. Пульс високий, твердий - 60 на хвилину. Верхівковий поштовх пальпується в 5 міжребер'ї на 1,5 см назовні від середньоключичної лінії, широкий, високий, сильний, резистентний. Ліва межа відносної серцевої тупості зміщена на 1,5 см назовні від середньоключичної лінії. I тон на верхівці ослаблений, акцент II тона - на аорті.

А. Назвіть синдром ураження органів кровообігу, попередній діагноз.

Б. Які додаткові методи дослідження необхідні для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром артеріальної гіпертензії. Попередній діагноз: Гіпертонічна хвороба 2 ст, II ст.

Б. Необхідно виконати додаткові методи для оцінки ураження інших органів-мішеней: огляд судин очного дна, доплерографія судин (аорти, церебральних, ниркових), дослідження ниркових функціональних проб, аналіз сечі на білок і мікроальбумінурію.

[2]

17. Хворого 58-ми років турбують тупі ниючі болі в області серця, слабкість, субфебрильна температура ввечері. Анамнез: 2 тижні тому ГРВІ.

Об-но: Межі серця не змінені. При аускультатії ослаблення усіх тонів серця. У лівого краю грудини вислуховується шум без чіткого зв'язку з фазами діяльності серця, який посилюється при нахилі тулуба вперед, нікуди не проводиться.

А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів, попередній діагноз?

Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром ураження перикарду. Попередній діагноз: фібринозний перикардит.

Б. Для підтвердження діагнозу – ЕХО-КС.

[5]

18. Хвору К, 48-ми років турбують стискають болі за грудиною, які виникли вперше 10 днів тому при значному фізичному навантаженні. Болі іррадіюють в ліве плече, ліву руку, проходять в спокої за 5-7 хвилин.

Об-но: хвора підвищеного харчування, ІМТ - 32. Верхівковий поштовх не пальпується. Ліва межа серця визначається в V між ребер`ї по середньоключичній лінії. Тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці. На ЕКГ в спокої ознаки гіпертрофії лів-го шлуночка. При добовому моніторингу епізоди депресії сегмента ST нижче ізолінії > 2 мм в стандартних I, II і грудних відведеннях V3-6.

А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів, попередній діагноз?

Б. Додаткові методи дослідження?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром стенокардії. Попередній діагноз: ІХС, стенокардія, що вперше виникла.
- Б. Необхідно виконати ЕХО-КС, велоергометрію; із лабораторних методів – ліпідограмма, коагулограмма, б/х аналіз крові (глюкоза, електроліти).

[4]

19. Хворий 65-ти років скаржиться на болі за грудиною протягом останніх 3 місяців. Болі стискаючого характеру, виникають при ходьбі на відстань 50-100 м, іррадіюють в ліве плече і руку, супроводжуються відчуттям нестачі повітря, тривають 10-15 хвилин, знімаються прийомом нітрогліцерину через 1-2 хвилини.

Об-но: ліва межа відносної серцевої тупості зміщена вліво на 2 см від середньоключичної лінії. Тони серця приглушені, І тон на верхівці ослаблений. На ЕКГ виявляється депресія сегмента ST нижче ізолінії на 2 мм в I стандартному, V4-6 грудних відведеннях.

- А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів, попередній діагноз?
- Б. Додаткові методи дослідження?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром стенокардії. Попередній діагноз: ІХС, стабільна стенокардія напруги, IV ФК.
- Б. Необхідно виконати ЕХО-КС, велоергометрію; із лабораторних методів – ліпідограмма, коагулограмма, б/х аналіз крові (глюкоза, електроліти).

[1]

20. Пацієнт І., 65-ти років скаржиться на сильні стискаючі болі за грудиною, що іррадіюють в обидві руки, під лопатки, різку слабкість. Болі

виникли під час фізичного навантаження, тривають близько години, нітрогліцерин – без ефекту.

Об-но: Стан важкий. Шкіра бліда, вкрита холодним липким потом, ціаноз губ і кінчика носа. При огляді ротової порожнини - десквамативний глосит, глибокі тріщини язика. Тони серця аритмічні, глухі. ЧСС - 88 в хвилину. АТ – 100/70 мм рт. ст. На ЕКГ відзначається підйом сегмента ST над ізолінією, що зливається із зубцем Т в I, II стандартних відведеннях і в V2-V4 грудних відведеннях, часті лівошлуночкові екстрасистоли.

А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів, попередній діагноз?

Б. Який лабораторний метод може підтвердити діагноз?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром інфаркту міокарда, синдром аритмії. Попередній діагноз: ІХС, гострий інфаркт міокарду в передньо-перегородковій і верхівковій областях. Шлуночкова екстрасистолія.

Б. Для підтвердження діагнозу необхідно провести тропоніновий тест.

[4]

21. Пацієнт 66-ти років скаржиться на болі в епігастральній ділянці, що виникли раптово, нудоту, двічі була блювота, різку слабкість, пітливість. Болі тривають більше години, не проходять після прийому спазмолітиків і анальгетиків.

Об-но: Стан середньої тяжкості. Відзначається блідість, ціаноз губ, холодний липкий піт на лобі. При огляді ротової порожнини - десквамативний глосит, глибокі тріщини язика. Ліва межа відносної серцевої тупості зміщена на 1 см вліво від середньоключичної лінії. Тони серця глухі, ритмічні. На ЕКГ виявлено підйом сегмента ST вище ізолінії в III стандартному і AVF відведеннях.

А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів, попередній діагноз?

Б. Який лабораторний метод може підтвердити діагноз?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром інфаркту міокарда. Попередній діагноз: ІХС, гострий інфаркт міокарду в нижній стінці ЛШ.

Б. Для підтвердження діагнозу необхідно провести тропоніновий тест.

[2]

22. Пацієнт 74-х років тривало страждає на ІХС, інфаркт міокарда 5 років тому. Давно турбує задишка і набряки на ногах. Протягом останніх семи днів задишка посилилася, з'явилася в спокої, не проходять набряки на ногах, з'явилося здуття живота, тяжкість в правому під ребер'ї.

Об-но: стан середньої тяжкості, пацієнт у положенні ортопное, шкіра ісклери жовтяничні, акроціаноз. Слизова оболонка ротової порожнини бліда, з ціанотичним відтінком в області піднебінних дужок, ясеневого краю. Виражений ціаноз губ і прилеглих ділянок шкіри. Набряклі шийні вени, задишка в спокої - 28 в хвилину. Артеріальний тиск – 100/70 мм рт. ст., пульс -99 на хвилину, слабкого наповнення, ритмічний. Ліва межа відносної серцевої тупості зміщена вліво на 2 см. Аускультация серця: Тони серця ритмічні, глухі. I тонослаблений на верхівці, акцент II тону на легеневій артерії. При перкусії легень - тупість по обидва боки нижче кута лопаток. Над ділянками тупості дихання не прослуховується, над рещтою поверхні легень дихання жорстке. Живіт «жаб`ячий», в бічних фланках – притуплення перкуторного звуку. Печінка вступає з-під реберної дуги на 5 см, край закруглений, болючий. Набряки стоп, гомілок, стегон.

А. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів?

Б. Поясніть механізм виникнення симптомів і синдромів.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром хронічної серцевої недостатності. Синдром недостатності кровообігу.
- Б. Внаслідок перенесеного ІМ відбулося ремоделювання міокарда, його гіпертрофія, яку змінила дилатація, тому розширена ліва межа серця і тони серця глухі. Скорочувальна здатність міокарда зменшилася, виникли циркуляторні порушення у вигляді застою крові в малому і великому колах кровообігу, анасарка. Компенсаторні нейрогуморальні реакції, спрямовані на підтримання тиску і перфузії внутрішніх органів, посилили дистрофію міокарда, викликали затримку солі та рідини в організмі. Про застій крові в малому колі кровообігу і посилення тиску в легеневій артерії свідчить акцент ІІ тону на легеневій артерії. Із застоєм крові в малому колі кровообігу пов'язано жорстке дихання. Тупий перкуторний тон нижче кута лопаток обумовлений випотом трансудату в плевральних порожнинах - гідроторакс. Про застій у великому колі кровообігу свідчать: набряклі шийні вени, збільшення печінки, набряки на ногах, асцит.

[8]

23. Хвору 33-х років доставили до лікарні з вираженою задишкою, кровохарканням, набряками нижніх кінцівок. Анамнез: 12 років тому був діагностований стеноз мітрального отвору.

- А. Назвіть синдроми ураження серця.
- Б. Опишіть дані об'єктивного обстеження хворого, які можуть бути виявлені при огляді, перкусії та аускультатії серця.
- В. Визначте необхідний обсяг обстеження.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром мітрального стенозу. Синдром хронічної серцевої недостатності.

Б. Огляд: мітральний метелик (симетричний ціаноз в області щік і перенісся). Пальпаторно: епігастральна пульсація; неоднаковий пульс. Перкуторно визначається збільшення відносної межі серцевої тупості вгору і вправо (гіпертрофія і дилатація лівого передсердя і правого шлуночка). Аускультация: на верхівці серця виявляються плескаючий перший тон; після другого тону - тон відкриття мітрального клапана; акцент другого тону на легеневій артерії; на верхівці вислуховується короткий мезосистолічний шум з пресистолічним посиленням, який нікуди не проводиться, посилюється в положенні хворого на лівому боці.

В. Необхідно провести ЕХО-КС та рентгенографію ОГК.

[4]

24. Хвора 47-ми років страждає на ревматизм, поєднану мітральну ваду серця з переважанням стенозу. Раптово у хворой з'явилася слабкість в правій руці і правій нозі, порушення мовлення. Лікар швидкої допомоги виявив аускультативні дані, типові для поєднаної мітральної вади, миготливу аритмію, ЧСС - 110 за хвилину, пульс - 85 на хвилину, дефіцит пульсу (25).

А. Назвіть синдроми ураження серцево-судинної системи, наявні у хворой.

Б. У чому причина раптових клінічних проявів?

В. Які дослідження необхідно виконати?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром ураження мітрального клапана (стеноз і недостатність), синдром аритмії (фібриляції передсердь).

Б. Виникло гостре порушення мозкового кровообігу. Можливе джерело тромбів - ліве передсердя, де вони могли утворитися при миготливій аритмії.

В. Необхідно призначити консультацію невролога, КТ головного мозку, ЕХО-КС.

[7]

25. До кардіолога звернувся чоловік 35-ти років зі скаргами на озноби, проливні поти вночі, артралгії, болі в поперековій області, підвищення температури протягом місяця до субфебрильних цифр з періодичним підйомом до 39,5°. Анамнез: у віці 18 років виявлена недостатність мітрального клапана.

Об-но: шкірні покриви бліді, з помірним жовтушним відтінком. В області кон'юнктиви - поодинокі петехії. Пульс - 90 за хв., ритмічний. Верхівковий поштовх пальпується в області 6 міжребер'я по передній аксиллярній лінії. Ліва межа відносної тупості серця знаходиться по передній аксиллярній лінії. Тони серця ритмічні. І тон на верхівці ослаблений. Вислуховується грубий пансистолічний шум на верхівці серця, який проводиться в ліву пахову область; протодіастолічний шум на аорті, в точці Боткіна-Ерба, проводиться на верхівку серця. АТ - 150/40 мм рт. ст. Перкуторно: помірно збільшені печінка і селезінка.

А. Назвіть синдроми ураження серцево-судинної системи.

Б. Які дослідження необхідно призначити для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром недостатності мітрального клапана. Синдром недостатності аортального клапана.

Б. Необхідно призначити БАК-посів крові з визначенням чутливості флори до антибіотиків; ЕХО-КС для виявлення бактеріальних вегетацій на стулках мітрального і аортального клапанів.

[1]

26. Хвора 57-ми років скаржиться на слабкість, періодичні пульсуючі головні болі. В анамнезі інфекційний ендокардит.

Об-но: блідість шкірних покрив, пульсація сонних артерій, похитування голови в такт систолі. Верхівковий поштовх зміщений вліво і вниз, широкий, високий, сильний, резистентний. Перкуторно: ліва межа

відносної тупості серця знаходиться на 1 см назовні від лівої середньо ключичної лінії. Діаметр серцевої тупості 16 см. Конфігурація серця аортальна. При аускультації серця II тон різко ослаблений на аорті; на верхівці і на аорті, в точці Боткіна-Ерба вислуховується діастолічний шум.

- А. При якому синдромі ураження серця спостерігається дана симптоматика?
- Б. Які методи дослідження слід призначити для підтвердження цієї вади серця?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром недостатності аортального клапана.
- Б. Для діагностики – ЕХО-КС.

[2]

27. Хворий 37-ми років скаржиться на задишку при незначному фізичному навантаженні, періодично відзначає прискорене серцебиття. В анамнезі - ревматизм.

Об-но: на обличчі ціанотичний симетричний рум'янець, легкий ціаноз слизової ротової порожнини. При оцінці пульсу - «pulsus differens». При пальпації області серця визначається серцевий поштовх, симптом діастолічного "котячого муркотіння" в області верхівки. Перкуторно серцева тупість зміщена вгору і вправо. При аускультації вислуховується тричленний ритм. I тон на верхівці плескаючий. Над легневим стовбуром визначається акцент II тону. На верхівці - діастолічний шум.

- А. Про який синдромі йдеться? Назвіть найбільш характерне порушення ритму при даному синдромі.
- Б. Які дослідження необхідно провести для верифікації діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром мітрального стенозу. Синдром аритмії. Найхарактерніше порушення ритму – миготлива аритмія.

Б. Для підтвердження діагнозу – ЕГК, добове моні торування ЕКГ, ЕХО-КС.

[5]

28. Хворий О, 63 роки, звернулася за медичною допомогою зі скаргами на стискаючий біль за грудиною і в області серця, що виникає після психоемоційного і фізичного напруження, ірадіює в ліву руку, лопатку, супроводжується страхом смерті проходить у спокої або при прийомі нітрогліцерину через 2-3 хвилини. Із анамнезу: підвищення АТ протягом 20 років (максимальні цифри 180/110 мм рт.ст., адаптован до 130/80 мм рт.ст.). Стискаючий біль за грудиною турбує протягом останніх двох років, знімається прийомом нітрогліцерину через 2-5 хв. Курить протягом 40 років по 12-15 цигарок на день.

Об-но: підвищеного харчування. На повіках ксантелазми, на слизовій оболонці рота і язика геморагічні міхурці. Перкуторно межі серця зміщені вліво і вниз. Тони серця у верхівки ослаблені, акцент II тону над аортою. АТ 180/100 мм рт.ст., ЧСС-78/хв

А. Назвіть синдроми, наявні у хворого.

Б. Які фактори ризику розвитку ІХС є в даному випадку?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Ознаки стенокардії (ІХС) і синдрому артеріальної гіпертензії.

Б. Артеріальна гіпертензія, куріння, ожиріння.

[7]

ХВОРОБИ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

29. Хворий 26 років, слюсар, поступив в стаціонар зі скаргами на відчуття печіння і болючість язика, болі в епігастрії через 2-3 години після їжі, нічні болі, знімаються після прийому соди, болісну печію, відрижку, запор. В анамнезі зловживання алкоголем, багато курить, не дотримується режиму харчування.

Об-но: болючість в епігастрії, більше справа з незначною м'язовою напругою в цій області. Кислотність шлункового соку підвищена.

А. Поставте діагноз?

Б. Як називаються болі, що виникають через 2-3 години після їжі?

В. Назвіть фактори ризику даного захворювання?

Г. Якими способами можна визначити кислотність шлункового соку?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. виразка ДПК

Б. пізні

В. хелікобактер пілорі, НПЗЗ, алкоголь

Г. титрування, зондування

[4]

30. Хворий 53 роки, інженер, поступив у клініку зі скаргами на відсутність апетиту, відразу до м'ясної їжі, відчуття тяжкості в надчеревній ділянці, загальну слабкість. Протягом багатьох років спостерігався з приводу хронічного гастриту. Останні 4-6 місяців болі в надчеревній ділянці прийняли постійний характер, втратив у вазі 6 кг.

Об-но: блідий, відзначається болючість і напруження черевної стінки в епігастральній ділянці. При огляді ротової порожнини: вся поверхня язика обкладена щільним білим нальотом. При дослідженні шлункового соку ахілія, кал на приховану кров позитивний.

- А. Поставте можливий діагноз?
- Б. Що можна знайти при обстеженні лімфатичних вузлів при даній патології?
- В. Що таке ахілія?
- Г. Як називається аналіз калу на приховану кров, яке його діагностичне значення і як відбувається підготовка хворого до цього дослідження?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. рак шлунку
- Б. лівий надключичний л/в
- В. немає соляної кислоти в шлунковому соку
- Г. Греггерсена, обмежують у їжі, що містить залізо

[2]

31. Хвора 42 років скаржиться на болі ниючого характеру, почуття переповнення в надчеревній ділянці, відрижку після прийому їжі, нудоту, блювоту, поганий апетит, пронос, здуття живота. Больовий синдром турбує протягом 2 років.

Об'єктивно: зниженого харчування, тургор шкіри знижений, язик обкладений, відзначається болючість в епігастрії. При дослідженні шлункового соку - загальна кислотність 10, вільна соляна кислота 0, після введення 0,6 мг гістаміну вільна соляна кислота 0. Реакція на молочну кислоту негативна. При гастроскопії відзначається блідість і стоншення слизової оболонки.

- А. Про яку патологію шлунка можна думати?
- Б. Чому при даній патології спостерігається схильність до проносів?
- В. Яка маса тіла хворої, якщо при дослідженні шлункового соку їй проводили простий гістаміновий тест?
- Г. Про що свідчить наявність молочної кислоти в шлунковому соку?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. хронічний атрофічний гастрит
- Б. немає соляно к-ти, м/о розмножуються і відбувається бродіння
- В. 0,008 ГИСТ. На 1 кг. Вага = 75 кг
- Г. про наявність паличок бродіння

[4]

32. Хворий Р., 43 роки, фармацевт. Скаржиться на голодні, пізні і нічні болі в надчеревній ділянці, печію, відрижку, відчуття "обпаленого" язика, що посилюються ближче до вечора. Апетит збережений і навіть підвищений. Хворіє з юнацьких років, загострення бувають часто в осінню пору року, харчується нерегулярно, багато курить.

Об-но: зниженого харчування, при поверхневій та глибокій пальпації живота болючість в пілородуоденальній зоні, кислотність і секреція натще і після стимуляції - підвищені. Рентгенологічно - "ніша" в стінці цибулини 12-палої кишки, є прихована крову калі.

- А. Про яке захворювання слід думати?
- Б. Яка відрижка характерна для підвищеної кислотності шлункового соку?
- В. Яке порушення випорожнень частіше зустрічається при даній патології?
- Г. Назвіть можливі ускладнення даного захворювання?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. виразка ДПК
- Б. кисла відрижка
- В. запор
- Г. перфорація, стеноз воротаря

[1]

33. Хворий Б., 35 років, токарь, звернувся в лікарню зі скаргами на постійні, ниючі болі оперізуючого характеру, що іррадіюють в спину, особливо інтенсивні вночі.

Об'єктивно: болючість при пальпації епігастральної ділянки. Слизова оболонка порожнини рота гіперемована. Язик обкладений жовто-білим нальотом. У крові - лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, збільшення ШОЕ.

А. Поставте попередній діагноз?

Б. Назвіть диспепсичні розлади, найбільш характерні для даної патології?

В. Які додаткові дослідження необхідно провести в даному випадку?

Г. Які найбільш часті причини розвитку даної патології?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. гострий панкреатит

Б. нудота, блювота, рідкий стілець
амілаза крові, діастаза сечі, УЗД

В. алкоголь, травми, захворювання жовчних шляхів,
медикаменти, васкуліти, пенетрація виразки ДПК

[7]

34. Хворий 48 років, бухгалтер, звернувся в поліклініку зі скаргами на періодично виникаючі переймоподібні болі в животі, хронічний запор, головний біль, дратівливість.

Результати копрологічного дослідження виявили, що кал має тверду консистенцію, форму "овечого калу", колір коричневий, на поверхні слиз.

А. Який Ваш діагноз?

Б. Назвіть основний патогенетичний механізм даного захворювання?

В. Які об'єктивні дані Ви отримаєте при дослідженні шлунково-кишкового тракту?

Г. Які додаткові методи дослідження призначите для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. спастичний коліт, синдром подразнення кишки
- Б. токсичний вплив колотропних речовин => аутоагресія на епітелій стінки кишки
- В. пальпація:живіт м'який, але нерідко виявляються болючі ділянки кишки
- Г. ректороманоскопія

[8]

35. Хворий К., 44 роки, робочий, звернувся в поліклініку зі скаргами на відчуття повноти і біль в епігастрії, на блювоту з'їденою напередодні їжею, на загальну слабкість, схуднення. Зі слів хворого було встановлено, що він страждає з 30 років на виразкову хворобу шлунка. Останнє загострення було в 33 роки.

Об'єктивно: сухість та лущення шкіри, тургор і еластичність знижені. Наліт на язиці сірувато-білого кольору. В області шлунка видима перистальтика. При перкусії визначається шум плескоту.

- А. Який найбільш ймовірний діагноз?
- Б. Виділіть основні синдроми даного захворювання?
- В. Які додаткові методи необхідно призначити для підтвердження діагнозу?
- Г. Назвіть гострі ускладнення виразкової хвороби?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. - стеноз воротаря
- Б. - диспептичний
- В. - ФГДС, рентгенограма з барієм
- Г. - кровотеча, перфорація, пенетрація, малігнізація

[3]

36. Хвора А., 36 років поступила у стаціонар зі скаргами на болі в правому підребер'ї, що іррадіюютьв епігастральну область і під праву лопатку, субфебрильну температуру. Хвора близько 5 років, погіршення настало після прийому жирної їжі.

При пальпації болючість в точці жовчного міхура, позитивний френікус-симптом. При дуоденальному зондуванні в порції "В" велика кількість лейкоцитів і епітеліальних клітин.

А. Яке захворювання у хворої?

Б. Як можна отримати порцію "В"?

В. Які фактори призводять до цього захворювання?

Г. В яких випадках визначається позитивний симптом Курвуазьє?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. ЖКХ

Б. MgSO₄ 30%; теплий => міхурна проба

В. порушення харчування, бак. інфекції, протозойні захворювання,

Г. пальпуемий збільшений безболісний жовчний міхур, позитивний при механічній перешкоді відтоку жовчі нижче міхура (найчастіше – рак головки підшлункової залози)

[5]

37. При обстеженні хворого Г., 48 років, виявлено збільшення живота, більш виразне в нижньому відділі. Пупок випнутий. На шкірі грудної клітини телеангіоектазії, на шкірі живота - розширені вени, визначається асцит. Печінка збільшена, щільна, край її гострий, поверхня дрібнобугриста, безболісна при пальпації. Слизова оболонка ротової порожнини блідо-рожевого кольору з ціанотичним відтінком. Язик набряклий, бічна і вентральна його поверхні ціанотичні, ниткоподібні сосочки атрофовані. У крові анемія, лейкопенія. В анамнезі перенесений гепатит В.

- А. Про яке захворювання слід думати?
- Б. Виділіть основні синдроми даного захворювання?
- В. Які додаткові методи дослідження допоможуть підтвердити Ваш діагноз?
- Г. Які фактори призводять до цього захворювання?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. цироз печінки
- Б. гепатолієнальний синдром - збільшення печінки і селезінки, синдром портальної гіпертензії
- В. печінкові проби, коагулограма, УЗД, біопсія печінки
- Г. алкоголь, віруси, медикаменти, токсини

[1]

38. Хворий З., 68 років поступив зі скаргами на відсутність апетиту, здуття живота, різке схуднення, постійні болі в області правого підребер'я.

При огляді - виснажений, печінка горбиста, кам'янистої консистенції. Розміри печінки по Курлову- 14,12,10 см. У крові анемія, лейкоцитоз.

- А. Про що слід думати?
- Б. Які додаткові методи дослідження можна застосувати для уточнення діагнозу?
- В. Які ускладнення даного захворювання Ви знаєте?
- Г. Назвіть нормальні розміри печінки по Курлову?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. рак печінки
- Б. біопсія печінки, бх крові, лапароскопія
- В. печінкова кома
- Г. нормальні розміри по Курлову 10,9,8 см

[3]

39. Хворий П. 58 років поступив зі скаргами на утруднення при ковтанні твердої їжі, блювоту неперетравленою їжею, схуднення. В анамнезі отруєння лугами.

При огляді - блідість шкірних покривів, виснаження.

А. Який провідний синдром можна виділити?

Б. Яке походження у даного синдрому - органічне або функціональне?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром дисфагії.

Б. Дане явище органічної природи.

[7]

40. У хворого Г. 46 років, скарги на діарею до 4 разів на добу, болі оперізуючого характеру в епігастрії, субфебрильну температуру. В анамнезі – зловживає алкоголем, за день до захворювання вживав смажене жирне м'ясо.

Об-но: Слизова оболонка порожнини рота гіперемована. Язик обкладений жовто-білим нальотом. Живіт роздутий, біль при пальпації по всій передній черевній стінці, більше в лівому підребер'ї. При глибокій пальпації сигмовидна кишка болюча, спастично скорочена, бурчить.

А. Попередній діагноз? Які симптоми патогномонічні для даної патології?

Б. Які дані копрограми підтвердять попередній діагноз?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Гострий панкреатит. Патогномонічні симптоми: оперізуючий характер болю, хворобливість в лівій половині живота, характерна діарея.

Б. Поліфекалія і стеаторея.

[1]

41. Хворий Р., 47 років поступив зі скаргами на гостру, «кинджальну» біль в епігастрії, що виникла раптово після вживання алкоголю, одноразову блювоту шлунковим вмістом, без полегшення.

Об-но: хворий лежить на боці з підібраними до грудей колінами, живіт різко болючий при пальпації в епігастральній ділянці і в пілородуоденальній зонах. Огляд ротової порожнини - язик обкладений білим нальотом.

А. Попередній діагноз?

Б. Які ще симптоми можна виявити при пальпації передньої черевної стінки?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Виразкова хвороба шлунка. Перфорація виразки.

Б. Можна виявити захисне напруження м'язів і позитивний симптом подразнення очеревини

[4]

42. Хвора Н. 47 років, вчитель, звернулася до лікарні зі скаргами на гострі болі в правому підребер'ї з іррадіацією в праву лопатку, блювоту з домішкою жовчі, зміну забарвлення сечі (коліру пива) і знебарвлений кал.

Анамнез: захворіла гостро, після вживання жирної їжі.

Об-но.: гіперстенік, невелика іктеричність склер та слизових оболонок м'якого піднебіння. Лихоманка. При пальпації живота - позитивний симптом Ортнера, напруження м'язів передньої черевної стінки.

Лабораторні показники: підвищений загальний білірубін за рахунок прямої фракції, лужна фосфатаза - підвищена. Аналіз сечі: уробілін - негативний, білірубін +++ . Стеркобілін калу - нег.; Клінічний аналіз крові: лейкоц. -15,1, ШОЕ-25 мм / год.

А. Попередній діагноз?

Б. Який характер має жовтяниця?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Жовчнокам'яна хвороба, холецистит. Печінкова колька.

Б. Жовтуха має механічний характер.

[2]

ХВОРОБИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

43. Хворого турбують болі в лівому боці при диханні, кашлі. Кашель з невеликою кількістю слизового мокротиння. Температура тіла 37,6°C.

Об-но: Ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання. При перкусії зліва від VI ребра визначається притуплено-тимпанічний тон. Дихання ослаблене везикулярне на цій ділянці. Прослуховується *crpitatione redux*, шум тертя плеври по передній аксиллярній лінії. Голосоветремтіння і бронхофонія посилені.

А. Про який патологічний процес можна думати?

Б. Який механізм утворення крепітації?

В. Чим пояснити ослаблення везикулярного дихання над ураженою ділянкою легені?

Г. Що виявиться на рентгенограмі легенів?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. нижньодольова пневмонія зліва

Б. альвеола закупорена невеликою кількістю ексудату

В. синдромом ущільнення легеневої тканини

Г. локальне затемнення

[3]

44. Хворого турбує різко виражена задишка при найменшому русі, кашель сухий, рідкий.

Об-но: Ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання, міжреберні проміжки згладжені. Голосоветремтіння зліва від IV ребра по всіх топографічних лініях не проводиться. При перкусії на цій ділянці визначається абсолютно тупий звук. При аускультації дихання у цій ділянці не прослуховується, бронхофонія не проводиться. Простір Траубе не визначається.

А. Про який патологічний синдром можна думати?

Б. Які додаткові методи дослідження допоможуть в постановці діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. гідроторакс

Б. пункція, рентгенографія

[5]

45. У хворого раптово почалися сильні болі в лівій половині грудної клітини, кашель, рясне кровохаркання, температура тіла підвищилася до 38,2°C.

Об-но: Ліва половина грудної клітини дещо відстає в акті дихання. При перкусії зліва по середній і задній аксилярній лініях від V до VI ребра ділянка притуплення легеневого звуку. При аускультатії під цією ділянкою притупленого звуку дихання з бронхіальним відтінком, прослуховується крепітація і шум тертя плеври по задній аксилярній лінії. Голосоветремтіння і бронхофонія тут же посилені.

А. Про який патологічний процес у хворого Ви думаєте?

Б. Чим пояснюється посилення голосового тремтіння і бронхофонії над ураженою ділянкою?

В. Який з додаткових методів дослідження найбільш важливий для підтвердження діагнозу?

Г. Які зміни в загальному аналізі крові найбільш ймовірні?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. пневмонія

Б. синдром ущільнення легеневої тканини

В. рентген

Г. ШОЕ підвищено, лейкоцитоз, анемія

[1]

46. Хворого турбує кашель з невеликою кількістю слизового мокротиння вранці, протягом останніх 5-6 років.

Об-но: Грудна клітина рівномірно бере участь в акті дихання. Перкуторно на симетричних ділянках визначається легеневий тон. При аускультативному диханні везикулярне над обома легенями, прослуховуються розсіяні сухі хрипи, що дзижчать, поодинокі дрібного і середнього калібру незвучні вологі хрипи. Голосоветремтіння і бронхофонія не змінені.

- А. Про який патологічний процес можна думати?
- Б. Який фактор ризику є найбільш характерним для даної патології?
- В. Назвіть механізм утворення сухих хрипів?
- Г. Які зміни згодом розвиваються в легеневій тканині?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. ХОЗЛ 1 ст
- Б. бронхіти, куріння
- В. при проходженні повітря через бронхи, де є густе мокротиння
- Г. емфізема, легеневе серце, обструкція бронхів

[2]

47. Хворого турбують напади задухи, що виникають раптово, частіше вночі. Задишка під час нападу носить переважно експіраторний характер, кашель сухий.

Об-но: Дихання у хворого досить гучне, в дихальний акт включена додаткова мускулатура. Грудна клітина розширена. При перкусії визначається злегка коробковий тон. При аускультативному диханні везикулярне ослаблене, на решті жорстке. Дихання заглушується безліччю свистячих сухих хрипів. Голосоветремтіння і бронхофонія ослаблені.

- А. Про який патологічний процес Ви думаєте?

- Б. Про що свідчить коробковий відтінок перкуторного звуку?
- В. Як називаються хрипи, що чутні на відстані?
- Г. Назвіть макро- і мікроскопічні особливості мокротиння при даному захворюванні?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. бронхіальна астма
- Б. підвищення повітряності легеневої тканини
- В. дистанційні
- Г. мокрота густа, склоподібна

[1]

48. У хворого виражена задишка в спокої.

Об-но: Ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання. Голосоветремтіння зліва від III ребра по всіх топографічних лініях не проводиться. При перкусії зліва від III ребра по всіх топографічних лініях визначається гучний низький тимпанічний звук. При аускультатії зліва на цій же ділянці дихання не прослуховується, бронхофонія не проводиться.

- А. Про який патологічний процес можна думати?
- Б. Назвіть можливі причини розвитку даної патології?
- В. Дайте характеристику тимпанічного звуку?
- Г. Чи збережено в даній ситуації простір Траубе?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. закритий пневмоторакс
- Б. розрив вісцеральної плеври, травми
- В. гучний звук, що виникає над порожнистим органом або порожниною
- Г. між парінхематозними органами є зона ясного звуку, в даному випадку –ні

[2]

49. Хворого турбує кашель з мокротою слизисто-гнійного характеру. Температура тіла 37,8 °С.

Об-но: Грудна клітина правильної форми, бере активну участь в акті дихання. При перкусії над обома легенями чути низький легеневий тон. При аускультатії дихання жорстке, вологі середнього калібру незвучні хрипи, поодинокі розсіяні хрипи, що дзижчать. Бронхофонія і голосове тремтіння не змінено.

А. Про який патологічний процес Ви думаєте?

Б. Різновидом якого дихального шуму є жорстке дихання, дайте його характеристику?

В. Чому в даному випадку вологі хрипи будуть незвучними?

Г. Чи можуть дані голосового тремтіння і бронхофонії не збігатися?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. гострий бронхіт

Б. везикулярного, при якому вдих = видих

В. тому що утворені в дрібних і середніх бронхах

Г. можуть не збігатися при утворенні порожнини в легені

[4]

50. У хворого кашель посилюється вранці на лівому боці, легко відхаркується велика кількість гнійного рідкого мокротиння. Анамнез: Протягом багатьох років часто лікував запалення легень, бронхіти.

Об-но: пальці у вигляді барабанних паличок. Грудна клітина справа дещо відстає в акті дихання. При перкусії справа на ділянці від VII до IX ребер по задній аксиллярній і лопатковій лініях визначається тимпанічний тон. При аускультатії на цій же ділянці дихання бронхіальне, великопухирчасті звучні вологі хрипи. Голосоветремтіння і бронхофонія посилені.

А. Про який патологічний процес можна думати?

Б. Чим пояснити посилення голосового тремтіння і бронхофонії над

ураженою ділянкою?

В. Чому мокротиння краще відходить на лівому боці і як називається це положення?

Г. Який із додаткових методів дослідження дозволить підтвердити діагноз?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. бронхоектаз або абсцес

Б. синдром ущільнення легеневої тканини

В. вимушене, тому що лівий бронх коротший і ширший

Г. рентгенографія, бронхографія

[3]

51. Хворого турбує кашель з відділенням слизового мокротиння. Температура тіла 38,2°C.

Об-но: Грудна клітина правильної форми, обидві її половини рівномірно беруть участь в акті дихання. При порівняльній перкусії праворуч від кута лопатки (від VII до IX ребра) визначається ділянка притупленого звуку. На цій же ділянці прослуховується змішане дихання, вологі дрібнопухирчасті звучні хрипи. Голосоветремтіння і бронхофонія посилені.

А. Про який патологічний процес Ви думаєте?

Б. Поясніть механізм виникнення дрібнопухирцевих звучних хрипів?

В. Які дані Ви отримаєте при дослідженні мокротиння?

Г. Який метод дослідження підтвердить діагноз?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. пневмонія нижньодольова справа

Б. при проходженні повітря через рідкий або напіврідкий секрет

В. нейтрофіли, еритроцити, епітеліальні клітини, макрофаги

Г. рентгенограма

[7]

52. Хворого турбує кашель з мокротинням зеленого кольору, яке відділяється протягом всього дня.

Об-но: Грудна клітина правильної форми, бере активну участь в акті дихання. При перкусії зліва під ключицею від II до IV ребра по середньключичній лінії визначається тимпанічний тон, дихання в цій області амфоричне, вологі хрипи. Бронхофонія і голосове тремтіння тут же різко посилені.

- А. Про який патологічний процес Ви думаєте?
- Б. Різновидом якого дихального шуму є амфоричне дихання?
- В. Дайте характеристику тимпанічного перкуторногозвучу?
- Г. Які дані Ви отримаєте при дослідженні мокротиння?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. абсцес з відкриттям в бронх
- Б. бронхіального
- В. дзвінкий, вислуховується над порожньою поверхнею
- Г. лейкоцити, еритроцити, епітеліальні клітини

[1]

53. Хвору Т., 35-ти років турбує лихоманка (38-39°C), кашель з іржавим мокротинням, болі в грудній клітині зліва під лопаткою при кашлі і глибокому диханні, слабкість, підвищена пітливість, знижений апетит.

Об-но: відставання області правої лопатки в диханні. При пальпації нижче 6-го ребра справа між задньою пахвовою і паравертебральною лініями посилене голосоветремтіння; над цією ж зоною - тупий перкуторний звук; при аускультатії вислуховується бронхіальнедихання і шум тертя плеври.

- А. Назвіть синдром ураження органів дихання, попередній діагноз?
- Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром сегментарного ущільнення легеневої тканини.
Попередній діагноз: лівостороння пневмонія.
- Б. Для підтвердження діагнозу: рентгенографія ОГК, загальний аналіз мокротиння, БАК-посів мокротиння.

[2]

54. Хвора В., 80 років, скаржиться на задишку змішаного характеру при незначному фізичному навантаженні, слабкість.

Об-но: Ціаноз губ. Грудна клітина бочкоподібна. Верхні межі легень зміщені вгору на 5 см вище ключиць по обидва боки, розширені поля Креніга до 9 см. Нижні межі зміщені вниз на 1 ребро по всіх лініях. Перкуторний звук коробковий. При аускультатії - ослаблене везикулярне дихання. У спокої ЧДР 23 на хвилину.

- А. Назвіть синдроми ураження органів дихання?
- Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром підвищеної повітряності легеневої тканини (емфізематозний), синдром дихальної недостатності.
- Б. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати рентгенографію легень, спірографію, визначити парціальний тиск кисню і вуглекислого газу в крові.

[4]

55. Хворий Б, 30 років, що зловживає алкоголем, скаржиться на підвищення температури до 39,5°C, озноб у вечірній час, профузний піт,

різку слабкість, зниження апетиту, біль під правою лопаткою при глибокому диханні.

Анамнез: хворіє протягом 5 днів, самостійно приймав НПВЗ, за медичною допомогою не звертався.

Об-но: Стан важкий. Зниженого харчування. Шкіра волога, гаряча. Ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання. При порівняльній перкусії визначається тупий перкуторний звук нижче кута лопатки від задньої аксиллярної лінії до паравертебральної. Там же дихання різко ослаблене, вислуховуються звучні дрібноміхурцеві вологі хрипи.

На рентгенограмі легень зліва в проекції 10 сегменту гомогенне затемнення округлої форми з нечіткими контурами.

А. Назвіть синдроми ураження органів дихання?

Б. Попередній діагноз?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром ущільнення легеневої тканини запального характеру.

Можливо - наявність порожнини в легеневій тканині.

Б. Попередній діагноз: правостороння пневмонія. абсцес легені (?).

[4]

56. Хвора О, 38 років, скаржиться на болі в грудній клітині зліва в паховій області; кашель з відходженням великої кількості мокротиння (за добу приблизно 500 мл), гнійного характеру, з неприємним запахом; температуру 37,7°C, слабкість, підвищену пітливість, зниження апетиту.

Об-но: при огляді грудної клітини визначається відставання лівої половини в акті дихання; зліва в аксиллярній області посилено голосове тремтіння; перкуторний тон - тімпаніт нижче 6-го ребра від передньої до задньої пахових ліній; тут же вислуховується бронхіальне дихання.

А. Назвіть синдром ураження органів дихання, попередній діагноз.

Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром наявності порожнини в легенях.
- Б. Попередній діагноз: абсцес лівої легені.

[3]

57. Пацієнта Д, 45-ти років турбують напади утрудненого дихання, частіше вночі. Перед нападом з'являється першіння в горлі, сухий надсадний кашель, стає важко дихати, особливо утруднений видих.

Об-но під час нападу: ЧДР - 28 на хвилину, в акті дихання бере участь допоміжна мускулатура, утруднений видих. Голосове тремтіння ослаблене над усією поверхнею легень, перкуторний тон коробковий, при аускультатції дихання везикулярне ослаблене, велика кількість сухих свистячих хрипів над всією поверхнею легень.

- А. Назвіть синдроми ураження органів дихання, попередній діагноз.
- Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром бронхіальної обструкції, синдром підвищеної повітряності легеневої тканини, синдром гострої дихальної недостатності. Попередній діагноз: бронхіальна астма.
- Б. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати спірографію з бронхолітичним тестом.

[6]

58. Хвору К, 20-ти років турбує субфебрильна температура, відчуття тяжкості в лівій половині грудної клітини, задишка при незначному фізичному навантаженні, більше утруднений вдих.

Об-но: ліва лопатка відстає в акті дихання. При пальпації: зліва, нижче кута лопатки не проводиться голосове тремтіння, при перкусії - тупий

перкуторний звук нижче косої лінії, що починається від 5 ребра по задньопахвовій лінії до остистого відростка 9 грудного хребця; вище неї - притуплено-тимпанічний звук, при аускультатії нижче цієї лінії: дихання різко ослаблене, вище лінії - бронхіальне.

- А. Назвіть синдроми ураження органів дихання, попередній діагноз.
- Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром наявності рідини в порожнині плеври, синдром компресійного ателектазу легені, синдром дихальної недостатності. Попередній діагноз: лівосторонній ексудативний плеврит.
- Б. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати рентгенографію ОГК, плевральну пункцію з дослідженням плевральної рідини.

[1]

59. Хворого Т, 55-ти років, турбує кашель зі слизовим мокротинням з прожилками крові, субфебрильна температура, відсутність апетиту, схуднення за останні 6 місяців на 9 кг. Анамнез: більше 30 років палить (пачка цигарок на день).

Об-но: дефіцит ваги: ріст - 184 см, вага - 59 кг, ІМТ - 17,5. Перкуторно: справа нижче 4 ребра від краю грудини до середньопахвової лінії притуплення, аускультатія - дихання різко ослаблене. На рентгенограмі справа в проекції середнього бронха правої легені - округла тінь з нерівними контурами діаметром до 4-х см. При бронхоскопії в середньому бронху праворуч виявлено горбисте утворення, що кровоточить при контакті з бронхоскопом.

- А. Назвіть синдроми ураження органів дихання, попередній діагноз.
- Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром ущільнення легеневої тканини внаслідок обтураційного ателектазу середньої частки правої легені. Попередній діагноз: центральний рак правої легені.
- Б. Для уточнення діагнозу - біопсія новоутворення з гістологічним дослідженням.

[7]

60. Хворого Г, 58-ми років турбує кашель з невеликою кількістю слизового мокротиння, частіше зранку; задишка при звичайному фізичному навантаженні. У холодну пору року кашель посилюється, іноді зі слизисто-гнійним мокротинням, періодично турбує субфебрильна температура. Анамнез: ранковий кашель з мокротинням турбує протягом 3-х років. За останні півроку відзначає появу задишки при підйомі на другий поверх і при швидкій ходьбі. Курить з 18-річного віку по пачці цигарок на день, працює будівельником, робота пов'язана з частими переохолодженнями.

Об-но: Шкіра звичайного кольору. Частота дихання у спокої - 18. Грудна клітина циліндричної форми. Голосові тремтіння симетрично ослаблені з обох сторін. Перкуторний звук коробковий. Дихання везикулярне ослаблене, поодинокі сухі свистячі хрипи.

- А. Назвіть синдроми ураження органів дихання, попередній діагноз.
- Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром бронхіальної обструкції і підвищеної повітряності легеневої тканини. Попередній діагноз: ХОБЛ.
- Б. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати рентгенографію ОГК, спірографію з бронхолітичним тестом.

[4]

61. Хвора С, 40-ка років, скаржиться на задишку, що раптово з'явилася, болі в лівій половині грудної клітини під лопаткою, температуру 38°C, кровохаркання. Анамнез: протягом тижня і напередодні турбували болі в правій нозі, набряк правої стопи.

Об-но: Варикозне розширення вен нижніх кінцівок; права нога в області гомілки збільшена в діаметрі; набряк правої стопи; болісна пальпація литкового м'язу. Грудна клітина правильної форми, ліва половина трохи відстає в диханні, голосове тремтіння посилене зліва нижче 7 ребра в аксиллярній області, там же притуплення перкуторного звуку, вислуховується бронхіальне дихання, дрібно-пухирчасті вологі хрипи.

А. Назвіть синдроми ураження органів дихання, попередній діагноз.

Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром сегментарного ущільнення легеневої тканини. Попередній діагноз: ТЕЛА.

Б. Для підтвердження діагнозу необхідно визначити рівень D-димеру у крові, рентгенографію ОГК, КТ-ангіопульмонографію, ЕКГ, ЕХО-КС, доплерографію судин н/к.

[7]

62. Хворий М, 38-ми років скаржиться на сухий кашель, температуру 37,7°C, слабкість, підвищену пітливість, головний біль, біль в м'язах і суглобах. Анамнез: Захворів гостро після переохолодження.

Об-но: Грудна клітка правильної форми, обидві половини рівномірно беруть участь в диханні. Голосове тремтіння симетрично проводиться в усі відділи легень. Перкуторний тон ясний легeneвий над усією поверхнею легень. Дихання жорстке, хрипів немає.

А. Назвіть синдроми ураження органів дихання, попередній діагноз.

Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром гострого запалення слизової бронхів. Попередній діагноз: гострий бронхіт.
- Б. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати рентгенографію ОГК.

[2]

63. У хворої І., 56-ти років, яка страждає на гіпертонічну хворобу, після прийому бісопрололу з'явився набряк губ, язика, охриплість, відчуття нестачі повітря, утруднене дихання (переважно на вдиху).

Об-но: Хвора збуджена, намагається глибоко вдихнути. Дихання гучне, стридорозне. Шкіра ціанотична, набряк губ і язика. Вени шиї набряклі. Тони серця ритмічні, ясні, ЧСС - 100 за хвилину.

- А. Назвіть синдроми ураження органів дихання.
- Б. Попередній діагноз.

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Синдром обструкції гортані, синдром гострої дихальної недостатності.
- Б. Попередній діагноз: набряк Квінке з ураженням гортані, стеноз гортані, гостра дихальна недостатність.

[2]

64. Пацієнтка А, 57-ми років скаржиться на кашель із слизово-гнійним мокротинням з прожилками крові, частіше вранці, задишку при фізичному навантаженні, слабкість, пітливість, субфебрильну температуру, знижений апетит, схуднення. Анамнез: У дитинстві часті ГРЗ, неоднократно вогнищеві пневмонії. Курить більше 20 років по 1-1,5 пачці сигарет на день.

Об-но: Зниженого харчування, пальці - у вигляді барабанних паличок, нігті - годинникові стельця. Дифузний ціаноз. Грудна клітина правильної форми. Голосове тремтіння посилене зліва нижче кута лопатки, перкуторно там же притуплено-тимпанічний звук, дихання бронхіальне, вислуховуються звучні середньоміхурцеві хрипи.

А. Назвіть синдроми ураження органів дихання, попередній діагноз.

Б. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Синдром наявності порожнини в легені. Попередній діагноз: бронхоектатична хвороба.

Б. Для підтвердження діагнозу необхідно виконати бронхографію легень.

[4]

65. Хворий 68-ми років скаржиться на кашель з виділенням гнійного мокротиння з неприємним гнило-сним запахом до 150-200 мл на добу, частіше зранку. Виділення мокротиння посилюється в положенні хворого на лівому боці. Хворий протягом декількох років. Останнім часом - наростання слабкості, зниження працездатності, субфебрильна температура.

Об-но: пальці у вигляді барабанних паличок, емфізематозна грудна клітина, права половина грудної клітини відстає в диханні.

А. Назвіть захворювання, що супроводжується подібним кашлем.

Б. Які аускультативні зміни слід очікувати?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Подібний кашель характерний для бронхоектатичної хвороби.

Б. При аускультативній над зоною бронхоектазів можна вислухати бронхіальне дихання, стійкі вологі хрипи – середньо- або великоміхурцеві в залежності від розмірів бронхоектазів.

[1]

66. Чоловік 39-ти років звернувся до сімейного лікаря зі скаргою на кашель з мокротинням слизо-гнійного характеру, без запаху, переважно зранку. Описані скарги турбують протягом 10 років, посилюються в весняно-осінній період, тоді ж з'являється задишка при швидкій ходьбі.

З анамнезу: курить з 17-ти років до 10-15 сигарет на добу.

А. Для якого захворювання характерний подібний кашель?

Б. Опишіть можливі зміни при огляді хворого.

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Подібний кашель характерний для ХОБЛ.

Б. Буде спостерігатися початкова стадія формування бочкоподібної грудної клітини, голосове тремтіння може бути ослаблене в нижніх відділах легень, перкуторний тон може бути там же з коробочним відтінком, дихання - везикулярне ослаблене.

[5]

67. На основі наведеного аналізу мокроти встановіть попередній діагноз:

Характер – слизова, в'язка.

Запаху немає.

Лейкоцити – 12-15 в п/з. Нейтрофіли – 20%, лімфоцити – 50%, еозинофіли – 30%.

Клітини епітелію бронхів – 3-4 в п/з.

Спіралі Куршмана – одиничні.

Кристали Шарко-Лейдена – 5-6 в п/з.

Розв'язання ситуаційної задачі:

Бронхіальна астма.

[5]

68. На основі наведеного аналізу мокроти встановіть попередній діагноз:

Характер – слизово-гнійна.

Колір – сіро-жовтий.

Запаху немає.

Лейкоцити – 40-50 в п/з. Нейтрофіли – 20%, лімфоцити – 70%, еозинофіли – 10%.

Знайдено еластичні волокна у великій кількості.

При бактеріоскопії виявлено кислотостійкі бактерії.

Розв'язання ситуаційної задачі:

Туберкульоз легень.

[3]

69. На основі наведеного аналізу мокроти встановіть попередній діагноз:

Характер – серозно-гнійна, при відстоюванні розділяється на 3 шари.

Запаху немає.

Лейкоцити – 60-80 в п/з. Нейтрофіли – 72%, лімфоцити – 8%.

Еритроцити – 10-20 в п/з.

Знайдено еластичні волокна, кристали холестерину, пробки Дитриха.

Розв'язання ситуаційної задачі:

Гангрена легені.

[7]

ХВОРОБИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

70. У поліклініку звернувся хворий К., 34 років зі скаргами на апатію, погіршення пам'яті, постійну сонливість, зниження працездатності. При огляді відзначається блідість шкіри з жовтяничним відтінком. Шкіра суха, холодна, лущиться. Язик набрякший, по краях видно відбитки зубів. При дослідженні серця відзначається брадикардія і приглушеність серцевих тонів. У крові високий рівень холестерину.

А. Поставте попередній діагноз?

Б. Яке АТ характерно для даної патології?

В. Яке дослідження необхідно провести для підтвердження даного діагнозу?

Г. Як називається тяжка форма даної патології?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. гіпотиреоз

Б. знижене

В. кров на гормони Т3, Т4, ТТГ

Г. мікседема

[2]

71. У стаціонар швидкою допомогою доставлений хворий К., 27 років в несвідомому стані. В кишені хворого виявлена шприц-ручка для введення інсуліну. При огляді відзначається блідість і вологість шкірних покривів, підвищення м'язового тону, судоми, зіниці розширені, тонус очних яблук не змінений. Пульс частий, тони приглушені, АТ 130/80 мм рт .ст.

А. Поставте попередній діагноз?

Б. Назвіть найбільш часті причини, що призводять до даного ускладнення?

В. Ваша тактика?

Г. Що передує розвитку даного ускладнення (опишіть клініку)?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. гіпоглігемічна кома
- Б. цд 1 типу, передозування інсуліну, фізичне навантаження
- В. введення 40% глюкози до настання свідомості
- Г. холодний піт, відчуття голоду, страх, агресія

[4]

72. Хвора Д., 45 років звернулася до дільничного терапевта зі скаргами на пітливість, сильне тремтіння у всьому тілі, постійне серцебиття, зниження смакової чутливості, частий рідкий стілець. При огляді звертає на себе увагу метушливість хворої, загальне виснаження, виражений екзофтальм. АТ 160/70 мм рт. ст., тахікардія 130 в хв., тони серця гучні, систолічний шум на верхівці. При огляді ротової порожнини ознаки ангулярного хейліту.

- А. Поставте попередній діагноз?
- Б. Які порушення ритму найбільш часто зустрічаються при даній патології?
- В. Поясніть походження систолічного шуму на верхівці серця?
- Г. Які додаткові дослідження необхідно провести?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. гіпертиреоз
- Б. тахі форма ФП
- В. через збільшення навантаження на систему кровообігу
- Г. Т3, Т4, ТТГ

[2]

73. Хвора Л., 54 років звернулася до дерматолога зі скаргами на свербіж шкіри, гнійничкові ураження шкіри. Періодично турбує сухість у роті, спрага. Об'єктивно: підвищеного харчування. Язик сухий, сосочки десквामовані. Є ознаки ангулярного хейліту. Шкірні покриви зі слідами розчухів, множинні гнійничкові висипання на шкірі живота, стегон.

- А. Про яке захворювання можна думати?
- Б. Які додаткові методи обстеження необхідно провести?
- В. Які пізні ускладнення можливі при даному захворюванні?
- Г. У якому випадку необхідно проводити тест толерантності до глюкози?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. цд 1 типу
- Б. глюкоза крові, тест толерантності до глюкози
- В. мікро-, макроангіопатії, нефропатія, ретинопатія, нейропатія
- Г. у будь-якому

[1]

74. Хворий В., 19 років доставлений швидкою допомогою зі скаргами на виражену сухість у роті, спрагу (випиває до 15 л рідини), часте, рясне сечовипускання, задишку. Дані скарги з'явилися 2 тижні тому після перенесеного грипу і неухильно наростали. Схуд на 10 кг. Об'єктивно: загальмований, зниженого харчування, шкірні покриви сухі, тургор знижений, на обличчі рубеоз, язик сухий, обкладений коричневим нальотом. Дихання часте, шумне, в навколишньому повітрі запах ацетону. АТ 100/50 мм рт.ст.

- А. Назвіть можливий діагноз?
- Б. Які додаткові дослідження необхідно провести?
- В. Тактика ведення даного хворого?

Г. Як називається описане дихання?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. ЦД 1 типу, кетоацидоз
- Б. кетонів тіла, глюкоза крові
- В. інсулін короткої дії, регідратація, терапія електролітного балансу
- Г. дихання Куссмауля

[6]

75. Хвора С., 46 років, поступила до стаціонару зі скаргами на слабкість, пітливість, оніміння губ, язика, відчуття тремтіння в тілі, загальний неспокій. Погіршення самопочуття протягом доби. Страждає на цукровий діабет 2 типу протягом року, приймає метформін. Протягом доби нічого не їла.

Об-но: Загальний стан важкий. При огляді розвинулися судоми, втратила свідомість. Шкіра волога. Зіниці широкі, на світло не реагують. Дихання поверхневе. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Частота дихання 20/хвилину. Пульс ритмічний, 84/хвилину, задовільного наповнення і напруги. АТ 100/60 мм рт. ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка по Курлову 9-8-7 см. Набряків немає. ЕКГ: ритм синусовий 80 в 1 хвилину, RII > RI > RIII. Аналіз крові: глюкоза 2,0 ммоль/л, креатинін 0,009 ммоль/л. Аналіз сечі: питома вага 1009, білка немає, цукру немає.

- А. Який невідкладний стан розвинувся у хворої?
- Б. Невідкладна допомога?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Гіпоглікемічна кома.
- Б. Тяжка гіпоглікемія (в особи, яка перебуває в непритомному стані або має порушення свідомості і не може ковтати) → в/в інфузія 20 % розчину глюкози (0,2 г глюкози/кг м. т. (1 мл/кг), у подальшому — інфузія 10 % розчину глюкози до моменту відновлення свідомості,

що дозволить хворому вживати вуглеводи. У випадку труднощів з в/в доступом при тяжкій гіпоглікемії у пацієнтів з ЦД 1-го типу, введіть глюкагон 1 мг в/м або п/ш (при відсутності покращення можна повторити через 10 хв); у пацієнтів із ЦД 2-го типу слід бути обережними, не призначайте його при гіпоглікемії, індукованій пероральними ЛЗ (може активувати секрецію ендogenousного інсуліну); протипоказаний після вживання алкоголю.

[2]

76. Хвора Л., 26 років, скаржиться на загальну слабкість, стомлюваність, сонливість, мерзлякуватість, різке зниження працездатності, збільшення маси тіла, порушення менструального циклу (слабкі місячні з перервами). Вважає себе хворою близько 1 року.

Об-но: Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра бліда, суха, волосся ламке. набряк обличчя зі слабкою мімікою. Язик набрякший, по краях видно відбитки зубів. Мова уповільнена. Щитовидна залоза збільшена за рахунок обох часток, її видно при огляді, при пальпації щільна, безболісна. З боку органів дихання патології не виявлено. Пульс 58/хвилину. АТ 100/60 мм рт. ст. Живіт б/о. Печінка по Курлову 9-8-7 см, край м'який, безболісний, гострий. Селезінка не збільшена.

А. Який провідний клінічний синдром?

Б. Які дослідження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Гіпотироз.

Б. Необхідно провести УЗД ЩЗ, визначити рівень ТТГ, Т3, Т4, АТ-ТПО в крові.

[8]

77. Хвора Д., 34 років, пред'являє скарги на відчуття прискореного серцебиття, задишку, підвищення температури тіла до 37,2-37,8°C, біль в області серця, поганий сон, підвищену дратівливість, зниження працездатності, схуднення. Хворіє близько 2 років. Анамнез: зверталася до лікарів за місцем проживання, лікувалася з приводу гіпертензії, істерії, раннього клімаксу.

Об-но: Хвора зниженого харчування, шкіра волога. При огляді ротової порожнини ознаки ангулярного хейліту. Дрібний тремор пальців рук. Симптоми Грефе і Мебіуса позитивні. Візуально визначається збільшення щитовидної залози переважно за рахунок правої частки. При пальпації залоза м'яка. Пульс 118 в 1 хвилину, аритмічний. АТ 150/60 мм рт. ст. Межі відносної тупості серця в нормі. Тони гучні, тахікардія, акцент II тону над легеневою артерією, систолічний шум над верхівкою і в точці Боткіна. ЕКГ: зубець Р відсутній, інтервали R-R - різні.

А. Який провідний клінічний синдром?

Б. Необхідні інструментальні та лабораторні методи дослідження для підтвердження діагнозу?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Гіпертиреоз.

Б. Необхідно провести УЗД ЩЗ, визначити рівень ТТГ, Т3, Т4, АТ-ТПО, АТ-рТТГ в крові.

[7]

78. Хворий В., 26 років, доставлений в клініку без свідомості. Після перенесеної ГРВІ з'явилися спрага, поганий апетит, головний біль, слабкість. Напередодні - біль в животі, неодноразова блювота і втрата свідомості. З анамнезу: Цукровий діабет 1 типу протягом 5 років.

Об-но: загальний стан важкий, без свідомості. Дихання глибоке, шумне, 32/хвилину, запах ацетону з рота. Шкіра суха. Язик сухий, червоний.

Пульс 120/хвилину, малого наповнення і напруження. АТ 95/60 мм рт. ст. При пальпації живіт м'який. Загальний аналіз крові: глюкоза 25,4 ммоль/л, креатинін 0,12 ммоль/л. Аналіз сечі: глюкоза 6,2%, білок 0,9 г/л, питома вага 1025.

А. Який невідкладний стан розвинувся у хворого?

Б. Що може бути провокуючим фактором для розвитку даного невідкладного стану?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Кетоацидотична кома.

Б. Провокуючі фактори: переривання інсулінотерапії (напр., внаслідок захворювання ШКТ, яке призвело до утримання від їжі) або неправильне її застосування, інфекції (бактеріальні, вірусні, грибкові), гострі серцево-судинні захворювання (інфаркт міокарда, ішемічний інсульт), пізнє діагностування ЦД 1-го типу, панкреатит, зловживання алкоголем, вагітність, усі стани, які призводять до раптового зростання потреби в інсуліні.

[1]

ХВОРОБИ КРОВІ

79. Молода людина 25 років скаржиться на болі в горлі при ковтанні, кровоточивість ясен, слабкість, пітливість. Хворий протягом 2 тижнів. Блідий, пальпуються помірно збільшені передньошийні і задньошийні лімфовузли. Зів гіперемійований, відзначаються виразково-некротичні нальоти на мигдаликах та спинці язика, ясна розпушені. З боку внутрішніх органів патології не виявлено. Температура - 37,3°C. У крові: Нв - 70 г/л, лейкоцити - 10 тис., бластні клітини -76%. ШОЕ -27 мм/год.

А. Ваш діагноз?

Б. Дайте характеристику лімфовузлів при даній патології?

В. Що таке лейкемічний провал?

Г. Назвіть додаткові методи дослідження, що необхідні для підтвердження даного захворювання?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. гострий лейкоз

Б. збільшені

В. кількість бластних клітин перевищує 10-20% з характерним розривом в ряду молодих клітин між бластними і зрілими еліментами

Г. стернальна пункція

[7]

80. Хворий, 63 роки, скарги на схуднення, слабкість, задишку. Виявлено збільшення шийних і пахвових лімфовузлів. Останні безболісні, рухливі. При огляді ротової порожнини – збільшення мигдаликів. Аналіз крові: Нв - 82 г/л, еритроцити -3,7 млн., Лейкоцити - 117 тис., Лімфоцити - 62%, переважно зрілі форми. ШОЕ - 19 мм / год.

А. Ваш діагноз?

- Б. Назвіть можливі етіологічні чинники захворювання?
 В. Що таке тіні Боткіна-Гумпрехта?
 Г. Чи можливо при даному захворюванні нагноєння лімфовузлів?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. хронічний лімфолейкоз
 Б. радіація, спадковість
 В. напівзруйновані ядра лімфоцитів
 Г. так, тому що спостерігається порушення імунітету

[1]

81. Хвора скаржиться на загальну слабкість, втрату працездатності, поганий апетит. Хворою себе вважає 7 років. При загальному огляді виявлено різке виснаження хворої, живіт значно збільшений, більше у верхній частині. При його пальпації визначається різке збільшення печінки і особливо селезінки. У крові: НВ -90 г/л, еритроцитів - 2,5 млн., лейкоцитів - 400 тис, еозинофілів - 7%, базофілів - 6%, бластів - 1%, промієлоцитів - 3%, мієлоцитів - 6%, юних нейтрофілів - 10%, паличкоядерних - 17%, сегментоядерних - 35%, лімфоцитів 10%, моноцитів - 5%. Тромбоцитів -90 тис. ШОЕ - 42 мм / год.

- А. Ваш діагноз?
 Б. Як називається збільшення печінки і селезінки?
 В. При яких захворюваннях спостерігається збільшення селезінки?
 Г. Які додаткові методи дослідження підтвердять Ваш діагноз?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. хронічний мієлолейкоз
 Б. гепатоспленомегалія,
 В. гостре і хронічне ураження печінки
 Г. трепанобіопсія

[5]

82. Хворий Б., 52 років, страждає гемороєм. Протягом тривалого часу відзначає часті ректальні нерясні кровотечі. В даний час скаржиться на швидку стомлюваність, загальну слабкість, запаморочення, шум у вухах. При дослідженні хворого відзначається блідість шкірних покривів і слизових оболонок, на щоках - відбитки зубів по лінії їх з'єднання, одутлість обличчя, гомілок. Межі серця не змінені, при аускультатії визначається систолічний шум на верхівці. При дослідженні крові - зменшення кількості Нв, еритроцитів, зниження кольорового показника. Еритроцити зменшені в розмірах. Кількість ретикулоцитів збільшена.

А. Як пояснити зміну крові, яка є в хворого?

Б. Чим пояснити наявність систолічного шуму на верхівці серця?

В. Що таке сідеропенічний синдром?

Г. Назвіть нормальний рівень Нв і еритроцитів в периферичній крові?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. хронічна постгеморрагічна залізодефіцитна анемія

Б. зміна реологічних властивостей крові

В. зниження заліза в плазмі

Г. гем у ч. 132-164г/л., ж 115-145, ер. ч $3.9-4.9 \cdot 10^{12}$, ж $4.0-5.2 \cdot 10^{12}$

[1]

83. Хвора 37 років, скаржиться на слабкість, запаморочення, потемніння в очах, парастезію стопам і нестійка хода. При огляді виявлено певну жовтушність шкірних покривів, язик гладенький, блискучий ("лакований" язик). Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4,5 см. У крові: Нв -70 г/л, ЦП - 1,4, лейкоцити - 4,5 тис, ШОЕ - 12 мм/год. При гастроскопії атрофічний гастрит, при дослідженні шлункового соку - ахілія.

А. Ваш діагноз?

Б. Назвіть найбільш часті причини, що призводять до даного

захворювання?

В. Який варіант анізоцитозу характерний для даної патології?

Г. Що таке «тільця Жоллі» і «кільця Кебота»?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. В12 дефіцитна анемія

Б. атрофічний гастрит, резекція шлунка

В. мікроцитоз,

Г. Жолі-залишки ядер нормобластів, Кебота -залишки ядерної оболонки

[4]

84. У хворої Г, 75-ти років з анемією порушена хода, різко знижені колінні і ахіллові рефлекси, порушена функція сечового міхура. При огляді виявлено певну жовтушність шкірних покривів, язик гладенький, блискучий ("лакований" язик).

А. Про яку анемію слід думати? Як називають описані ураження нервової системи?

Б. Який колірний показник буде в аналізі крові?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. В 12-дефіцитна анемія. Фунікулярний мієлоз

Б. Колірний показник більше 1,05.

[2]

85. Хворий А, 44-х років скаржиться на слабкість, «миготіння мушок перед очима», сухість у роті, спрагу. Вважає себе хворим протягом 6 днів після вживання гострої жирної їжі, алкоголю. В анамнезі - виразкова хвороба шлунка з частими сезонними загостреннями.

Об-но: блідість шкірних покривів і слизових оболонок ротової порожнини. Пульс 55/ хвилину, слабкого наповнення і напруги, АТ 90/50 мм

рт.ст. В аналізі крові еритроцити $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 100 г/л, колірний показник 1.0, ретикулоцитів 28%, лейкоцитів $12 \times 10^9/\text{л}$.

А. Попередній діагноз?

Б. Які аускультативні зміни серця можна виявити?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Гостра постгеморагічна анемія. Виразкова хвороба шлунка.
Кровотеча з виразкового дефекту

Б. Посилення I тона в 1 і 4 точках аускультативної. Систолічний функціональний шум у всіх точках.

[8]

86. Хвора О, 55 років, звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на загальну слабкість, шум у вухах, «миготіння мушок перед очима», бажання їсти крейду.

Об-но: блідість шкіри з зеленуватим відтінком, шкіра суха, лущитися. При огляді ротової порожнини: блідість слизових оболонок, на щоках - відбитки зубів по лінії їх з'єднання, Волосся ламке, випадає. Нігті з поперечною смугастістю. Тони серця посилені, систолічний м'яких дмухаючий шум у всіх точках, що посилюється після фізичного навантаження.

В аналізі крові еритроцити $2,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 50 г/л.

А. Попередній діагноз?

Б. Який колірний показник буде в аналізі крові?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Залізодефіцитна анемія.

Б. Колірний показник 0,75.

[4]

87. У гематологічне відділення поступив хворий Д., 46-ти років зі скаргами на головні болі, порушення зору, болі в області серця і за грудиною за типом стенокардії, свербіж шкіри. В загальному аналізі крові - різке підвищення в'язкості крові.

А. Попередній діагноз?

Б. Що можна виявити при пальпації черевної порожнини?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Еритремія.

Б. Гепатоспленомегалія.

[1]

88. Хворий Є., 58 років. Випадково в аналізі крові було виявлено: лейкоцитів $12 \times 10^9/\text{л}$, мієлоцитів 6%, метамієлоцитів 10%, паличкоядерних 22%, сегментоядерних 40%, еозинофілів 13%, базофілів 8%, моноцитів 1%, еритроцитів $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін 100 г/л, тромбоцитів $160 \times 10^9/\text{л}$.

А. Попередній діагноз?

Б. Які показники в ЗАК вказують на попередній діагноз?

В. Який метод може підтвердити попередній діагноз?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. Хронічний мієлолейкоз.

Б. Зсув лейкоцитарної формули вліво, еозинофільно-базофільна асоціація.

В. Стернальна пункція.

[7]

ХВОРОБИ ВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

89. Хворого І., 50 років, швидка допомога доставила в терапевтичне відділення зі скаргами на різкий гострий біль в ділянці нирок, що іррадіює вниз живота і калитку. Болі посилюються при найменшому русі і тривають 2-3 години. Сечовипускання під час нападу прискорене, утруднене, болісне. Подібні напади за останній рік були двічі. В кінці нападу з'являється червона сеча.

Об'єктивно: блідість шкірних покривів, вимушене положення. Різко позитивний с-м Пастернацького справа. У сечі багато еритроцитів, солі.

- А. Про який процесі слід подумати лікарю в першу чергу?
- Б. Які додаткові методи дослідження підтвердять його думку?
- В. Як називається наявність еритроцитів в сечі і для яких захворювань це характерно?
- Г. Що може провокувати виникнення подібної клінічної ситуації?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. сечокам'яна хвороба
- Б. 3-х склянкова проба, УЗД, пієлографія
- В. гематурія, гломерулонефрит
- Г. прийом діуретиків, спорт

[1]

90. Хворий М., 45 років, звернувся до лікаря зі скаргами на виражені набряки по всьому тілу. До ранку набряки збільшуються. Анамнез: За 3 роки до розвитку захворювання протягом 6 років буланориця в області лівої гомілки.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, видно відбитки складок білизни, набряки особливо виражені на обличчі, кінцівках і менше на тулубі, м'які, рухливі. Слизова оболонка ротової порожнини бліда, суха, стоншена. АТ не

підвищений. У крові - 4,5% білка (гіпопротеїнемія). У сечі: питома вага - 1035, білок - 10 г / л, в осаді багато гіалінових і зернистих циліндрів, 5-6 клітин ниркового епітелію в полі зору. Кількість сечовини і залишковий азот в сироватці крові в межах норми. Функціональна проба за Зимницьким не змінена.

А. Про яке захворювання можна думати?

Б. Які причини призводять до даної патології?

В. Що таке нефротичний синдром і чи має він місце в даній ситуації?

Г. Вкажіть основний механізм розвитку набряків при даній патології?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. вторинний амілоїдоз нирки

Б. хронічні інфекційні та гнійно-септичні захворювання

В. набряки, протеїнурія, гіпо- і диспротеїнемія,
гіперхолестеринемія

[3]

91. Хворий М., 45 років, викликав дільничного лікаря і пред'явив наступні скарги: протягом останнього місяця його турбують сильні головні болі і свербіж шкіри, болі в області шлунка, нудота, блювота і рідкі випорожнення. З анамнезу відомо, що багато років страждає захворюванням нирок.

Об'єктивно: на шкірі рук, грудної клітини видно петехіальний висип і ознаки розчухів, шкіра суха, біля коренів волосся білуватий пил, запах аміаку в повітрі, що видихається, гучне дихання Куссмауля. На слизовій оболонці щік, дна порожнини рота, язичі поверхневі плями білуватого кольору, явища гіперкератозу. В області серця вислуховується шум тертя перикарду. Живіт болючий при пальпації по ходу товстого кишечника і в епігастральній ділянці.

А. Чим зумовлена ця клінічна картина?

Б. Які захворювання найбільш часто призводять до даного клінічного стану?

В. Назвіть найбільш ймовірні цифри добового діурезу у даного хворого?

Г. Що таке гіпоізостенурія?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. термінальна стадія ХНН

Б. захворювання нирок

В. менш 50 мл. на добу

Г. зниження щільності сечі з 1.012 зі стабільністю на 1-2 одиниці на добу

[6]

92. Хворий І., 30 років, поскаржився дільничному лікарю на посилення слабкості, головний біль, задишку, ниючі болі в поперековій ділянці, ранкові набряки на обличчі, сухість і гіркоту у роті. Хворіє 10 років.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, обличчя одутлеє. При огляді ротової порожнини - хронічний катаральний гінгівіт. Серце: збільшено вліво, тахікардія, акцент II тону на аорті. Легені і живіт без патологічних змін. Сеча: питома вага 1011, білок - 850 мг / л, еритроцити - 5-10 вилужених в поле зору, циліндри - поодинокі зернисті і гіалінові, клітини ниркового епітелію - поодинокі. Проба за Зимницьким: питома вага - 1011,1012, 1011,1010, 1012, 1011, 1012, 1012; кількість – 50мл, 60мл, 50мл, 70мл, 60мл, 50мл, 40 мл, 30 мл.

А. Про яку патологію слід думати на підставі описаних ознак?

Б. Виділіть основні синдроми?

В. Які зміни мають місце в аналізі за Зимницьким?

Г. Яка кількість білка в сечі характерна для нефротичного синдрому?

Розв'язання ситуаційної задачі:

А. хронічний гломерулонефрит

- Б. набряки, сечовий і больовий синдроми
- В. гіпоізостенурія
- Г. 3 мг/літр і вище

[1]

93. Хвора П., 19 років, скаржиться на набряки всього тіла, але переважно на обличчі, головний біль, постійний ниючий біль в ділянці нирок і сечу кольору "м'ясних помиїв". Захворювання почалося гостро, 5 днів тому.

Об-но: блідість шкірних покривів, загальні набряки з переважною локалізацією на обличчі, навколо очей. Напружений рідкий пульс, підвищений артеріальний тиск. Приглушення серцевих тонів і слабкий систолічний шум на верхівці серця. У сечі: питома вага - 1023, білок 330 мг/л, в осаді лейкоцити, вилужені еритроцити, зернисті циліндри, клітини ниркового епітелію.

- А. Яке захворювання у хворої?
- Б. Виділіть основні синдроми даного захворювання?
- В. Що є найбільш частою причиною даної патології?
- Г. Який механізм підвищення артеріального тиску в даному випадку?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. гострий гломерулонефрит
- Б. сечовий, больовий синдроми, набряки, слабкість
- В. перенесенні стрептококові захворювання
- Г. затримка натрію

[2]

94. Хворий Х., 48 років, звернувся до дільничного лікаря зі скаргами на болі при сечовипусканні, біль у ділянці нирок, прискорене сечовипускання, озноб, підвищення температури до 38°C.

Об'єктивно: лихоманка, позитивний симптом Пастернацького зліва.

Сеча мутна, з пластівцями, питома вага сечі помірно підвищена, реакція лужна, лейкоцити покривають всі поля зору, поодинокі еритроцити. АТ нормальний. З боку інших органів патології не виявлено.

- А. Про яку патологію слід подумати лікарю?
- Б. Як називається хворобливе сечовипускання?
- В. Який з додаткових методів дослідження допоможе підтвердити діагноз?
- Г. Яка особливість больового синдрому при даному захворюванні?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. гострий піелонефіт зліва
- Б. странгурія
- В. екскреторная пієлографія, УЗД, бак посів сечі, аналіз сечі за Нечипоренком
- Г. однобічність

[3]

95. У хворої, 21 років, пологи. При надходженні в пологовий будинок скаржитися на виражений головний біль, нудоту, масивні набряки ніг, промежини, обличчя. При огляді загальмована. Через годину на питання не відповідає, з'явилися тонічні судомні посмикування м'язів гомілок, блювота. АТ 230/120 мм рт. ст.

- А. Про яку патологію Ви думаєте?
- Б. Поєднання яких симптомів призводить до даного ускладнення?
- В. Якою має бути тактика лікаря?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. екламсія вагітної на тлі гестозу
- Б. гіпертензія, набряки, протеїнурія
- В. протисудомна та антигіпертензійна терапія

[1]

96. Хворий, 39 років, знаходиться на стаціонарному лікуванні з приводу бешихи на лівій гомілці. Протягом тижня став відзначати лихоманку, збільшення маси тіла (щодня на 1,5-2 кг), набряки ніг, збільшення живота в об'ємі, головний біль в потиличній області, що супроводжується нудотою, блювотою, сечу кольору "м'ясних помий".

- А. Про яку патологію йде мова?
- Б. Чому дана патологія розвинулася на тлі бешихи?
- В. Який патогенетичний механізм набрякового синдрому при даному захворюванні?
- Г. Назвіть складові сечового синдрому при даному захворюванні?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. гострий гломерулонефрит
- Б. сенсібілізація в-гемолітичним стрептококком
- В. утворення в крові аутоімунних комплексів та їх осідання на базальну мембрану
- Г. гематурія, протеїнурія, циліндрурія

[8]

97. Хворий Д., 50 років, в анамнезі часті ангіни, колір сечі "м'ясні помий", набряки на обличчі. За медичною допомогою не звертався. Останні 3-4 роки став відзначати свербіж шкіри, сухість у роті, спрагу.

Об'єктивно при огляді ротової порожнини - слизова оболонка бліда з жовтушним відтінком, суха, визначаються явища гіперкератозу.

- А. Про яку патологію можна думати?
- Б. Які обстеження необхідно провести?
- В. Що припускаєте побачити в загальному аналізі сечі?
- Г. Чим пояснити наявність свербіжу при даній патології?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. хронічний гломерулонефрит, ХНН
- Б. ЗАС, аналіз сечі за Зимницьким, кліренс креатиніна, електроліти крові
- В. зниження питомої ваги, гіпоізостенурія
- Г. продукти азотистого обміну

[6]

98. Хвора Т., 25 років, неодноразово лікувалася з приводу циститу. Після перенесеного ГРВІ відчула біль у ділянці нирок, більше справа, прискорене хворобливе сечовипускання, озноб, підвищення температури до 38°C. В аналізі сечі - велика кількість лейкоцитів, пит. вага 1012.

- А. Про яке захворювання можна думати?
- Б. Як називається прискорене хворобливе сечовипускання?
- В. Назвіть особливість больового синдрому в ділянці нирок при даній патології?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. правосторонній піелонефрит
- Б. полістронгоурія
- В. однобічність

[7]

99. У хворого Б, 47-ми років з хронічним захворюванням нирок виявлена анасарка, глухі тони серця, тахікардія, трапецеподібна конфігурація серця. В анамнезі - гострий гломерулонефрит.

Об'єктивно при огляді ротової порожнини - слизова оболонка бліда з жовтушним відтінком, суха, визначаються явища гіперкератозу.

- А. Яка форма хронічного гломерулонефриту спостерігається у хворого?
- Б. Який механізм розвитку набряків?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Нефротична форма хронічного гломерулонефриту.
- Б. Постійна протеїнурія призводить до гіпопротеїнемії і зниження онкотичного тиску. Падіння онкотичного тиску призводить до набряків, розвивається гіповолемія, гіпонатріємія, що стимулює продукцію альдостерону, формується порочне коло.

[1]

100. Хворого С, 75-ти років турбує безпричинна, стійка, рецидивуюча, безбольова макрогематурія.

- А. Про яке захворювання слід думати?
- Б. Які інші скарги можуть турбувати хворого?
- В. Які інструментальні дослідження можуть підтвердити діагноз?

Розв'язання ситуаційної задачі:

- А. Злоякісне новоутворення нирки.
- Б. На слабкість, зниження працездатності, схуднення, депресію.
- В. УЗД, комп'ютерна томографія.

[2]

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна

1. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. ; за ред. О.Г. Яворського. – 5-е вид. – К. : ВСВ «Медицина», 2018. – 552 с. + 12 с. кольор. вкл.
2. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова. – К. : ВСВ «Медицина», 2018. – 720 с + 12 с. кольор. вкл.
3. Пропедевтика внутрішньої медицини : підручник для студентів стоматологічних факультетів ВМНЗ IV рівня акредитації / К.О. Бобкович, Е.І. Дзись [та ін.] / за ред. М.С. Расіна. – Вінниця: Нова книга, 2014. – 208 с.
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб: навчальний посібник: практикум. в 3-х ч. / Е.Й.Архій [та ін.]. – Ужгород. : В-во Говерла, 2017. – 554 с.
5. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І.Децик, О.Г. Яворський, Р.Я. Дутка [та ін.] ; за ред. проф. О.Г. Яворського. – 3-є вид., виправл. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 552 с.
6. Шуліпенко І. М. Пропедевтика внутрішньої медицини. Загальна семіотика та діагностика: навч. посіб. для студентів ВМНЗ IV рівня / І. М. Шуліпенко. – К. : Медицина, 2008. – 303 с.
7. Передерій В.Г., Ткач С.М. Основи внутрішньої медицини. Підручник для студентів ВМНЗ / В. Г. Передерій, С. М. Ткач. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 640с.: іл.
8. Внутрішні хвороби / К.О. Бобкович, Є.І Дзись, В.М. Жебель [та ін.]; під ред. М.С. Расіна. Вінниця. – Нова Книга, 2015. – 328с. : іл.
9. Михайловська Н.С. Діагностика та лікування хвороб органів дихання, кровообігу, травлення, ревматичних хвороб, модуль 1. Електронний навчальний посібник / Н.С. Михайловська, Г.В. Грицай, Шершньова О.В. [та ін.] – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 1 від 29.09.2016)
10. Михайловська Н.С. Діагностика та лікування хвороб органів сечовиділення, кровотворення, ендокринної системи, алергічних хвороб, модуль 2. Електронний навчальний посібник / Н.С. Михайловська, Г.В.

Грицай, Шершньова О.В. [та ін.] – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 1 від 29.09.2016)

Додаткова

1. Пропедевтика внутрішніх хвороб: підруч. для студ. ВМНЗ IV р. а. / В. Ф. Москаленко, І. І. Сахарчук, П. Ф. Дудка [та ін.] ; ред. В. Ф. Москаленко, І. І. Сахарчук. – Київ : Книга плюс, 2010. – 935 с.

2. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / за заг. ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль : Укрмедкнига, 2001. – 768 с.

3. Дзяк Г.В. Основи обстеження хворого та схема історії хвороби: довідник / Г.В. Дзяк, В.З. Нетяженко, Т.А. Хомазюк [та ін.]. – Дн-ск : Арт-прес, 2002. - 68 с.

4. Сучасні класифікації та стандарти лікування захворювань внутрішніх органів. Невідкладні стани в терапії : довід.- посіб. / за ред. Ю. М. Мостового. – 18-е вид., допов. і переробл. – К. : Центр ДЗК, 2015. – 680 с.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. ; за ред. О.Г. Яворського. – 5-е вид. – К. : ВСВ «Медицина», 2018. – 552 с. + 12 с. кольор. вкл.
2. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / О.М. Ковальова, Н.А. Сафаргаліна-Корнілова. – К. : ВСВ «Медицина», 2018. – 720 с + 12 с. кольор. вкл.
3. Пропедевтика внутрішньої медицини :підручник для студентів стоматологічних факультетів ВМНЗ IV рівня акредитації / К.О. Бобкович, Е.І. Дзись [та ін.] / за ред. М.С. Расіна. – Вінниця: Нова книга, 2014. – 208 с.
4. Пропедевтика внутрішніх хвороб: навчальний посібник: практикум. в 3-х ч. / Е.Й.Архій [та ін.]. -Ужгород. : В-во Говерла, 2017. – 554 с.
5. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І.Децик, О.Г. Яворський, Р.Я. Дутка [та ін.] ; за ред. проф. О.Г. Яворського. – 3-є вид., виправл. і допов. – К.: ВСВ «Медицина», 2013. – 552 с.
6. Шуліпенко І. М. Пропедевтика внутрішньої медицини. Загальна семіотика та діагностика: навч. посіб. для студентів ВМНЗ IV рівня / І. М. Шуліпенко. – К. : Медицина, 2008. – 303 с.
7. Москаленко В. Ф. Пропедевтика внутрішньої медицини: загальна семіотика і діагностика. - Київ: «Книга плюс», 2007. – 632 с.
8. Пропедевтика внутрішніх хвороб з доглядом за терапевтичними хворими / за заг. ред. А.В. Єпішина. – Тернопіль:Укрмедкнига, 2001. – 768 с.
9. Дзяк Г.В. Основи обстеження хворого та схема історії хвороби: довідник / Г.В. Дзяк, В.З. Нетяженко, Т.А. Хомазюк [та ін.]. - Дн-ск : Арт-прес, 2002. – 68 с.