

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

**Н. С. Михайловська, О.О. Лісова**

**ВНУТРІШНЯ МЕДИЦИНА  
З ІНТЕРПРЕТАЦІЄЮ ЛАБОРАТОРНИХ  
ДОСЛІДЖЕНЬ**

ЗБІРНИК СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

*для підсумкового контролю знань студентів III курсу,  
спеціальність – 224 «Технології медичної діагностики  
та лікування»*

Запоріжжя  
2019

УДК 616.1/.4-074/.078(076.1)

М 69

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

**Автори:**

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

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

**Рецензенти:**

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

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

**Михайловська Н. С.**

М69      Внутрішня медицина з інтерпретацією лабораторних досліджень: збірник ситуаційних задач для підсумкового контролю знань студентів III курсу медичного факультету за програмою навчальної дисципліни «Внутрішня медицина з оцінкою результатів досліджень», спеціальність – 224 «Технології медичної діагностики та лікування»/ Н. С. Михайловська, О.О. Лісова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2019. – 103 с.

Збірник задач для підсумкового контролю знань студентів до практичних занять та самостійної роботи студентів III курсу складений відповідно до програми навчальної дисципліни «Внутрішня медицина з оцінкою результатів досліджень», спеціальність – 224 «Технології медичної діагностики та лікування». Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань студентами III курсу медичного факультету під час підготовки до практичних занять та підсумкового модульного контролю.

УДК 616.1/.4-074/.078(076.1)

## ЗМІСТ

Передмова	4
Хвороби органів дихальної системи	5
Хвороби серцево-судинної системи	20
Хвороби органів шлунково-кишкового тракту	35
Хвороби органів сечовидільної системи	53
Хвороби сполучної тканини	67
Хвороби системи крові	81
Хвороби ендокринної системи	88
Приклади розв'язання ситуаційних задач	96
Рекомендована література	101
Список використаних джерел	103

## ПЕРЕДМОВА

Студент, який навчається за спеціальністю «Лабораторна діагностика», повинен оволодіти вмінням виділяти основні патологічні симптоми або синдроми внутрішніх хвороб, що можуть загрожувати життю та здоров'ю хворого, вміти швидко диференціювати ці хвороби, визначати попередній клінічний діагноз та надавати невідкладну лікарську допомогу при невідкладних станах. Спеціаліст-лаборант активно бере участь в уточненні діагнозу, а нерідко і в установленні його, тому студенту необхідно знати основні симптоми, етіологію, патогенез, патологічну анатомію, дані додаткових методів дослідження при захворюваннях внутрішніх органів.

Збірник ситуаційних задач «Внутрішня медицина з інтерпретацією лабораторних досліджень» складено на основі існуючої бази завдань з творчою переробкою і додаванням нового авторського матеріалу у зв'язку відсутністю у попередній базі завдань з окремих розділів.

Збірник ситуаційних задач для підсумкового контролю знань студентів складена згідно з вимогами програми навчальної дисципліни «Внутрішня медицина з оцінкою результатів досліджень», спеціальності «Лабораторна діагностика».

Видання має на меті сприяти кращому засвоєнню теоретичних знань студентами III курсу медичного факультету, спеціалізація «Лабораторна діагностика» під час підготовки до підсумкового модульного контролю.

Видання буде сприяти підготовці студентів 3 курсу до практичних занять, підсумкового контролю шляхом узагальнення знань з дисципліни «Внутрішня медицина» для спеціалізації «Лабораторна діагностика».

## **ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ**

1. Пацієнт 67-ми років пред'являє скарги на задишку при помірному фізичному навантаженні, зміну кольору мокротиння протягом останнього року. Задишка з'явилася 5 років тому і поступово зростала. Курить протягом 40 років по 1 пачці на день.

При огляді: температура тіла 35,6°C, нігті у вигляді «годинних скелець», допоміжна мускулатура бере участь в акті дихання, ЧДР 22 на хвилину, при перкусії коробковий звук, при аускультатії жорстке дихання, ЧСС 96 на хвилину, АТ 130/80 мм рт.ст. Функція зовнішнього дихання (після інгаляції бронходилататорів): ФЖЕЛ 94%, ОФВ<sub>1</sub> 28%, ОФВ<sub>1</sub>/ФЖЕЛ 56%.

- 1. Визначте попередній діагноз.*
- 2. Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.*
- 3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
- 4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

2. Хвора 45-ти років скаржиться на щоденні напади задухи, особливо утруднений видих, загальну слабкість, нездужання. Після нападу відходить невелика кількість в'язкого склоподібного мокротиння. Хворіє 3 роки, зазначені скарги виникають щороку в червні, в липні всі симптоми зникають. Своє захворювання пов'язує з втратою близької людини. У матері і бабусі також відзначалися напади задухи. У хворої є алергія на полуницю, пеніцилін.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Хвора сидить, спираючись руками об край стільця. Шкіра чиста, з ціанотичним відтінком. Грудна клітина бочкоподібна, над- і підключичні області згладжені, міжреберні

проміжки розширені, відзначається набухання шийних вен, участь допоміжної мускулатури, втягнення міжреберних проміжків. Дихання гучне, зі свистом і шумом, 26 разів на хвилину. При перкусії відзначається коробковий звук, нижня межа легень по середній пахвовій лінії визначається на рівні 9 ребра, екскурсія легень цією лінією становить 2 см. На фоні ослабленого везикулярного дихання з подовженим видихом вислуховуються сухі свистячі хрипи. ЧДР - 26 на хв. Тони серця ритмічні, ясні, 92 на хв., АТ 110/70 мм рт.ст. Пікова швидкість видиху при пікфлоуметрії становить 70% від належної.

1. *Визначте попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Які характерні зміни виявляють в аналізі мокротиння.*
4. *Перелічіть інструментальні методи дослідження.*

[3]

3. Чоловік 23-х років звернувся до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, головний біль, підвищення температури тіла до 37,5°C, сухий кашель. Хворіє другий день, початок пов'язує з переохолодженням.

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

1. *Визначте попередній діагноз.*
2. *Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[2]

4. Хвора 52-х років звернулася до лікаря зі скаргами на головний біль, високу температуру, різкий колочий біль в правій половині грудної клітини, що підсилюється при кашлі, задишку, кашель з мокротинням іржавого кольору. Захворювання почалося гостро, після переохолодження. Хворіє другий день.

Об'єктивно: температура 39,4°C. Загальний стан важкий. Гіперемія обличчя, на губах визначаються герпетичні висипання. ЧДР - 28 на хв. При огляді права половина грудної клітки відстає при диханні, при пальпації голосове тремтіння праворуч посилено, при перкусії праворуч над нижньою часткою визначається притуплення звуку, при аускультатії праворуч над нижньою часткою дихання ослаблене, везикулярне, визначається крепітація. Тони серця приглушені. Пульс 110 на хв., ритмічний, АТ 110/70 мм рт.ст.

1. *Визначте попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Які зміни виявляють в аналізі мокротиння.*
4. *Перелічіть інструментальні методи дослідження.*

[4]

5. Хворий 35-ти років скаржиться на сильний кашель з виділенням великої кількості гнійного мокротиння з неприємним смердючим запахом, на підвищену температуру, нездужання, задишку, біль у правій половині грудної клітини. Захворів тиждень тому після переохолодження. За медичною допомогою не звертався, приймав аспірин. Вчора стан різко погіршився, посилився кашель, з'явилася велика кількість гнійного мокротиння з неприємним запахом.

Об'єктивно: температура 38,5°C. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра чиста. Гіперемія обличчя. При перкусії грудної клітини справа під лопаткою в області 7-8 міжребер'я притуплення перкуторного звуку. Над іншою поверхнею легень - легеневий звук. При аускультатії в області

притуплення дихання бронхіальне, вислуховуються велико- і середньоміхурцеві вологі хрипи. Над іншою поверхнею легень дихання везикулярне. Тони серця приглушені. ЧСС 102 на хв. АТ 100/70 мм рт.ст.

1. *Визначте попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Які зміни виявляють в аналізі мокротиння.*
4. *Які зміни виявляють в загальному аналізі крові.*

[1]

6. Хворий 50-ти років звернувся до лікаря зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, зниження працездатності, погіршення апетиту, схуднення, постійний кашель з невеликою кількістю мокротиння. Схуд на 6 кг за 3 міс. Курить протягом 30 років.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Температура 36,9°C. Шкіра чиста, бліда. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Лімфатичні вузли над- і підключичні, пахвові розміром до 1 см, щільні, безболісні, спаяні з навколишніми тканинами. Дихання ослаблене, поодинокі вологі хрипи, перкуторно справа визначається притуплення звуку в 3-му міжребер'ї по середньо-ключичній лінії. Тони серця ритмічні, ясні, ЧСС 84 на хв., АТ 110/70 мм рт.ст..

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перелічіть етіологічні чинники виникнення даного захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

7. Хворий 34-х років звернувся до лікаря зі скаргами на озноб, підвищення температури, сухий кашель, сильний біль у правій половині грудної клітини. Хворому легше лежати на правому боці.



Об'єктивно: температура 37,8°C. Стан середньої тяжкості. Пацієнт лежить на правому боці. Шкіра чиста, при огляді грудної клітини відставання правої половини при диханні. Дихання праворуч ослаблене, вислуховується шум тертя плеври. Тони серця приглушені. ЧСС 92 на хв. АТ 120/80 мм рт.ст.

*1. Попередній діагноз.*

*2. Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*

*3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[7]

8. Хворий 42-х років поступив зі скаргами на болісний сухий кашель з відділенням невеликої кількості в'язкого, слизового мокротиння, задишку, біль в лівому боці, особливо при глибокому вдиху і кашель, різку загальну слабкість. Температура 39,8°C.

При огляді: акроціаноз, гіперемія щік, більше зліва, на губах герпес. Ліва половина грудної клітки відстає при диханні. При перкусії притуплення зліва в верхніх відділах, тут же визначаються бронхіальне дихання, шум тертя плеври, хрипи не вислуховуються. Число подихів 26 на хвилину, пульс 98 на хвилину, ритмічний, АТ 105/60 мм.рт.ст.

*1. Попередній діагноз.*

*2. Вкажіть основні синдроми.*

*3. Які лабораторні методи дослідження потрібно провести.*

*4. Основні інструментальні методи дослідження при даному захворюванні.*

[1]

9. Пацієнтка 35-ти років скаржиться на різке підвищення температури, слабкість, болі в правій половині грудної клітини, що

посилюються при глибокому вдиху, кашель, задишку, виділення мокротиння рожевого кольору. Захворіла після переохолодження. У домашніх умовах приймала жарознижуючі препарати, але стан швидко погіршувався. Викликала швидку допомогу, госпіталізована в стаціонар.

При огляді: температура 39,3°C, шкіра суха, гіперемована. Пульс 98 на 1 хвилину. Артеріальний тиск 110/70 мм рт.ст. Частота дихання 25 на хвилину. набряків немає.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Вкажіть основні синдроми.*
3. *Які лабораторні методи дослідження потрібно провести.*
4. *Основні інструментальні методи дослідження при даному захворюванні.*

[2]

10. В пульмонологічному відділенні знаходиться на лікуванні пацієнт 68-ми років. Скарги на виражену слабкість, головний біль, кашель з відділенням великої кількості смердючого гнійного мокротиння, одноразово спостерігав домішки крові в мокротинні. Пацієнт лікувався самостійно вдома близько 10 днів, приймав аспірин, анальгін. Вчора ввечері стан погіршився, підвищилася температура до 40°C з ознобом, до ранку впала до 36,0°C з рясним потовиділенням. За ніч 3 рази міняв сорочку. Посилився кашель, з'явилося рясне гнійне мокротиння. Хворий загальмований, на запитання відповідає із зусиллям, байдужий до оточуючих.

Об'єктивно: при перкусії справа під лопаткою визначають ділянку притуплення перкуторного звуку. Дихання амфоричне, вислуховуються вологі хрипи.

Рентгенологічні дані: в нижній частці правої легені інтенсивна інфільтративна тінь, в центрі якої визначається порожнина з горизонтальним рівнем рідини.

Загальний аналіз крові: прискорена ШОЕ, лейкоцитоз, із зсувом лейкоформули вліво.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть ускладнення, яке виникло.*
3. *Які очікувані результати дослідження мокротиння.*
4. *Перелічіть інструментальні методи дослідження при даному захворюванні.*

[4]

11. Пацієнт 35-ти років перебуває на стаціонарному лікуванні. Скарги на підвищення температури, задишку, біль і відчуття тяжкості в грудній клітці справа, сухий кашель, загальну слабкість, головний біль, порушення сну. Вважає себе хворим 2 тижні, погіршення настало в останні 2 дні: посилилася задишка, температура підвищилася до 39,0<sup>o</sup>C, з ознобом і проливним потом. У навколишньому просторі орієнтується адекватно. Тривожний, депресивний, скаржиться на відчуття страху, поганий сон.

Об'єктивно: свідомість ясна, стан важкий, хворий лежить на правому боці. Шкірні покрови чисті, бліді, вологі, ціаноз носо-губного трикутника. Дихання поверхневе, ЧДНР 40 на хв, права половина грудної клітки відстає в акті дихання. Перкуторно нижче третього ребра по задній поверхні грудної клітини визначається тупість. При аускультатії дихання справа не проводиться. Пульс 120 уд/хв. АТ 100/50 мм рт.ст.

На рентгенограмі - справа нижче третього ребра інтенсивне затемнення з верхньої косою межею, зі зміщенням органів середостіння вліво.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Вкажіть основні синдроми.*
3. *Які лабораторні методи дослідження потрібно провести.*
4. *Основні інструментальні методи дослідження при даному захворюванні.*

[5]

12. Чоловік пред'являє скарги на кашель з відділенням в'язкого слизово-гнійного мокротиння. Пацієнта турбує неприємний запах мокротиння, від якого він безуспішно намагається позбутися за допомогою ароматизованої жувальної гумки. Погано спить через кашель, що посилюється в нічні і особливо передранкові години. Для поліпшення відходження мокротиння викурює натщесерце сигарету.

Частота дихання 24 на хвилину, пульс 84 на хвилину задовільного наповнення, АТ 130/80 мм рт.ст.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Вкажіть основні синдроми.*
3. *Які лабораторні методи дослідження потрібно провести.*
4. *Основні інструментальні методи дослідження при даному захворюванні.*

[6]

13. У хворого 22-х років два тижні тому з'явилися слабкість, пітливість, субфебрильна температура, задишка, біль у грудях зліва. Лікувалася з діагнозом ГРЗ без поліпшення. Задишка наростала, підвищилася температура тіла до 39,0°C, хоча біль в грудях зліва зменшилися. З анамнезу – курить 3 роки.

Об'єктивно: стан задовільний. Шкірні покрови вологі, звичайного забарвлення. Ліва половина грудної клітини відстає в акті дихання. Перкуторно зліва нижче 4 ребра визначається притуплення. Дихання в цій зоні не вислуховується, а над правою легенею по всім полям вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД 20 на хв. Живіт м'який, безболісний, печінка і селезінка не збільшені. Периферичних набряків немає.

В загальному аналізі крові: ер. -  $4,2 \times 10^{12}$ , Нв - 138 г/л, лейкоцити -  $12,7 \times 10^9$ /л (п/я - 2%, с/я - 80%, л - 12%, м - 6%), ШОЕ - 38 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок 76 г/л, загальний білірубін 12 мкмоль/л, цукор 4,0 ммоль/л.

Проведена плевральна пункція, видалено 1200 мл солом'яно-жовтої, прозорої рідини; аналіз плеврального вмісту: білок 50 г/л, цитоз помірноклітинний, лімфоцити 96%, нейтрофіли 4%, мікобактерії та пухлинні клітини не виявлені.

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Вкажіть основні синдроми.*
- 3. Про що свідчить аналіз плеврального вмісту.*
- 4. Основні інструментальні методи дослідження при даному захворюванні.*

[3]

14. Чоловік 55-ти років поступив в стаціонар зі скаргами на підвищення температури тіла максимально до 38,4°C протягом останніх двох діб, з ознобом, а також на слабкість, появу кашлю, спочатку сухого, потім з відходженням невеликої кількості мокротиння жовто-зеленого кольору, задишку, прискорене серцебиття, болі в правій половині грудної клітини при кашлі. Захворів гостро три доби тому, після переохолодження.

З анамнезу – курить близько 38 років до 15-20 сигарет на день, протягом останніх 5 років відзначає ранковий кашель з невеликим виділенням мокротиння.

При огляді стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді, гарячі, помірно виражений дифузний ціаноз. Периферійні лімфатичні вузли не збільшені. Набряків немає. Число дихальних рухів в спокої 26 на хвилину. При огляді звертає на себе увагу відставання правої половини грудної клітини при диханні. При пальпації відзначається посилення голосового тремтіння і бронхофонії справа до кута лопатки, в цій же області - вкорочення перкуторного звуку. Аускультативно на фоні жорсткого дихання і сухих розсіяних хрипів, що дзижчать, справа до рівня кута лопатки визначається ділянка бронхіального дихання і дзвінкі вологі

хрипи. Тони серця злегка приглушені, тахікардія (ЧСС 96-102 на хвилину), АТ - 115/75 мм рт.ст. Живіт м'який, при пальпації безболісний. Печінка, селезінка не збільшені.

В аналізах крові: еритроцити -  $4,2 \times 10^{12}/л$ , гемоглобін - 124 г/л, Hct - 47%, КП - 0,85, лейкоцити -  $15,4 \times 10^9/л$  (П/я - 4%, с/я - 72%, лімфоцити - 16%, еозинофіли - 1%, базофіли - 1%, моноцити - 4%), ШОЕ - 42 мм/год, СРБ - +++.

В загальному аналізі мокротиння: характер слизисто-гнійний, консистенція в'язка, лейкоцити 50-80 в полі зору, еритроцитів, еозинофілів немає, атипіві клітини, БК, спіралі Куршмана, кристали Шарко-Лейдена, еластичні волокна не виявлені, при забарвленні по Граму виявлені грампозитивні диплококи.

В аналізі сечі: питома вага -1017, сліди білка, лейкоцити -0-1-2 у полі зору.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які ще дослідження мокротиння необхідно провести.*
3. *Які лабораторні дослідження необхідні у даному випадку.*
4. *Які інструментальні дослідження потрібні.*

[5]

15. Чоловік 52-х років звернувся до лікаря зі скаргами на утруднене дихання, більше на видиху, кашель з в'язким жовто-зеленим мокротинням, задишку, що виникає при помірному фізичному навантаженні, підвищення температури до  $37,8^{\circ}C$ . З анамнезу відомо, що пацієнт курить 40 років по 1 пачці сигарет на день. Останні 15 років його турбує кашель, більше вранці, переважно в холодну пору року. При погіршенні стану і підвищенні температури приймав аспірин, анальгін, трав'яні збори. Близько двох років тому з'явилася задишка при фізичному навантаженні, посилювався кашель, в зв'язку з чим хворий вперше звернувся до лікаря. Дане погіршення протягом останніх 5 днів, пов'язує з переохолодженням. У зв'язку з появою

утрудненого дихання, кашлю з гнійним мокротинням, посиленням задишки, підвищенням температури звернувся до лікаря.

Об'єктивно: стан середнього ступеня тяжкості. Температура тіла 37,6°C. шкірні покриви чисті, вологі. Дифузний ціаноз язика, акроціаноз кистей рук. Статура гіперстенічна, грудна клітка бочкоподібної форми, над- і підключичні ямки згладжені. Ребра розташовані горизонтально, міжреберні проміжки розширені. Обидві половини грудної клітки рівномірно беруть участь в акті дихання. Частота дихальних рухів 22 на хвилину. При перкусії визначається коробковий звук, нижня межа легень опущена на I ребро, рухливість нижнього легеневого краю знижена. При аускультатії легень - дихання з подовженим видихом, в фазу видиху вислуховуються сухі хрипи. Тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС – 88 уд/хв, вислуховується акцент II тону в другому міжребер'ї зліва від грудини. Пульс – 88 уд/хв, задовільного наповнення і напруги. АТ - 120/85 мм рт.ст. З боку органів травлення та сечовиділення патології не виявлено.

Загальний аналіз крові: НВ - 155 г/л, еритроцити -  $4,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити -  $9,7 \times 10^9$ /л, еозинофіли -4%, паличкоядерні -1%, сегментоядерні - 57%, лімфоцити - 36%, моноцити - 2%. ШОЕ - 17 мм/год.

Рентгенографія органів грудної порожнини: грудна клітина розширена, підвищена прозорість легеневої тканини, корені легень тяжисті, малоструктурні, вогнищевих тіней немає.

ЕКГ: синусова тахікардія - 105 уд/хв, високий зубець Р у відведеннях II, III, aVF; виражене відхилення осі QRS вправо, S-тип.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні дослідження необхідно провести для підтвердження діагнозу.*
3. *Який метод інструментального дослідження необхідно провести для визначення важкості захворювання.*
4. *Перелічіть фактори ризику, що сприяють виникненню захворювання.*

16. Хворий 64-х років поступив зі скаргами на задишку при незначному фізичному навантаженні (близько 100 м ходьби), напади кашлю з виділенням мокротиння, прискорене серцебиття, набряки на ногах, важкість у правому підребер'ї. Курить більше 30 років по 1-2 пачці сигарет в день.

Об'єктивно: теплий дифузний ціаноз, субфебрилітет, шийні вени набряклі, ЧДР - 22 в хв. Аускультативно: послаблене везикулярне дихання, сухі свистячі і поодинокі вологі хрипи на фоні подовженого видиху. Межі серця розширені вправо, тони приглушені, акцент 2 тону над легеневою артерією. АТ -110/90 мм.рт.ст. Печінка виступає з-під реберної дуги на 2 см. Набряки на ногах.

Дані спірографії: ОФВ<sub>1</sub> (постбронходилятаційний) - 45% від належного, ОФВ<sub>1</sub> / ФЖЕЛ- 65% від належного. РаО<sub>2</sub> - 35мм рт. ст., SaO<sub>2</sub> - 70%.

1. Попередній діагноз.
2. Яке ускладнення захворювання виникло.
3. Визначте ступінь важкості основного захворювання.
4. Які лабораторні методи дослідження необхідно провести.

[4]

17. Хворий Ж., 35-ти років звернувся зі скаргами на температуру 37,4°C, задишку при незначному фізичному навантаженні, кашель з виділенням рясного слизово-гнійного мокротиння з неприємним запахом, особливо вранці, за добу виділяється до 300 мл, слабкість, нездужання. Іноді відзначається кровохаркання.

Хворіє протягом 5 років, періодично стан погіршується, неодноразово лікувався в стаціонарі.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Шкіра бліда, ціаноз губ, підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо, нігтьові фаланги пальців ніг і рук в формі "барабанних паличок", нігті у формі "годинникових скелець". Грудна клітка бочкоподібної форми. ЧДР - 22 на



хв. При перкусії над нижніми відділами легень відзначається притуплення перкуторного звуку, при аускультатії дихання ослаблене, в нижніх відділах вислуховуються поодинокі вологі хрипи. Тони серця приглушені. Пульс - 95 на хв., ритмічний. АТ - 130/60 мм. рт.ст.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

18. Хворий 67-ми років пред'являє скарги на задишку при помірному фізичному навантаженні, зміну кольору мокротиння протягом останнього року. Задишка з'явилася 5 років тому, поступово наростала на менш інтенсивне навантаження. Курить протягом 40 років по 1 пачці на день.

При огляді: температура тіла 35,6°C, нігті у вигляді «годинникових скелець», допоміжна мускулатура бере участь в акті дихання, ЧДР 22 на хвилину, при перкусії коробковий звук, при аускультатії жорстке дихання, ЧСС 96 на хвилину, АТ 130/80 мм рт.ст.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[5]

19. Хворий 26-ти років звернувся зі скаргами на появу задишки, що виникла вперше після фізичних вправ на вулиці. З анамнезу відомо, що

місяць тому переніс респіраторне захворювання, але до лікаря не звертався, лікувався сам (аспірін, гірчичники на груди). Часто турбує кашель, при якому виділяється мокротиння слизового характеру.

При аускультатії дихання жорстке. Розсіяні сухі хрипи. ЧСС 73 на хв. Тони серця ясні, АТ 134/70 мм рт. ст.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

20. Хвора скаржиться на підвищення температури до 39,6°C, озноб, болі в правій половині грудної клітини, задишку, переважно сухий кашель.

При огляді спостерігається рум'янець на правій щоці, herpes labialis, права половина грудної клітини відстає в акті дихання, голосове тремтіння посилене в нижніх відділах правої легені. При аускультатії в тій же області вислуховується крепітація.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[2]

21. Хворий скаржиться на напади задухи, переважно в нічний час, періодично кашель з відділенням слизового мокротиння.

При огляді спостерігається дифузний ціаноз, набухання шийних вен. При топографічній перкусії висота стояння верхівок спереду склала 5,5 см від верхнього краю ключиці, ззаду - на рівні остистого відростка 6

шийного хребця. Нижні межі легень опущені на одне ребро. При аускультатії вислуховуються сухі свистячі хрипи.

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.*
- 3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
- 4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

## ХВОРОБИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

1. Хворий 55-ти років скаржиться на головний біль в потиличній області, блювоту, запаморочення, миготіння мушок перед очима.

З анамнезу: симптоми з'явилися сьогодні в другій половині дня. Головні болі турбували періодично протягом декількох років, але хворий не надавав їм значення і до лікарів не звертався.

Об'єктивно: температура 36,4°C. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра бліда. Дихання везикулярне. Ліва межа відносної серцевої тупості на 1 см назвні від середньо-ключичної лінії. Тони серця приглушені, різкий акцент 2-го тону на аорті. ЧСС 92 на хв., пульс твердий, напружений, 92 на хв. АТ 200/110 мм рт.ст.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

2. Хворий 47-ми років звернувся зі скаргами на напади болю стискаючого характеру, що виникають за грудиною, іррадіюють в ліву руку, під ліву лопатку, в ліву ключицю. Тривалість болю 3-5 хв. Болі виникають при ходьбі і підйомі на другий поверх, у спокої проходять. Турбують близько 3 місяців.

Об'єктивно: температура 36,6°C. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. Дихання везикулярне, ЧДР 16 на хв. Тони серця ритмічні, чисті, ЧСС 84 на хв., АТ 120/80 мм рт.ст.

1. *Попередній діагноз.*

2. *Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

3. Хворий 45-ти років скаржиться на сильні болі в області серця стискаючого характеру, що іррадіюють в ліву руку, під ліву лопатку, відчуття печіння за грудиною. Напад виник 2 години тому. Прийом нітрогліцерину ефекту не дав. Захворювання пов'язує зі надмірною фізичною роботою.

Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, свідомість ясна. Хворий неспокійний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді. Дихання везикулярне, ЧДР 20 на хв. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС 92 на хв. АТ 110/70 мм рт.ст. На ЕКГ: патологічний зубець Q в I, aVL, V5-V6.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

4. Хвора 68-ми років звернулася зі скаргами на постійну задишку, яка різко підсилюється при фізичному навантаженні, постійні тупі болі в правому підребер'ї, набряки на ногах, кашель із слизовим мокротинням, загальну слабкість. Протягом багатьох років страждає на ішемічну хворобу серця, 2 роки тому був інфаркт міокарда.

Об'єктивно: загальний стан середньої важкості, свідомість ясна. Шкіра волога, набряки на стопах і гомілках, акроціаноз. Дихання жорстке,

в нижніх відділах незвучні вологі хрипи. ЧДР 26 на хв. Ліва межа відносної серцевої тупості визначається за лівою середньо-ключичною лінією. Тони серця аритмічні, приглушені. ЧСС 100 на хв. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, чутливий у правому підребер'ї. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см, чутлива.

- 1. Яке ускладнення ішемічної хвороби виникло.*
- 2. Перелічіть лабораторні методи дослідження при даній патології.*
- 3. Перелічіть інструментальні методи дослідження при даній патології.*
- 4. Які зміни можна виявити в біохімічному аналізі крові.*

[5]

5. Хвора 68-ми років скаржиться на напади задишки, що супроводжуються болями за грудиною і в лівій половині грудної клітини, іррадіюють в ліву руку.

В анамнезі: більше 20 років страждає на ішемічну хворобу серця: стенокардію напруження, гіпертонічну хворобу (звичний АТ - 140/90 мм рт. ст.).

Об'єктивно: хвора займає вимушене сидяче положення. У легенях дихання жорстке, везикулярне, множинні сухі хрипи по всіх легеневих полях, вологі хрипи в нижніх відділах легень з обох боків. ЧДР - 42 на хв. Тони серця приглушені, ритм правильний, ЧСС 92 на хв., АТ 170/100 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний.

- 1. Яке ускладнення основного захворювання виникло?*
- 2. Перелічіть фактори ризику виникнення основного захворювання.*
- 3. Які лабораторні дослідження необхідно провести.*
- 4. Перелічіть інструментальні методи дослідження.*

[2]

6. Хворий 56-ти років поступив в клініку зі скаргами на стискаючі болі за грудиною, серцебиття, задишку. Погіршення самопочуття виникло

близько 40 хвилин назад, коли з'явилися стискаючі болі за грудиною, серцебиття, задишка.

Об'єктивно: стан важкий. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Межі відносної тупості серця: ліва - в V міжребер'ї на 3 см назовні від серединно-ключичної лінії, права - правий край грудини, верхня - III міжребер'я по лівій парастернальній лінії. Тони серця ослаблені, ритм правильний. ЧСС - 160 на 1 хв. АТ - 90/60 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка збільшена - на 2 см нижче краю реберної дуги.

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

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які ускладнення можуть виникнути?*
3. *Які лабораторні аналізи підтверджують діагноз?*
4. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести.*

[6]

7. Хворий 50-ти років скаржиться на давлячі болі за грудиною, напади серцебиття, задишку, набряки гомілок.

Об'єктивно: стан важкий, задишка. У легенях дихання везикулярне, ослаблене в нижніх відділах. ЧДР 22 на 1 хв. Межі відносної тупості серця збільшені у всі боки. Тони ослаблені, ритм галопу. ЧСС - 124 на 1 хв. АТ - 110/70 мм рт.ст. Печінка на 4 см нижче краю реберної дуги. Набряки гомілок.

ЕКГ: ритм синусовий, тахікардія.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перелічіть основні синдроми.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[7]

8. У пацієнтки 55-ти років виникають болі в області серця стискаючого характеру, що проходять після прийому нітрогліцерину.

Об'єктивно: стан задовільний. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. ЧДР - 18 на хв. Тони серця приглушені, ритм правильний, ЧСС 72 на 1 хв., АТ 140/90 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний.

На ЕКГ специфічних змін немає.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Який синдром є провідним.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[2]

9. Хворий 50-ти років звернувся до лікаря поліклініки зі скаргами на різкі стискаючі болі за грудиною, які ірадіюють в ліве плече і епігастральну ділянку.

Подібні болі виникли вперше, по дорозі на роботу. У минулому хворів на пневмонію. Курить, спиртними напоями не зловживає.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, вологі. Ціаноз губ. У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Пульс 92 уд. на хв., ритмічний, задовільного наповнення. АТ - 155/80 мм рт.ст. Межі серця: права - по правому краю грудина, ліва - на 1 см назовні від лівої серединно-ключичній лінії. Тони серця приглушені, шумів немає. Живіт м'який, безболісний. Печінка і селезінка не пальпуються.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які ускладнення можуть виникнути?*
3. *Які лабораторні аналізи підтверджують діагноз?*
4. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести.*

[1]



10. Хворий 45-ти років доставлений машиною швидкої допомоги зі скаргами на інтенсивні давлячі болі за грудиною з іррадіацією в ліве плече, що тривали протягом 1,5 год, не знімаються прийомом нітрогліцерину, перебої в роботі серця, різку загальну слабкість, холодний липкий піт. Напередодні надмірно попрацював фізично на дачі.

В анамнезі - протягом 4-5 років відзначає напади стискаючих болей за грудиною під час швидкої ходьби, що тривають 3-5 хв., проходять в спокої і від прийому нітрогліцерину.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, акроціаноз, долоні вологі. Пульс 96 на хв, поодинокі екстрасистоли. АТ - 90/60 мм рт.ст. Межі серця розширені вліво на 1,5 см. Тони глухі, поодинокі екстрасистоли. У легенях дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний. Печінка не пальпується.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які показники свідчать про тяжкість стану.*
3. *Найбільш інформативні аналізи крові в даному випадку.*
4. *Фактори ризику виникнення даного захворювання.*

[3]

11. Хворий 56-ти років скаржиться на стискаючий біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку, слабкість.

Об'єктивно: пацієнт має надлишкову вагу, ціаноз губ, ксантоми на повіках; на скронях звивисті, склерозовані артерії. Шкіра бліда, вкрита потом. Артеріальний тиск 90/60 мм рт.ст., пульс - 100 на хв.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Найбільш інформативні аналізи крові в даному випадку.*
3. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести.*
4. *Фактори ризику виникнення даного захворювання.*

[1]

12. Пацієнт 35-ти років 8 днів тому лікувався з приводу гнійного пульпіту. Скаржиться на підвищення температури тіла до 39,8°C, яке супроводжується ознобом, надмірним потовиділенням.

Об'єктивно: загальний стан важкий, задишка в стані спокою, АТ- 160/50 мм рт.ст, ЧСС- 110 на 1 хв., колір шкіри «кава з молоком», наявні вузлики Ослера та пятна Лукіна-Лібмана, під час аускультатії серця над аортою визначається протодіастолічний шум.

Аналіз крові: ер.-2,6  $10^{12}$ /л, Нв- 72 г/л, л. - $10^9$ /л, ШОЕ – 46 мм/год.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які ускладнення можуть виникнути?*
3. *Які лабораторні аналізи підтверджують діагноз?*
4. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести.*

[4]

13. У хворого 50-ти років з гострим інфарктом міокарда виник напад задухи. Об'єктивно: дихання - клекочуче, з частотою 32 на хв., кашель з виділенням великої кількості пінистого рожевого мокротиння, акроціаноз, набрякання вен шиї. Пульс – 108 на хв., АТ - 80/50 мм рт.ст. Тони серця глухі. Над усією поверхнею легенів вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи.

1. *Яке ускладнення виникло у хворого?*
2. *Перерахувати фактори ризику розвитку інфаркту міокарда.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

14. У пацієнта 57-ми років з'явився різкий головний біль, запаморочення, шум і дзвін у вухах, нудота, «сітка» перед очима. АТ - 180/100 мм рт.ст. ЧСС - 98 уд/хв.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які органи вражаються при даному захворюванні.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[5]

15. У чоловіка 45-ти років, в минулому спортсмена, з надмірною масою тіла, вперше відзначається АТ 180/90 мм рт. ст., гіперемія обличчя, тахікардія 110 на 1 хв.

ЕКГ без особливостей.

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Визначте стадію захворювання.*
- 3. Які ускладнення можуть виникнути.*
- 4. Фактори ризику виникнення даного захворювання.*

[2]

16. Жінка 30-ти років скаржиться на болі в області серця, слабкість, субфебрилітет протягом 2 тижнів. Зазначає, що 3 тижні тому перенесла грипозне захворювання з підйомом температури тіла до 38-39,0°C протягом 3 днів. Тони серця приглушені.

В аналізах крові - помірний лейкоцитоз і підвищення ШОЕ.

На ЕКГ - синусова тахікардія і порушення внутрішньошлуночкової провідності, що раніше не виявлялося.

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Назвіть провідні синдроми.*
- 3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
- 4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

17. Пацієнт 30-ти років півроку тому переніс інфекційний ендокардит. Було проведено стаціонарне лікування, виписався з покращенням. Однак, місяць тому виникло серцебиття, з'явилося відчуття

пульсації у всьому тілі, задишка при незначному фізичному навантаженні. Звернувся до лікаря.

При огляді: шкіра бліда, помітна пульсація сонних артерій. Частота дихання 16 на хв. Перкуторний звук над легенями - ясний, при аускультатії - везикулярне дихання. Серце – ліва межа відносної серцевої тупості зміщена на 2 см вліво від лівої середньо-ключичної лінії; над аортою - ослаблений I тон, протодіастолічний шум. Пульс ритмічний, підвищеного наповнення і напруження. АТ 130/20 мм рт.ст. Печінка не збільшена, набряків немає.

1. *Яке ускладнення виникло.*
2. *Назвіть провідні синдроми.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

18. У жінки 40-ка років протягом багатьох років напади болю в області серця з іррадіацією в ліву руку. У період між нападами часто турбує головний біль, пітливість, запаморочення, фізична слабкість, швидка стомлюваність, часто відзначає субфебрильну температуру тіла.

При огляді - гіпергідроз, на верхівці серця вислуховується систолічний шум, розміри серця не збільшені. ЕКГ - без істотних змін.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть провідні синдроми.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

19. Чоловік 35-ти років, за професією вантажник, скаржиться на нічні інтенсивні болі давлючого характеру в лівій половині грудної клітини. Днем почуває себе здоровою людиною і може виконувати фізичну роботу, не відчуваючи при цьому ніяких больових відчуттів.

На ЕКГ, зареєстрованої під час нападу бригадою швидкої допомоги, зсув ST вгору.

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Назвіть провідні синдроми.*
- 3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
- 4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

20. Чоловік 47-ми років після нервово-психічної напруги відчув інтенсивну біль у грудях, слабкість, обличчя вкрилося липким потом. Самостійно на машині приїхав в лікарню. При огляді блідий, продовжує скаржитися на сильний біль за грудиною. На ЕКГ - синусова тахікардія, PQ 0,14 с, у відведеннях V1-V3 сегмент ST починається від середини R і переходить у високий зубець T.

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Визначення яких лабораторних показників крові є найбільш інформативним для підтвердження діагнозу.*
- 3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому додатково.*
- 4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[6]

21. Молода жінка, звичайної конституції, звернулась до лікаря зі скаргами на сильний головний біль, приливи крові до обличчя, відчуття страху. АТ 250/140 мм рт.ст. Дослідження судин очного дна показало

набряк зорового нерва. АТ і раніше був підвищеним, відзначаєте частий кризовий перебіг захворювання. Після кризи відзначала поліурію.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть провідні синдроми.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

22. Жінка 55-ти років звернулася до лікаря з приводу частих головних болів, запаморочення. Знаходиться в періоді постменопаузи 4 роки. При огляді - АТ 180/110 мм рт. ст. ЕКГ - ознаки гіпертрофії лівого шлуночка. Висновок окуліста - ангіопатія судин сітківки.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Визначте стадію захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

23. Пацієнтка 35-ти років прийшла на профілактичний огляд. В анамнезі - в 14 років перенесла ревматичну атаку з ураженням суглобів і ендокардитом. Скарги на слабкість, швидку стомлюваність, задишку при фізичному навантаженні, до вечора з'являються набряки на тильній поверхні стоп.

Об'єктивно: стан задовільний. Шкірні покриви чисті, бліді. В легенях без патологічних змін. Тони серця приглушені, вислуховується досить грубий пансистолічний шум. Гомілки трохи пастозні.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Яке ускладнення виникло?*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

24. Хворий 55-ти років звернувся для звичайного медичного огляду. Скарг немає.

При огляді: АТ 160/100 мм рт.ст., ЧСС 72 на хв, ритмічний, температура тіла нормальна. Дослідження судин очного дна виявляє звуження артеріол і звивистість судинного малюнка. Грудна клітина без особливостей. Посилення верхівкового поштовху. На ЕКГ: гіпертрофія лівого шлуночка.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перелічіть фактори ризику.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[7]

25. Жінка 50-ти років поступає в клініку невідкладної допомоги зі скаргами на утруднення дихання, яке гостро виникло і посилюється при фізичному навантаженні. В 3 год ночі прокинулася від вираженої задишки. Болю в грудній клітині не було, але з'явився кашель з рожевим мокротинням. Хвора каже, що страждає захворюванням серця 5 років.

При об'єктивному дослідженні стан хворої тяжкий, виражена задишка - 36 на 1 хв. АТ 200/110 мм рт.ст., пульс ритмічний, 110 уд на хв.

Над легенями з обох боків сухі і вологі хрипи до рівня лопаток. При аускультатції серця вислуховується ритм галопу, шумів немає. Периферичні набряки не виявляються.

На ЕКГ: синусовий ритм і неспецифічні зміни сегмента ST. Рентгенографія грудної клітини - збільшення серця і незначне двостороннє посилення альвеолярного малюнка.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Яке ускладнення виникло?*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[8]

26. Чоловік 72-х років відчуває гострий брак повітря. Протягом багатьох десятиків років зловживав алкоголем. До лікарів практично не звертався, хоча часто турбували болі в області серця, надсадний кашель з мізерною кількістю в'язкого мокротиння. Погіршення стану в останні 4-5 днів після перенесеного на ногах грипу.

Об'єктивно: астеник. Відзначається ціаноз обличчя, слизових оболонок, акроціаноз;. Межі серця різко розширеня. Миготлива аритмія. пульс аритмічний, 64 уд. на хв. АТ 100/60 мм рт.ст. У легенях в нижньо-бокових відділах - різко ослаблене дихання, в інших відділах дихання жорстке, значна кількість розсіяних сухих хрипів. Печінка збільшена, нижній край нижче реберної дуги на 4 см, щільна, безболісна. Набряки гомілок.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть провідні синдроми.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*



*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

27. Хворий 54-ми років госпіталізований зі скаргами на різкий головний біль, запаморочення, нудоту, повторне блювання, задишку. Вважає себе хворим 6 років, коли почав турбувати головний біль при підвищенні АТ до 180/110 мм рт.ст. Лікувався амбулаторно.

Об'єктивно: стан важкий, обличчя бліде, губи ціанотичні, набряків немає. ЧДР 32 на хв., мова скандована, слабкість рухів у лівій руці і нозі. Серце – ліва межа на 1,5 см латеральніше від середньо-ключичної лінії в V міжребер'ї. На верхівці серця I тон ослаблений, на аорті - акцент II тону. Пульс 88/хв., ритмічний, напружений. АТ 240/140 мм рт.ст. Легені - без особливостей. Живіт м'який, печінка не збільшена.

ЕКГ: ритм синусовий, 90/хв., гіпертрофія лівого шлуночка.

*1. Попередній діагноз.*

*2. Яке ускладнення виникло?*

*3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

28. У хворого 55-ти років після значного фізичного навантаження з'явився різкий, стискаючий за грудиною біль, який ірадіює в ліву лопатку. Біль не знімався нітрогліцерином, був знятий введенням морфіну лікарем ШМД.

При огляді: загальмований, шкіра бліда, волога, губи ціанотичні. ЧДР 24 на 1 хв. В легенях дихання жорстке, хрипів немає. Тони серця послаблені, пульс 115 на хв., слабкого наповнення. АТ 95/75 мм рт.ст. Печінка не збільшена, набряків немає.

ЕКГ: підвищення ST у відведеннях I, aVL, V5 – V6, зниження сегменту ST у відведеннях III, V1 – V2.

1. *Сформулюйте попередній діагноз.*
2. *Перелічіть фактори ризику.*
3. *Які ускладнення можуть розвинути при даній хворобі;*
4. *Які лабораторні дослідження необхідно провести?*

[5]

29. Хвора 25-ти років звернулася зі скаргами на задишку та серцебиття при помірних фізичних навантаженнях, кашель, підвищену втомлюваність. У 15 років перенесла ревматизм, через 2 роки діагностовано ваду серця. Проводилася профілактика рецидивів біциліном.

При огляді: акроціаноз, ціанотичний рум'янець. Частота дихання 20 на хвилину у спокої, при зміні положення тіла у ліжку - зростає до 30-35 на хв. Помітна пульсацію в III і IV міжребер'ях зліва біля грудини та в епігастрії, в ділянці верхівки серця пальпується діастолічне тремтіння. Межі серця: ліва на 1,5 см медіальніше від лівої середньо-ключичної лінії в V міжребер'ї, права - на 2 см від правого краю грудини, верхня - в II міжребер'ї. При аускультатії: «хлопаючий» I тон, пресистолічний шум на верхівці, акцент II тону над легеневою артерією. Пульс – 90 на хв., АТ - 100/60 мм рт.ст. Печінка збільшена на 4 см.

Рентгенологічно: корені легенів розширені, серце мітральної конфігурації.

1. *Яка вада серця розвинулась у хворі?*
2. *Що відноситься до великих критеріїв ревматизму?*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу*

[4]

## ХВОРОБИ ОРГАНІВ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

1. Жінка, 21 рік, скаржиться на появу болю в епігастральній ділянці після їжі, відрижку кислим, печію. Режим харчування не дотримується. Болі турбують 2 роки.

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

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Перелічіть можливі чинники виникнення даної патології.*
- 3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
- 4. Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

[2]

2. Хворий 30-ти років звернувся зі скаргами на відчуття переповнення і біль в епігастральній ділянці, що виникають незабаром після їжі, часту відрижку тухлим, відзначає схуднення. Вважає себе хворим протягом 5 років. Останні 2 дні погіршення самопочуття, що пов'язує з похибкою в дієті (випивав). Шкідливі звички: палить, вживає алкоголь.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкіра бліда, підшкірно-жировий шар виражений недостатньо. З боку серцево-судинної системи і легень патології немає. Язик обкладений білим нальотом. Живіт роздутий, при пальпації невелика болючість в епігастральній ділянці. Печінка і селезінка не пальпуються.

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Перелічіть можливі чинники виникнення даної патології.*
- 3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
- 4. Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

[4]

3. Хворий 46-ти років звернувся зі скаргами на гострі болі в животі, що виникають через 30 хв. після прийому їжі, блювоту на висоті болю, що приносить полегшення. Іноді хворий сам викликає блювоту після їжі для зменшення болю. Апетит збережений, але через появу болю після їжі, хворий обмежує прийом їжі. Хворіє кілька років, погіршення стану відзначається в осінньо-весняний період, загострення провокуються емоційними перевантаженнями. Хворий курить протягом 20 років по 1 пачці сигарет на день.

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

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перелічіть можливі чинники виникнення даної патології.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

[3]

4. Хворий 40-ка років, звернувся зі скаргами на сильні болі в животі, що виникають через 3-4 години після їжі, натщесерце, нерідко вночі, болі проходять після прийому молока. Відзначається схильність до закріпів, схуднення. Апетит збережений. Хворим вважає себе протягом року. З анамнезу з'ясувалося, що хворий багато курить, зловживає алкоголем.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкірні покриви бліді, підшкірно-жирова клітковина розвинена задовільно. З боку легень і серцево-судинної системи патології немає. Язик обкладений біло-жовтим нальотом. При пальпації живота відзначається різка хворобливість

праворуч від середньої лінії вище пупка. Печінка і селезінка не пальпуються.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перелічіть можливі чинники виникнення даної патології.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

[2]

5. Хворий 42-х років звернувся зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, швидку стомлюваність, зниження апетиту, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, нудоту. 10 років тому переніс гострий вірусний гепатит. Погіршення почалося 2 тижні тому.

Об'єктивно: температура 37,3°C. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви чисті, фізіологічного забарвлення. Склери, м'яке піднебіння чисті, з жовтяничним відтінком. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, ясні, ЧСС 82 на хвилину, АТ 120/80 мм рт.ст. Язик обкладений жовтуватим нальотом. Живіт м'який, помірно болючий в правому підребер'ї. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 3 см, помірно болюча, еластична. Селезінка не пальпується.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в біохімічному аналізі крові будуть характерними для даної патології.*

[5]

6. Хворий 58-ми років звернувся зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, нудоту, відчуття тяжкості в правому підребер'ї, метеоризм, шкірний свербіж, ниючі болі в правому підребер'ї, що посилюються після

прийому жирної їжі і фізичного навантаження, носові кровотечі. З анамнезу з'ясувалося, що хворий багато років вживав спиртні напої у великій кількості.

Об'єктивно: температура 36,9°C. Загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки жовтуватого кольору, видно сліди від подряпин на шкірі, у правому носовому ході є скоринки коричневого кольору. Губи яскраві, блискучі, язик гладенький, вологий. Долоні гіперемовані. На шкірі грудей є 2 судинні зірочки, на шкірі живота навколо пупка розширені і покручені підшкірні вени. Відзначається відсутність оволошіння в пахвових западинах, збільшення молочних залоз. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Дихання ослаблене. Тони серця ритмічні, приглушені. ЧСС 92 на хв., АТ 140/90 мм рт.ст. Живіт збільшений у розмірах, при пальпації чутливий у правому підребер'ї. Печінка на 5 см виступає з-під краю реберної дуги, чутлива, щільна, поверхня нерівна. Селезінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см, безболісна.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в біохімічному аналізі крові будуть характерними для даної патології.*

[6]

7. Хвора 55-ти років звернулася зі скаргами на тупі, ниючі болі в області правого підребер'я, які зазвичай виникають через 1-3 години після прийому рясної, особливо жирної їжі і смажених страв, відчуття гіркоти у роті, відрижку повітрям, нудоту, здуття живота, нестійкі випорожнення стілець. Хворіє кілька років.

Об'єктивно: температура 37,2°C. Загальний стан задовільний. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки чисті, рожевого кольору. Підшкірно-

жирова клітковина розвинена надмірно. Легені і серце без патології. Язик обкладений жовтувато-коричневим нальотом. Живіт м'який, при пальпації помірно болючий в правому підребер'ї. Печінка і селезінка не пальпуються.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в біохімічному аналізі крові будуть характерними для даної патології.*

[1]

8. Хвора 66-ти років скаржиться на гострий біль у правому підребер'ї з іррадіацією в праву лопатку, праве плече, відчуття тяжкості в надчеревній ділянці, нудоту, блювоту. Захворіла вночі, раптово. Напередодні ввечері поїла смаженого гусака. Подібні болі вперше.

Об'єктивно: температура 37,6°C. Загальний стан середньої тяжкості. Хвора метушиться, стогне. Легка жовтявість склер. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. З боку серцево-судинної системи і легень патології немає. Язик обкладений білим нальотом. Живіт роздутий. При пальпації різка хворобливість і напруга м'язів у правому підребер'ї. Відмічається хворобливість при постукуванні по правій реберній дузі.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в біохімічному аналізі крові будуть характерними для даної патології.*

[2]

9. Хворого 27-ми років турбують болі в епігастральній ділянці, що виникають через 2 години після їжі, проходять після прийому їжі. Бувають нічні болі, печія.

При пальпації живота визначається напруга прямих м'язів живота, болючість в епігастрії, позитивний симптом Менделя.

1. Назвіть синдроми ураження органів травлення.
2. Попередній діагноз.
3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.
4. Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.

[5]

10. Хворого 38-ми років турбує відчуття тяжкості в епігастрії, що виникає через 30 хвилин після їжі, відрижка повітрям, зрідка - тухлим, кашкоподібні випорожнення 1-2 рази на добу. При пальпації живота напруження м'язів живота немає, хворобливості також немає.

При ендоскопічному дослідженні шлунка виявлено стоншення слизової з посиленням судинним малюнком і зменшеними складками. При гістологічному дослідженні біоптату слизової виявлена атрофія залоз, ознаки кишкової метаплазії. У крові виявлено антитіла до парієтальних клітин шлунка.

1. Назвіть синдроми ураження органів травлення.
2. Попередній діагноз.
3. Які лабораторні методи дослідження необхідно провести.
4. Які ускладнення можуть виникнути при даному захворюванні.

[2]

11. Хворий 45-ти років скаржиться на кашкоподібні рясні випорожнення до 4-6 разів на добу з домішками неперетравленої їжі, випорожнення погано змивається з унітазу. Турбує здуття, бурчання в животі. Хворий схуд за 3 місяці на 5 кг, зазначає загальну слабкість.



Об'єктивно: вага 56 кг, зріст - 160 см (ІМТ - 21,5). Тургор шкіри знижений, шкіра суха, «заїди» в кутах рота. Живіт м'який, болючий при пальпації біля пупка.

Копрограма: кал неоформлений, кашкоподібний, коричневого кольору, при мікроскопії виявляються кристали жирних кислот +++, позаклітинний крохмаль +++, непосмуговані м'язові волокна +++.

1. *Про що свідчать зміни у копрограмі?*
2. *Назвіть синдроми ураження органів травлення.*
3. *Попередній діагноз.*
4. *Які інструментальні методи дослідження слід провести?*

[1]

12. Хворого 20-ти років турбують часті позиви (до 10 разів на добу), випорожнення бідні, з домішками слизу і крові, іноді відходить одна слиз і кров без калових мас. Турбують болі в лівій здухвинній ділянці, які зменшуються після дефекації.

Об'єктивно: пальпується хвороблива спазмована сигмовидна кишка.

Копрограма: кал напівформлений, тяжі слизу і домішки крові, при мікроскопії виявляються лейкоцити - 30 - 40 в полі зору, еритроцити - 12 - 15 в полі зору.

При ректороманоскопії виявлена набрякла, гіперемована слизова прямої і сигмовидної кишок, контактна кровоточивість слизової, поверхневі виразки.

1. *Назвіть синдром ураження органів травлення.*
2. *Попередній діагноз.*
3. *Які зміни в лабораторних аналізах можна очікувати?*
4. *Які ускладнення можуть виникнути?*

[6]

13. Хворого 40-ка років турбують тупі болі в правому підребер'ї, темне забарвлення сечі, слабкість, знижена працездатність, швидка стомлюваність.

При огляді виявляється жовтушність склер і слизових, пальмарна еритема. Пальпується збільшена печінка, розміри 15x11x9 см, край рівний, м'який, закруглений, безболісний. Селезінка не пальпується, перкуторно розміри 13,5x6,0 см.

1. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.
2. Попередній діагноз.
3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.
4. Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.

[1]

14. Хворого 40-ка років, який зловживає алкоголем, турбує виражена слабкість, збільшення живота в об'ємі, схуднення на 5 кг за півроку, кровотечі з носа.

При огляді виявляється жовтушність склер, слизових оболонок, шкіри, судинні зірочки в області шиї, грудей, пальмарна еритема, печінковий запах з рота. Є атрофія м'язів верхнього плечового пояса, дефіцит ваги (вага 62 кг при зрості 179 см, ІМТ – 19 кг/м<sup>2</sup>). Визначаються підшкірні гематоми на руках і ногах. Живіт збільшений в об'ємі, виражена венозна мережа на передній черевній стінці - «голова медузи». При перкусії виявляється рідина в черевній порожнині. Печінка пальпується на рівні реберної дуги, край гострий, щільний. Перкуторно розміри 12x10x6 см. Збільшено перкуторні розміри селезінки 15x10 см.

Білок загальний - 59 г/л, альбуміни - 48%, глобуліни - 52%, гамма-глобуліни - 28%.

1. Попередній діагноз.
2. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.

3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

4. *Які зміни в біохімічному аналізі крові будуть характерними для даної патології.*

[2]

15. Хвору 30-ти років турбують інтенсивні болі в правому підребер'ї нападоподібного характеру, що виникають після прийому жирної їжі, іррадіюють під праву лопатку, в праве плече, супроводжуються блювотою, що не приносить полегшення. Після больових нападів відзначає темну сечу, світлий кал.

Об'єктивно: шкіра, слизові, склери з жовтяничним відтінком. Болісна пальпація живота у правому підребер'ї. Позитивний симптом Ортнера, Кера, Мерфі.

Білірубін крові - 60 мкмоль/л, пряма фракція - 45 мкмоль/л.

1. *Попередній діагноз.*

2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*

3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

4. *Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.*

[1]

16. Протягом 3 років хворий 40-ка років скаржиться на сильні болі у верхній половині живота за типом поясу, що з'являються після зловживання алкоголем. Турбує блювота з'їденою їжею, яка не приносить полегшення, здуття живота, неоформлені, рясні, «жирні» випорожнення.

Об'єктивно: стан задовільний. Положення вимушене - лежить на боці з підтягнутими до живота ногами. Язик обкладений білим нальотом. Живіт роздутий, різка болючість в епігастральній ділянці, болісна пальпація проєкції голівки і тіла підшлункової залози.

Амілаза крові - 64. Копрограма - кал неоформлений, блищить, при мікроскопії виявляється нейтральний жир +++, непосмуговані м'язові волокна +++, позаклітинний крохмаль +++.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Перелічіть етіологічні чинники виникнення даного захворювання.*

[3]

17. Чоловік 53-х років звернувся до лікаря зі скаргами на важкість і дискомфорт в правому підребер'ї без чіткого зв'язку з прийомом їжі, загальну слабкість, швидку стомлюваність, виражене здуття живота.

З анамнезу відомо, що пацієнт працює слюсарем, часто вживає алкоголь, проте заперечує зловживання. До теперішнього часу вважав себе здоровим, до лікарів не звертався. Сімейний анамнез: батько помер в 50 років від цирозу печінки.

При огляді: стан відносно задовільний. ІМТ -25 кг/м<sup>2</sup>. Окружність живота - 90 см. Шкірні покриви смагляві, склери жовтяничні. На крилах носа, щоках, підборідді виражена підшкірна капілярна мережа. На шкірі грудей, спини поодинокі судинні зірочки, контрактура Дюпюїтрена більше виражена зліва. В легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ясні, ритмічні. ЧСС - 90 уд на хв, АТ - 120/70 мм рт.ст. Язик вологий, обкладений білим нальотом біля кореня. Живіт роздутий, при пальпації болісний в епігастрії, правому підребер'ї. Печінка перкуторно збільшена, виступає з-під реберної дуги на 3 см по середньо-ключичній лінії праворуч. Край печінки загострений, ущільнений, чутливий при пальпації. Селезінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см, щільна, безболісна при пальпації. Дизурії немає. Симптом поколачування по поперековій області негативний.

В аналізах: гемоглобін - 138 г/л, еритроцити -  $4,5 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити -  $5,8 \times 10^9$ /л, тромбоцити -  $126 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 15 мм/год, АСТ - 86 Од/л, АЛТ - 58 Од/л, ГГТ - 92 Од/л, ЩФ - 920 Од/л, загальний холестерин - 6,9 ммоль/л, загальний білірубін - 45 мкмоль/л, прямий білірубін - 33 мкмоль/л, альбумін - 3,5 г/дл, ПТІ - 70%. Маркери вірусних гепатитів В і С негативні.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перелічіть синдроми.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Перелічіть етіологічні чинники виникнення даного захворювання.*

[1]

16. Хворий 25-ти років скаржиться на часті рідкі випорожнення з домішками крові і слизу, погіршення апетиту, втрату ваги, світлобоязнь і відчуття печіння в очах, болі ниючого характеру в гомілковостопних, колінних суглобах, висипання на шкірі ніг, загальну слабкість, підвищену стомлюваність, порушення сну, підвищення температури тіла до 38°C.

З анамнезу: вважає себе хворим близько місяця, коли з'явилися болі в животі і рідкі випорожнення до 2-3 разів на добу; за призначенням лікаря поліклініки приймав но-шпу, лоперамід - без ефекту: рідкі випорожнення стали турбувати частіше, до 10-12 разів, переважно вночі, став помічати виділення свіжої крові із заднього проходу. Долучилися вищеописані скарги, в зв'язку з чим був направлений в стаціонар.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості, температура тіла - 37,8°C, шкіра бліда, суха, периферичні л/в не збільшені; повіки гіперемійовані, покриті сірувато-білими лусочками; частота дихання - 17 на хвилину; над легеньми ясний, легеневий звук, дихання везикулярне, хрипів немає; межі серця не розширені, тони серця ясні, систолічний шум на верхівці, ЧСС - 105 на хвилину, ритм правильний. Живіт помірно роздутий, болючий при пальпації в лівій здухвинній ділянці. Печінка і селезінка не збільшені. На

гомілках і стегнах хворобливі щільні яскраво-червоні набряклі вузли, рухи кінцівок обмежені через хворобливість. Периферичних набряків немає.

При обстеженні: аналіз крові: Нв - 93 г/л, еритроцити -  $4,2 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити -  $8,8 \times 10^9$ /л, паличкоядерні - 8%, сегментоядерні - 68%, еозинофіли - 2%, лімфоцити - 20%, моноцити - 2%, ШОЕ - 30 мм/год, анізоцитоз. Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 52 г/л, холестерин - 4,5 ммоль/л, білірубін - 18,2 ммоль/л, калій - 3,50 ммоль/л, натрій - 135 ммоль/л.

Колоноскопія: слизова поперечно-ободової, сигмоподібної і прямої кишок різко набрякла, гіперемована, є множинні виразки, покриті фібринозно-гнійним нальотом, зливного характеру, псевдополіпи, в просвіті кишки кров, гній, спонтанна кровоточивість.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перелічіть провідні синдроми.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Перелічіть етіологічні чинники виникнення даного захворювання.*

[4]

19. Хвора 35-ти років скаржиться на затримку випорожнень, загальну слабкість, запаморочення, миготіння «мушок» перед очима. З анамнезу відомо, що за кілька днів до надходження, після попередніх емоційних перевантажень, з'явилися болі в епігастральній ділянці, що виникали через 1,5- 2 години після прийому їжі, також печія, відрижка кислим. Виразковий анамнез заперечує. Напередодні ввечері відзначала посилення больового синдрому в епігастрії. Сьогодні болі припинилися, з'явилася затримка випорожнень, загальна слабкість.

При огляді: стан хворої середньої важкості. Шкірні покриви бліді, вологі. Нормостенічної конституції. ІМТ - 23 кг/м<sup>2</sup>. У легких дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС - 98 уд на хв., АТ - 100/60 мм рт.ст. Язик вологий. Живіт м'який, при пальпації

безболісний у всіх відділах. Печінка і селезінка не збільшені. Дизурії немає. Симптом поколачування по поперековій області негативний.

В аналізах крові: гемоглобін - 101 г/л, еритроцити -  $3,0 \times 10^{12}/л$ , гематокрит - 30%; сироваткове залізо - 14 мкмоль/л.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які ускладнення можуть виникнути?*
3. *Які лабораторні аналізи підтверджують діагноз?*
4. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести.*

[8]

20. Хвора 40-ка років звернулася до лікаря зі скаргами на стійку печію, що виникає багаторазово протягом дня незабаром після прийому їжі, а також у вечірній час перед сном. Печія може тривати більше години, усуває її прийомом харчової соди. В останні дні при ковтанні гарячої їжі стали виникати пекучі болі за грудиною.

З даних анамнезу: часті печії відзначалися в останні місяці вагітності. Раніше печії носили епізодичний характер, виникали після вживання кислих соків, смажених виробів з тіста. Також пацієнтка пов'язує погіршення з набором маси тіла до 8 кг за останні місяці, після відмови від куріння.

При огляді: стан хворої задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення. Гіперстенік. ІМТ  $30,5 \text{ кг/м}^2$ . У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. Тони серця ясні, ритмічні. ЧСС – 74 уд на 1 хв., АТ - 110/70 мм рт.ст. Язик вологий. Живіт м'який, при пальпації безболісний у всіх відділах. Печінка і селезінка не збільшені. Дизурії немає. Симптом поколачування по поперековій області негативний. В аналізах крові без відхилень.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.*

*3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

22. Хворий 22-х років скаржиться на блювоту, болі в животі. Тиждень тому хворів на ангіну. Приймав аспірин протягом декількох днів. Кілька годин тому випив 2 чашки міцної кави і відчув загальну слабкість, запаморочення, «миготіння мушок». Напередодні їв холодець, смажену курку, шоколадний торт, апельсини, ананас, пив чай, пепсі-колу. Блювотні маси нагадують кавову гущу, містять грудки з'їденої напередодні їжі. Пацієнт блідий, ЧСС 100 на 1 хв, слабкого наповнення, АТ 100/50 мм рт.ст. Живіт м'який, при пальпації болючий в епігастрії. В останню добу випорожнень не було.

*1. Яке ускладнення виникло?*

*2. Причини виникнення?*

*3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

23. Хворий 50-ти років прооперований з приводу виразкової кровотечі з перфорацією 5 років тому, скаржиться на біль, схожу на колишню виразкову, але локалізується в епігастральній ділянці зліва. Також турбує блювота на висоті болю і схуднення. Консервативне лікування не ефективне.

У калі реакція Грегерсена (+).

*1. Попередній діагноз.*

*2. Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.*



3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.

4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.

[2]

24. У хворого 52-х років протягом тривалого часу на тлі скарг астеничного характеру періодично з'являється відчуття тяжкості в правому підребер'ї, нудота, невелика жовтяниця. У цей час порушуються біохімічні показники функції печінки: АЛТ, білірубін, тимолова проба, білкові фракції. Рецидиви пов'язані з інфекціями. Працездатність зберігається.

1. Попередній діагноз.

2. Які ускладнення можуть виникнути?

3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.

4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.

[4]

25. У 75-річного чоловіка виникає виражений біль в мезогастральній ділянці у поєднанні з блювотою і здуттям живота приблизно через 30 хвилин після їжі. За останні кілька місяців він схуд на 6 кг, так як обмежував прийом їжі через виражений біль.

Під час безсимптомного періоду обстеження живота без особливостей. Над правою стегною артерією вислуховується шум, периферична пульсація знижена на обох нижніх кінцівках.

Аналіз випорожнень на приховану кров негативний. ФГДС, іригоскопія і колоноскопія не виявили патологічних змін.

1. Попередній діагноз.

2. Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.

3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.

4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.

[5]

26. Хворий 25-ти років звернувся зі скаргами на біль в епігастральній ділянці, які з'являється через 1,5-2 години після прийому їжі та вночі, супроводжуються печією. Біль підсилюється під час прийому гострої і кислої їжі, зменшуються - після застосування соди та ранітідину. З анамнезу відомо, що хворіє протягом року. При пальпації живота - болючість в пілородуоденальній зоні. Позитивний симптом Менделя. Позитивний уреазний тест на НР.

1. Попередній діагноз.

2. Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.

3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.

4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.

[1]

27. Жінка 50-ти років звернулася до сімейного лікаря зі скаргами на закрепи. У неї практично не буває самостійних випорожнень. У розмові з'ясувалося, що її турбує також мерзлякуватість кінцівок, стомлюваність; почало випадати волосся. Працює програмістом, багато часу проводить за комп'ютером.

При огляді виявлена сухість шкіри, слизових оболонок. Глухі тони серця. АТ 110/70 мм рт.ст. Живіт м'який, при пальпації визначається щільна, заповнена каловими масами сигмоподібна кишка.

1. Попередній діагноз.

2. Перелічіть провідні синдроми.

*3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[2]

28. Чоловік 48-ми років госпіталізований за екстреними показаннями зі скаргами на блювоту, повторні рідкі випорожнення протягом доби. Раніше подібних явищ не було. ЧСС - 96 уд на хв, АТ 100/70 мм рт.ст. При пальцевому дослідженні прямої кишки виявлені сліди калу чорного кольору.

*1. Попередній діагноз.*

*2. Яке ускладнення виникло.*

*3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[7]

29. Жінка 45-ти років скаржиться на наростаючу слабкість, болі в епігастрії, особливо натщесерце і вночі, закрепи, запаморочення, сухість шкіри, ламкість волосся і нігтів, болі в області серця, не пов'язані з навантаженням, підвищену дратівливість. Раніше нічим не хворіла. Нещодавно був конфлікт на роботі.

*1. Попередній діагноз.*

*2. Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.*

*3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

30. Пацієнтка 55-ти років, ІМТ  $32 \text{ кг/м}^2$ , скаржиться на періодично виникаючі болі в правому підребер'ї, спровоковані, як правило, вживанням яєць, оселедця, свинини. Хворіє кілька років, відзначає поступове почастишання нападів. Болі проходять після прийому спазмолітиків.

При пальпації - виражена болючість в правому підребер'ї.

АЛТ- 0,8; білірубін -  $32 \text{ мкмоль/л}$ , прямий -  $20 \text{ мкмоль/л}$ . У сечі виявлені жовчні пігменти. У калі знижений вміст стеркобіліногену. Лужна фосфатаза - 18 од.

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Перелічіть провідні синдроми.*
- 3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
- 4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[6]

## ХВОРОБИ ОРГАНІВ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

1. Хворий 18-ти років звернувся зі скаргами на набряки на обличчі, нижніх кінцівках, головний біль, ниючий біль у попереку, загальну слабкість, появу каламутної рожевої сечі. Хворим вважає себе протягом 3х днів. Перенесені захворювання: грип, 2 тижні тому - ангіна.

Об'єктивно: температура 37,7°C. Загальний стан середньої тяжкості. Обличчя набрякле, набряки на стопах і гомілках. Шкіра бліда. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, приглушені, акцент 2-го тону на аорті. Пульс 84 на хв., ритмічний, напружений. АТ 165/100 мм рт.ст. Язик чистий. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького слабопозитивний з обох боків.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах сечі будуть характерними для даної патології.*

[5]

2. Хворий 38-ми років скаржитися на сильні болі в поперековій області та правій половині живота, що іррадіюють в пахову область і праве стегно. Відмічає часті позиви до сечовипускання. Рік тому вперше був подібний напад. Викликали "швидку допомогу", після ін'єкції болі пройшли, але після нападу була червона сеча.

Об'єктивно: температура 36,4°C. Загальний стан середньої тяжкості. Хворий неспокійний, шукає зручне положення для полегшення болю. З боку органів дихання і серцево-судинної системи патології немає. Пульс 76 на хв., ритмічний, АТ 120/60 мм рт.ст. Живіт м'який, при пальпації болючий в правій половині. Симптом Пастернацького різко позитивний справа.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах сечі будуть характерними для даної патології.*

[8]

3. Хворий 25-ти років скаржиться на тупий біль у ділянці нирок, малу кількість сечі (за добу 500-600 мл), зміну кольору сечі - «м'ясні помії», набряки на обличчі, головний біль. 3 тижні тому переніс фолікулярну ангіну. *Facies nefritica*. АТ 180/110 мм рт.ст. Тони серця приглушені, I тон на верхівці ослаблений, акцент II тону на аорті.

В аналізі сечі: білок - 1,2 г/л, циліндри гіалінові - 2-3 в полі зору, еритроцити змінені 20-30 в полі зору.

1. *Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.*
2. *Попередній діагноз.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

[1]

4. Хвору 30-ти років турбують озноби, підйоми температури до 39°C протягом тижня, профузні поти, болі в поперековій ділянці справа, часте сечовипускання, виражена слабкість. Пальпація живота болюча в правому підребер'ї, болісне поколачування по поперековій області справа.

В ЗАК: лейкоцити -  $15 \times 10^9$ /л, паличкоядерні лейкоцити - 24%, сегментоядерні лейкоцити - 55%, лімфоцити - 12%, моноцити - 9%, ШОЕ - 48 мм/год.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть синдром ураження органів сечовиділення.*

3. *Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах сечі будуть характерними для даної патології.*

[3]

5. Хворий 50-ти років скаржиться на слабкість, млявість, поганий апетит, постійну нудоту, свербіж шкіри, малу кількість сечі, набряки повік. Багато років страждає на хронічний гломерулонефрит.

Об'єктивно: хворий загальмований, визначається запах аміаку. Шкіра і слизові бліді, сліди розчосів на шкірі. Обличчя набрякле - *facies nefritica*. АТ 180/100 мм рт.ст. Тони серця глухі, ритмічні. Дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний у всіх відділах. Діурез за добу - 600 мл.

Креатинін сироватки крові - 800 мкмоль/л. Аналіз сечі: питома вага 1010, білок - 1,6 г/л, еритроцити - 10-15 в полі зору, лейкоцити - 2-3 в полі зору, гіалінові циліндри - 2-3 в полі зору.

1. *Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.*
2. *Дайте інтерпретацію аналізів крові.*
3. *Про що свідчать зміни в аналізі сечі.*
4. *Які ще інструментальні методи дослідження необхідно провести.*

[2]

6. Хворого 60-ти років турбують набряки на ногах, задишка при незначному фізичному навантаженні, слабкість. Багато років страждає на хронічний гломерулонефрит.

Об'єктивно: стан важкий. Шкіра бліда. Набряки ніг (стоп, гомілок, стегон). Дихання везикулярне ослаблене нижче кутів лопаток по обидва боки. Тони серця глухі.

При УЗД виявляється вільна рідина в черевній порожнині, збільшення розмірів нирок, посилення їх ехоструктури, невелика кількість

рідини в плевральних порожнинах з обох сторін, випіт в порожнині перикарду.

Аналіз сечі: питома вага 1020, білок - 4,1 г/л, циліндри гіалінові - 3-4 в полі зору, воскоподібні - 2-3 в полі зору, лейкоцити - 4-5 в полі зору, еритроцити - 2-3 в полі зору.

Біохімічний аналіз крові: білок - 50 г/л, альбуміни - 45%, глобуліни 55%, холестерин 9,6 ммоль/л.

1. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.
2. Попередній діагноз
3. Додаткові методи дослідження для підтвердження діагнозу.
4. Інтерпретуйте загальний аналіз сечі

[1]

7. Хворий 60-ти років оперований з приводу аневризми черевного відділу аорти. Болі в животі і падіння артеріального тиску відзначалися протягом 5 годин, виконана термінова операція, яка тривала близько 4 годин. Аневризма аорти висічена, протезували аорту. В післяопераційному періоді відзначається розвиток олігурії - 100 мл сечі за добу. У крові виявляється високий рівень креатиніну - 600 мкмоль/л, який продовжує наростати до 800 мкмоль/л, збільшився рівень К до 6,2 ммоль/л.

Аналіз сечі: питома вага 1013, білок - 1,8 г/л, еритроцити змінені - 10-15 в полі зору, лейкоцити - 4-6 в полі зору, циліндри гіалінові - 2-3 в полі зору, зернисті - 1-2 в полі зору.

1. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.
2. Який невідкладний стан розвинувся?
3. Про що свідчать такі показники креатиніну?
4. Які інструментальні методи дослідження доцільно провести?

[4]

8. Хворий Д. 67-ми років страждає на сечокам'яну хворобу протягом 10 років. Останні 4 дні після переохолодження відмічає болі в правій



поперековій області, субфебрильну лихоманку, часте безболісне сечовипускання.

При огляді: стан задовільний, в свідомості, адекватний. Шкірні покриви звичайного кольору і вологості. АТ 135/85 мм.рт.ст, тони серця ритмічні, ясні. ЧСС 82 на хвилину.

При обстеженні в загальному аналізі сечі: білок - 0,0030 г/л, лейкоцити - 12-24 в полі зору, еритроцити незмінні 10-12 в полі зору. У клінічному аналізі крові: ШОЕ - 26 мм/год, лейкоцити -  $10,5 \times 10^9$ /л, паличкоядерні нейтрофіли - 7%.

1. Назвіть синдроми, характерні для даного захворювання.
2. Інтерпретуйте наведені аналізи.
3. Які інструментальні методи дослідження доцільно провести?
4. Які ускладнення можуть виникнути?

[5]

9. Пацієнт 53-х років звернувся зі скаргами на головні болі, сухість у роті, спрагу (випиває до 4 літрів рідини на добу), загальну слабкість, стомлюваність, нудоту, блювоту, прискорене сечовипускання, часом свербіж шкіри, задишку при фізичному навантаженні, перебої в роботі серця.

З анамнезу: хворіє 12 років, коли вперше з'явилися набряки обличчя, гомілок і стоп, головні болі. У наступні роки приєдналася артеріальна гіпертензія (АТ 160/100-190/110 мм рт.ст.). У сечі періодично виявляли білок 1,2-3,4%, лейкоцити і еритроцити. Незважаючи на рекомендації лікарів, планового лікування не проходив. Лікувався стаціонарно, отримувач преднізолон, аскорутин, сечогінні, після виписки стан поліпшувався, набряки сходили, білок в сечі знижувався до 0,33%. Останнім часом головні болі стали носити стійкий характер, став відзначати нудоту, блювоту, сухість у роті, спрагу, свербіж шкіри, знизився апетит, хворий схуд.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості. Загальмований, апатичний, сонливий. Зниженого харчування, ІМТ 19 кг/м<sup>2</sup>. Шкірні покриви сухі, бліді, сліди розчосів. Язик набряклий, м'які тістуваті набряки ніг (при натисканні залишається ямка). В легенях дихання везикулярне, в нижніх відділах з обох боків ослаблене, хрипів немає. Серце розширене вліво на 2 см. Тони серця приглушені, часті екстрасистоли. ЧСС 88/хв. АТ 210/120 мм рт.ст. Печінка і селезінка не збільшені. Симптом поколачування позитивний з обох боків. Сечовипускання 8-10 разів на добу, в тому числі 1-2 рази вночі, сеча темного кольору.

При обстеженні: ЗАК: гемоглобін - 69 г/л, еритроцити -  $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити -  $9,8 \times 10^9$ /л, тромбоцити -  $126 \times 10^9$ /л, ШОЕ - 75 мм/год. В ЗАС: пит. вага 1003, білок - 0,8 г/л, лейкоц. - 3-8 в п/зр., ер. 35 в п/зр., Циліндри гіал. 1-2, зернисті 1-2. Добова альбумінурія 800 мг/сут. Креатинін 370 мкмоль/л. СКФ за формулою SKD/EPI 15 мл/хв.

При УЗД нирок: права 8,1 x 3,7 см, ліва 9,4 x 4,1 см. Контури нерівні, товщина паренхіми 14-15 мм, тканина нирок дифузно гіперехогенна, кровопостачання збіднене, кортикомедулярная диференціація порушена. В обох нирках поодинокі дрібні кісти.

1. Назвіть синдроми, характерні для даного захворювання.
2. Інтерпретуйте наведені результати аналізів.
3. Які інструментальні методи дослідження доцільно провести?
4. Які ускладнення можуть виникнути?

[1]

10. Пацієнт 24-х років при надходженні пред'являє скарги на набряки ніг, обличчя, болі в попереку, кров'янисту сечу і зменшення її добового виділення, слабкість, нездужання, головний біль, деяке погіршення зору.

З анамнезу: хворіє 3 тижні. Захворювання почалося з болю в горлі при ковтанні і закладеності носа з рясними гнійними виділеннями, турбували головні болі, температура до 39-40°C. Через 3 дні температура знизилася, самопочуття покращилося. Тиждень тому з'явилася нудота і

блювота після прийому їжі, печія, з'явилися набряки обличчя і гомілок, сеча стала червоного відтінку. Знову відмічав періодичні підйоми температури до субфебрильних цифр. У минулому відзначав неодноразові ангіни і загострення гаймориту.

Об'єктивно: шкірні покриви чисті, бліді. Відзначаються набряк обличчя, особливо в області повік, м'які теплі набряки гомілок і стоп. Пальпуються збільшені лімфатичні вузли глоткового кільця, хворобливі при пальпації. Гіперемія зіву, мигдалини гіпертрофовані, з гнійним нальотом. По задній стінці глотки – гнійні виділення з носа. Тони серця чисті, звучні. ЧСС – 80/хв., АТ - 170/100 мм. рт.ст. Живіт м'який, чутливий при пальпації в епігастрії. Печінка і селезінка не збільшені. Нирки не пальпуються. Симптом поколачування позитивний з обох боків. Дизурії немає.

При дослідженні: в загальному аналізі крові - Нв 129 г/л, лейкоцитів  $5,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ 27 мм/год; в загальному аналізі сечі - питома вага 1018-1020, білок 0,99 г/л; ер. - 40-50 в п/з., лейкоц. - 2-3 в п/з. Мазок із зіву - зростання культури бета-гемолітичного стрептокока.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть синдроми, характерні для даного захворювання.*
3. *Інтерпретуйте результати наведених аналізів.*
4. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести?*

[4]

11. Жінка 28-ми років скаржиться на болі ниючого характеру в поперековій області, часті сечовипускання переважно в нічний час, підвищення температури до 39°C, що супроводжується ознобом, слабкість.

З анамнезу: 5 місяців тому після переохолодження з'явилися болі внизу живота, часті хворобливі сечовипускання, біль у ділянці нирок праворуч, підвищення температури, з приводу чого самостійно приймала амоксиклав, фурагін, парацетамол протягом 5 днів, болі зменшилися, температура нормалізувалася, після самолікування до лікарів не

зверталась. Тиждень тому після перенесеної респіраторної інфекції, з'явилися болі в області попереку, часті сечовипускання, підвищилася температура, з приводу чого звернулася в поліклініку за місцем проживання.

При огляді: стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, температура 38,2°C. Над легеньми перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно везикулярне дихання, хрипів немає, ЧДР 18 на хв. Межі серця в нормі. Тони серця ясні, ритм правильний, ЧСС 96 на хв, АТ 130/80 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Симптом Пастернацького позитивний з обох боків.

Загальний аналіз крові: Нв - 118 г/л, ер -  $3,2 \times 10^{12}$ /л: лейк- $10,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ-32мм/год. Загальний аналіз сечі: питома вага 1016, білок 0,3 г/л, лейк - все п/з, циліндри гіалінові 0-1, ер - 1-2 в п/з. Креатинін 96 мкмоль/л.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть синдроми, характерні для даного захворювання.*
3. *Інтерпретуйте результати наведених аналізів.*
4. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести?*

[2]

12. Хворий 28-ми років скарг не пред'являє. Поступив у клініку для обстеження в зв'язку з виявленим на проф. огляді підвищенням артеріального тиску.

В анамнезі: часті загострення хронічного тонзиліту.

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

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

Загальний аналіз сечі: кількість - 100,0; реакція - кисла, колір - світло-жовтий; щільність - 1012, білок - 0,8 г/л, епітеліальні клітини - 2-3 в п/зору, лейкоцити - 5-6 в п/зору, еритроцити - 8-10 в п/зору. Креатин крові - 283 мкмоль/л, сечовина - 11,4 мкмоль/л.

Консультація окуліста: ретинопатія.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть синдроми, характерні для даного захворювання*
3. *Інтерпретуйте результати наведених аналізів.*
4. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести?*

[5]

13. Хворий 49-ти років, інженер. Скарги на набряки обличчя, нижніх кінцівок, слабкість, зниження апетиту, задишку при фізичному навантаженні, запаморочення, спрагу, періодичні проноси.

Анамнез: близько 3-х місяців тому став відзначати набряклість обличчя вранці, потім з'явилася слабкість, зниження працездатності. За останні 3 тижні після перенесеного ГРВІ, з'явилися набряки гомілок, стоп, спрага, запаморочення, задишка при фізичному навантаженні. Десять років тому - відкритий перелом стегна зліва, неодноразово госпіталізувався в хірургічний стаціонар з приводу посттравматичного остеомієліту, переніс три операції на лівому стегні.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, адинамічний, шкірні покриви сухі, бліді, холодні на дотик. Пухкі набряки нижніх кінцівок, пастозність обличчя. Ліва нога на 3 см коротша за праву, в середній третині стегна - післяопераційні рубці. Відзначається притуплення легеневого звуку в задньо-нижніх відділах легень з рівня VII ребра з обох боків. Дихання везикулярне, в області притуплення - ослаблене. Тони серця приглушені, ритм правильний. АТ - 110/65 мм рт. ст., пульс – 82/хв. Язик обкладений білим нальотом. Живіт м'який, безболісний, дещо збільшений в розмірах. Визначається притуплення в пологих місцях по обидва боки від серединної лінії.

Загальний аналіз крові: еритроцити -  $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$ ; Нв - 100 г/л, кол. показ. - 0,95; лейкоцити -  $5,0 \times 10^9/\text{л}$ , е-1, п-4, з-61, л-29, м-5, ШОЕ-60 мм/год. Загальний аналіз сечі: кількість - 100,0; колір - світло-жовтий, реакція - кисла; щільність - 1020, цукор - немає, білок - 5,3 г/л, епітеліальні клітини - 2-3 в п / зору, еритроцити - 0, гіалінові циліндри 3-4 в п/зору.

Креатин крові - 88 мкмоль/л (N 40-150), сечовина - 6,8 (3-7) мкмоль/л.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть синдроми, характерні для даного захворювання*
3. *Інтерпретуйте результати наведених аналізів.*
4. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести?*

[3]

14. Хворий 38-ми років поступив зі скаргами на загальну слабкість, сонливість, швидку стомлюваність, зниження апетиту, нудоту, свербіж шкірних покривів, задишку при фізичному навантаженні, постійні головні болі і набряклість обличчя.

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

Об'єктивно: Загальний стан середньої тяжкості, сонливість. Положення тіла активне. Геморагічні висипання на гомілках. Шкірні покриви бліді, сухі, зі слідами розчосів, набряки обличчя, гомілок. Перкуторно над легеньми легеневий звук, дихання везикулярне. Верхівковий поштовх у V м/р зліва на 2,0 см назовні від серединно-ключичної лінії, межі відносної серцевої тупості: верхня - край 3 ребра, права - правий край грудини, ліва збігається з верх. поштовхом. Серцевий ритм правильний, акцент II тону в 2 міжребер'ї справа. ЧСС - 76 уд. на хв., АТ - 210/120 мм рт.ст. Язик сухий, обкладений коричневим нальотом.

Печінка і селезінка не збільшені. С-м поколачування негативний з обох боків.

ЗАК: Ер  $3,1 \times 10^{12}/л$ ; Нв - 94 г/л, кол. показ. - 0,8; Л -  $7,4 \times 10^9/л$ , е-2, п-9, с-41, л-39, м-9, ШОЕ - 15 мм/год. ЗАС: колір - світло-жовтий, цукру немає, білок - 0,1 г/л, щільність 1006, лейкоцити - 3-4 в п/з, еритроцити - 5-8 в п/з, поодинокі гіалінові циліндри. Креатинін крові – 915 мкмоль/л, сечовина - 24,2 мкмоль/л.

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

1. *Попередній діагноз.*
2. *Назвіть синдроми, характерні для даного захворювання*
3. *Інтерпретуйте результати наведених аналізів.*
4. *Які інструментальні методи дослідження доцільно провести?*

[2]

15. Хвора 47-ми років доставлена бригадою швидкої допомоги зі скаргами на підвищення температури тіла до  $38^{\circ}C$ , часте і хворобливе сечовипускання, тупі, ниючі болі в поперековій області справа без іррадіації, головний біль, слабкість, періодичне познаблювання.

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

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

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

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*

3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

16. У хворого 67-ми років з вираженою протеїнурією (більше 20 г/добу) ex tempore взята сеча. При кип'ятінні сечі в пробірці з'являється осад у вигляді пластівців, але при подальшому нагріванні до закипання осад розчиняється.

1. *Про що це свідчить?*

2. *При якій патології це зустрічаються?*

3. *Які данні об'єктивного дослідження будуть у даному випадку.*

4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

17. У хворого 73-х років після перенесеної ангіни з'явився синдром набряків, інтенсивний головний біль, червона сеча (кольору м'ясних помиїв).

Об'єктивно: набряки до ступеня анасарки, АТ 200/120 мм рт.ст.

У ЗАК: НБ - 124 г/л, ШОЕ - 40 мм/год, загальний білок - 60 г/л, альбуміни - 60 г/л. При дослідженні сечі: протеїнурія 13,5 г/добу, еритроцити - суцільно покривають поля зору. УЗД нирок без змін.

1. *Попередній діагноз.*

2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*

3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

4. *Які ускладнення можуть виникнути.*

[5]



18. 25-річна дівчина звернулася зі скаргами на часте сечовипускання протягом останньої доби. У минулому ніяких захворювань сечостатевої системи не було. До заміжжя статевих зв'язків не мала. Гінекологічний огляд ніяких відхилень не виявив. Температура тіла нормальна.

Аналіз крові - лейкоцити  $11 \times 10^9/\text{л}$ , сечовина і креатинін - норма, в аналізі сечі 8-10 лейкоцитів, багато гранулоцитів.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Етіологічні чинники даного захворювання.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

19. 75-річний чоловік поступив у клініку із порушенням сечовипускання. Сьогодні виділилося трохи сечі, але до цього були дні, коли сеча не виділялася. АТ 180/90 мм рт.ст.

Сечовина 20 ммоль/л, креатинін 360 мкмоль/л. Відносна щільність сечі 1010, білок, кетонів тіла, еритроцити, лейкоцити не виявлені.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[2]

20. Чоловік 45-ти років скаржиться на болі в правій поперековій ділянці з іррадіацією в пах, часте хворобливе сечовипускання, підвищення температури тіла до  $37,5^{\circ}\text{C}$ . Напередодні в сечі бачив якесь невелике щільне утворення. Індекс маси тіла  $32 \text{ кг}/\text{м}^2$ .

Аналіз сечі: реакція кисла, лейкоцити - більше 100 в полі зору, еритроцити - до 50 в полі зору, колір сечі бурий, при відстої - осад червоно-бурого кольору.

При УЗД органів черевної порожнини виявлено розширення лоханок правої нирки і верхньої частини правого сечоводу.

- 1. Попередній діагноз.*
- 2. Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
- 3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
- 4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

## ХВОРОБИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ

1. Пацієнтка 15-ти років скаржиться на мігруючі болі у великих суглобах, температуру тіла 37,6°C. Захворювання почалося близько трьох тижнів тому, відмічала постійну мінливість скарг. За медичною допомогою не зверталася.

Взимку і навесні перенесла три ангіни і кілька разів хворіла на ГРЗ.

В даний час турбують болі в правому колінному та лівому гомілковостопному суглобах, шкіра над ними злегка гіперемована, набрякла; температура її підвищена; рухи в суглобах болючі. На шкірі грудної клітини неяскові рожеві плями з просвітленням у центрі.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

2. Жінка 32-х років прийшла на профілактичний огляд. Скарги на слабкість, швидку стомлюваність, задишку при фізичному навантаженні, до вечора з'являються набряки на тильній поверхні стоп.

В анамнезі - в 14 років перша ревматична атака, що перебігала з ураженням суглобів і ендокардитом.

Об'єктивно: Стан задовільний. Шкірні покриви чисті, бліді, тони серця приглушені, вислуховується досить грубий пансистолічний шум. Гомілки трохи пастозні.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Яке ускладнення виникло?*

3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[2]

3. Пацієнт 60-ти років, курець зі стажем більше 30 років, скаржиться на стійкі тривалі артралгії в колінних, гомілковостопних і тазостегнових суглобах. Суглоби іноді набрякають, при цьому рухи стають обмеженими, але ці зміни не тримаються довго. Протягом трьох місяців схуд на 8 кг, турбує зниження апетиту, слабкість, млявість, знижений настрій, поганий сон.

В аналізі крові - анемія.

1. *Попередній діагноз.*

2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*

3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*

4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[7]

4. Чоловік 45-ти років, пред'являє скарги на підвищення температури тіла до 37,6°C, мігруючі болі у великих суглобах, в даний час турбують болі в правому колінному і лівому гомілковостопному суглобах, шкіра над ними злегка гіперемована, набрякла, температура її підвищена, рухи в суглобах болючі, на шкірі грудної клітки неяскраві, рожеві плями з просвітленнями в центрі.

1. *Попередній діагноз.*

2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*

3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.

4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.

[8]

5. Жінка 45-ти років вважає себе хворою протягом останніх 5 років, коли вперше з'явилися болі в дрібних суглобах кистей, ліктьових суглобах, відзначала помірний набряк зазначених суглобів, проте до лікаря не зверталася, приймала анальгетики. В цей же період стала відзначати появу стійкої еритеми на щоках і спинці носа у весняно-літній період, періодично без видимої причини підвищувалася температура тіла до субфебрильних цифр. Через 4 роки від початку захворювання хвора стала відзначати болі практично у всіх суглобах та в поперековій області. Лікувалася амбулаторно з приводу попереково-крижового остеохондрозу, приймала НПЗП, фізіопроцедури з незначним ефектом. За останні 6 місяців стала відзначати задишку при незначному фізичному навантаженні, набряки ніг у вечірній час, біль у правому підребер'ї і в правій половині грудної клітини, схудла на 10 кг. За 2 тижні до звернення до лікаря помітила збільшення розмірів живота, появу болю за грудиною постійного характеру, задишка стала турбувати а спокої, полегшувалась сидячи і в колінно-ліктьовому положенні, температура підвищувалася щодня до 38-38,5°C.

При огляді: стан середньої тяжкості, зниженого харчування, шкіра бліда, еритема на щоках і спинці носа. Пальпуються помірно збільшені задні шийні, пахвові лімфовузли - рухливі, еластичні, безболісні. При огляді суглобів відзначається невелика дефігурація проксимальних міжфалангових, п'ястно-фалангових суглобів, деформацій суглобів не відмічається, пальпація помірно болюча. При перкусії грудної клітини виявлено вкорочення перкуторного звуку в нижніх відділах праворуч від рівня 4 міжребер'я, в зоні притуплення дихання не проводиться, вище

місця притуплення вислуховуються звучні хрипи, ЧДР – 26/хв. Ліва межа відносної серцевої тупості в 5 міжребер'ї по серединно-ключичній лінії, тони приглушені, ритмічні, вислуховується шум тертя перикарду, ЧСС – 100/хв., АТ - 110/60 мм рт.ст. Живіт збільшений в розмірах, розпластаний, при перкусії визначається притуплення по бічних флангах живота, що зміщується вниз при зміні положення тіла. Печінка виступає з-під реберної дуги на 3 см. Набряки гомілок. Позитивний симптом Пастернацького з обох боків.

Загальний аналіз крові: ШОЕ 45 мм/год, Нв - 87 г/л, ер. -  $3,8 \times 10^{12}$ /л, КП - 0,68, лейкоц. -  $2,6 \times 10^9$ /л, б - 0%, е - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лімф. - 13%, мон. - 6%, тромб. -  $40 \times 10^9$ /л. Загальний аналіз сечі: прозора, слабо-кисла, білок - 0,99 г/л, цукру немає, лейкоц. - 2-6 в п/з., ер. - 4-8-12 в п/з., циліндри гіалінові - 2-4 в п/з. Біохімічний аналіз крові: цукор крові: 4,23 ммоль/л, ПТІ - 95%, СРБ - 2, ДФА - 300 од., сироваткове залізо - 20 ммоль/л, ревматоїдний фактор - 0. Аналіз крові на LE-клітини +++.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Інтерпретуйте результати аналізів.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

6. Хворий 48-ми років звернувся до лікаря-терапевта зі скаргами на інтенсивний біль в плюсно-фаланговому суглобі I пальця. Біль з'явився після святкувань з вживанням алкоголю, значної кількості м'ясних продуктів.

При огляді виявлено набряк, виражене почервоніння шкіри, локальне підвищення температури в ділянці вказаного суглоба. В ділянці правого ліктьового суглоба - щільні утвори. Патологічних змін в легенях, серці та інших органах не виявлено.

В аналізі крові: лейкоцити  $11,3 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ – 25 мм/год, в осаді сечі – урати (+++).

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Вкажіть харчові обмеження, необхідні при цій хворобі.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

7. Хвора С., 19-ти років, студентка. Пред'являє скарги на болі в колінних, ліктьових, гомілковостопних, променево-зап'ястних і плечових суглобах, непостійного мігруючого характеру, невмотивовану загальну слабкість, підвищену стомлюваність, субфебрильну лихоманку, задишку при незначному фізичному навантаженні, перебої і почуття "завмирання" в роботі серця.

З анамнезу відомо, що в шкільному віці перенесла гостру ревматичну лихоманку, лікувалася в стаціонарі пеніциліном. Рік тому стала відзначати задишку при фізичному навантаженні (підйом сходами на 2-3 поверх, швидкій ходьбі), іноді тупі ниючі болі в перикардіальній області. До лікаря не зверталася, самостійно приймала корвалол, валідол, валеріану. За місяць до надходження до стаціонару перенесла фолікулярну ангіну, лікувалася еритроміцином протягом 6 днів. Незважаючи на зникнення болю в горлі і нормалізацію температури тіла, значного поліпшення загального самопочуття не відзначала, наростала слабкість, з'явилася пітливість, через 2 тижні стала підвищуватися температура тіла до субфебрильних цифр, протягом декількох днів приєдналися вище зазначені скарги.

При огляді: стан середнього ступеня тяжкості, шкіра бліда, волога, акроціаноз, застійний рум'янець на щоках. Гіперемія і дефігурація лівого

гомілковостопного і правого променево-зап'ястного суглобів, всі великі й середні суглоби болючі при пальпації. При аускультатії легень - ослаблення дихання і невелика кількість незвучних дрібноміхурцевих хрипів у нижніх відділах обох легень, ЧДР – 20/хв. Ліва межа відносної серцевої тупості в 5 міжребер'ї на 1 см досередини від передньої пахової лінії, права - в 4 міжребер'ї на 0,5 см назовні від правого краю грудини. Конфігурація серця мітральна. При аускультатії серця - ослаблення першого тону на верхівці, акцент II тону на легеневій артерії, вислуховується систолічний шум з максимумом на верхівці, що проводиться в ліву пахову область. Тони аритмічні, вислуховується 8-10 позачергових скорочень на хвилину. ЧСС - 78-84 на хв. АТ - 110/70 мм рт. ст. Печінка виступає з-під реберної дуги на 6 см, край закруглений, рівний, злегка болючий при пальпації. Набряки гомілок.

Загальний аналіз крові: ШОЕ - 44 мм/год, ер. -  $3,6 \times 10^{12}$ /л, Нв - 117 г/л, КП - 0,9, лейкоц. -  $9,3 \times 10^9$ /л, б - 0%, е - 2%, п/я - 8%, с/я - 71%, лімф. - 13%, мон. - 6%.

Загальний аналіз сечі: жовта, слабо-кисла, пит. вага - 1008, білок - 0,066 г/л, цукру немає, епітелій плоский - 1-7-12 в п/з., лейкоц. - 5-7 в п/з., ер. - 0-1-5 в п/з., циліндри гіалінові 1-3 в п/з. Біохімічний аналіз крові: АСТ - 12 од/л, сечовина - 8,6 ммоль/л, білірубін - 17,0 мкмоль/л, СРБ - 1, білок - 70 г/л. Цукор крові: 5,76 ммоль/л, ПТІ - 64%.

*1. Попередній діагноз.*

*2. Яка вада серця виникла.*

*3. Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*

*4. Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[7]



8. Хвора 35-ти років скаржиться на виражені болі і набряки суглобів кистей, променево-зап'ясткових, ліктьових, плечових і колінних суглобів, на болі при жуванні, на ранкову скутість в уражених суглобах, що триває до 14-15 години, на субфебрилітет, втрату ваги на 6 кг за останні 4 місяці, виражену загальну слабкість.

З анамнезу: близько 7 місяців тому вперше в житті виникли ниючі болі в суглобах кистей, променево-зап'ясткових, а потім колінних суглобах, загальна слабкість. До лікарів не зверталася, намагалася більше відпочивати, нерегулярно приймала анальгін без істотного ефекту. Погіршення стану в останні 4 місяці, коли значно посилюлися болі в суглобах, в процес залучилися ліктьові, плечові і скронево-нижньощелепні суглоби, розвинулися скутість у них, субфебрилітет, схуднення.

При огляді: стан середньої тяжкості. Температура тіла 37,4°C. Шкірні покриви і видимі слизові бліді, в області лівого ліктьового суглоба 2 підшкірних щільних вузлика розміром 0,5x0,5 см. Відзначається припухлість і гіперемія п'ястно-фалангових, променево-зап'ясткових і ліктьових суглобів, обмеження обсягу активних і пасивних рухів у суглобах кистей, ліктьових, плечових суглобах через біль. Визначається западання міжкісткових проміжків на обох кистях. Колінні суглоби дефігуровані, збільшені, визначається гіпертермія шкіри при пальпації, балотування надколінка. У легенях дихання з жорстким відтінком, хрипів немає. ЧДР 17/хв. Тони серця дещо приглушені, шумів немає, ритм правильний. ЧСС 78/хв. АТ 132/80 мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, помірно болючий в епігастрії і пілородуоденальній зоні. Печінка і селезінка не збільшені.

В аналізах крові: Нв 99,4 г/л, лейкоцити  $9,1 \times 10^9$ /л, Тромбоцити 519 тис., ШОЕ 46 мл/год. Електрофорез білків: альбуміни 43,7%, глобуліни: 1- 4,9%, 2- 12,8%, - 12,4%, - 26,2%. С-реактивний білок +++, фібриноген 4,38 мг/дл, реакція Ваалера-Роуза 1: 1 028. Залізо 152 мг/дл.

#### 1. Попередній діагноз.

2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Інтерпретуйте наведені результати аналізів.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[6]

9. Хвора 17-ти років скаржиться на болі в колінних, ліктьових і міжфалангових суглобах кистей, відчуття «скутості» в них, біль під лопатками при глибокому диханні, відчуття нестачі повітря, загальну слабкість, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр.

З анамнезу: Захворіла гостро 3 місяці тому, коли з'явилися різкі болі в правому плечовому і променево-зап'ястковому суглобах, почуття «скутості» в них, слабкість в руках і ногах, болі в попереку, підвищення температури тіла до 38°C. Незабаром з'явилися еритематозні висипання на спинці носа і щоках.

При огляді: температура тіла 38,3°C. Шкірні покриви бліді, лімфаденопатія, збільшення і гіпертермія лівого колінного суглоба. На щоках і спинці носа яскрава еритема. У легенях дихання везикулярне, хрипи не вислуховуються. ЧДР 17/хв. Перкуторно межі серця не розширені. Тони серця приглушені, вислуховується ритм галопу, слабкий систолічний шум на верхівці. Пульс 100/хв, ритмічний. АТ 120/70 мм рт.ст. Печінка виступає на 2,5 см з-під краю правої реберної дуги, при пальпації м'яко-еластична, безболісна. Пальпується нижній полюс селезінки. Симптом поколачування по поперековій області негативний з обох боків.

В аналізах крові: Нв 66 г/л, гематокрит 33%, КП - 0,80, лейкоцити  $2,9 \times 10^9$ /л, Тромбоцити 112 тис/мкл, ШОЕ 59 мм/год. Загальний білок 7,2 г/л, альбумін 2,9 г/л, креатинін 1,4 мг/л. IgM 140 мг%, IgA 225 мг%, IgG 1800 мг%, комплемент 0. Титр АСЛ-О нижче 250 од. Латекс-тест

негативний; реакція Ваалера-Роуза негативна; антинуклеарні антитіла 1:160, LE-клітини знайдені.

В аналізах сечі: питома вага 1010, рН 5, білок 1,75‰, цукру немає, лейкоцити 4-6 в п/з, еритроцити 7-10 в п/з, циліндри гіалінові 3-4 в п/з, циліндри зернисті 1-2 в п/з.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Інтерпретуйте результати аналізів.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

10. Хвора 48-ми років скаржилася на болі і набряк в дрібних суглобах обох кистей, стоп, у великих суглобах кінцівок, обмеження рухливості в них, ранкову скутість до обіду.

Анамнез: Хворіє 7 років. Неодноразово лікувалася в стаціонарі.

При огляді: дефігурація променево-зап'ясткових, п'ястно-фалангових, проксимальних міжфалангових і ліктьових суглобів.

ЗАК: еритроцити -  $3,6 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нв - 116 г/л, лейкоцити -  $9 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 50 мм/год.

Рентгенографія кистей: навколосуглобовий остеопороз, звуження суглобових щілин, множинні ерозії і узури в області проксимальних міжфалангових суглобів.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Інтерпретуйте результати аналізів.*
4. *З якими хворобами треба провести диференційний діагноз даного захворювання.*

[3]

11. Хвора 28-ми років поступила в клініку зі скаргами на біль в п'ястно-фалангових, променево-зап'ясткових, колінних суглобах, набряк цих суглобів, обмеження рухів у них. Вранці зазначає скутість в уражених суглобах до 12 години дня.

Анамнез: Захворювання виникло 7 місяців тому після ангіни.

При огляді: дефігурація п'ястно-фалангових, променево-зап'ясткових, колінних суглобів, обмеження рухливості, зниження сили стиснення кистей. Пульс ритмічний 84/хв, АТ - 120/80 мм рт.ст. Межі серця в нормі. Тони серця ритмічні, задовільної звучності. У легенях і органах черевної порожнини змін не виявлено.

ЗАК: ШОЕ - 36 мм/год, СРБ +++,  $\alpha$ 2-глобуліни - 11,6%,  $\gamma$ -глобуліни - 25%.

Рентген кистей: ознаки навколосуглобового остеопорозу в області п'ястно-фалангових суглобів.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Інтерпретуйте результати аналізів.*
4. *Фактори, які сприяють виникненню даної хвороби.*

[5]

12. Хвора 50-ти років надійшла в клініку зі скаргами на слабкість, схуднення, щільний набряк шкіри тилу кистей, передплічч, потемніння шкіри, мерзлякуватість в кінчиках пальців, побіління пальців на холоді, біль у великих суглобах.

Анамнез: Хворіє 3 роки. На початку з'явилася мерзлякуватість пальців, ціаноз і побіління на холоді. Протягом останніх 3 місяців турбує слабкість, щільний набряк кистей, передплічч, температура - 37,5°C.

При огляді: хвора зниженого харчування, шкіра смуглява, ущільнена. Лімфовузли збільшені. Пульс – 96/хв., ритмічний, АТ - 100/60 мм рт.ст. Межі серця в нормі. Тони серця приглушені, короткий систолічний шум на

верхівці. Дихання в легенях везикулярне, в нижніх відділах з обох сторін - пневмосклеротичні хрипи. Живіт при пальпації м'який, печінка біля краю реберної дуги.

В аналізах крові: еритроцити -  $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$ , Нь - 90 г/л, КП - 0,7, лейкоцити -  $8,2 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 53 мм/год; загальний білок - 86 г/л, глобуліни - 40%.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Інтерпретуйте результати аналізів.*
4. *Фактори, які сприяють виникненню даної хвороби.*

[3]

13. Хвора 25-ти років захворіла після переохолодження. Захворювання почалося з підвищення температури до  $39^{\circ}\text{C}$  (рефрактерної до антибіотиків), слабкості, схуднення, болі і припухлості в колінних, гомілково-стопних і ліктьових суглобах, збільшення підщелепних і пахвових лімфовузлів.

При огляді: стан тяжкий. На обличчі еритема по типу «метелика». На слизовій оболонці ротової порожнини - виразки. Підщелепні і пахвові лімфовузли збільшені. Припухлість колінних, гомілковостопних, ліктьових суглобів. Рухи в суглобах болючі. Пульс – 118/хв, ритмічний; АТ - 150/110 мм рт.ст. Межі серця: права зміщена на 1 см вправо від правого краю грудини, ліва - на 2 см лівіше середньо-ключичної лінії. Тони серця ослаблені, систолічний шум на верхівці і в 5-й точці. При перкусії легень визначається притуплення легеневого звуку в нижніх відділах. Дихання везикулярне, ослаблене, в нижніх відділах легень не проводиться. Печінка на 2 см виступає з-під реберного краю, м'яка, чутлива. На гомілках - набряки.

Аналізи крові: еритроцити -  $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$ , лейкоцити -  $3,2 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцити -  $90 \times 10^9/\text{л}$ , загальний білок - 50 г/л, альбуміни - 35%,  $\alpha_2$ -

глобуліни - 12%,  $\gamma$ -глобуліни - 28%. ОАМ: білок - 5 г/сут, пит. вага - 1020 лейкоцити - 6-8 в п/з, еритроцити - 20-25 в п/з, гіалінові циліндри - 3-5 в п/з.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Інтерпретуйте результати аналізів.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[1]

14. Хвора 37-ми років скаржиться на мерзлякуватість, похолодання і посиніння кінчиків пальців, тугорухливість в дрібних суглобах кистей рук.

Анамнез: хворіє 5 років. Захворювання виникло після обмороження кистей рук (на холоді були оніміння та біль у кінчиках пальців рук). Через 3 роки, восени, з'явився щільний набряк тилу кистей і пальців, ущільнення шкіри обличчя, передпліч, хвора стала худнути. Останнім часом з'явилися згинальні контрактури в пальцях рук і виразки на кінчиках пальців.

При огляді: стан середньої тяжкості. Хвора зниженого харчування. Шкірні покриви кольору «засмаги». Шкіра обличчя, передпліч ущільнена. Пальці «модельні». Телеангіоектазії на обличчі, червоній облямівці губ. Пальці бліді, холодні на дотик, на дистальних фалангах симптом «щурячих укусів». М'язи гіпотрофічні. Пульс ритмічний – 90/хв. Тони серця ослаблені, ритмічні. Дихання везикулярне. Печінка, селезінка не пальпуються.

ЗАК: еритроцити -  $4,7 \times 10^{12}/л$ , лейкоцити -  $4,7 \times 10^9/л$ , ШОЕ - 25 мм/год. ЗАС: пит. вага - 1020, лейкоцити - 1-2 в п/з, білка немає.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*

3. *Які лабораторні аналізи необхідно призначити.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

15. Пацієнт 48-ми років поступив в клініку зі скаргами на задишку, прискорене серцебиття при звичайному навантаженні, періодичні болі в серці тупого характеру, важкість у правому підребер'ї, набряки ніг, більше в вечірній час.

Анамнез: Захворів в 12 років, коли через три тижні після перенесеної ангіни з'явилася загальна слабкість, температура, болі і припухлість в колінних суглобах. Був поставлений діагноз «гостра ревматична лихоманка».

При огляді на момент надходження: верхівковий поштовх пальпується в VI міжребер'ї. У точці Боткіна і II міжребер'ї справа - систолічний і діастолічний шуми. Систолічний шум грубого тембру, проводиться в яремну ямку і сонні артерії. Пальпаторно визначається систолічний тремтіння в II міжребер'ї справа від грудини, I і II тони ослаблені.

1. *Яка вада серця розвинулася у хворого.*
2. *Які симптоми при об'єктивному дослідженні вказують на дане захворювання.*
3. *Що відноситься до великих критеріїв ревматизму.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[2]

16. Хвора 65-ти років, що страждає на ожиріння, впродовж останніх 7 місяців скаржиться на біль у лівому колінному суглобі, який посилюється після тривалого навантаження (стояння, ходьба). На рентгенограмі в колінному суглобі визначається остеосклероз, остеофіти, звуження суглобової щілини.

Рівень сечової кислоти не підвищений, загальний аналіз крові – без патологічних змін.

1. *Сформулюйте попередній діагноз;*
2. *Які ще суглоби можуть бути ураженими при даній хворобі;*
3. *Перелічіть хвороби, з якими необхідно провести диференціальну діагностику даної патології.*
4. *Вкажіть фактори ризику виникнення захворювання.*

[6]

17. Хвора 26-ти років поступила зі скаргами на болі і скутість в суглобах кистей, колін, м'язові болі, підвищення температури тіла до 38°C, кашель з відділенням слизового мокротиння, слабкість, нездужання, почервоніння обличчя.

Об'єктивно: шкірні покриви бліді, на обличчі еритема у вигляді "метелика". У легенях дихання жорстке, вологі хрипи. Тони серця приглушені, ритмічні, відзначається тахікардія, пульс 110/хв, на верхівці вислуховується слабкий систолічний шум, розширення меж серця вліво. Артеріальний тиск 140/90 мм рт.ст.

Рентгенологічно: відзначається неомогенне зниження легеневої прозорості. Корені розширені. Праворуч в плевральній порожнині рідина.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах крові будуть характерними для даної патології.*

[1]



## ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВІ

1. Хвора 30-ти років звернулася зі скаргами на загальну слабкість, головний біль, запаморочення, задишку при ходьбі, серцебиття, мерехтіння "мушок" перед очима, бажання їсти крейду.

З анамнезу з'ясувалося, що у неї рясні і тривалі (8 днів) менструації.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Шкіра бліда, суха. Нігті обламани, шаруються, в поперечних смужках. Дихання везикулярне, ЧДР 26/хв. Тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці серця. Пульс 100/хв, ритмічний, слабкого наповнення, м'який. АТ 90/60 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах крові будуть характерними для даної патології.*

[3]

2. Хворий 46-ти років звернувся зі скаргами на різку слабкість, головний біль, запаморочення, оніміння кінцівок, задишку і серцебиття при найменшому фізичному навантаженні.

З анамнезу з'ясувалося, що у хворого видалено шлунок з приводу новоутворення.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Шкіра бліда, жовтянича, язик темно-малиновий, гладенький, блискучий. Дихання везикулярне, ЧДР 26/хв. Тони серця ритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці, пульс слабкого наповнення і напруги, 96/хв., АТ 100/60 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка біля краю реберної дуги. Селезінка не пальпується.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*

3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

4. *Які зміни в аналізах крові будуть характерними для даної патології.*

[7]

3. В аналізі крові у хворої: еритроцити  $1,1 \times 10^{12}/\text{л}$ ; Нв 40 г/л; КП 1,0; ретикулоцити 27%; тромбоцити  $250 \times 10^9/\text{л}$ ; лейкоцити  $4,0 \times 10^9/\text{л}$ ; анізоцитоз; пойкилоцитоз; мікроцитоз; анізохромія.

1. *Інтерпретуйте наведений аналіз крові.*

2. *При якому захворюванні можуть бути такі показники.*

3. *Які ще дослідження необхідно призначити для підтвердження діагнозу.*

4. *Які фактори сприяють виникненню даного захворювання.*

4. Хвора 35-ти років зі скаргами на помірну загальну слабкість, запаморочення, потемніння в очах, парестезії в стопах і нестійкість ходи, зниження ваги на 10 кг.

Вищевказані скарги з'явилися кілька місяців тому і повільно наростали.

При огляді відзначається легка жовтушність шкірних покривів, печінка виступає з під краю реберної дуги на 1,5 см, селезінка не пальпується.

В аналізі крові: гемоглобін 70 г/л, ЦП 1,4; тромбоцити  $110 \times 10^9/\text{л}$ ; лейкоцити  $2,5 \times 10^9/\text{л}$ ; ШОЕ 12 мм/год.

1. *Попередній діагноз.*

2. *Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.*

3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*

4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[8]

5. Хвора 35-ти років звернулася до лікаря зі скаргами на слабкість, задишку, швидку стомлюваність.

В аналізі крові: гемоблобін 50 г/л; ЦПІ 0,5. У мазку пойкилоцитоз, мікроцитоз, ретикулоцити 0,2%.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Визначте ступінь тяжкості захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[2]

6. Пацієнтка 46-ти років, яка страждає ожирінням, звернулася до лікаря з приводу підвищеного діастолічного АТ і нерегулярного менструального циклу.

При об'єктивному огляді звертає на себе увагу повне, плеторичне обличчя, підвищений ріст волосся на обличчі, ожиріння з червоними стріями навколо живота, розсіяні по всьому тілу екхімози.

Лабораторні дані включають: НЬ - 180 г/л, лейкоцити -  $18 \times 10^9$ /л, тромбоцити в нормі. Лейкоцитарна формула показує абсолютний нейтрофільний лейкоцитоз, абсолютну лімфопенію і еозинофілію. Рентгенограма грудної клітини в нормі.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перелічіть наявні синдроми.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

7. Хвору 25-ти років турбує слабкість, запаморочення і миготіння мушок перед очима при нахилах, слабкість в м'язах, задишка і серцебиття при невеликих фізичних навантаженнях, подобаються запахи бензину, гуталіну, є харчові пристрасті до сухих макаронів, крейди.

Об'єктивно: Шкіра і слизові бліді, нігті - з поперечною смугастістю - койлоніхія. Тони серця приглушені, ЧСС – 84/хв у спокої. Вислуховується ніжний систолічний шум на верхівці серця, який нікуди не проводиться.

В аналізах крові гемоглобін - 100 г/л, еритроцити -  $3,4 \times 10^{12}$ /л. Залізо сироватки - 6 мкмоль/л.

1. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.
2. Попередній діагноз.
3. Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.
4. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.

[1]

8. Хворого 57-ми років турбує слабкість, стомлюваність, задишка і серцебиття при невеликому фізичному навантаженні, печіння в язиці, відчуття оніміння в підшвах стоп. Шкіра і слизові бліді з жовтяничним відтінком. Волосся сиве. Язик набряклий чистий, малиновий, блискучий, сосочки атрофовані. Тони серця глухі, слабкий систолічний шум на верхівці та легеневого стовбурі. Пальпується печінка на 2 см нижче правої реберної дуги, перкуторні розміри 15x10x8 см. Пальпується селезінка, перкуторні розміри 13x10 см. Посилені рефлекси, знижена чутливість на стопах і кистях рук.

Білірубін загальний 55 мкмоль/л, непрямий 45 мкмоль/л. Аналіз крові: еритроцити -  $2,6 \times 10^{12}$ /л, тільця Жоллі і кільця Кебота.

Результати стеральної пункції: еритроїдна гіперплазія кісткового мозку, мегалобластний тип кровотворення, співвідношення еритроїдних і мієлоїдних елементів 1: 1, знижена кількість мегакаріоцитів, визначаються гігантські метамієлоцити.

1. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.
2. Попередній діагноз.
3. Інтерпретуйте наведені результати аналізів.

4. *Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.*

[5]

9. Хворий 55-ти років 3 роки тому отримував поліхіміотерапію і променеви терапію з приводу раку легені. Протягом півроку з'явилася слабкість, запаморочення, задишка при ходьбі. При ретельному обстеженні хворого, включаючи КТ органів грудної та черевної порожнин, даних за прогресування основного захворювання і розвиток метастазів немає.

Аналіз крові: еритроцити -  $2,1 \times 10^{12}/\text{л}$ , ретикулоцити - 0,5%, лейкоцити -  $1,9 \times 10^9/\text{л}$ , тромбоцити -  $90 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 35 мм/год.

Результати дослідження кісткового мозку: кістковий мозок в основному представлений жировою тканиною, в якій визначаються рідкісні і дрібні острівці мієлоїдної тканини.

1. *Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.*
2. *Попередній діагноз.*
3. *Інтерпретуйте наведені результати аналізів.*
4. *Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.*

[2]

10. Хворого 25-ти років турбує субфебрильна температура, збільшення шийно-надключичних лімфатичних вузлів справа, слабкість, свербіж шкіри, схуднення на 5 кг за 3 місяці.

Об'єктивно: Шкіра і слизові бліді, праворуч в підщелепній і надключичній областях пальпується конгломерат лімфовузлів, рухливих, щільних, не спаяних зі шкірою, безболісних. Інші лімфовузли не пальпуються. З боку внутрішніх органів патології не виявлено.

В пунктаті лімфовузла виявлені поряд з лімфоцитами і розростанням сполучної тканини великі двоядерні у вигляді «очей сови» клітини Березовського-Штернберга.

1. *Назвіть синдром ураження внутрішніх органів.*

2. *Попередній діагноз.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

10. Хворого 35-ти років турбує слабкість, пітливість, важкість у лівому підребер'ї. При пальпації живота визначаються збільшена печінка з заокругленим щільним краєм, перкуторні розміри 17x13x9 см, збільшена селезінка, яка виступає на 5 см з-під реберної дуги, перкуторні розміри 20x15 см.

В аналізі крові: лейкоцити -  $210 \times 10^9/\text{л}$ , промієлоцити - 5%, мієлоцити - 9%, паличкоядерні нейтрофіли - 10%, сегментоядерні - 40%, базофіли - 7%, еозинофіли - 9%, моноцити - 5%, лімфоцити - 15%. ШОЕ - 55 мм/год.

1. *Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.*
2. *Попередній діагноз.*
3. *Інтерпретуйте наведені результати аналізів.*
4. *Визначте етіологічні фактори виникнення даного захворювання.*

[8]

12. Хворий 63-х років скаржиться на слабкість, пітливість, субфебрильну температуру, часті гострі респіраторні захворювання, рецидивуючу герпетичну інфекцію.

При огляді виявляються збільшені пахові лімфовузли, безболісні, щільної консистенції, пальпується збільшена селезінка, перкуторні розміри - 15x13 см.

В аналізі крові: лейкоцитоз -  $80 \times 10^9/\text{л}$ , лімфоцитів - 80%, нейтрофілів - 20%. IgA - 0,2 г/л, IgM - 0,3 г/л, IgG - 4,5 г/л.

1. *Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.*
2. *Попередній діагноз.*
3. *Інтерпретуйте наведені результати аналізів.*

4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[4]

13. Хворий 35-ти років скаржиться на раптову появу крововиливів у вигляді дрібних крапок на нижніх кінцівках і животі, болі в колінних суглобах.

Три тижні тому переніс гостре респіраторне захворювання.

При огляді виявляється геморагічний висип на кінцівках, тулубі, сідницях, місцями зливається, місцями після висипу залишилися ділянки пігментації.

В аналізі сечі - білок - 0,1 г/л, еритроцити змінені - 7-10 в п/з. Підвищений рівень циркулюючих імунних комплексів в крові - 210 у. од.

1. *Назвіть синдром ураження внутрішніх органів.*
2. *Попередній діагноз.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

[3]

14. У лікарню доставлена пацієнтка 28-ми років, стан середньої тяжкості, в свідомості, шкіра і видимі слизові оболонки бліді, на шкірі нижніх кінцівок безліч гематом розміром 2х2 см, температура тіла 37,2°C, АТ 100/60 мм.рт.ст., пульс 92/хвилину, ритмічний, ослаблений.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Пальпація яких органів допомагає в уточненні характеру ураження?*
3. *Що можна визначити при постукуванні по грудині і трубчастим кісткам?*
4. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*

[2]

## ХВОРОБИ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

1. Хворий 56-ти років звернувся зі скаргами на появу припухлості в області шії, швидко стомлюваність, нездужання, зниження апетиту.

Хворіє протягом 1,5 років.

Об'єктивно: температура 37,5°C. Загальний стан задовільний, свідомість ясна. Шкірні покриви і видимі слизові бліді. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Пальпуються збільшені підщелепні, шийні, пахові, пахові лімфатичні вузли. Вони не спаяні між собою і з навколишніми тканинами. Дихання везикулярне, перкуторний звук ясний, легеневий. Ліва межа відносної серцевої тупості на 0,4 см назовні від середньо-ключичної лінії. Тони серця ритмічні, приглушені. Пульс 78/хв., ритмічний, задовільного напруження та наповнення. АТ 135/80 мм рт.ст. Язик чистий, вологий. Живіт м'який, безболісний. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 4 см, селезінка пальпується біля краю реберної дуги.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах крові будуть характерними для даної патології.*

[1]

2. Хвора 44-х років звернулася зі скаргами на слабкість, пітливість, дратівливість, тремтіння в тілі, відчуття жару, серцебиття, схуднення.

Захворювання пов'язує зі стресовою ситуацією. Хворіє 4-й місяць.

Об'єктивно: температура 37,2°C. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста, волога. Відзначається тремор пальців, рідке кліпання очима, посилений блиск очей, позитивні симптоми Грефе і Мебіуса. Є дифузне збільшення щитовидної залози (симптом "товстої шії"). Підшкірно-жирова



клітковина розвинена недостатньо. Дихання везикулярне, ЧДР 20/хв. Тони серця чисті, ритмічні. ЧСС 100/хв. АТ 140/70 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах крові будуть характерними для даної патології.*

[6]

3. Жінка 48-ми років звернулася до фельдшера зі скаргами на погіршення пам'яті, швидку стомлюваність, зниження працездатності, сонливість, мерзлякуватість, часті закрепи.

Хворіє протягом 2-х років.

Об'єктивно: температура 35,4°C. Загальний стан задовільний, шкіра суха, лущиться. Обличчя набрякле, амімічне, очні щілини вузькі, повіки припухлі. Стопи набряклі, при натисканні ямки не залишаються. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. Тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС 52/хв., АТ 110/70мм рт.ст. Язик набряклий, по краях визначаються відбитки зубів. Живіт м'який, безболісний.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах крові будуть характерними для даної патології.*

[1]

4. Хвора 18-ти років звернулася зі скаргами на спрагу, підвищений апетит, сухість у роті, рясне виділення сечі, схуднення.

Хворіє близько 2-х місяців.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Шкіра суха, лущиться. Підшкірно-жирова клітковина розвинена недостатньо. Дихання везикулярне. Тони серця чисті, ритмічні, ЧСС 72/хв. АТ 110/80 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах крові будуть характерними для даної патології.*

[7]

5. Хвора 67-ми років звернулася зі скаргами на спрагу, сухість у роті, шкірний свербіж в області промежини, рясне виділення сечі, слабкість.

Подібні скарги з'явилися 3 місяці тому.

Об'єктивно: Зріст 160 см, маса тіла 92 кг. Підшкірно-жирова клітковина розвинена надмірно. Загальний стан задовільний. Шкіра суха, видно сліди подряпин. Дихання везикулярне, ЧДР 20/хв. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС 72/хв. АТ 140/90 мм рт.ст. Абдомінальної патології не виявлено.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Які зміни в аналізах крові будуть характерними для даної патології.*

[5]

6. Хвора 40-ка років скаржиться на схуднення за місяць на 7 кг при збереженому апетиті, серцебиття, тремтіння в тілі, відчуття жару, слабкість, дратівливість, поганий сон.

Об'єктивно: Шкіра волога, тепла, еластична, тонка. Волосся м'яке. Очні щілини розширені, рідке кліпання очима. При погляді вниз з'являється біла смужка між верхньою повікою і райдужкою. Порушена конвергенція, повіки пігментовані. Пальпується перешийок щитоподібної залози. Визначається тремор пальців рук. Тони серця ритмічні, ясні, ЧСС – 98/хв.

Дані ЕКГ - синусова тахікардія, неспецифічні зміни кінцевої частини шлункового комплексу.

1. Назвіть очні симптоми і синдром ураження внутрішніх органів.
2. Попередній діагноз.
3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.
4. Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.

[2]

7. Хвора 45-ти років скаржиться на мерзлякуватість, слабкість, зниження пам'яті та уваги, збільшення ваги на 4 кг за 2 місяці, закрепи.

Об'єктивно: Обличчя бліде, набрякле, амімічне, збільшений в розмірах язик (макроглісія). Шкіра суха, груба, волосся рідке, сухе. Тони серця глухі, ритмічні. ЧСС – 64/хвилину. Претібіальний набряк гомілок.

Біохімічний аналіз крові - холестерин 8,5 ммоль/л, гемограма - еритроцити -  $3,5 \times 10^{12}$ /л млн. Тіреотропний гормон (ТТГ) - 35 МО/л.

1. Назвіть синдром ураження внутрішніх органів.
2. Попередній діагноз.
3. Інтерпретуйте аналізи.
4. Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.

[1]

8. Хвора 22-х років скаржиться на спрагу (випиває 4-5 л рідини за добу), рясне сечовипускання, схуднення на 10 кг за 2 місяці, слабкість.

Об'єктивно: Зниженого харчування, тургор шкіри знижений, шкіра суха. Запах ацетону з рота. Язик сухий. Дихання везикулярне. Тони серця ритмічні, ЧСС 86/хвилину. Живіт м'який, безболісний у всіх відділах.

Цукор крові - 16 ммоль/л. Аналіз сечі: пит. вага. - 1030, цукор +++, ацетон ++.

1. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.
2. Попередній діагноз.
3. Інтерпретуйте результати аналізів.
4. Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.

[4]

9. Хворий 25-ти років протягом 8 років страждає на цукровий діабет, отримує терапію інсуліном. Протягом 2 тижнів з'явилася сухість у роті, спрага, п'є близько 5 л води за добу, рясне сечовипускання, виражена слабкість, нудота. Сьогодні двічі була блювота, з'явився біль в животі.

Об'єктивно: Стан середньої тяжкості, загальмований. Задишка в спокої – 26/хвилину. Запах ацетону з рота. Шкіра суха, тургор знижений. Язик сухий. Тони серця приглушені. ЧСС – 90/хвилину. АТ 110/70 мм рт.ст. Дихання везикулярне. Живіт м'який, болючий у всіх відділах. Печінка виступає з-під реберної дуги на 3 см, щільно-еластичної консистенції, перкуторні розміри 15x12x10 см.

Цукор крові - 18 ммоль/л, Ph крові - 6,9. Аналіз сечі: ацетон +++, глюкоза 40 г/л.

На ЕКГ - зубці Т низькі, визначається зубець U.

1. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.
2. Попередній діагноз.
3. Інтерпретуйте результати аналізів.
4. Яке ускладнення виникло?

[5]

10. Хворий 68-ми років тривалий час страждає на цукровий діабет II типу, переніс гостру кишкову інфекцію. Протягом 5 днів зберігалася фебрильна температура, турбувала блювота 1-2 рази на добу, рідкі рясні випорожнення до 5 разів на добу. Отримував антибактеріальну терапію, випорожнення і температура нормалізувалися, але стан не покращився, з'явилася спрага, поліурія, слабкість.

Об'єктивно: Стан важкий, загальмований, погано орієнтується в часі і просторі. Запаху ацетону немає. Шкіра суха, тургор різко знижений. Язик сухий. Тони серця ритмічні, глухі. Пульс ниткоподібний, 100/хвилину. АТ 90/60 мм рт.ст.

Цукор крові - 25 ммоль/л, осмолярність сироватки - 350 мосм/л, Ph - 7,6. У сечі ацетону немає, цукор +++.

1. Назвіть синдроми ураження внутрішніх органів.
2. Попередній діагноз.
3. Інтерпретуйте результати аналізів.
4. Яке ускладнення виникло?

[1]

11. Хворий 35-ти років, що страждає на цукровий діабет I типу, після ін'єкції інсуліну відчув різку слабкість, тремтіння в тілі, пітливість, серцебиття, запаморочення, відчуття голоду, втратив свідомість.

Об'єктивно: Стан важкий, без свідомості. Шкіра волога, бліда. Судомні посмикування рук і ніг. Тони серця ритмічні, ЧСС – 100/хвилину. АТ 170/90 мм рт.ст.

1. Попередній діагноз.
2. Яке ускладнення виникло?
3. Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.
4. Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.

[3]

12. Хворий 35-ти років, що страждає на цукровий діабет, після прийому алкоголю (зі слів, випив близько 1000 мл горілки) відчув різку слабкість, тремтіння в тілі, серцебиття, відчуття голоду.

Об'єктивно: Стан середньої тяжкості. Збуджений, тремор пальців рук. Шкіра бліда, волога. Тони серця ритмічні, ЧСС – 108/хвилину. АТ 180/90 мм рт.ст. Дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний у всіх відділах.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Яке ускладнення виникло?*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

[8]

13. Жінка 70-ти скаржитья на слабкість, задишку, схудла за рік більше, ніж на 15 кг. Раніше була гіпертензія, АТ досягало 200 мм.рт.ст. Кілька років тому страждала закрепами, тепер випорожнення регулярні, іноді 2 рази на день.

Об'єктивно: шкіра волога, знижений тургор тканин, ціанозу немає. У легенях - коробковий звук при перкусії. Дихання везикулярне, але в нижніх відділах невелика кількість застійних вологих хрипів. Тони серця звичайного характеру, шумів немає, пульс аритмічний, АТ 140/80 мм рт.ст. Печінка виступає на 3 см з-під краю реберної дуги. Набряки гомілок і стоп. Пальпується збільшена щитоподібна залоза м'яко-еластичної консистенції.

На ЕКГ – тахісистолічна форма фібриляції передсердь. Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Яке ускладнення виникло?*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*

4. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

[7]

14. На прийом до лікаря загальної практики звернулася пацієнтка 36-ти років зі скаргами на головні болі, дратівливість, спрагу. В анамнезі - безпліддя.

Об'єктивно: ІМТ 30 кг/м<sup>2</sup>, гіпертрихоз, стрії на животі та спині, АТ 164/98 мм рт.ст. Глюкоза в плазмі 7,8 ммоль/л.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
3. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*
4. *Причини виникнення даного захворювання?*

[2]

15. Хвора 45-ти років скаржитися на мерзлякуватість, сонливість, закрепи. При об'єктивному дослідженні виявлено збільшення щитоподібної залози.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Причини виникнення даного захворювання?*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Перелічіть інструментальні методи дослідження, необхідні для підтвердження діагнозу.*

[4]

## ПРИКЛАДИ РОЗВ'ЯЗАННЯ СИТУАЦІЙНИХ ЗАДАЧ

1. Хворий 45-ти років звернувся зі скаргами на загальну слабкість, нездужання, підвищену стомлюваність, зниження працездатності, підвищення температури, кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння, задишку. Погіршення стану настало 5 днів тому.

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

Об'єктивно: температура 37,5°C. Загальний стан задовільний. Шкіра чиста. Перкуторний звук над легеньми ясний. Дихання ослаблене, везикулярне, з обох сторін визначаються різнокаліберні вологі хрипи. ЧДР 22/хв. Тони серця ясні, ритмічні. ЧСС 72/хв. АТ 120/80 мм рт.ст.

1. *Сформулюйте можливий діагноз.*
2. *Перерахуйте можливі ускладнення при даному захворюванні.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

### **Еталон відповіді:**

1. Хронічне обструктивне захворювання легень.
2. Емфізема легень, пневмосклероз, бронхопневмонія, бронхоектази, дихальна недостатність, хронічне легеневе серце.
3. Загальний аналіз крові, дослідження мокротиння - мікроскопічне і бактеріологічне.
4. Рентгенологічне дослідження легень, спірометрія.



2. Хвора 40-ка років скаржиться на головний біль, високу температуру, різкий колючий біль в правій половині грудної клітини, що підсилюється при кашлі, задишку, кашель з мокротинням рожевого кольору.

Анамнез: Захворювання почалося гостро, після переохолодження. Хворіє другий день.

Об'єктивно: температура 39,4°C. Загальний стан важкий. Обличчя гіперемоване, на губах визначаються герпетичні висипання. ЧДР – 28/хв. При огляді права половина грудної клітини відстає при диханні, при пальпації голосове тремтіння посилене, при перкусії справа над нижньою часткою визначається притуплення звуку, при аускультатії в нижній частці справа дихання везикулярне ослаблене, визначається крепітація. Тони серця приглушені. Пульс 110/хв., ритмічний, АТ 110/70 мм рт.ст.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Визначте етіологічний фактор виникнення даного захворювання.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

**Еталон відповіді:**

1. Негоспітальна пневмонія в нижній частці правої легені.
2. Найчастіше збудниками пневмонії є такі бактерії: *Str. pneumoniae*, *S. pneumoniae*, *H. influenzae*, *S. aureus*, *M. catarrhalis*, *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Legionella*.
3. Загальний аналіз крові, дослідження харкотиння - мікроскопічне і бактеріологічне, дослідження гемокультури, серологічні тести.
4. Рентгенографічне обстеження, комп'ютерна томографія легень.

[4]

3. Хворий скаржиться на головний біль в потиличній області, блювоту, запаморочення, миготіння мушок перед очима.

З анамнезу з'ясувалося, що ці явища розвинулися сьогодні в другій половині дня. Головні болі турбували періодично протягом декількох років. До цього до лікаря не звертався.

Об'єктивно: температура 36,4°C. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра бліда. Дихання везикулярне. Ліва межа відносної серцевої тупості на 1 см назовні від середньо-ключичної лінії. Тони серця приглушені, різкий акцент 2-го тону на аорті. ЧСС 92/хв., Пульс твердий, напружений, 92/хв. АТ 200/110 мм рт.ст.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перерахуйте можливі ускладнення.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

**Еталон відповіді:**

1. Гіпертонічна хвороба.
2. Гіпертонічний криз, інфаркт міокарда, гостре порушення мозкового кровообігу, гостра серцева недостатність, ниркова недостатність, порушення зору.
3. Загальний розгорнутий аналіз крові, аналіз сечі, цукор крові, біохімічні: рівень сечовини і креатиніну, ліпідограма, протеїнограма.
4. ЕКГ, ЕХО-КС, рентгенографія органів грудної клітки, УЗД нирок, при наявності будь-яких неврологічних ознак слід виконати КТ головного мозку для виключення крововиливу.

[1]

4. Хворий 38-ми років звернувся до фельдшера зі скаргами на гострі болі в животі, що виникають через 30 хв. після прийому їжі, блювоту на висоті болю, що приносить полегшення. Іноді хворий сам викликає блювоту після їжі для зменшення болю. Апетит збережений, але хворий обмежує прийом їжі через появу болів.

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

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

1. *Попередній діагноз.*
2. *Перелічіть укладення, які можуть виникнути.*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити хворому.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

**Еталон відповіді:**

1. Виразкова хвороба шлунку.
2. Стеноз вихідного відділу шлунку, пенетрація, перфорація, кровотеча, кальозна виразка, малігнізація.
3. Клінічний аналіз крові, залізо сироватки крові, коагулограма;, копрологічне дослідження калу (зміна консистенції, реакції; креаторея і ін.), аналіз калу на приховану кров, гістологічне дослідження біоптату шлунку, сироватковий гастрин, панкреатична еластаза в калі, антитіла до *H.pylori* (тільки у первинних хворих, яким не проводилася антигелікобактерна терапія), <sup>13</sup>C- уреазний дихальний тест.
4. Езофагогастродуоденоскопія з прицільною біопсією, УЗД печінки, ЕКГ, рентгенологічне дослідження шлунка і дванадцятипалої кишки, пальцеве дослідження прямої кишки, ректороманоскопія.

5. Хвора 42-х років звернулася зі скаргами на сильний озноб, підвищення температури, ниючі болі в попереку праворуч, часте хворобливе сечовипускання. Захворювання пов'язує з переохолодженням.

Об'єктивно: температура 38°C. Загальний стан середньої тяжкості. Шкіра чиста. Дихання везикулярне. Тони серця приглушені, ритмічні, ЧСС 92/хв., АТ 120/80 мм рт.ст. Язик чистий. Живіт м'який, відзначається болючість по зовнішньому краю прямого м'яза живота справа на рівні реберної дуги, пупка і пахової складки. Симптом Пастернацького позитивний справа.

1. *Попередній діагноз.*
2. *Які зміни в загальному аналізі сечі можна очікувати?*
3. *Які лабораторні методи дослідження необхідно призначити.*
4. *Найбільш інформативні інструментальні методи дослідження для підтвердження діагнозу.*

**Еталон відповіді:**

1. Гострий пієлонефрит.
2. Сеча каламутна, лужна реакція, помірна протеїнурія, мікрогематурія, виражена лейкоцитурія, можливо - циліндрурія, бактеріурія (більше 100000 мікробних тіл в 1 мл сечі).
3. Загальний аналіз крові; загальний аналіз сечі; проба за Нечипоренко; бактеріологічний посів сечі на флору і чутливість до антибіотиків; Б/хАК: збільшення вмісту сіалових кислот, фібрину, серомукоїду, альфа-2 і гамма-глобулінів, креатиніну, сечовини; проба Реберга-Тарєєва - дослідження клубочкової фільтрації та каналцевої реасорбції за ендogenousним креатиніном.
4. Ультразвукове дослідження нирок, оглядова рентгенографія ділянки нирок, екскреторна урографія.

## РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

### *Основна*

1. Клінічна лабораторна діагностика: навч. посіб. для мед. ВНЗ IV рів. акред. – 2-ге вид. Рекомендовано МОЗ України / Б.Д. Луцик, Л.Є. Лаповець [та ін.]; за ред. Б.Д. Луцика. – К., 2018. – 288 с. + 8 с. кольор. вкл.
2. Михайловська Н.С. Основи клініко-лабораторної діагностики захворювань внутрішніх органів: навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи для студентів III курсу, спеціальність «Лабораторна діагностика» за програмою навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» / Н.С. Михайловська, О.О. Лісова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 221 с. – Рекомендовано МОЗ України (прот. № 2 від 02.06. 2017).
3. Основи внутрішньої медицини: Електронний навчально-методичний комплекс з основ внутрішньої медицини до практичних занять та самостійної роботи для студентів 2, 3 курсів, спеціалізація «Лабораторна діагностика» за програмою навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» / Н.С. Михайловська, Г.В. Грицай, О.В. Шершньова [та ін.] – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 02.02.2017).
4. Основи внутрішньої медицини з інтерпретацією результатів лабораторних досліджень: Електронний навчальний посібник / Н.С. Михайловська [та ін.]. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2016. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 1 від 29.09.2016).
5. Клінічні лабораторні дослідження: підручник / Т.І. Бойко. — 2-е вид., переробл. і допов. – В-во «Медицина», 2015. – 352 с. та 16с. іл.
6. Клінічне тлумачення і діагностичне значення лабораторних показників у клініці внутрішньої медицини: навчальний посібник / І.П. Катеренчук. - Полтава, 2015. - 270 с.

*Додаткова*

1. Посібник до вивчення курсу «Клінічна лабораторна діагностика» / Т.М.Шевченко, С.А.Лацинська, С.І.Вальчук. – Д.: РВВ ДНУ, 2015. – 70 с.
2. Михайловська Н.С. Загальні принципи клініко-лабораторної діагностики захворювань внутрішніх органів : збірник тестових завдань та ситуаційних задач для підсумкового контролю знань студентів III курсу II медичного факультету, спеціальність «Лабораторна діагностика» за програмою навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» / Н.С. Михайловська, Л.Є Міняйленко. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2018. – 126 с. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 22.02.2018).
3. Михайловська Н.С. Практикум з навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» для студентів III курсу спеціальності «Лабораторна діагностика» напряму підготовки «Медицина» / Н.С. Михайловська, О.О. Лісова - Запоріжжя: ЗДМУ, 2016 р. – 119 с. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 10.03.2016).
4. Довідник основних нормальних лабораторних та функціональних показників здорових людей різних вікових категорій: навчальний посібник / Бойко Д.М., Бойко М.Г., Бойко О.С. – Полтава: ТОВ «АСМІ», 2012. – 152с.
5. Сучасні класифікації та стандарти лікування розповсюджених захворювань внутрішніх органів / За ред. Проф.. Ю.М. Мостового, 11-те вид., доповнене та перероблене – Вінниця: «ДКФ», 2009. – 527 с.
6. Методы клинических лабораторных исследований / под. ред. проф. В. С. Камышникова. – 4-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 750 с.
7. Виктор Хоффбрант, Джон Петит. Гематология. Атлас-справочник. Пер. с англ.- М., Практика, 2007. – 408 с.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Михайловська Н.С. Основи клініко-лабораторної діагностики захворювань внутрішніх органів: навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи для студентів III курсу, спеціальність «Лабораторна діагностика» за програмою навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» / Н.С. Михайловська, О.О. Лісова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – 221 с. – Рекомендовано МОЗ України (прот. № 2 від 02.06. 2017).
2. Основи внутрішньої медицини: навчально-методичний посібник до практичних занять та самостійної роботи для студентів III курсу, спеціальність «Лабораторна діагностика» за програмою навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» / Н.С. Михайловська, Г.В. Грицай, О.О. Лісова. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2015. – 145 с. – Рекомендовано Вченою радою ЗДМУ (прот. № 3 від 15.10. 2015).
3. Основи внутрішньої медицини з інтерпретацією результатів лабораторних досліджень: Електронний навчальний посібник / Н.С. Михайловська [та ін.]. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2016. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 1 від 29.09.2016).
4. Основи внутрішньої медицини: Електронний навчально-методичний комплекс з основ внутрішньої медицини до практичних занять та самостійної роботи для студентів 2, 3 курсів, спеціалізація «Лабораторна діагностика» за програмою навчальної дисципліни «Внутрішня медицина» / Н.С. Михайловська, Г.В. Грицай, О.В. Шершньова [та ін.]. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2017. – Рекомендовано ЦМР ЗДМУ (прот. № 3 від 02.02.2017).
5. Клиническая лабораторная диагностика : уч.- метод. пособие для студентов лечебного, педиатрического и медикопсихологического факультетов / С.В. Лелевич, В.В. Воробьев, Т.Н. Гриневич – Гродно : ГрГМУ, 2011. – 166 с.
6. Клиническая лабораторная диагностика : в 2 т. Т. 1 / под ред. профессора В. В.Долгова. – М.: ООО «Лабдиаг», 2017. – 464 с.
7. Клиническая лабораторная диагностика : в 2 т. Т. 2 / под ред. профессора В. В.Долгова. – М.: ООО «Лабдиаг», 2018. – 624 с.

8. Електронний посібник до вивчення курсу «Основи загальної клінічної лабораторної діагностики» / Т.М. Шевченко, П.М. Полушкін – Д.: ДНУ, 2016. – 138 с.

9. Залюбовская О.И., Литвинова О.Н., Киреев И.В., Зленко В.В, Карабут Л.В. Клиническая лабораторная диагностика: курс лекций. – Харьков: Из-во НфаУ, 2008.- 175 с.