

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «НАПАД БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

До сімейного лікаря родичі привели пацієнтку 38 р., яка має напад ядухи та займає вимушене сидяче положення із нахилом тулуба вперед, на відстані чути свистяче дихання. Родичі повідомили, що жінка впродовж 5-6 років хворіє на бронхіальну астму, ліки приймає не регулярно. Напади задухи вдень виникають 2-3 рази в тиждень, вночі 1-2 рази на місяць. При пікфлоуметрії ПОШвид більше 80% від належних, добовий розмах ПОШвид 20-30%. Теперішній напад виник на фоні стресу. Об'єктивно: грудна клітка в положенні максимального вдоху, міжреберні м'язи і надключні ямки втягуються при вдосі, шийні вени набухлі; над легенями перкуторно звук з тимпанічним відтінком, аускультативно багато сухих свистячих хрипів.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «НАПАД БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Хворий 52 років доставлений в лікарню у зв'язку із важким нападом експіраторної задишки, яка супроводжується важким сухим кашлем з дистанційними хрипами, серцебиттям. 10 років спотерігається з приводу бронхіальної астми. В останній час напади ядухи виникають щодня, нічні напади – 1-2 рази на тиждень. Для купування приступів застосовує сальбутамол. При пікфлоуметрії ПОШвид більше 70% від належних, добовий розмах ПОШвид >30%. Теперішній напад виник на фоні фізичного навантаження. Об'єктивно: грудна клітка бочкоподібної форми; над легенями перкуторно звук з тимпанічним відтінком, аускультативно багато сухих свистячих хрипів. На ЕКГ виявлено відхилення осі серця вправо, комплекси QRS 0,12 сек., М-подібні комплекси у відведеннях V<sub>1</sub>, V<sub>2</sub>, дискордантні зміни у V<sub>5</sub>, V<sub>6</sub>.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ГІПЕРТОНІЧНА КРИЗА»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Пацієнт 65 р. звернувся зі скаргами на інтенсивний біль в потиличній ділянці голови, який супроводжується нудотою та запамороченням. Біля 20 років хворіє на есенціальну артеріальну гіпертензію, 5 років тому переніс інфаркт міокарда. Теперішнє погіршення стану пов'язує з фізичним навантаженням (працював на городі). Об'єктивно: збуджений, АТ 170/100 мм рт. ст., пульс 110/хв., тони серця дещо ослаблені, ритмічні, акцент II тону над аортою; в легенях везикулярне дихання; перкуторно печінка не збільшена; периферичні набряки відсутні. На ЕКГ: ритм правильний, синусовий, лівограма,  $R_I+S_{III}$  35 мм,  $SV_2+RV_5$  45 мм, синусова тахікардія, зубець Q у відведеннях II, III, AVF.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ГІПЕРТОНІЧНА КРИЗА»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Пацієнтка 55 р. звернулася зі скаргами на виражену нудоту, яка супроводжується блювотою, тиснучий, інтенсивний біль в потиличній ділянці голови. Повідомила, що на протязі двох років в неї періодично відмічається підвищення артеріального тиску (АТ). Сімейний лікар встановив діагноз гіпертонічної хвороби. Гіпотензивні препарати приймає епізодично. Мати хворої померла у віці 67 р. від інсульту на фоні артеріальної гіпертензії. Об'єктивно: підвищеної вгодованості, обличчя гіперемоване, АТ 185/115 мм рт. ст., пульс 90/хв., тони серця звучні, ритмічні, акцент II тону над аортою; в легенях везикулярне дихання; перкуторно печінка не збільшена; периферичні набряки відсутні. При дуплексному скануванні екстракраніальних судин виявлено потовщення інтима-медіа сонних артерій. На ЕКГ: ритм правильний, синусовий, лівограма,  $R_I+S_{III}$  30 мм,  $SV_2+RV_5$  40 мм.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Лікар швидкої допомоги обстежує пацієнта віком 57 років, якого годину тому почав турбувати за грудинний стискаючий біль з іррадіацією в ліве плече, нітрогліцерин під язик не приносить полегшення. В минулому не хворів. Розвиток захворювання пов'язує післяфізичного та емоційного навантаження. Негайно записано ЕКГ: у відведеннях II, III і aVF виявлено піднятий над ізолінією на 5-6 мм сегмент ST, зубець T високий загострений, а в V1-V3 сегмент ST нижче ізолінії на 3-4 мм, у V1 R/S < 1. Об'єктивно: АТ 135/80 мм рт.ст. Тони серця ритмічні, приглушені, ЧСС 88/хв. ЧД 18/хв. В легенях везикулярне дихання. Sa O<sub>2</sub> 99%.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ГОСТРИЙ КОРОНАРНИЙ СИНДРОМ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

В хворого на ішемічну хворобу серця, віком 67 роки, останніми днями почастишали напади стенокардії, за грудинні стискаючі болі стали тривалішими, частішими й сильнішими, виражено обмежують звичайну фізичну активність, нітрогліцерин під язик майже не приносить полегшення. Звернувся до сімейного лікаря, який негайно записав ЕКГ та виявив горизонтальну депресію ST на 4-5 мм у грудних відведеннях. Під час об'єктивного обстеження: АТ 135/85 мм рт.ст., тони серця ритмічні, приглушені, ЧСС 90/хв. ЧД 20/хв. В легенях везикулярне дихання. Sa O<sub>2</sub> 98%. Проведений тропоніновий експрес-тест позитивний.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ПНЕВМОНІЯ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Хворий 42 років, скаржиться на підвищення температури тіла до 39-40<sup>0</sup>С, сухий кашель. Захворів гостро 3 дні тому, коли з'явилися лихоманка, озноб, сухий кашель. Захворювання пов'язує з різким переохолодженням. Об'єктивно: стан хворого тяжкий, температура тіла 39,5<sup>0</sup>С, шкіра бліда, частота дихання – 38 за хвилину, права половина грудної клітки відстає при диханні. В легенях - притуплення перкуторного звуку справа нижче кута лопатки, де при аускультатії вислуховується ослаблене везикулярне дихання, крепітація. Тони серця ритмічні, приглушені, ЧСС - 98 уд/хв., АТ - 110/70 мм рт. Живіт м'який, не болючий, печінка не збільшена, набряки відсутні. В аналізі крові: лейкоцити –  $16 \times 10^9$ /л, еозинофіли – 2%, паличкоядерні нейтрофіли – 24%, сегментоядерні нейтрофіли – 54%, лімфоцити – 18 %, моноцити – 2%, ШОЕ – 42 мм/год.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ПНЕВМОНІЯ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Чоловік 26 років, захворів гостро 2 дні тому після сильного переохолодження, коли виникли помірна задишка, кашель з "іржавим" харкотинням, підвищення температури тіла до 39<sup>0</sup>С, головний біль, слабкість. Лікувався вдома, приймав аспірин. Об'єктивно: стан важкий, гіперемія обличчя, ЧДР 36 за хвилину, АТ 100/70 мм рт.ст., ЧСС 98/хв, температура тіла – 38,5<sup>0</sup>С. Над легенями справа нижче від кута лопатки при перкусії - тупий перкуторний звук, при пальпації - посилене голосове тремтіння, при аускультатії - бронхіальне дихання. Рентгенографія легень: гомогенне затемнення у нижній частці правої легені.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Пацієнт, віком 70 років, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на задишку при незначному фізичному навантаженні і в спокої, відчуття важкості в правому підребер'ї, набряки нижніх кінцівок. Скарги турбують впродовж тижня. Три роки тому переніс Q-інфаркт міокарда, недотримувався призначеного лікування. Об'єктивно: ціаноз губ і крил носа, набряки гомілок та стоп. ЧДР 30 за хвилину. В легенях дихання везикулярне, ослаблене в нижніх відділах з обох боків, де вислуховуються вологі дрібнопухирчасті хрипи. При аускультатії серця - тони ритмічні, приглушені. ЧСС 116 за хвилину, пульс 116 за хвилину, ритмічний. АТ 135/80 мм рт.ст. Печінка виступає на 3 см нижче краю реберної дуги. На ЕКГ: ритм правильний, синусовий, зубець Q у відведеннях I, II, AVL, V4-V6, сегмент ST на ізолінії.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Чоловік, віком 47 років, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на задишку, яка виникає в спокої, нічні напади ядухи, перебої у роботі серця, набряки гомілок. Зловживає алкоголем. Об'єктивно: акроціаноз, розширення меж серця вліво і вправо. При аускультатії серця - тони аритмічні, приглушені, систолічний шум на верхівці серця. ЧСС 116 за хвилину, пульс 96 за хвилину, АТ 130/80 мм рт.ст. В легенях - вологі дрібнопухирчасті хрипи над задньо-боковими відділами. ЧДР 32 за хвилину. Печінка на 4 см нижче реберної дуги. Набряки на гомілках. ЕКГ: зниження вольтажу, ритм не правильний, зубець P відсутній, хвиляста лінія f. Ехо-КГ: порожнини шлуночків розширені,

мітральна регургітація (2+), фракція викиду – 35%, гіпокінезія стінок лівого шлуночка.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Хворий Д., 45-ти років, ушпиталений у терапевтичний відділ з приводу болю в епігастральній ділянці, який турбує через 1–1,5 години після приймання їжі, уночі або під ранок натще; відчуття печії; відрижку кислим; закрепи. Хворим себе вважає упродовж трьох років. З анамнезу життя відомо, що працює водієм далекобійником, харчується нерегулярно. Об'єктивно: астеничної будови тіла, задовільного відживлення. Язик вкритий білим нашаруванням. Над легеньми вислуховується везикулярне дихання; ЧДР – 18 за 1 хв. Серце – межі серцевої тупості у межах норми; Ps – 85 за 1 хв.; ЧСС – 85 за 1 хв.; АТ 130/75 мм рт. ст. Живіт – під час поверхневої та глибокої пальпації – болючий у пілородуоденальній ділянці. Позитивний симптом: К. Менделя. Печінка на рівні реберної дуги, під час пальпації не болюча. ЗАК: Ер –  $3,1 \times 10^{12}/л$ , Нв – 90 г/л, Л –  $4,9 \times 10^9/л$ , е – 1,0 %, п – 2,0 %, с – 68,0 %, л – 28,0 %, м – 1,0 %, ШОЕ – 3 мм/год. ЗАС: без змін. ЕГДС: стравохід – без змін; у шлунку – значна кількість рідини, слизова шлунку гіперемійована, складки гіпертрофовані; цибулина 12-типалої кишки деформована, на передній стінці – дефект слизової діаметром 0,5 см. рН-метрія шлункового умісту – 1,2.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ПЕПТИЧНА ВИРАЗКА»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Пацієнт, 45 років, за професією програміст, звернувся до сімейного лікаря зі скаргами на болі в епігастральній ділянці, переважно натщесерце і в нічний час, майже постійну печію, відчуття тяжкості і розпирання в епігастральній ділянці

після прийому їжі, відрижку кислим, нудоту. З анамнезу відомо, що пацієнт багато курить, зловживає кавою, харчується нерегулярно. Хворіє три роки. Не обстежувався, не лікувався. Об'єктивно: стан задовільний. Шкірні покриви чисті, звичайного кольору. Температура тіла нормальна. Над легеньми везикулярне дихання. Тони серця ритмічні, ЧСС – 70 уд.в хв., АТ – 120/80 мм рт.ст. Живіт бере участь в акті дихання, при пальпації м'який, болючий в епігастральній ділянці, позитивний симптом К. Менделя. ЕГДФС: стравохід вільно прохідний; у шлунку натще міститься невелика кількість рідини і слизу; цибулина 12-палої кишки деформована, на задній стінці дефект слизової до 1,0 см в діаметрі; краї дефекту мають чіткі контури, гіперемійовані, набряклі; дно дефекту покрито фібринозними нашаруваннями; постбульбарний відділ без змін. Уреазний тест на наявність *H. pylori* - позитивний.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «НЕФРОТИЧНИЙ СИНДРОМ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Хвора К., 34 роки, упродовж 5-ти років хворіє на системний червоний вовчак. Останнім часом відмічає набряки обличчя, стегон, гомілок; задишку під час незначного фізичного навантаження, зменшення добової кількості сечі. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості; блідість та набряки обличчя, поперекової ділянки, нижніх кінцівок. ЧДР – 26 за 1 хв; Ps – 104 за 1 хв., ритмічний; АТ 145/100 мм рт. ст. Живіт м'який, не болючий. Симптом Ф.І. Пастернацького – від'ємний з обох сторін. ЗАК: Ер –  $3,8 \times 10^{12}/л$ , Нв – 90 г/л; КП – 0,7; L –  $3,0 \times 10^9/л$ ; е – 0,0 %, п – 6,0 %, с – 60,0 %, л – 30,0 %, м – 4,0 %; ШОЕ – 55 мм/год. ЗАС: прозора, слабо-кисла, питома вага – 1024, білок – 12,5 г/л, еритроцити – 18-20 у п/з, лейкоцити – 6-8 у п/з, циліндри гіалінові – 1-3 у п/з, кристали оксалатів – поодинокі у п/з. БАК: глюкоза – 5,2 ммоль/л, загальний білірубін – 16,9 мкмоль/л, креатинін – 0,08 ммоль/л, сечовина – 7,4 ммоль/л, загальний холестерин – 10,8 ммоль/л, загальний білок – 48,0 г/л. УЗД нирок:

форма, положення та структура нирок не змінені. Добова кількість сечі – 800,0 мл.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «НЕФРОТИЧНИЙ СИНДРОМ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Чоловік П., 42 р., з анамнезу хвороби відомо, що хворіє впродовж 10 років, відколи вперше був діагностований хронічний гломерулонефрит. Два тижні тому з'явилися і поступово стали наростати набряки нижніх кінцівок. Об'єктивно: шкіра суха, бліда, набряки обличчя, гомілок. ЧДР – 20 за 1 хв.; ЧСС – 74 уд. за 1 хв.; Рс – 74 уд. за 1 хв., ритмічний, задовільного наповнення і напруження. Язик вологий, без нашарувань; живіт м'який, не болючий; печінка і селезінка не пальпуються. ЗАК: Ер –  $3,9 \times 10^{12}/л$ , Нв – 94 г/л, L –  $4,2 \times 10^9/л$ , ШОЕ – 33 мм/год. ЗАС: білок – 6,6 г/л, Ер. – 10-20 у п. з., циліндри гіалінові – 4-6 в п. з. БАК: загальний холестерин – 10,2 ммоль/л, загальний білірубін – 14,2 ммоль/л. Протеїнограма: гіпоальбумінемія, підвищення альфа-2- і гама-глобулінів.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «МИГОТЛИВА АРИТМІЯ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Хворий Д., 48 років, ушпиталений у кардіологічний відділ зі скаргами на задишку під час незначного фізичного навантаження, перебої у роботі серця та набряки гомілок. Хворим себе вважає впродовж року, коли вперше з'явилась задишка під час ходьби. До лікаря не звертався, не лікувався. Об'єктивно: загальний стан тяжкий, акроціаноз. Перкуторно над легеньми – легеневий звук; під час аускультатії везикулярне дихання з жорстким відтінком; ЧДР – 26 за 1 хв. Серце – межі відносної серцевої тупості в нормі, тони серця послаблені,



аритмічні; ЧСС – 150 за 1 хв., Ps – 110 за 1 хв., дефіцит пульсу 40 за 1 хв. Живіт м'який, не болючий. Печінка та селезінка не пальпуються. набряки гомілок. ЕКГ: відстані між R-R різні, відсутність зубця P перед комплексом QRS, комплекс QRS – 0,11 сек, наявні хвилі f.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «МИГОТЛИВА АРИТМІЯ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Пацієнт М., 70 р., скаржиться на серцебиття, задуху під час помірного фізичного навантаження, набряки нижніх кінцівок. З анамнезу хвороби відомо, що два роки тому лікувався з приводу інфаркту міокарда. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові бліді, з ціанотичним відтінком; ЧДР – 24 за 1 хв. Ритм серцевої діяльності неправильний. ЧСС – 120/хв., Ps – 96/хв., тони серця послаблені, акцент другого тону над легеневою артерією. АТ – 130/80 мм рт ст. ЗАК: Ер –  $4,3 \times 10^{12}$ /л, Нь – 110 г/л, L –  $6,0 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 8 мм/год. ЗАС: без змін. БАК: загальний холестерин – 5,4 ммоль/л, загальний білірубін – 12,4 ммоль/л, калій – 4,6 ммоль/л, натрій – 140 мкмоль/л, сечовина – 4,8 ммоль/л, креатинін – 0,101 ммоль/л. ЕКГ: відсутність зубців P у всіх відведеннях, різні відстані між R-R, хвилі f, що найкраще виражені у V1.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ТЕЛА»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

У хворої Н., 34 роки, на 4-ту добу після оперативного втручання з приводу кістоми правого яйника раптово з'явився біль у правій половині грудної клітки з відходженням мокротиння рожевого кольору, біль посилюється під час дихання, підвищення температури тіла до 37,7°C. Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості; блідість шкірних покривів; ЧДР – 28 за 1 хв.; ЧСС – 110 за 1 хв., АТ – 100/60 мм рт. ст., акцент II тону над легеневою артерією. Живіт

м'який, не болючий. ЗАК: Ер –  $4,2 \times 10^{12}/\text{л}$ , L –  $10,8 \times 10^9/\text{л}$ ; ШОЕ – 45,0 мм/год. На Rg-грамі ОГК визначається трикутної форми тінь, верхівкою повернута до кореня легень. ЕКГ: правограма, синусова тахікардія; блокада правої ніжки пучка В. Гіса.

### **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «ТЕЛА»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

У жінки, 61 р., через 4 дні після трансплантації кульшового суглоба раптово виник напад ядухи, гіпотензія, пітливість, ціаноз обличчя. При огляді: підвищене наповнення і пульсація вен шиї. ЧДР – 28 за 1 хв.; під час перкусії та аускультатії легень змін не виявлено. Тони серця звучні, ритмічні, акцент II тону над легеневою артерією; ЧСС – 100 уд. за 1 хв.; Ps – 100 уд. за 1 хв. Живіт під час пальпації м'який, не болючий; печінка і селезінка не пальпуються. ЗАК: Ер. –  $4,5 \times 10^{12}/\text{л}$ , Л. –  $9,6 \times 10^9/\text{л}$ ; ШОЕ – 35,0 мм/год. Коагулограма: протромбіновий індекс – 110,0 %, фібриноген В ++++. На ЕКГ: синусова тахікардія, блокада правої ніжки пучка В. Гіса, що вперше виникла, неспецифічні зміни інтервалу S-T та зубця T.

### **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «АНЕМІЯ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Хвора М., 50 років, скаржиться на слабкість, запаморочення, парестезії кінчиків пальців рук та ніг. З анамнезу відомо, що хворіє впродовж року. Об'єктивно: блідість шкірних покривів, язик малинового кольору, гладкий; ЧДР – 18 за 1 хв., над легенями везикулярне дихання; серце – межі відносної серцевої тупості в нормі, тони серця ритмічні, ЧСС – 80 за 1 хв., Ps – 80 за 1 хв., АТ – 120/80 мм рт. ст.; живіт м'який, не болючий, печінка виступає з-під краю реберної дуги на

3,0 см. В загальному аналізі крові: ер. –  $1,88 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Нб – 81 г/л, MCV – 101,0 фл, MCH – 43,1 пг, КП – 1,3, ретикулоцити – 3,0 %, тромб. –  $170 \cdot 10^9/\text{л}$ , лейкоц. –  $4,7 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ – 45 мм/год, макроцитоз, визначаються тільця Й. Г. Жоллі та кільця Р. К. Кебота. ЗАС: прозора, слабо-кисла, питома вага – 1024, білок – не виявлено, еритроцити – 0-1 у п/з, лейкоцити – 1-2 у п/з.

## **КЛІНІЧНА СТАНЦІЯ «АНЕМІЯ»**

(Вирішення клінічного ситуаційного завдання)

Жінка, 30 р., скаржиться на швидку втомлюваність, загальну слабкість, порушення сну, випадіння волосся, ламкість нігтів. Скарги з'явилися два місяці тому після оперативного втручання з приводу фіброміоми матки. Об'єктивно: блідість шкірних покривів; дихальна і серцево-судинна системи без змін; ЧДР – 19 за 1 хв., Рс – 90 за 1 хв., АТ – 110/85 мм рт. ст.; живіт при пальпації м'який, не болючий; печінка та селезінка не пальпуються; лімфатичні вузли не збільшені. ЗАК: ер. –  $3,5 \cdot 10^{12}/\text{л}$ , Нб – 82 г/л, MCV – 72,0 фл, MCH – 23,4 пг, КП – 0,7, тромб. –  $220 \cdot 10^9/\text{л}$ , лейкоц. –  $4,7 \cdot 10^9/\text{л}$ , ШОЕ – 10 мм/год, анізоцитоз, поїкілоцитоз. ЗАС: питома вага – 1026, білок – сліди, еритроцити – 1-2 у п/з, лейкоцити – 2-3 у п/з, кристали оксалатів – поодинокі у п/з. ЕКГ: синусовий ритм, електрична вісь не відхилена, порушення процесів реполяризації не виявлено.