

Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка

Костянтин Соколов

Оксана Фігура

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

Збірник ситуаційних задач

ДРОГОБИЧ

2022

УДК 616(076)
С 59

Рекомендовано до друку вченою радою Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка (протокол № 11 від 13 жовтня 2022 р.)

Рецензенти

Філь В. М., кандидат біологічних наук, доцент, завідувач кафедри анатомії, фізіології та валеології Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка;

Ружи́ло С. В., доктор медичних наук, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.

Відповідальний за випуск

Грибок Н. М., кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної терапії, ерготерапії та з здоров'я Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка.

Соколов К.М., Фігура О.А.

С 59 Пропедевтика внутрішніх хвороб : збірник ситуаційних задач / К.М. Соколов, О.А. Фігура. – Дрогобич : Дрогобицький державний педагогічний університет імені Івана Франка, 2022. – 166 с.

Ситуаційні задачі підготовлено відповідно до навчальної програми дисципліни «Пропедевтика внутрішніх хвороб» для підготовки фахівців вищої освіти ступеня «Бакалавр» галузі знань – 22 «Охорона здоров'я», спеціальності 227 «Фізична терапія, ерготерапія». Збірник містить ситуаційні задачі з різних терапевтичних дисциплін, де основний акцент зроблений на даних об'єктивного дослідження пацієнтів та результатах додаткових методів дослідження, що сприяє розвитку клінічного мислення. Запропонований збірник допоможе краще засвоїти теоретичні знання під час підготовки до практичних занять та підсумкового контролю.

Рекомендується для викладачів і студентів закладів вищої освіти, які проводять підготовку фахівців з фізичної терапії та ерготерапії.

ЗМІСТ

Вступ	5
Хвороби дихальної системи	
Синдром бронхіальної обструкції і підвищеної повітряності легень	6
Синдром вогнищового ущільнення легеневої тканини. Синдром наявності рідини і повітря у плевральній порожнині	19
Синдром наявності порожнини в легенях. Синдром гострої і хронічної дихальної недостатності	33
Хвороби серцево-судинної системи	
Гостра ревматична лихоманка. Мітральні вади серця. Міокардити	48
Інфекційний ендокардит. Аортальні вади серця	62
Ішемічна хвороба серця. Артеріальна гіпертензія	76
Інфаркт міокарда	91
Хронічна серцева недостатність (ХСН).....	104
Хвороби шлунково-кишкового тракту	122
Хвороби сечовидільної системи	136
Хвороби системи крові	150
Рекомендована література	165

СПИСОК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АЛТ – аланінамінотрансфераза

АСТ – аспартатамінотрансфераза

АТ – артеріальний тиск

БАК – біохімічний аналіз крові

ВІЛ – вірус імунодефіциту людини

ЕГДФС – езофагогастроуденофіброскопія

ЕКГ – електрокардіографія

Ехо-КГ – ехокардіографія

ЖЄЛ – життєва ємність легень

ЗАК – загальний аналіз крові

ЗАС – загальний аналіз сечі

ІФА – імуноферментний аналіз

ІХС – ішемічна хвороба серця

КТ ОГК – комп'ютерна томографія органів грудної клітки

КФК – МВ – креатинфосфокіназа МВ (серцева) фракція

ЛДГ – лактатдегідрогеназа

ЛПНЩ – ліпопротеїди низької щільності

ОГК – органи грудної клітки

ОФВ₁ – об'єм форсованого видиху за першу секунду

ПЛР – полімеразна ланцюгова реакція

ПШВ – пікова швидкість видиху

СРБ – С-реактивний білок

УЗД – ультразвукова діагностика

ФЖЄЛ – форсована життєва ємність легень

ХСН – хронічна серцева недостатність

ЦД – цукровий діабет

ЧД – частота дихання

ЧСС – частота серцевих скорочень

ШКФ – швидкість клубочкової фільтрації

ШОЕ – швидкість осідання еритроцитів

BNP – мозковий натрійуретичний пептид

HCT – гематокрит

MCH – середній вміст гемоглобіну в окремому еритроциті в абсолютних

одиницях

MCHC – середня концентрація гемоглобіну в еритроцитарній масі

MCV – середній об'єм еритроцита

RDW – ширина розподілу еритроцитів

ВСТУП

Пропонований посібник написаний співробітниками кафедри фізичної терапії, ерготерапії та здоров'я на основі багаторічного досвіду викладання дисципліни «Пропедевтика внутрішніх хвороб», а також практичної роботи у системі охорони здоров'я. Важливо зазначити, що більшість складених ситуаційних задач засновані на реальних історіях хвороби. Виходячи з нашого досвіду викладання дисципліни «Пропедевтика внутрішніх хвороб», розв'язування ситуаційних задач та їх детальний розбір із викладачем сприяє формуванню у майбутніх фахівців клінічного мислення. Загальновідомо, що робота з реальними пацієнтами є вкрай важливою для майбутніх фахівців, але проблема пошуку тематичних пацієнтів зараз актуальна як ніколи. Це насамперед пов'язано з необхідністю проведення дистанційного навчання. Важливо, що пропоновані ситуаційні задачі певною мірою дають змогу заповнити дефіцит спілкування з реальними пацієнтами.

Таким чином, запропоновані ситуаційні задачі полегшать вивчення такої важливої та складної дисципліни, як «Пропедевтика внутрішніх хвороб» та, що важливо, сприятимуть формуванню клінічного мислення у майбутніх фахівців з фізичної терапії та ерготерапії. На нашу думку, ситуаційні задачі будуть також корисні студентам медичних ЗВО і медичних коледжів, а також молодим лікарям-початківцям.

З вдячністю приймемо всі критичні зауваження, спрямовані на удосконалення пропонованого посібника.

ХВОРОБИ ДИХАЛЬНОЇ СИСТЕМИ

СИНДРОМ БРОНХІАЛЬНОЇ ОБСТРУКЦІЇ І ПІДВИЩЕНОЇ ПОВІТРЯНОСТІ ЛЕГЕНЬ

ЗАДАЧА № 1

Чоловік, 61 рік. Висловлює *скарги* на кашель з виділенням невеликої кількості (до 30 мл) жовтуватої мокроті, що важко відходить уранці, експіраторну задишку при помірних фізичних навантаженнях, при підіймають на другий поверх та ходьбі по рівній місцевості до 200–300 метрів.

З анамнезу захворювання: кашель турбує близько 15 років, пов'язує його з роботою. Протягом останніх п'яти років відзначає вранці виділення невеликої кількості жовтуватої мокроті. За медичною допомогою не звертався. Близько трьох років тому почав помічати появу експіраторної задишки під час підйманні на третій поверх, при швидкій ходьбі. Останній рік задишка посилилася і почала виникати вже при помірних фізичних навантаженнях, підйманні на другий поверх, ходьбі рівною місцевістю до 200–300 метрів.

З анамнезу життя: тривалий час працював на будові муляром. Палить з 19 років – у середньому щоденно до 20 цигарок.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Вага – 85 кг. Зріст – 175 см. Шкірні покриви: помірний ціаноз обличчя, набряків немає. Грудна клітка емфізематозна, верхівки легень вибухають. Частота дихання – 18 за хвилину. Видих подовжений. При *пальпації* грудна клітка резистентна.

Перкуторно: над усією поверхнею легень визначається коробковий перкуторний звук, при топографічній перкусії нижня границя легень по лопатковій лінії – XI ребро, по середній пахвовій – X ребро.

Аускультативно: над усією поверхнею легень ослаблене везикулярне дихання з подовженим видихом і розсіяні різноманітні (свистячі та дзижчачі) сухі хрипи, нечисленні розсіяні вологі незвучні дрібно- та середньопухирчасті хрипи з обох боків.

Рентгенологічно: підвищення прозорості легеневої тканини, опущення нижніх границь легень, ущільнення купола діафрагми, спостерігаються явища дифузного пневмосклерозу.

Аналіз мокротиння: кількість – 30 мл, характер слизисто-гнійний, непрозоре з жовтуватим відтінком, **при мікроскопії:** циліндричний епітелій – 15–20 у полі зору, лейкоцити – 20–30 у полі зору, **бактеріоскопія** – грампозитивні коки.

Спірографія: ОФВ1 – 58 % від ЖЄЛ, ЖЄЛ – 73 % від належного показника. ОФВ1/ФЖЄЛ – 50 %.

Пікфлоуметрія: пікова швидкість видиху (ПШВ) – 320 л/хв (належний показник 566 л/хв) при добовому моніторингу коливання показника ПШВ до 12 %.

1. Про яке захворювання йдеться? Сформулюйте діагноз.
2. Поясніть аналіз мокротиння.
3. Дайте трактування даних спірограми та пікфлоуметрії.

ЗАДАЧА № 2

Жінка, 46 років. **Скарги** на задишку експіраторного характеру, що виникає при ходьбі рівною місцевістю, у зв'язку з чим вона змушена йти повільніше, робити зупинки, пройшовши 400–500 метрів.

З анамнезу захворювання: більше 20 років страждає на змішану форму бронхіальної астми, останні шість місяців нападів не було, призначене лікування приймає регулярно. Протягом останнього року почала відчувати задишку при швидкій ходьбі, підіймання на другий поверх. Останні три місяці задишка почала виникати при ходьбі рівною місцевістю, у зв'язку з чим була змушена зупинятися. У зв'язку з погіршенням стану звернулася на прийом до пульмонолога.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає. Грудна клітка «бочкоподібна», вибухання верхівок легень. Частота дихання – 19 за хвилину. При **пальпації** грудна клітка резистентна.

Перкуторно: над усією поверхнею легень виявляється коробковий перкуторний звук, при топографічній перкусії – опущення нижніх границь легень на одне ребро нижче за норму.

Аускультативно: над усією поверхнею легень ослаблене везикулярне дихання, хрипів немає.

Рентгенографія ОГК: підвищення прозорості легеневої тканини, опущення нижніх границь легень, ущільнення купола діафрагми.

1. Оцініть задишку за шкалою mMRC.
2. Про який синдром йдеться?
3. Які дообстеження потрібно виконати пацієнці?
4. Зміну яких показників спірограми очікуєте побачити?

ЗАДАЧА № 3

Чоловік, 44 роки. Висловлює *скарги* на постійний кашель з періодичним виділенням уранці невеликої кількості слизистої мокротини. Кашель турбує протягом останніх чотирьох років, появу мокротини помітив близько року тому.

Працює програмістом, шкідливих умов праці щодо органів дихання не зазначає. Щоденно протягом 20 років палить до 20 цигарок.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає. Грудна клітка нормостенічної форми. Частота дихання – 16 за хвилину.

Пальпація: голосове тремтіння не змінене і однакове над симетричними ділянками легень.

Перкусія: над легенями визначається ясний легеневий звук, границі легень та рухливість їх нижнього краю у межах норми.

Аускультация: над усією поверхнею легень вислуховується жорстке везикулярне дихання, розсіяні нечисленні дзижчачі (басові) сухі хрипи.

Рентгенографія ОГК: незначне посилення легеневого малюнка.

Аналіз мокротиння: кількість – 20 мл, слизистий характер, без запаху, **при мікроскопії:** клітини циліндричного епітелію – 8–12 у полі зору, лейкоцити – 4–5 у полі зору.

1. Який синдром у пацієнта?

2. Яке, ймовірно, захворювання у пацієнта? Сформулюйте діагноз і обґрунтуйте.

3. Поясніть результати аналізу мокротиння.

4. Які дообстеження потрібно виконати?

ЗАДАЧА № 4

Чоловік, 40 років. **Скарги** на неінтенсивний кашель упродовж трьох днів зі світлою мокротою, що виділяється важко, задишку з утрудненим видихом у спокої.

З анамнезу захворювання: захворів гостро, коли чотири дні тому підвищилася температура тіла до 38,5°C, почав турбувати головний біль, з'явилися відчуття «ломоти» у м'язах, загальна слабкість. На другий день приєднався сухий кашель, зберігалася підвищена температура тіла. Наступного дня температура тіла нормалізувалася, проте кашель став вологим із відходженням слизистої мокроти в невеликій кількості. Ще через день звернувся до сімейного лікаря у зв'язку з появою задишки у спокої.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає. Грудна клітка нормостенічна. Частота дихання – 16 за хвилину.

Пальпація: голосове тремтіння не змінене і однакове над симетричними ділянками легень.

Перкусія: над легенями визначається ясний легеневий звук, границі легень та рухливість їх нижнього краю не змінені.

Аускультация: жорстке везикулярне дихання, справа і зліва вислуховується велика кількість сухих хрипів.

1. *Який синдром у пацієнта?*
2. *Яке захворювання, імовірно, у цього пацієнта та якої етіології?*
3. *Що очікуєте побачити у загальному аналізі мокротиння?*
4. *Які дообстеження потрібно виконати?*

ЗАДАЧА № 5

До відділення пульмонології госпіталізований пацієнт К., 41 рік, слюсар.

Скарги на помірний кашель з невеликим виділенням слизисто-гнійного мокротиння, більше вранці, підвищення температури тіла до 37,8°C, задишку при ходьбі рівною місцевістю до 100–200 метрів, підйманні на другий поверх.

З анамнезу захворювання: кашель непокоїть пацієнта протягом останніх чотирьох років, періодично з виділенням слизистої мокроти. Задишку почав помічати близько одного року. За медичною допомогою не звертався. Стан погіршився близько тижня тому, коли після переохолодження (потрапив під дощ та промок) почала підвищуватися температура тіла до субфебрильних цифр, посилювався кашель, і з'явилося мокротиння жовто-зеленого кольору, посилилася задишка. Звернувся до сімейного лікаря і був направлений на лікування до пульмонологічного відділення.

З анамнезу життя: пацієнт палить з 20-річного віку по 20–25 цигарок. Працює на деревообробному комбінаті, де є велика запиленість і протяги.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Помірний ціаноз обличчя. Набряків немає. Грудна клітина емфізематозна. ЧД – 20 за 1 хвилину.

Перкуторно: над усією поверхнею легень виявляється коробковий перкуторний звук, при топографічній перкусії – опущення нижніх границь легень на одне ребро нижче за норму.

Аускультативно: над усією поверхнею легень ослаблене везикулярне дихання, велика кількість розсіяних дзижчачих і свистячих сухих хрипів.

Рентгенографія ОГК – підвищення прозорості легеневої тканини, опущення нижніх границь легень, сплюснення купола діафрагми, посилення легеневого малюнка, помірні явища дифузного пневмосклерозу.

Аналіз мокротиння: кількість мокротиння – 40 мл, зеленого кольору, характер – слизисто-гнійний **при мікроскопії:** циліндричний епітелій – 10–20 у полі зору, лейкоцити – 25–30 у полі зору, **при бактеріоскопії** – грамнегативні палички.

1. З огляду на наявність скарг, об'єктивних даних назвіть синдроми.

2. Яке захворювання у пацієнта? Сформулюйте діагноз.

3. Дайте пояснення у змінах рентгенографії органів грудної клітки та загального аналізу мокротиння.

4. Які дообстеження потрібно виконати?

ЗАДАЧА № 6

До відділення пульмонології госпіталізований пацієнт С., 39 років, бухгалтер.

Скарги на виражену задишку (задуху) змішаного характеру у спокої. У зв'язку з нею відчуває труднощі під час розмови.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворим з дитячого віку, коли у весняний період почав помічати закладеність носа, виражену ринорею, свербіж та почервоніння очей, часте чхання. Звертався до алерголога, виставлений діагноз полінозу. Останні два роки у весняний період з'явилися важкість при диханні, періодичне свистяче та галасливе дихання. Приступи були неважкі та самостійно проходили. Звертався до сімейного лікаря. Проводилася рентгенографія легень, спірографія, загальний аналіз крові та сечі. Патологічних змін не виявлено. При обстеженні, за словами пацієнта, в легенях змін не відзначалося. Самостійно періодично при утрудненні дихання приймав таблетку

еуфіліну, через 30 хвилин відчував поліпшення дихання. Тепер напад виник дві години тому і характеризувався шумним диханням («грала музика в грудях»), для полегшення стану займав сидяче положення і впирався руками у коліна. Прийняв таблетку еуфіліну, але це не допомогло. Викликав бригаду швидкої медичної допомоги і був доставлений до стаціонару.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Пацієнт займає вимушене положення: сидить у ліжку, спираючись на нього руками. Помірний ціаноз обличчя, набухання яремних вен. Грудна клітка емфізематозна. Частота дихальних рухів – 22 на хвилину, різко утруднений і подовжений видих.

Перкусія: над усією поверхнею легень виявляється коробковий перкуторний звук, при топографічній перкусії – опущення нижніх границь легень на два ребра нижче за норму.

Аускультация: дистантні хрипи, над усією поверхнею ослаблене везикулярне дихання з різко подовженим видихом, велика кількість сухих свистячих хрипів.

Пульс – 106 ударів за хвилину.

Рентгенографія ОГК – підвищення прозорості легеневої тканини, опущення нижніх границь легень, ущільнення купола діафрагми, посилення легеневого малюнка.

Після усунення нападу у пацієнта з'явилося виділення невеликої кількості в'язкого склоподібного мокротиння. При його дослідженні: кількість мокротиння – 30 мл, епітелій циліндричний – 20–25 у полі зору, велика кількість лейкоцитів, при фарбуванні – еозинофіли, спіралі Куршмана та кристали Шарко-Лейдена.

1. З огляду на наявність скарг та об'єктивних даних назвіть синдром.

2. Яке захворювання у пацієнта?

3. Дайте пояснення у змінах рентгенографії органів грудної клітки та загального аналізу мокротиння.

ЗАДАЧА № 7

Пацієнт скаржиться на напади ядухи, з утрудненим видихом, що виникають при вдиханні різких запахів (запах бензину, будь-яких фарб, парфумів), періодичні напади вночі, кашель з в'язкою, скловидною мокротою, що виділяється переважно наприкінці нападу.

З анамнезу захворювання: напади ядухи спостерігаються близько трьох років, виникають частіше раптово, після вдихання парів бензину, ацетону, різких кухонних запахів. Обстежився та лікується у пульмонолога. Рекомендований регулярний прийом інгаляторів будесоніду та сальмотеролу, проте їх не приймає. При нападах використовує сальбутамол. Раніше напади були не більше трьох разів на тиждень. Останній місяць відзначає появу нападів у нічний час та почастішання нападів удень: напади стали щоденними. Пов'язує погіршення із ремонтом квартири. Сьогодні вранці виник напад задухи, який не вдалося усунути дворазовою інгаляцією сальбутамолу. Викликав бригаду швидкої медичної допомоги, напад був купірований внутрішньовенним введенням дексаметазону і амінофіліну, потім пацієнт доставлений до лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Пацієнт сидить у ліжку, руками спирається на коліна. Помірний ціаноз і одутлість обличчя, набухання яремних вен. Грудна клітина емфізематозна, над- та підключичні ямки згладжені, участь допоміжних м'язів у диханні. Число дихальних рухів – 22 за хвилину, різко утруднений і подовжений видих. На відстані чути сухі хрипи.

При перкусії над легенями визначається коробковий звук, при топографічній перкусії – опущення нижніх границь легень на одне ребро нижче норми.

При аускультатії ослаблене дихання з подовженим видихом, багато сухих свистячих і дзижчачих хрипів.

Пульс – 112 ударів за хвилину.

1. Назвіть синдроми, для яких характерні перераховані нижче ознаки, проведіть обґрунтування діагнозу.

2. Назвіть яке захворювання у пацієнта.

3. Які результати очікуєте побачити при рентгенографії легень?

ЗАДАЧА № 8

Пацієнтка 28 років. *Скарги* на виражену задишку (ядуху) у спокої із утрудненням видиху, кашель із мокротою, що важко виділяється.

З анамнезу захворювання: напади вираженої задишки із утрудненим видихом турбують близько п'яти років. Вони провокуються запахами бензину, диму, квітучих рослин. У дитинстві часто страждала на простудні захворювання, неодноразово лікувалася стаціонарно, виставлявся діагноз обструктивного бронхіту. У 23 роки на тлі чергового загострення бронхіту вперше з'явилися напади ядухи з різко утрудненим видихом. Обстежена в алерголога: виявлено сенсibiliзацію до домашнього пилу, шерсті собаки та кішки, а також низки злакових трав. У зв'язку з поодиноким виникненням нападів (один на тиждень і рідше) регулярного лікування не приймала. Для усунення нападу застосовувала фенотерол. Близько двох днів температура підвищувалася до 37,5°C, з'явився сухий неінтенсивний кашель, почуття ломоти у суглобах, закладеність носа. Сьогодні температура підвищилася до 38°C у зв'язку з чим прийняла таблетку аспірину. Через 20 хвилин стало важко дихати. Провела інгаляцію фенотеролу, проте стан не поліпшився. Задишка продовжувала наростати. Повторне дворазове застосування інгалятора ефекту не дало. Викликала бригаду швидкої медичної допомоги, внутрішньовенно ввели преднізолон, амінофілін, налагоджено інгаляцію зволоженого кисню, стан не поліпшився, доставлена до стаціонару. Госпіталізована у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Загальмована. Контакт утруднений через виражену задишку та тяжкість стану. Пацієнтка сидить у ліжку, спираючись руками на коліна. Дифузний ціаноз шкірних покривів, одутлість обличчя, набухання яремних вен. Набряків немає.

Грудна клітина емфізематозна, над- і підключичні ямки згладжені, у диханні беруть участь допоміжні м'язи. Число дихальних рухів – 30 за хвилину.

При перкусії над легенями визначається коробковий звук, при топографічній перкусії – опущення нижніх границь легень на одне ребро нижче норми.

При аускультатії – над усією поверхнею легень різко ослаблене дихання, сухі хрипи не вислуховуються. Сатурація крові киснем – 82 %.

Пульс – 142 удари за хвилину.

Рентгенографія ОГК: підвищення повітряності легеневої тканини, опущення нижньої границі легень.

1. Які синдроми можна виділити у пацієнтки виходячи з наявних скарг та даних об'єктивного дослідження?

2. Чому при аускультатії не вислуховуються сухі свистячі хрипи?

3. Яке захворювання може зумовити вказану клінічну картину, що могло призвести до різкого погіршення стану?

4. Чому пацієнтка госпіталізована до відділення реанімації та інтенсивної терапії? Яке ускладнення може розвинути у цієї неї?

ЗАДАЧА № 9

Скарги. Задишка у спокої змішаного характеру, що посилюється під час ходьби.

З анамнезу захворювання: за останні 6–8 років пацієнт почав відчувати задишку при помірному фізичному навантаженні, інтенсивність якої з часом збільшувалася. Два роки тому задишка вже почала турбувати навіть при невеликому фізичному навантаженні – ходьбі рівною місцевістю до 100 метрів, підйманні на один сходовий проліт. Звертався до сімейного лікаря, було рекомендовано змінити професію (до цього протягом 25 років працював складувом). Тепер звернувся повторно до сімейного лікаря у зв'язку з наростанням задишки.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви звичайного забарвлення. Шия вкорочена, помірно виражений ціаноз обличчя. набряків немає. Грудна клітка бочкоподібна, над- та підключичні ямки вибухають. Дихальна екскурсія грудної клітки 3 см. Частота дихання – 24 за хвилину.

При перкусії над легеньми визначається коробковий звук. Нижні границі легень опущені на два ребра, верхні – піднесені. Рухливість нижнього краю легень з обох боків по середній пахвовій лінії +2 см.

При аускультатії легень – над усією поверхнею легень ослаблене везикулярне дихання з подовженим видихом, хрипів немає.

Рентгенографія ОГК: підвищення повітряності легеневої тканини, опущення нижньої границі легень.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 184 г/л, ШОЕ – 2 мм/год.

1. Назвіть синдром, для якого характерні перераховані вище ознаки.

2. Назвіть захворювання пацієнта.

3. Чому не вислуховуються сухі хрипи у пацієнта? Чим можна пояснити високі показники гемоглобіну крові?

4. Яке дослідження треба провести при першому огляді пацієнта?

ЗАДАЧА № 10

Пацієнт К., 62 років, за фахом шофер. Проходив щорічний профілактичний медичний огляд. При розпитуванні лікар з'ясувала, що пацієнт палить протягом 45 років по 20–25 цигарок щоденно. Протягом 30 років його турбує кашель з невеликою кількістю мокротиння (кілька пльовків протягом дня), що виділяється переважно вранці при вмиванні. Протягом останніх 5–8 років кашель став малопродуктивним, з'являється вранці. Приєдналася задишка при фізичному навантаженні.

Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний. Помірний ціаноз обличчя, набряків немає. Бочкоподібна форма грудної клітки.

Частота дихання – 20 за хвилину. Дихальна екскурсія грудної клітки 4 см.

При перкусії: над усією поверхнею легень коробковий звук, нижні границі легень по лопатковій лінії – XI ребро.

При аускультції легень: ослаблення везикулярного дихання з подовженим видихом, невелика кількість розсіяних сухих свистячих і дзижчачих хрипів.

Рентгенографія ОГК: підвищення повітряності легеневої тканини, опущення нижньої границі легень, обмеження рухливості діафрагми.

Аналіз мокротиння: кількість мокротиння – 50 мл, жовтуватого кольору, характер слизисто-гнійний, епітелій циліндричний – 8–12 у полі зору, кількість лейкоцитів – 10–13 у полі зору.

Спірографія: ОФВ1 – 58 %, ЖЄЛ – 73 %. ОФВ1/ФЖЕЛ – 50.

1. Які синдроми можна виділити у пацієнта на основі наявних даних?

2. Яке захворювання, найімовірніше, є у пацієнта? Обґрунтуйте свій діагноз.

3. Який тип дихальної недостатності має місце?

ЗАДАЧА № 11

Пацієнт М., 30 років. Звернувся до поліклініки зі **скаргами** на підвищення температури до 37,7°C, кашлем з помірною кількістю світлого мокротиння, загальну слабкість, пітливість.

З анамнезу захворювання: захворів три дні тому, коли після переохолодження з'явилися нежить, захриплість голосу, відчуття здавлення за грудиною, а також сухий кашель, який на третій день став вологим.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає.

При огляді, пальпації та перкусії грудної клітки змін не виявлено. Частота дихання – 16 за хвилину.

При аускультції: жорстке дихання, помірна кількість розсіяних сухих басових хрипів та невелика кількість розсіяних вологих незвучних хрипів.

Загальний аналіз крові без патології.

Аналіз мокротиння: кількість мокротиння – 15 мл, світле, прозоре, слизистого характеру, епітелій циліндричний – 6–8 у полі зору, лейкоцити – 6–10 у полі зору.

1. Чим може бути зумовлена поява у пацієнта жорсткого дихання?

2. Які синдроми можна визначити у пацієнта, виходячи з наявних скарг та виявлених змін?

3. При якому захворюванні найчастіше відзначається описана клінічна картина? Сформулюйте діагноз.

ЗАДАЧА № 12

До відділення госпіталізований пацієнт М., 36 років, робітник. **Скарги** на кашель з виділенням мокротиння з неприємним гнильним запахом (близько 250–300 мл на добу). Кашель посилюється у положенні на правому боці.

Під час **огляду** виявлено позитивні симптоми «барабанних пальців» та «годинникових скелець». Ліва половина відстає в акті дихання. Зліва в міжлопатковій ділянці тимпанічний звук при **перкусії**. При **аускультції** дихання амфоричне, вологі звучні, хрипи. ЧД – 23 на одну хвилину.

1. Про яке захворювання йдеться?

2. Які додаткові обстеження необхідно виконати цьому пацієнту?

3. Які зміни у мокротинні очікуєте виявити у пацієнта?

**СИНДРОМ ВОГНИЩЕВОГО УЩІЛЬНЕННЯ
ЛЕГЕНЕВОЇ ТКАНИНИ.
СИНДРОМ НАЯВНОСТІ РІДИНИ І ПОВІТРЯ
У ПЛЕВРАЛЬНІЙ ПОРОЖНИНІ**

ЗАДАЧА № 1

Хворий К., 50 років. Госпіталізований до пульмонологічного відділення зі *скаргами* на задишку змішаного характеру у спокої, відчуття тяжкості у правій половині грудної клітки, іноді неінтенсивний біль при глибокому диханні.

З анамнезу захворювання: чотири дні тому на роботі впав з 1,5-метрової висоти, вдарився правим боком, до лікаря не звертався. На другий день після падіння відчував помірну інтенсивність болю (5 балів за ВАШ) у правій половині грудної клітки, що посилюється при глибокому диханні, за медичною допомогою не звертався. Наступного дня інтенсивність болю зменшилася, проте з'явилася задишка під час ходьби. На четвертий день вранці помітив наростання задишки: вона почала турбувати у спокої, у зв'язку з чим викликав бригаду швидкої медичної допомоги і був доставлений до стаціонару.

Об'єктивно: на момент огляду загальний стан середнього ступеня тяжкості, невеликий ціаноз обличчя, набряків немає. ЧД – 24 за хвилину. Права половина грудної клітки дещо збільшена в розмірах, міжреберні проміжки згладжені. Права половина грудної клітки чітко відстає в акті дихання. Голосового тремтіння ззаду справа нижче кута лопатки і в пахвовій ділянці на цьому рівні немає.

Перкуторно: справа ззаду нижче кута лопатки тупий перкуторний звук. При визначенні нижньої границі легень ззаду справа вона йде по косій лінії з вершиною у четвертому міжребер'ї по задній пахвовій лінії. При *аускультатії* справа ззаду та збоку в зоні тупого перкуторного звуку дихання не вислуховується. Дещо вище нижньої границі легень і особливо в міжлопатковій ділянці вислуховується тихе бронхіальне дихання. Бронхофонія нижче кута лопатки справа не вислуховується.

Пульс – 102 удари за хвилину. АТ – 110/70 мм рт. ст.

ЗАК: ШОЕ – 20 мм/год, лейкоцити та еритроцити в межах норми.

1. Який синдром діагностується у пацієнта?

2. Який ваш ймовірний діагноз? Сформулюйте його.

3. Яка етіологія цього захворювання?

4. Які обов'язкові додаткові методи дослідження необхідно терміново провести цьому пацієнту?

ЗАДАЧА № 2

До пульмонологічного відділення госпіталізований пацієнт О., 32 роки, монтажник. **Скарги** на сильний біль (8 балів за ВАШ) у правій половині грудної клітки, що посилюються при глибокому вдиху, сухий неінтенсивний кашель, підвищення температури тіла до 37,9°C.

З анамнезу захворювання: захворів сьогодні гостро, коли вранці відчув інтенсивний біль у правій половині грудної клітки, що посилюється при глибокому диханні та кашлі, підвищення температури тіла до 37,6°C. Викликав сімейного лікаря і з будинку був направлений на госпіталізацію до пульмонологічного відділення лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Пацієнт займає вимушене положення – лежить на правому боці. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає. Грудна клітка правильної форми, права половина відстає у диханні. ЧД – 26 за хвилину.

При **перкусії** легень ясний легеневий звук. При **аускультатії** справа над усією половиною грудної клітини вислуховується ослаблене везикулярне дихання, у нижніх відділах справа ззаду по лопатковій лінії та збоку по задній пахвовій лінії вислуховується грубий шум тертя плеври.

Пульс – 80 ударів за хвилину. АТ – 120/70 мм рт. ст.

ЗАК: показники у межах норми.

1. Яке захворювання у пацієнта? Сформулюйте діагноз.

2. Які дані отримаємо при топографічній перкусії?

3. Чим можна пояснити тахіпное у пацієнта?

4. Які зміни будуть виявлені при рентгенологічному обстеженні?

ЗАДАЧА № 3

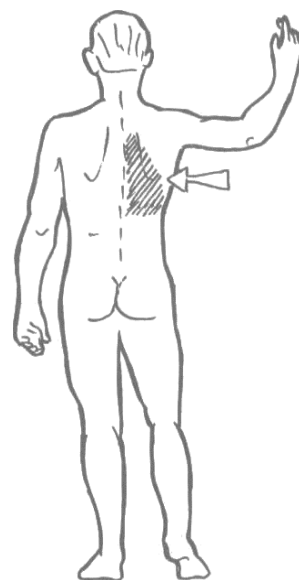
Пацієнт Л., 46 років. Госпіталізований зі **скаргами** на задишку змішаного характеру у спокої, болі в грудній клітці справа при диханні, пітливість, кашель із виділенням невеликої кількості мокротиння іржавого кольору.

З анамнезу: захворів гостро три дні тому, коли раптово підвищилася температура тіла до $39,5^{\circ}\text{C}$ з ознобом, з'явилися болі у правій половині грудної клітки при диханні, сухий кашель. Температуру знижував прийомом парацетамолу. На другий день захворювання стан погіршився: з'явилися задишка при ходьбі по кімнаті, загальна слабкість, зберігалися біль у грудній клітці справа та висока температура. Наступного дня стан ще більше погіршився: задишка почала турбувати у спокої, при кашлі почала виділятися мокрота іржавого кольору, викликав бригаду швидкої медичної допомоги і був доставлений до стаціонару.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Ціаноз носогубного трикутника, мочок вух. Інші шкірні покриви бліді. Набряків немає. Грудна клітка правильної форми, відставання правої половини грудної клітки в акті дихання. ЧД – 26 за хвилину.

Пальпація: посилення голосового тремтіння справа ззаду нижче кута лопатки. При **перкусії** у цій ділянці притуплення перкуторного звуку. При **аускультатії:** ззаду нижче кута лопатки вислуховується бронхіальне дихання, шум тертя плеври, посилена бронхофонія.

Пульс – 112 ударів за хвилину. АТ – 104/60 мм рт. ст.



1. Які синдроми у пацієнта?

2. *Яке захворювання у пацієнта та у якій воно стадії? Сформулюйте повний діагноз.*

3. *Як пояснити відсутність вологих хрипів?*

4. *Який план обстеження пацієнта?*

ЗАДАЧА № 4

Пацієнт М., 35 років. Госпіталізований зі *скаргами* на вологий кашель з виділенням слизово-гнійного мокротиння у невеликій кількості, підвищення температури до 38–38,5°C, загальну слабкість, пітливість.

З анамнезу захворювання: хворіє шість днів, відколи раптово підвищилася температура до 38°C. З'явилися закладеність носа, біль у горлі, головний біль, розбитість. На другий день почалися рясні слизисті виділення з носа. Звернувся до сімейного лікаря, виставлено діагноз ГРВІ. На третій день з'явився сухий кашель, який наступного дня змінився вологим із безбарвним мокротинням. Стан не поліпшувався, зберігалися субфебрильна температура, загальна слабкість. На шостий день захворювання відчув появу слизисто-гнійного мокротиння жовтого кольору, температура знову стала вищою – 38–38,5°C, почала наростати загальна слабкість. Знову звернувся до сімейного лікаря, рекомендовано зробити загальний аналіз крові та рентгенографію легень. У ЗАК відзначався помірний лейкоцитоз ($12 \times 10^9/\text{л}$) зі зсувом формули вліво, прискорення ШОЕ до 35 мм/год. Пацієнта було скеровано на стаціонарне лікування.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви бліді, набряків немає.

Грудна клітка правильної форми, невелике відставання правої половини у диханні. ЧД – 20 за хвилину. При *пальпації* незначне посилення голосового тремтіння ззаду у нижніх відділах справа. При *перкусії* незначне притуплення перкуторного звуку нижче кута лопатки справа.



Аускультация: над усією поверхнею легень везикулярне дихання, у підлопатковій ділянці справа вислуховується жорстке дихання, велика кількість вологих звучних хрипів. Бронхофонія у цій ділянці посилена.

Пульс – 90 ударів за хвилину. АТ – 124/80 мм рт. ст.

1. Які синдроми у пацієнта?

2. Яке захворювання у пацієнта? Сформулюйте діагноз.

3. Які обстеження потрібно виконати пацієнту? Обґрунтуйте.

ЗАДАЧА № 5

До пульмонологічного відділення госпіталізована пацієнтка К., 34 роки, викладач.

Скарги на задишку в спокої, що посилюється при фізичному навантаженні, підвищення температури до 38,8°C, неінтенсивні (3 бали за ВАШ) болі в лівій половині грудної клітки, пов'язані з диханням, помірний кашель з невеликим виділенням «іржавого» мокротиння.

З анамнезу захворювання: захворіла гостро, коли після переохолодження (потрапила під дощ) два дні тому вранці різко підвищилася температура тіла до 38,8°C, з'явилися загальна слабкість, озноб. Прийняла таблетку парацетамолу, температура нормалізувалася, однак увечері знову підвищилася до 38,7°C, з'явилися помірні болі (5 балів за ВАШ) у лівій половині грудної клітки, пов'язані з диханням, неінтенсивний сухий кашель. Знову прийняла парацетамол, самопочуття поліпшилося. Наступного дня вранці знову була лихоманка, наростали загальна слабкість та задишка змішаного характеру у спокої, при кашлі почало відходити мокротиння іржавого кольору (до 20 мл), проте інтенсивність болю у боці зменшилася. У зв'язку з цим викликала бригаду швидкої медичної допомоги і була доставлена до приймального відділення лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. При огляді відзначаються невеликий ціаноз слизових оболонок, герпетичні висипання зліва на нижній губі. Набряків немає. Грудна клітка правильної форми, ліва половина відстає в акті дихання. Число

дихальних рухів – 28 за хвилину. Голосове тремтіння у нижніх відділах ззаду зліва нижче кута лопатки та збоку в пахвовій ділянці різко ослаблене. При *перкусії* у цій зоні прослуховується тупий перкуторний звук. При *аускультції* нижче кута лопатки зліва різко ослаблене везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються.

Пульс – 106 ударів за хвилину. АТ – 110/70 мм рт. ст.

- 1. Які синдроми можна виявити у пацієнтки?*
- 2. Яке захворювання у пацієнтки? Сформулюйте діагноз.*
- 3. Які обстеження необхідно виконати для уточнення діагнозу?*
- 4. Чим можна пояснити різке ослаблення голосового тремтіння на стороні ураження та різке ослаблення везикулярного дихання?*

ЗАДАЧА № 6

Пацієнтка А., 23 роки. При госпіталізації до стаціонару скаржилася на задишку змішаного характеру у спокої, підвищення температури тіла до 38,6°C, важкість у правій половині грудної клітки, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: захворіла гостро, тиждень тому. Спочатку з'явилися невеликий сухий кашель, колючі болі у правій половині грудної клітки при диханні, що посилюються при глибокому вдиху, при кашлі, пітливість, головний біль, підвищилася температура тіла до 37,7°C. Самостійно приймала аспірин, температура знижувалася до нормальних цифр. Через два дні приєдналася задишка змішаного характеру під час ходьби, температура тіла підвищилася до 38,7°C. Колючі болі в грудній клітці змінилися відчуттям важкості в правому боці. Задишка почала поступово наростати, і на шостий день уже турбувала у спокої, у зв'язку з чим викликала бригаду швидкої медичної допомоги. Пацієнтку було доставлено до лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Помірний ціаноз видимих слизових оболонок, набряків немає. Грудна клітка правильної форми, згладженість міжреберних проміжків справа. Відставання при диханні правої половини грудної клітки. Частота

дихання склала 28 дихальних рухів за хвилину. *При пальпації* справа нижче кута лопатки голосове тремтіння не проводиться.

При перкусії грудної клітки справа нижче кута лопатки визначається тупий перкуторний звук. При топографічній перкусії границя тупого звуку розташовується по косій лінії з верхньою точкою по задній пахвовій лінії. *При аускультції* над ділянкою тупості дихання не вислуховується, а вище за тупість – з бронхіальним відтінком.

Пульс – 110 ударів на 1 хвилину, АТ – 90/60 мм рт. ст.

1. Наявність яких синдромів можна встановити у пацієнта на підставі скарг та даних об'єктивного дослідження?

2. Які додаткові методи обстеження необхідно провести найближчим часом для уточнення діагнозу?

3. Яке захворювання припускаєте у пацієнта? Сформулюйте діагноз.

ЗАДАЧА № 7

Пацієнт Л., 56 років. Турбують помірні болі (4 бали за ВАШ) у лівій половині грудної клітки, що посилюються при вдиху та кашлі, кашель з виділенням невеликої кількості (близько 30 мл за добу) слизисто-гнійного мокротиння, задишку із утрудненим видихом при ходьбі у швидкому темпі, підвищення температури до 37,6°C, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворим близько п'яти днів, коли після переохолодження на роботі вранці підвищилася температура тіла до 38,6°C, посилився сухий кашель. За медичною допомогою не звертався. Через два дні став зауважив появу неінтенсивних болів у лівій половині грудної клітки, що посилюються при глибокому диханні та кашлі. Кашель став вологим із відходженням невеликої кількості жовтого мокротиння. При швидкій ходьбі з'явилася задишка із утрудненим видихом, у зв'язку з чим звернувся до сімейного лікаря і

після огляду був направлений на стаціонарне лікування у пульмонологічне відділення.

Крім того, варто зазначити, що пацієнт відчуває появу неінтенсивного сухого кашлю близько п'яти років. Останній рік кашель іноді супроводжувався відходженням невеликої кількості світлого мокротиння переважно вранці. За медичною допомогою не звертався, кашель пов'язував із роботою та палінням цигарок.

З анамнезу життя: понад 30 років працює муляром на будівництві. Останні 5–6 років відзначає часті застудні захворювання. Палить понад 35 років, у середньому пачку цигарок щоденно.

Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає. Грудна клітка емфізематозна, над- та підключичні ямки згладжені. Обидві половини грудної клітки однаково беруть участь у диханні. ЧД – 18 за хвилину. Голосове тремтіння однакове над симетричними ділянками легень.

При перкусії над всією поверхнею прослуховується легеневий звук з коробковим відтінком. Нижні границі легень ззаду по лопаткових лініях на рівні XI ребра, по середніх пахвових лініях – IX ребро.

При аускультії: над всією поверхнею легень вислуховується жорстке дихання, помірна кількість розсіяних свистячих і дзижчих сухих хрипів, ззаду нижче кута лопатки зліва чути вологі звучні дрібно- і середньопухирчасті хрипи. Після кашлю кількість вологих хрипів суттєво не змінюється.

Пульс – 86 ударів за хвилину. АТ – 140/90 мм рт. ст.

1. Наявність яких синдромів можна встановити у пацієнта на підставі скарг та даних об'єктивного дослідження?

2. Яке ще захворювання необхідно виключати у пацієнта з огляду на скарги та дані аускультії легень?

3. Які додаткові методи обстеження необхідно провести найближчим часом пацієнтові для уточнення діагнозу?

ЗАДАЧА № 8

Пацієнт 46 років. *Скарги* на відчуття тяжкості у правій половині грудної клітки, зрідка сухий кашель, слабкість, пітливість, підвищення температури до $37,5^{\circ}\text{C}$, задишку змішаного характеру при помірному фізичному навантаженні – ходьба під гору, швидка ходьба.

З анамнезу захворювання: захворів тиждень тому, коли з'явилися сильні колючі болі у правій половині грудної клітки, що посилюються при глибокому диханні, помірної інтенсивності сухий кашель. Приймав анальгін, інтенсивність болю зменшувалася, за медичною допомогою не звертався. Через 3–4 дні біль зник, почала наростати слабкість, підвищилася температура тіла до $37,5^{\circ}\text{C}$, з'явилася задишка при помірному фізичному навантаженні, у зв'язку з чим звернувся до сімейного лікаря. Призначено загальний аналіз крові та рентгенографію легень. В аналізі крові – прискорення ШОЕ до 35 мм/год, помірний лейкоцитоз – $12 \times 10^9/\text{л}$. Після дообстеження пацієнт екстрено направлений до стаціонару.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає. Грудна клітка правильної форми. Відставання правої половини грудної клітки в акті дихання. Виражене ослаблення голосового тремтіння нижче кута лопатки справа.

Перкуторно: нижче кута лопатки справа вислуховується тупий перкуторний звук. Нижня границя легень справа: по середньоключичній лінії – V ребро, по середній пахвовій лінії – IV ребро, по лопатковій лінії – VII ребро.

При аускультатії: над ділянкою тупого звуку дихання не проводиться, відразу вище над цією зоною – дихання з бронхіальним відтінком.

Пульс – 96 ударів за хвилину. АТ – 120/70 мм рт. ст.

1. Наявність яких синдромів можна встановити у пацієнта на підставі скарг та даних об'єктивного дослідження?

2. Які додаткові методи обстеження необхідно провести, щоб підтвердити діагноз?

3. Яке захворювання необхідно також виключати? Сформулюйте попередній діагноз і обґрунтуйте його.

ЗАДАЧА № 9

Пацієнт Ж., 25 років. При шпиталізації до стаціонару скаржився на підвищення температури до 39°C, головний біль, кашель з відходженням невеликої кількості жовтого мокротиння, задишку змішаного характеру при ходьбі кімнатою, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: захворів гостро, на фоні повного здоров'я. Після відвідування басейну ввечері раптово з'явилися озноб, головний біль, сухий кашель, закладеність носа, світлобоязнь, загальна слабкість, до 39 С підвищилася температура. Приймав аспірин, але температура знижувалася на 3–4 години, потім знову зростала. Наступного дня кашель посилювався, температура знову підвищилася до 39°C. Викликав сімейного лікаря, який після огляду виставив діагноз вірусної інфекції (імовірно, грипу), надано рекомендації приймати парацетамол при температурі понад 38,5°C. Однак стан не поліпшувався, зберігалася висока температура. На п'ятий день захворювання почалося наростання загальної слабкості, з'явилася задишка при ходьбі квартирою, кашель став вологим з відходженням невеликої кількості жовтого мокротиння. Знову викликав додому сімейного лікаря; після огляду рекомендовано загальний аналіз крові та рентгенографію легень. У загальному аналізі крові спостерігалось прискорення ШОЕ до 45 мм/год, помірний лейкоцитоз. Рентгенографічно відзначалася інфільтрація у нижній частці справа. Пацієнт направлений у пульмонологічне відділення лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає. Грудна клітка правильної форми, обидві половини беруть участь в акті дихання. ЧД – 20 за хвилину. Голосове тремтіння однакове над симетричними ділянками грудної клітки.

Перкуторно над легенями ясний легеневий звук, нижні границі легень у межах норми.

Аускультативно в нижніх відділах ззаду справа ослаблене везикулярне дихання, у цій зоні вислуховуються звучні дрібнопухирчасті вологі хрипи.

Пульс – 82 удари за хвилину. АТ – 120/78 мм рт. ст.

1. Які синдроми можна виділити на підставі наявних скарг та даних об'єктивного дослідження?

2. Чим можна пояснити відсутність змін із боку голосового тремтіння та перкусії?

3. Як пояснити патогенез?

4. Сформулюйте діагноз захворювання.

5. Які дообстеження необхідні пацієнту та чому?

ЗАДАЧА № 10

Пацієнт К., 52 роки. Звернувся зі **скаргами** на сильний кашель з виділенням невеликої кількості слизисто-гнійного мокротиння і періодичне кровохаркання, задишку при помірному фізичному навантаженні, субфебрильну температуру, пітливість, зниження апетиту, схуднення на 5 кг за останні три місяці, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: сухий кашель непокоїть кілька років, пов'язував його з палінням. Останній рік почалася періодична поява невеликої кількості жовтуватого мокротиння при кашлі переважно вранці. Близько 5–6 місяців з'явилася невелика задишка при помірному фізичному навантаженні – швидка ходьба, ходьба під гору. В останні три місяці у мокроті періодично почали з'являтися прожилки крові, пітливість, увечері – підвищувалася температури тіла до 37,5°. За медичною допомогою не звертався, приймав періодично амброксол та парацетамол. За ці місяці схуд на 5 кг. Напередодні звернення до сімейного лікаря у пацієнта кровохаркання посилилося: у мокроті побільшала кількість крові у вигляді окремих пльовків червоного

кольору. Звернувся до сімейного лікаря і був направлений до стаціонару на обстеження та лікування.

З анамнезу життя: працює зварником. Палить по 20–25 цигарок на день понад 30 років.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви бліді, невеликі набряки стоп та гомілок. Грудна клітка емфізематозної форми, дещо асиметрична: ліва половина менша у розмірах. Ліва половина грудної клітки дещо відстає при диханні. Частота дихання – 24 за хвилину. Голосове тремтіння ослаблене в надлопатковій ділянці зліва.

При перкусії: над легенями легеневий звук з коробковим відтінком, у надлопатковій та підключичній ділянці зліва визначається притуплення перкуторного звуку.

При аускультії: вислуховується ослаблене везикулярне дихання, розсіяні різноманітні сухі хрипи, у підключичній та надлопатковій ділянках зліва дихання різко ослаблене. Бронхофонія у цій зоні також різко ослаблена.

Пульс – 94 удари за хвилину. АТ – 105/68 мм рт. ст.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 100 г/л, лейкоцити – 14×10^9 /л, ШОЕ – 60 мм/год.

Загальний аналіз мокротиння: мокрота слизисто-гнійно-кров'яниста, в'язка, без запаху, при мікроскопії лейкоцити – 15–20 у полі зору, циліндричний епітелій – 15–18 у полі зору, виявлені атипові клітини.

1. Які синдроми можна виділити на основі наявних даних?

2. Назвіть основні захворювання, у яких зустрічається кровохаркання.

3. Яке захворювання, ймовірно, є у пацієнта? Наведіть обґрунтування діагнозу.

ЗАДАЧА № 11

Пацієнт М., 62 роки. *Скарги* на задишку у спокої змішаного характеру, що посилюється при незначному фізичному навантаженні, тяжкість у лівій половині грудної клітки.

З анамнезу захворювання: приблизно місяць тому з'явилася невелика задишка при помірному фізичному навантаженні. За медичною допомогою не звертався. Поступово інтенсивність задишки почала наростати, і за кілька днів до звернення до лікаря була вже у спокої, крім того, з'явилося відчуття тяжкості у лівій половині грудної клітки. Сьогодні у зв'язку з вираженою задишкою викликав сімейного лікаря додому.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Шкірні покриви бліді з невеликим дифузним ціанозом, невеликі набряки стоп та гомілок. При огляді ліва половина грудної клітки дещо збільшена в розмірах, згладженість і невелике вибухання міжреберних проміжків зліва. Відзначається відставання її в акті дихання.

Пальпація: голосове тремтіння не проводиться нижче кута лопатки та в пахвовій ділянці зліва.

Перкусія: зліва від кута лопатки і в пахвовій ділянці в нижніх відділах визначається тупий перкуторний звук, у міжлопатковій ділянці зліва вище кута лопатки притуплення перкуторного звуку. При топографічній перкусії границя тупого звуку локалізується по середній і задній пахвовій лінії зліва на IV ребрі, справа – у межах норми.

Аускультация: дихання зліва нижче кута лопатки і в пахвовій ділянці до рівня IV ребра не проводиться, в міжлопатковій ділянці зліва на рівні IV–V ребра різко ослаблене. У пахвовій ділянці вище IV ребра ослаблене везикулярне дихання з бронхіальним відтінком.

Пульс – 104 удари за хвилину. АТ – 105/60 мм рт. ст.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 105 г/л, лейкоцити – 15×10^9 /л, ШОЕ – 56 мм/год.

1. Про який синдром йдеться? Сформулюйте робочий діагноз.

2. Які зміни можуть бути виявлені при рентгенографії органів грудної клітки?

3. Які ще дослідження мають бути виконані найближчим часом для уточнення діагнозу?

ЗАДАЧА № 12

До відділення госпіталізований пацієнт Т., 50 років, інженер.

Скарги на біль середньої інтенсивності (5 балів за ВАШ) у правій половині грудної клітки, що посилюються при диханні та кашлі, помірний сухий кашель, що посилюється при глибокому диханні, підвищення температури тіла до 37,5°C.

З анамнезу захворювання: захворів гостро вчора, коли ввечері з'явилися перераховані вище скарги. Пов'язує захворювання із відвідуванням вранці басейну.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Положення вимушене – пацієнт лежить на правому боці, притискаючи рукою праву половину грудної клітки. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає.

Грудна клітка правильної форми, її права половина відстає у диханні. Голосове тремтіння однакове на симетричних ділянках.

При перкусії ясний легеневий звук, границі в межах норми, спостерігається обмеження рухливості нижнього краю правої легені.

Аускультативно: дихання везикулярне, ослаблене справа внизу, тут же визначається шум тертя плеври.

Пульс – 78 ударів за хвилину. АТ – 115/70 мм рт. ст.

1. Яка найбільш вірогідна локалізація та характер патологічного процесу у легенях?

2. Які зміни передбачається знайти при рентгенографії органів грудної клітки?

3. Сформулюйте діагноз та обґрунтуйте.

4. Чи доцільна у цьому випадку госпіталізація пацієнта?

СИНДРОМ НАЯВНОСТІ ПОРОЖНИНИ В ЛЕГЕНЯХ. СИНДРОМ ГОСТРОЇ І ХРОНІЧНОЇ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

ЗАДАЧА № 1

Пацієнт М., 28 років. Висловлює *скарги* на біль середньої інтенсивності (4 бали за ВАШ); у підключичній ділянці справа при глибокому диханні і кашлі, кашель з відділенням великої кількості мокротиння з неприємним запахом, жовто-зеленого кольору, більше вранці в положенні на лівому боці, підвищення температури тіла до 38,8°C, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: захворів близько тижня тому, коли після переохолодження підвищилася температура тіла до 38,8°C, з'явилися сухий кашель, колючі болі при диханні в підключичній ділянці справа. За медичною допомогою не звертався, приймав парацетамол 2–3 рази на день. Через п'ять днів при нахилі тулуба раптово відійшло майже 100 мл мокротиння жовто-зеленого кольору з неприємним запахом. Звернувся до сімейного лікаря, направлений до стаціонару на лікування.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви звичайного забарвлення, вологі. Набряків немає.

При *огляді грудної клітки* відзначається невелике відставання правої половини грудної клітки в акті дихання. Частота дихання – 22 за хвилину. При *пальпації* в підключичній ділянці справа проявляється посилення голосового тремтіння. **Перкусія:** у підключичній ділянці справа виявляється тимпанічний перкуторний звук. При *аускультції легень* у підключичній ділянці справа вислуховується амфоричне дихання, середньо- і крупнопухирчасті вологі хрипи. Бронхофонія у цій ділянці посилена.

Загальний аналіз мокротиння: кількість – 120 мл, жовто-зеленого кольору, характер гнійний, запах неприємний. **При мікроскопії:** лейкоцити покривають все поле зору, миготливий епітелій – 8–9 у полі

зору, еластичні волокна – 3–4 у полі зору. При фарбуванні за Грамом виявлено грам-позитивні коки.

1. Який синдром є у пацієнта? Обґрунтуйте.

2. Сформулюйте попередній діагноз та обґрунтуйте його. Назвіть стадію захворювання.

3. Які ще обстеження необхідні для верифікації діагнозу та правильного лікування?

ЗАДАЧА № 2

До відділення пульмонології госпіталізований пацієнт Б., 49 років, робітник. **Скарги** на частий кашель з виділенням великої кількості мокротиння з неприємним гнильним запахом (близько 150–200 мл на добу), кашель посилюється у положенні пацієнта на правому боці. Крім того, турбує підвищення температури тіла до 38,5°C, задишка при швидкій ходьбі, підйманні на другий поверх, загальна слабкість, пітливість, зниження апетиту.

З анамнезу захворювання: спостерігається у сімейного лікаря близько 20 років із діагнозом «хронічний бронхіт». Останні п'ять років щорічно госпіталізується до пульмонологічного відділення із загостренням захворювання. Останній рік почав зауважувати посилення кашлю та збільшення кількості мокротиння. Періодично в мокроті помічає появу прожилок крові. Останнє загострення захворювання сталося приблизно п'ять днів тому, коли після переохолодження на роботі (працює на будівництві) підвищилася температура тіла до 38,2°C, посилювався кашель з виділенням великої кількості мокротиння з неприємним гнильним запахом, особливо вранці, з'явилася задишка при швидкій ходьбі та підйманні на другий поверх. Також з'явилися пітливість, загальна слабкість, зниження апетиту. Звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви незначно ціанотичні, набряків немає. Пальці кистей рук нагадують

феномен «барабанних паличок», нігті у вигляді «годинникових скелець».

Грудна клітина емфізематозної форми, над- та підключичні ділянки вибухають. Частота дихання – 20 за хвилину. **Перкуторно** над легенями легеневий звук з коробковим відтінком. Ліворуч ззаду нижче кута лопатки з тимпанічним відтінком. При **аускультатії легень** вислуховується ослаблене везикулярне дихання, у нижніх відділах зліва ззаду дихання з подовженим видихом та вищого тембру. У цій ділянці багато вологих звучних середньо- і крупнопухирчастих хрипів, над рештою поверхні легень вислуховуються розсіяні свистячі і дзижчать сухі хрипи, нечисленні вологі хрипи.

1. Які синдроми є у пацієнта? Обґрунтуйте.

2. Сформулюйте попередній діагноз та обґрунтуйте його.

3. Які ще додаткові обстеження необхідно виконати цьому пацієнту?

ЗАДАЧА № 3

До відділення пульмонології госпіталізований пацієнт П., 47 років. Висловлює **скарги** на кашель з відходженням великої кількості гнійного смердючого мокротиння (до 150 мл на добу). Мокрота виділяється переважно вранці та в положенні на лівому боці. Крім того, відчуває озноби, проливні поти, задишку при швидкій ходьбі, підвищення температури до 39,0°C, зниження апетиту, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: хворим себе вважає близько трьох тижнів, коли після переохолодження з'явилися кашель з незначною кількістю мокротиння, озноб, пітливість, біль у правій половині грудної клітки під час дихання, підвищилася температура до 38,7°C. За медичною допомогою не звертався, приймав жарознижувальні препарати. Через три тижні при сильному кашлі раптово відійшла велика кількість смердючого мокротиння (близько 200 мл), що й

змусило звернутися до сімейного лікаря. Був направлений на госпіталізацію до пульмонологічного відділення.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви помірно ціанотичні, вологі, набряків немає.

Грудна клітка правильної форми. Права половина відстає в акті дихання. Частота дихання – 24 за хвилину. Справа по середній пахвовій лінії на рівні VI–VIII міжребер'я визначається посилення голосового тремтіння, а при *перкусії* – тимпанічний звук з металевим відтінком. При *аускультації легень* над ділянкою тимпанічного звуку вислуховується амфоричне дихання, вологі звучні крупно- і середньопухирчасті хрипи. Над рештою поверхнею легень вислуховується везикулярне дихання без будь-яких особливостей.

Загальний аналіз мокротиння: кількість – 170 мл, гнійний характер, зелений колір, смердючий запах. **При мікроскопії:** лейкоцити покривають густим шаром все поле зору, еритроцити 5–10 в полі зору. Виявлено еластичні волокна у великій кількості.

1. Назвіть синдром, для якого характерні перелічені вище ознаки.

2. Яке захворювання у пацієнта та його стадія? Проведіть обґрунтування діагнозу.

3. Інтерпретуйте наявний аналіз мокротиння.

ЗАДАЧА № 4

Пацієнт О., 58 років. Висловлює *скарги* на кашель з виділенням великої кількості слизисто-гнійного мокротиння (до 400 мл на добу), періодично з неприємним запахом та домішкою крові у вигляді прожилок. Мокрота переважно виділяється рано-вранці і після денного сну, більше в положенні на лівому боці. Крім того, турбує задишка при ходьбі до 200 метрів, підйманні на другий поверх, періодичне підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, схуднення за останній рік на 8 кг, зниження апетиту.

З анамнезу захворювання: палить з 18-річного віку. Кашель із виділенням невеликої кількості слизистого мокротиння (у вигляді окремих пльовків) спостерігається періодично, особливо після переохолодження протягом останніх восьми років. Останні три роки зауважує поступове збільшення кількості слизисто-гнійного мокротиння. При цьому зазначає, що з минулого року мокротиння відходить переважно у положенні на лівому боці. Звернувся до сімейного лікаря та був направлений на консультацію до пульмонолога.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви незначно ціанотичні, помірний ціаноз обличчя. Шкіра суха з лущенням, тургор шкіри знижений. Пальці рук і ніг на кшталт «барабанних паличок», нігті у вигляді «годинникових скелець».

Грудна клітка бочкоподібної форми, над- і підключичні ямки згладжені. Частота дихання – 22 за хвилину. Голосове тремтіння справа спереду на рівні III–IV міжребер'я і в підлопатковій ділянці посилене, над рештою ділянок грудної клітки – ослаблене. **Перкуторно** над легень визначається легеневий звук із коробковим відтінком. При **аускультативній легені** вислуховується ослаблене везикулярне дихання, справа спереду на рівні III–IV міжребер'я і в підлопатковій ділянці справа з бронхіальним відтінком, над усією поверхнею легень вислуховується помірна кількість розсіяних сухих свистячих і дзижчачих хрипів. Крім того, справа на рівні III–IV міжребер'я спереду та в підлопатковій ділянці справа вислуховуються вологі середньо- і крупнопухирчасті звучні хрипи.

Загальний аналіз мокротиння: добова кількість мокротиння – 350 мл, неприємного запаху, слизисто-гнійного характеру. При стоянні поділяється на три шари. **При мікроскопії:** лейкоцити густим шаром у полі зору, еритроцити – 5–10 у полі зору, клітини циліндричного епітелію – 15–20 у полі зору.

1. Назвіть синдроми, для яких характерні перелічені ознаки та обґрунтуйте. Сформулюйте діагноз.

2. Як пояснити зміни шкіри та пальців рук і ніг?

3. Які ще додаткові обстеження необхідно виконати пацієнту?

ЗАДАЧА № 5

Пацієнт К., 43 роки, будівельник. *Скарги* – на інтенсивний кашель з виділенням великої кількості мокротиння з неприємним запахом, задишку при ходьбі кімнатою, підвищення температури тіла до 38,8°C, періодичні озноби і виражену пітливість, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: захворюванню передувало переохолодження на фоні алкогольної інтоксикації. Наступного дня після цього підвищилася температура до 38,8°C, з'явилися кашель з помірною кількістю мокротиння, задишка. Звернувся до лікаря. Була запідозрена, а потім рентгенологічно підтверджена пневмонія у нижній частці справа. Від госпіталізації пацієнт відмовився. Було призначено лікування антибіотиками в амбулаторних умовах, які пацієнт приймав нерегулярно. Поліпшення не спостерігалось. Збереглися озноби, кашель, загальна слабкість. На десятий день хвороби помітив виділення великої кількості (до 300 мл) мокротиння «повним ротом» із неприємним запахом. Звернувся повторно до лікаря та був госпіталізований до пульмонологічного відділення.

З анамнезу захворювання та життя: тривалий час зловживає алкоголем, погано харчується.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Шкірні покриви бліді, помірний ціаноз обличчя.

Грудна клітка правильної форми. Права половина відстає в акті дихання. Частота дихання – 28 за хвилину. У підлопатковій ділянці справа помітне посилення голосового тремтіння. Там же при *перкусії* визначається притуплено-тимпанічний звук. При *аускультатії легень* у цій ділянці вислуховуються тихе бронхіальне дихання і звучні середньо- та крупнопухирчасті вологі хрипи.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 136 г/л, еритроцити – 4, 3×10^{12} /л, лейкоцити – 14, 0×10^9 /л, ШОЕ – 56 мм/год, еозинофіли – 4 %, базофіли – 1 %, паличкоядерні – 11 %, сегментоядерні – 60 %, лімфоцити – 20 %, моноцити – 14 %.

Загальний аналіз мокротиння: добова кількість – 350 мл, смердюча, характер гнійний. При стоянні поділяється на два шари:

серозний, гнійний. При мікроскопі: велика кількість лейкоцитів у полі зору, еритроцити – 10–15 у полі зору, еластичні волокна – 2–3 у полі зору.

1. Які синдроми можна виділити у пацієнта на підставі клінічної картини та даних об'єктивного дослідження?

2. Яке захворювання може протікати із зазначеною клінічною картиною? Обґрунтуйте.

3. Які ускладнення у цьому випадку можуть розвинути?

ЗАДАЧА № 6

Пацієнтка О., 47 років. *Скарги* на інтенсивний кашель із виділенням великої кількості мокротиння (до 250–300 мл), задишку при невеликих навантаженнях – ходьба до 100 метрів, набряклість обличчя вранці, набряки гомілок, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: у п'ятирічному віці перенесла кашлюк. У 20 років почав турбувати кашель з виділенням слизистого та періодично – слизисто-гнійного мокротиння. Погіршення самопочуття спостерігалось в осінньо-весняний період, коли пацієнтка зауважувала тривалі періоди підвищення температури та посилення кашлю, а кількість мокротиння збільшилася до 50–100 мл на добу. При стоянні мокротиння розділилося на три шари, іноді бачила у ньому прожилки крові. Обстежилася у протитуберкульозному диспансері, діагноз туберкульозу виключений. Від бронхоскопічного дослідження відмовилася. Близько п'яти років тому почала помічати появу задишки при швидкій ходьбі та ходьбі вгору. Згодом задишка почала прогресувати – в останній рік була навіть при ходьбі рівною місцевістю до 100 метрів. Протягом останнього року також з'явилися набряки на обличчі у ділянці повік, а також гомілок.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Хвора астеничної конституції, зниженого харчування. Шкірні покриви бліді, набряки під очима, пастозність гомілок. Пальці мають форму «барабанних паличок», нігті – у вигляді «годинникових скелець».

Грудна клітина бочкоподібної форми, обидві половини однаково беруть участь в акті дихання. Частота дихання – 24 за хвилину. **Перкуторно** над грудною клітиною легеневий звук із коробковим відтінком. **Аускультация легень:** ослаблене везикулярне дихання, місцями вислуховується жорстке дихання, розсіяні сухі і вологі дрібно- і середньопухирчасті хрипи.

Загальний аналіз мокротиння: характер гнійний, при відстоюванні видаляються три шари: слизистий, серозний, гнійний.

При мікроскопії: клітини циліндричного епітелію – 10–15 у полі зору, лейкоцити – 20–30 у полі зору, місцями скупчення, еритроцити – 6–10 у полі зору, еластичні волокна не виявлені.

1. Які синдроми можна виділити у пацієнтки?

2. Сформулюйте діагноз захворювання.

3. Який метод дослідження уможливить верифікувати діагноз?

ЗАДАЧА № 7

Пацієнт В., 56 років. **Скарги** на задишку при швидкій ходьбі, кашель із виділенням великої кількості слизисто-гнійного мокротиння (до 250 мл на добу). Мокрота виділяється переважно вранці та при лежанні на правому боці. Крім того, відзначає підвищення температури до 38,4°C.

З анамнезу захворювання: хворим себе вважає близько місяця, коли на другий день після травми грудної клітки (впав з висоти на роботі) з'явилися сухий кашель, болі в пахвовій ділянці зліва, що посилюються при глибокому диханні та кашлі. Звернувся до травм пункту, перелом ребер було виключено. Виставлено діагноз забиття грудної клітки та видано довідку – звільнення від роботи на п'ять днів. Рекомендовано прийом нестероїдних протизапальних засобів. На третю добу підвищилася температура до 38,6°C, приймав парацетамол, температура знижувалася, зменшився біль у грудній клітці. Повторно по медичну допомогу не звертався. Протягом одного тижня самопочуття залишалось таким самим. Наприкінці тижня при

сильному кашлі раптово відійшло близько 300 мл мокротиння, у зв'язку з чим звернувся до сімейного лікаря і після огляду та рентгенографії грудної клітки був одразу скерований на госпіталізацію.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Астенічної конституції, зниженого харчування. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

Грудна клітка правильної форми. Ліва половина відстає в акті дихання. Частота дихання – 24 за хвилину. Зліва в пахвовій ямці визначається посилення голосового тремтіння, при **перкусії** в цій ділянці відзначається притуплення перкуторного звуку з тимпанічним відтінком. При **аускультатії** зліва ззаду нижче кута лопатки і далі в пахвовій ділянці різко ослаблене везикулярне дихання, в міжлопатковій ділянці зліва – тихе бронхіальне дихання і вологі дрібно- і середньопухирчасті хрипи.

При УЗД плевральних порожнин визначається близько 800 мл рідини у лівій плевральній порожнині.

Загальний аналіз мокротиння: кількість – 150,0 мл, слизисто-гнійний характер, без запаху. **При мікроскопії:** клітини циліндричного епітелію – 3–5 у полі зору, лейкоцити – 20–30 у полі зору, місцями скупчення, еритроцити – 4–8 у полі зору, еластичні волокна не виявлені.

1. Назвіть синдроми, для яких характерні нижчеперераховані ознаки? Обґрунтуйте їх.

2. Назвіть захворювання та його стадію.

3. Які інструментальні та лабораторні дослідження необхідні цьому пацієнтові?

ЗАДАЧА № 8

До відділення пульмонології госпіталізований пацієнт Т., 59 років. **Скарги** на кашель з виділенням великої кількості мокротиння (близько однієї склянки) слизисто-гнійного характеру, особливо при нахилі тулуба вперед, задишку із утрудненим видихом при швидкій ходьбі та

підійманні на один поверх, зниження працездатності, загальну слабкість, періодичні набряки на стопах та гомілках.

З анамнезу захворювання та життя: палить з 20-річного віку. Працює на кар'єрі, де є велика запиленість, часто переохолоджується. Кашель з виділенням невеликої кількості слизистого мокротиння (у вигляді окремих пльовків) відзначається періодично особливо після переохолодження протягом останніх 15 років. Останні чотири роки поступово збільшувалася кількість слизисто-гнійного мокротиння. При цьому пацієнт зазначає, що з минулого року мокротиння добре відходить при нахилі тулуба та в горизонтальному положенні. Задишка із утрудненим видихом виникла приблизно п'ять років тому, правда, лише при інтенсивних навантаженнях. Останній рік проявляється при швидкій ходьбі, підійманні на один поверх. Набряки гомілок спостеріг близько 3–4 місяців тому. Звернувся до сімейного лікаря та був направлений на консультацію до пульмонолога.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Помірний ціаноз, акроціаноз. Набряклість стоп та гомілок. Пальці рук і ніг у вигляді «барабаних паличок», нігті – «годинникових скелець».

Грудна клітка бочкоподібної форми, над- і підключичні ямки згладжені. Обидві половини однаково беруть участь в акті дихання. Тип дихання змішаний, участь допоміжних м'язів в акті дихання. Частота дихання – 18 за хвилину, видих подовжений. **Перкуторно** над легень визначається коробковий перкуторний звук. Нижні границі легень по лопатковій лінії на рівні XI ребер. При **аускультативній легені** вислуховується ослаблене везикулярне дихання з подовженим видихом, велика кількість сухих свистячих хрипів, у нижніх відділах вологі дрібно- і середньопухирчасті хрипи.

1. Назвіть синдроми, для яких характерні перелічені вище ознаки. Обґрунтуйте їх.

2. Які додаткові обстеження необхідно виконати пацієнту?

3. Сформулюйте діагноз та вкажіть стадію дихальної недостатності.

ЗАДАЧА № 9

Пацієнт Н., 66 років. Госпіталізований зі *скаргами* на частий кашель з відділенням невеликої кількості в'язкого слизисто-гнійного мокротиння, задишку в спокої з утрудненим видихом, що посилюється при невеликому фізичному навантаженні, набряклість стоп і гомілок.

З анамнезу захворювання та життя: палить близько 40 років, по пачці цигарок щодня. Працював на будівництві муляром та останні 10 років – газозварником.

Кашель турбує близько 20 років, проте не надавав йому значення, раніше не лікувався та не обстежувався. Задишку із утрудненим видихом зауважив близько 5–7 років, звертався до сімейного лікаря, рекомендовано відмову від паління та зміну роботи, а крім того, постійний прийом інгаляторів. Користувався Атровентом (іпратропія бромід) приблизно 2–3 місяці, але потім самостійно припинив його прийом. Останні 3–4 роки почалося наростання задишки та часті загострення захворювання, у зв'язку з чим двічі на рік госпіталізувався до пульмонологічного відділення. Останні шість місяців регулярно застосовував Атровент, проте суттєвого поліпшення самопочуття не відчув. Більше того, появились набряки на стопах та гомілках. Звернувся до сімейного лікаря та був скерований на госпіталізацію до пульмонологічного відділення.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Дифузний ціаноз. Набряклість стоп та гомілок. Пальці рук і ніг у вигляді «барабанних паличок», нігті – «годинникових скелець».

Грудна клітка емфізематозна, обидві половини однаково беруть участь в акті дихання, тип дихання змішаний, у диханні задіяні допоміжні м'язи шиї. ЧД – 20 за хвилину. При *пальпації* грудна клітка ригідна. **Перкуторно:** коробковий перкуторний звук, опущення нижніх границь легень. При *аускультатії легень* вислуховується ослаблене везикулярне дихання у нижніх відділах, видих подовжений, розсіяні сухі свистячі хрипи.

Спирографія: зниження ЖЄЛ до 60 %, індекс «Тіффно» – 50 %, ОФВ1 – 50 % від належної.

1. Назвіть синдроми, які є у пацієнта.
2. Яке захворювання призвело до цих синдромів?
3. Як оціните тип порушення вентиляційної функції легень?

ЗАДАЧА № 10

Пацієнтка Н., 56 років. Госпіталізована зі *скаргами* на задишку змішаного характеру у спокої, що посилюється при невеликих фізичних навантаженнях, на неінтенсивний сухий кашель зрідка.

З анамнезу захворювання: уперше задишку при помірних фізичних навантаженнях помітила приблизно рік тому. Пов'язувала її з віком та зайвою вагою. Через 6–8 місяців задишка почала вже турбувати при невеликих навантаженнях – підймання на третій поверх, ходьба рівною місцевістю до 150–200 метрів. Звернулась до сімейного лікаря, виконано загальний аналіз крові, рентгенографію органів грудної клітки, електрокардіографію. Явних змін не виявлено. Була оглянута кардіологом, за його рекомендаціями виконано УЗД серця. Проте переконливих даних про захворювання серця не отримано. Протягом останніх шести місяців задишка стала вираженою: почала турбувати у спокої, різко посилювалася при невеликих навантаженнях – хатній роботі. Для встановлення діагнозу була скерована до пульмонологічного відділення обласної лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, дифузний ціаноз. Набряків немає. Грудна клітина правильної форми, обидві половини однаково беруть участь в акті дихання. Частота дихання – 28 за хвилину. При *перкусії* легень визначається легеневий звук, нижні границі легень по лопатковій лінії на рівні X ребер. При *аускультатії легень* у нижніх відділах вислуховується ослаблене везикулярне дихання, відразу вислуховується сильна крепітація по типу «тріску целофану».

Пульсоксиметрія: сатурація крові у спокої – 80 %.

Спірографія: зниження ЖЄЛ до 40 % від належного показника, індекс "Тіффно" – 85 %, ОФВ1 – 80 % від належного показника, проба на максимальну вентиляцію – не виконується.

1. Назвіть синдром і групу можливих захворювань, яким може відповідати описана картина.

2. Як оціните тип порушень вентиляційної функції легень?

3. Які діагностичні методи необхідно використовувати у цьому випадку?

ЗАДАЧА № 11

Пацієнт М., 56 років. Госпіталізований зі **скаргами** на частий кашель із відходженням великої кількості мокротиння (до 200 мл на добу) переважно вранці, задишку змішаного характеру при швидкій ходьбі та ходьбі під гору, періодичне підвищення температури до 38,7°C, виражену загальну слабкість, пітливість, зниження апетиту.

З анамнезу захворювання: хворим себе вважає приблизно три тижні, коли з'явився сухий кашель із незначним мокротинням, пітливість, біль у правій половині грудної клітки при диханні, підвищилася температура тіла до 38,4°C. Звернувся до сімейного лікаря, зроблено рентгенівський знімок, загальний аналіз крові. Виставлений діагноз вогнищевої пневмонії у нижній частці справа. Від запропонованої госпіталізації відмовився у зв'язку із сімейними обставинами. Був призначений внутрішньом'язовий антибіотик (цефтріаксон) та відхаркувальні препарати. Після початку лікування самопочуття дещо поліпшилося: температура почала підвищуватися тільки вечорами, і не вище 37,7°C. Однак через шість днів температура тіла знову почала підвищуватися до 38,6°C, з'явилися періодичні озноби, пітливість, наростає загальна слабкість, кашель з виділенням невеликої кількості мокротиння слизисто-гнійного характеру, зниження апетиту. Пацієнт продовжував призначене лікування та через три дні звернувся повторно до сімейного лікаря. Рекомендовано повторний аналіз крові, результати якого засвідчили наростання ШОЕ до 56 мм/год. Виконана повторна рентгенографія легень – відзначено збереження інфільтрації та відсутність позитивної динаміки. У зв'язку із цим рекомендовано направлення на стаціонарне лікування, від якого він знову відмовився. До лікування було додано ще один антибіотик

усередину. Однак незважаючи на лікування, що проводилося, стан не поліпшувався. Ще через тиждень суттєво збільшилася кількість мокротиння (до 200 мл), особливо вранці, з'явилася задишка при швидкій ходьбі. Звернувся знову до сімейного лікаря і був направлений на госпіталізацію до пульмонологічного відділення.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Нормостенічної конституції. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

Грудна клітка правильної форми. Права половина відстає в акті дихання. Частота дихання – 24 за хвилину. Справа у підлопатковій ділянці визначається посилення голосового тремтіння. **Перкуторно** у цій ділянці притуплення перкуторного звуку. При **аускультатії** в цій ділянці вислуховується бронхіальне дихання та багато вологих дрібно-та середньопухирчастих звучних хрипів.

Рентгенографія ОГК: на фоні інфільтрації в нижній частці справа відзначається просвітлення з горизонтальним рівнем рідини, у правому синусі – невелика кількість рідини.

1. Як пояснити відсутність поліпшення у самопочутті та появу великої кількості мокротиння?

2. Назвіть синдроми, для яких характерні ці ознаки.

3. Сформулюйте діагноз та обґрунтуйте його.

ЗАДАЧА № 12

Пацієнтка М., 48 років. Звернулася зі **скаргами** на задишку при швидкій ходьбі, ходьбі рівною місцевістю до 100 метрів, підйманні сходами на один поверх, набряклість стоп і гомілок вечорами.

З анамнезу захворювання: понад 25 років хворіє на бронхіальну астму змішаної форми. Погіршення відзначала у весняний період із квітня до червня, а також у листопаді-грудні. Виявлено алергію до домашнього пилу, шерсті кішок, собак. Раніше неодноразово госпіталізувалася до пульмонологічного відділення у зв'язку з наростанням частоти нападів та їх ускладненням. Останні п'ять років регулярно приймає комбіновані інгалятори (Серетид) та відзначає

суттєве зменшення кількості нападів: (1–2 на місяць). Останній напад бронхіальної астми був близько місяця тому, купірувався інгаляцією сальбутамолу. Однак приблизно рік тому з'явилася задишка змішаного характеру при помірних фізичних навантаженнях, а близько 5–6 місяців – невелика набряклість стоп та гомілок. Звернулася до сімейного лікаря у зв'язку з наростанням задишки та набряків.

Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, помірна набряклість стоп і гомілок.

Грудна клітина емфізематозної форми. Обидві половини однаково беруть участь в акті дихання. Частота дихання – 18 за хвилину. **Перкуторно** над легенями вислуховується легеневий звук із коробковим відтінком, нижні границі легень по лопатковій лінії на рівні XI ребер. **При аускультатії** ослаблене везикулярне дихання з подовженим видихом, хрипів немає.

1. Про яке ускладнення захворювання йдеться? Сформулюйте діагноз.

2. Як пояснити появу набряків на ногах?

3. Які ще додаткові інструментальні дослідження треба виконати цій пацієнтці?

ХВОРОБИ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ СИСТЕМИ

ГОСТРА РЕВМАТИЧНА ЛИХОМАНКА. МІТРАЛЬНІ ВАДИ СЕРЦЯ. МІОКАРДИТИ

ЗАДАЧА № 1

Пацієнтка М., 20 років. Госпіталізована зі *скаргами* на задишку в спокої, відчуття дискомфорту в прекардіальній ділянці, набряки гомілок, зрідка кашель із виділенням мокротиння з прожилками крові.

З анамнезу захворювання: хворіє з 12-річного віку, кілька разів перенесла гостру ревматичну лихоманку, у зв'язку з чим лікувалася стаціонарно. Близько трьох років тому почала відчувати появу задишки при невеликих навантаженнях – швидкій ходьбі, підйманні на другий поверх. Протягом останнього року зауважила посилення задишки та появу набряків гомілок.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Акроціаноз, ціанотичний рум'янець на щоках. Помірні набряки гомілок та стоп.

При аускультатії у легенях у нижніх відділах ослаблене везикулярне дихання та крепітація, ЧД – 24 за 1 хвилину.

Під час *огляду* визначається епігастральна пульсація, серцевий поштовх.

Перкуторно границі серця: права в IV міжребер'ї на 2,5 см назовні від правого краю грудини; ліва у III міжребер'ї на 3 см назовні від лівого краю грудини, у IV–V міжребер'ях – у нормі; верхня – на II ребрі.

Аускультатія серця: тони серця ритмічні, тричленний ритм, I тон гучний і плескає, тон відкриття мітрального клапана, акцент II тону на легеневій артерії, на верхівці серця вислуховується діастолічний шум; ЧСС 106 ударів за хвилину, пульс – 94 ударів за хвилину, АТ – 100/70 мм рт. ст.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий, печінка виступає на 3 см з-під реберної дуги.

ЕКГ: несинусовий ритм, фібриляція передсердь, відхилення електричної осі серця вправо, високий зубець R в V1–V2, глибокий S в V5–V6.

1. **Який ритм вислуховується під час аускультатії? Поясніть механізм утворення гучного першого тону.**
2. **Які зміни у серці діагностуються за даними ЕКГ?**
3. **Сформулюйте діагноз.**

ЗАДАЧА № 2

Пацієнтка 28 років. Звернулася зі **скаргами** на підвищення температури до 38,5°C, припухлість та біль у ліктьових суглобах, періодичний неінтенсивний біль у ділянці серця колючого характеру тривалістю до двох годин, задишку та серцебиття при швидкій ходьбі, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: місяць тому перенесла ангіну, рекомендоване сімейним лікарем лікування приймала п'ять днів та припинила самостійно. Через 10 днів знову почала підвищуватися температура тіла до субфебрильних цифр, ще через тиждень з'явився біль у колінних суглобах. Протягом останнього тижня з'явилися вищезазначені скарги, знову звернулася до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Відзначається припухлість та гіперемія ліктьових суглобів, підвищення їхньої місцевої температури. На гомілках пальпуються болючі щільні утворення, над їх поверхнею шкіра багряно-синюшного кольору, на шкірі тулуба, плечах –рожевий кільцеподібний висип.

При **аускультатії в легенях** везикулярне дихання, ЧД – 20 за хвилину.

При **огляді та пальпації** невелике зміщення верхівкового поштовху вліво. **Перкуторно** ліва границя відносної серцевої тупості в V межребер'ї по середньоключичній лінії, інші границі не змінені. **Аускультативно:** тони серця аритмічні, екстрасистоля, I тон ослаблений на верхівці, негрубий систолічний шум на верхівці, що

проводиться в ліву пахву. ЧСС – 100 ударів за хвилину. АТ – 120/80 мм рт. ст. При *пальпації* живіт м'який, не болючий, печінка не збільшена.

1. Поясніть механізм ослаблення I тону.

2. Охарактеризуйте висипання та інші зміни на шкірі.

3. Назвіть попередній діагноз та план інструментального та лабораторного обстеження.

ЗАДАЧА № 3

Пацієнтка Л., 29 років. Звернулася зі *скаргами* на задишку та серцебиття при помірному фізичному навантаженні – підйманні на один поверх сходами, зрідка періодичний кашель із відділенням невеликої кількості світлого мокротиння.

Анамнез захворювання: у дитячому віці часто хворіла на ангіну, у 16 років перенесла гостру ревматичну лихоманку. Після лікування у стаціонарі почувала себе добре. Близько року тому з'явилися вищевказані скарги.

Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний.

При *аускультатії в легенях* дихання везикулярне, у нижніх відділах невелика кількість вологих незвучних хрипів, ЧД – 20 за хвилину.

При *огляді та пальпації* визначається епігастральна пульсація. У ділянці верхівкового поштовху – «діастолічне тремтіння» грудної клітки. Верхівковий поштовх обмежений, невисокий, розташований у звичному місці. При *перкусії* ліва границя відносної серцевої тупості в III міжребер'ї зліва розміщена на 3,5 см назовні від лівого краю грудини, границі відносної серцевої тупості зліва в IV–V міжребер'ї не змінені.

Аускультатія серця: тони серця ритмічні, I тон на верхівці посилений, голосний і «плескає», акцент II тону на легеневій артерії, на верхівці серця – діастолічний шум, що нікуди не проводиться. ЧСС – 82 удари за хвилину. АТ – 100/70 мм рт. ст.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий, печінка не збільшена.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, відхилення електричної осі вправо, розширений і двогорбий зубець Р І стандартному відведенні. Високий зубець R – V1–V2, глибокий S – V5–V6.

1. Чим можна пояснити наявність вологих хрипів у легенях?

2. Які зміни у серці діагностуються за даними ЕКГ?

3. Назвіть ймовірний діагноз та наведіть план необхідного інструментального обстеження.

ЗАДАЧА № 4

Пацієнт М., 34 роки. Звернувся зі *скаргами* на часті перебої у роботі серця, тривалі та неінтенсивні болі в грудній клітці колючого, ниючого характеру, задишку змішаного характеру та серцебиття при помірному фізичному навантаженні, підвищення температури до 37,4°C.

З анамнезу захворювання: захворів гостро, коли після перенесеної гострої респіраторної інфекції з'явилися вищеперелічені скарги. Звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, вологі. Температура тіла 37,5°C.

При *аускультатії в легенях* везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 22 за хвилину.

Перкуторно визначається зміщення лівої границі відносної серцевої тупості вліво в IV–V міжребер'ї на 2 см. **Аускультативно:** помірна тахікардія – ЧСС – 104 удари за хвилину, тони серця аритмічні, екстрасистоля, I тон ослаблений на верхівці, невеликий акцент II тону на легеневій артерії, негрубий систолічний шум на верхівці серця. АТ – 110/80 мм рт. ст.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий, печінка не збільшена.

ЗАК: ШОЕ – 26 мм/год, лейкоцити – 11×10^9 /л, гемоглобін – 130 г/л.

1. Поясніть механізм ослаблення I тону та систолічного шуму.

2. Які дослідження потрібно провести?

3. Імовірний діагноз та його обґрунтування.

ЗАДАЧА № 5

Пацієнт О., 40 років. Госпіталізований зі **скаргами** на задишку в спокої, що посилюється при незначних фізичних навантаженнях, постійні ниючі болі в ділянці серця і серцебиття, часті перебої у роботі серця, помірні набряки нижніх кінцівок, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр у вечірні години.

З анамнезу захворювання: два місяці тому повернувся з-за кордону, де переніс ентеровірусну інфекцію, було виявлено вірус Коксакі. Після приїзду додому відчув періодичні болі у серці, серцебиття, нестачу повітря при підйманні на другий поверх, загальну слабкість. Поступово симптоми наростали, за медичною допомогою не звертався. Два дні тому задишка суттєво посилилася, особливо у положенні лежачи. У зв'язку з цим викликав бригаду швидкої медичної допомоги і був доставлений до стаціонару.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий, шкірні покриви бліді, акроціаноз, набухання шийних вен. Набряки гомілок та стоп.

При **аускультативній у легенях** у нижніх відділах ослаблене везикулярне дихання та багато незвучних хрипів. ЧД – 24 за хвилину. **Перкуторно** границі відносної серцевої тупості розширені в обидві сторони. **Аускультативно:** тахікардія, тони серця ритмічні, глухі, «ритм галопу», ЧСС – 126 ударів за хвилину. АТ – 100/60 мм рт. ст.

При **пальпації** живіт м'який, не болючий, край печінки виступає на 4 см нижче за край реберної дуги, болючий.

БАК: СРБ – 38 мг/л, КФК – МВ, тропоніни Т та І підвищені.

Рентгенографія легень



- 1. Опишіть, які зміни бачите на рентгенограмі?*
- 2. Поясніть механізм утворення «ритму галопу».*
- 3. Ваш ймовірний діагноз та його обґрунтування.*

ЗАДАЧА № 6

Пацієнтка О., 28 років. Госпіталізована до стаціонару зі *скаргами* на часті колючі болі в ділянці верхівки серця, задишку і серцебиття при звичайній ходьбі, болі в колінних суглобах та їх набряклість, підвищення увечері температури тіла до 37,3°C.

Анамнез захворювання: через два тижні після перенесеної ангіни погіршилося самопочуття з'явилися перераховані вище скарги. Ще через тиждень скарги почали турбувати сильніше, у зв'язку з чим звернулася до сімейного лікаря та була направлена на госпіталізацію.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви блідо-рожеві. Периферичних набряків немає. Колінні суглоби набрякли, гарячі і болючі на дотик.

При *аускультції у легнях* дихання везикулярне, ЧД – 18 за хвилину.

Перкуторно межі відносної серцевої тупості: права – в IV міжребер'ї справа від грудини; ліва – V міжребер'ї по середньоключичній лінії, верхня – на III ребрі. **Аускультация:** тони серця ритмічні, помірна тахікардія – ЧСС – 106 ударів за хвилину, I тон на верхівці ослаблений, м'який систолічний шум на верхівці. АТ – 110/80 мм рт. ст.

Живіт при **пальпації** м'який, не болючий, печінка не збільшена.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС – 104 удари за хвилину, нормальне положення електричної осі серця, атріовентрикулярна блокада I ст., помірні дифузні порушення реполяризації в міокарді лівого шлуночка.

1. Які додаткові методи дослідження необхідно провести?

2. Поясніть зміни на ЕКГ.

3. Ваш ймовірний діагноз та його обґрунтування.

ЗАДАЧА № 7

Пацієнт О., 46 років. **Скарги** на задишку при помірних фізичних навантаженнях: швидкій ходьбі, ходьбі під гору, серцебиття, періодичні тиснучі болі за грудиною без іррадіації тривалістю до 30–40 хвилин.

З анамнезу захворювання: захворів три тижні тому, коли через тиждень після перенесеної гострої респіраторної вірусної інфекції з'явилися задишка та серцебиття. За медичною допомогою не звертався. Два дні тому приєдналися тиснучі болі, за грудиною без іррадіації тривалістю до 30–40 хвилин, тому звернувся до лікарні.

З анамнезу життя: працює програмістом, фізкультурою не займається, спадковість не обтяжена, не палить, алкоголь впливає не частіше одного разу на місяць, до 100 мл.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня тяжкості, шкірні покриви бліді, набряків немає.

При **аускультатії у легенях** дихання везикулярне, ЧД – 20 за хвилину.

При *огляді серця* верхівковий поштовх розлитий, невисокий, на 2 см зміщений назовні від середньоключичної лінії. При *перкусії серця* – помірно зміщення лівої границі відносної серцевої тупості вліво в III, IV та V міжребер'ях. При *аускультативній серця*: аритмічні тони, екстрасистоля, I тон на верхівці ослаблений, акцент II тону на легеневій артерії, неінтенсивний систолічний шум на верхівці серця. ЧСС – 104 удари за хвилину, АТ – 114/70 мм рт. ст.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий, печінка не збільшена.

1. Ваш ймовірний діагноз та його обґрунтування.

2. Поясніть генез аускультативної картини серця.

3. Які обстеження необхідно провести на підтвердження діагнозу?

ЗАДАЧА № 8

Пацієнт П., 42 роки. *Скарги* на постійні болі в гомілковостопних суглобах, їх почервоніння і припухлість, задишку при ходьбі під гору, часті неінтенсивні болі в ділянці верхівки серця, що виникають як при навантаженнях, так і в спокої, загальну слабкість, посилену пітливість, набряки гомілок, тяжкість у правому підребер'ї.

З анамнезу захворювання: близько 13-ти років тому переніс якість захворювання, що проявляється припухлістю та болючістю колінних суглобів, підвищенням температури тіла. За медичною допомогою не звертався. Усі явища пройшли самостійно протягом місяця. Останні два роки почав відчувати задишку при швидкій ходьбі, підйманні сходами на один поверх. За медичною допомогою також не звертався. Близько двох тижнів тому після перенесеної ангіни помітив появу перерахованих вище скарг, у зв'язку з чим звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Помірний ціаноз губ і акроціаноз. Гомілковостопні суглоби набряклі, шкіра над ними гіперемована, при пальпації вони болючі і теплі. Виявляються помірні набряки гомілок.

При *аускультції в легенях* у нижніх відділах ослаблене везикулярне дихання та незвучні хрипи. ЧД – 22 за хвилину.

При *огляді та пальпації ділянки серця*: верхівковий поштовх у V міжребер'ї на 1 см досередини від середньоключичної лінії, діаметром близько 2 см. Визначаються серцевий поштовх, діастолічне тремтіння у ділянці верхівки серця. При *перкусії*: границі відносної серцевої тупості в V міжребер'ї зліва на 1 см досередини від середньоключичної лінії, в III міжребер'ї – на 4 см вліво від лівого краю грудини; права – на 3 см вправо від правого краю грудини; верхня – II ребро. *Аускультція*: тони ритмічні, на верхівці I тон посилений, «плескає», ритм «перепілки», акцент і розщеплення II тону на легеневій артерії. На верхівці серця вислуховується локалізований негрубий діастолічний шум, який не іррадіює. Пульс малого наповнення, м'який, 96 ударів за хвилину, краще пальпується на правій руці, АТ – 100/80 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий, печінка виступає на 3 см з-під краю реберної дуги, щільна, помірно болюча.

ЗАК: лейкоцити – $10,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 33 мм/год.

БАК: сіалові кислоти – 3,6 ммоль/л, С-реактивний білок – 22 мг/л, загальний білок – 85 г/л, альбуміни – 30 г/л, глобуліни: альфа-1–4 %, альфа-2–14 %, бета – 15 %, гама – 24 %.

1. Ваш ймовірний діагноз та його обґрунтування.

2. Чому у пацієнта пульс гірше пальпується на лівій верхній кінцівці? Як називається цей синдром?

3. Які дослідження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

ЗАДАЧА № 9

Пацієнт О., 32 роки. *Скарги* на задишку при ходьбі кімнатою та в горизонтальному положенні, сухий кашель іноді з виділенням невеликої кількості рожевого мокротиння, тяжкість у правому підребер'ї, серцебиття, перебої у роботі серця, припухлість та болючість колінних суглобів, виражену пітливість.

З анамнезу захворювання: у 18-річному віці, після перенесеної ангіни, з'явилися припухлість і болі в колінних та гомілковостопних суглобах. Було діагностовано гостру ревматичну лихоманку, з приводу чого протягом місяця проходив лікування у міській лікарні. Надалі відзначав часті повторні епізоди хвороби, неодноразово лікувався стаціонарно. Останні п'ять років загострень не було проте періодично з'являлися серцебиття, задишка при помірних фізичних навантаженнях – підіймання сходами на третій поверх. Проте до лікаря не звертався. Стан різко погіршився приблизно два тижні тому після переохолодження. Істотно посилилася задишка і з'явилися перераховані вище симптоми. Близько двох днів тому зауважив появу нападів задишки в горизонтальному положенні, у спокої, у зв'язку з чим займав вимушене сидяче положення. Сьогодні викликав бригаду швидкої медичної допомоги та був доставлений до стаціонару.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Положення в ліжку ортопное. Ціанотичний рум'янець щік, ціаноз слизових, акроціаноз. Гомілки та стопи набряклі. Припухлість, почервоніння, болючість у ділянці колінних суглобів.

При **аускультатії в легенях** у нижніх відділах ослаблене везикулярне дихання та багато незвучних хрипів, ЧД – 24 за хвилину. При **пальпації** у V міжребер'ї зліва по середньоключичній лінії визначається феномен «котячого муркотіння». Зліва від краю грудини пальпується серцевий поштовх. Границі відносної серцевої тупості: права у IV міжребер'ї на 3 см назовні від правого краю грудини; ліва у V міжребер'ї по середньоключичній лінії; у III – на 4 см назовні від лівого краю грудини; верхня – на рівні II ребра. При **аускультатії** тони ритмічні, I тон на верхівці гучний, «плескає», акцент і розщеплення II тону над легеневою артерією; на верхівці серця вислуховується обмежений діастолічний шум. Пульс – 108 ударів за хвилину. АТ – 112/86 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий, печінка виступає на 2 см з-під реберної дуги по середньоключичній лінії. Край печінки щільний, помірно болючий.

ЗАК: лейкоцити – $10,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 35 мм/год.

БАК: сіалові кислоти – 4,6 ммоль/л, С-реактивний білок – 32 мг/л.

1. Яка вада серця сформована у пацієнта? Обґрунтуйте.

2. Недостатність яких відділів серця розвинулася у пацієнта?

3. Сформулюйте повний діагноз та обґрунтуйте його.

ЗАДАЧА № 10

Пацієнтка Р., 46 років. Госпіталізована зі **скаргами** на задишку при невеликих фізичних навантаженнях – ходьба в швидкому темпі рівною місцевістю, періодичний неінтенсивний кашель іноді з виділенням невеликої кількості слизистого мокротиння, набряки гомілок вечорами.

З анамнезу захворювання: У дитинстві часто хворіла на простудні захворювання і ангіни. У віці 12 років після перенесеної ангіни було тривале підвищення температури до субфебрильних цифр. Крім того, відзначалися болі і припухлість колінних і гомілковостопних суглобів. Лікувалася амбулаторно, встановлений діагноз хвороби не пам'ятає. Надалі почувала себе добре, і до лікарів не зверталася. При обстеженні у 30-річному віці було виявлено шум у серці, проте пацієнтка детально не обстежувалась. Приблизно рік тому з'явилася задишка при помірних фізичних навантаженнях, що пов'язувала з надмірною вагою тіла. Близько місяця тому надвечір помітила набряки на гомілках і сухий кашель, тому звернулася до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний. Підвищеного харчування. Невелика набряклість гомілок та стоп.

При **аускультативі легень** у нижніх відділах з обох боків вислуховується помірна кількість вологих незвучних хрипів на фоні ослабленого везикулярного дихання. ЧД – 24 за хвилину.

При **огляді та пальпації ділянки серця** визначається широкий та високий верхівковий поштовх, розташований на 3 см назовні від лівої середньоключичної лінії. **Перкуторно** визначається границя відносної серцевої тупості в V міжребер'ї зліва на 4 см назовні від лівої

середньоключичної лінії; у III міжребер'ї – на 4 см від лівого краю гудини. При *аускультції серця* – тони ритмічні, I тон ослаблений на верхівці, помірний акцент II тону на легеневій артерії, на верхівці вислуховується інтенсивний систолічний шум спадаючого характеру, що проводиться у ліву пахву. Пульс – 88 ударів за хвилину, ритмічний. АТ – 120/80 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий, печінка виступає на 3 см з-під реберної дуги по середньоключичній лінії. Край печінки щільний, не болючий.

1. Симптоми якої вади серця є у цієї пацієнтки? Обґрунтуйте.

2. Який метод інструментального обстеження допоможе встановити діагноз та які зміни планується отримати?

3. Оцініть ступінь вираження хронічної серцевої недостатності.

ЗАДАЧА № 11

Пацієнт М., 52 роки. Госпіталізований до стаціонару зі *скаргами* на задишку при незначному фізичному навантаженні – підймання сходами на один поверх, прискорене серцебиття, болі у ділянці верхівки серця ниючого характеру без іррадіації, набряки на ногах переважно у вечірній час.

З анамнезу захворювання: близько місяця тому було діагностовано COVID-19, підтверджений методом ПЛР. Захворювання протікало з високою температурою до 39°C, вираженою слабкістю, від госпіталізації відмовився. Після нормалізації температури зберігалася виражена слабкість. Через три тижні від початку захворювання появилася задишки при швидкій ходьбі та підйманні на другий поверх. Лікарняний лист був продовжений ще на три дні, проте самопочуття не поліпшувалося, з'явилися ще серцебиття і розлиті неінтенсивні болі в ділянці верхівки серця, що виникають як при навантаженнях, так і в спокої. У зв'язку з цим знову звернувся до сімейного лікаря та направлений до кардіологічного відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний. Підвищеного харчування. Невелика набряклість гомілок та стоп.

При **аускультациї легень** дихання везикулярне, нечисленні незвучні хрипи в нижніх відділах з обох боків, ЧД – 22 в хвилину.

При **пальпації** верхівковий поштовх розлитий, не високий, зміщений на 1 см вліво. **Перкусія серця:** зміщення границі відносної серцевої тупості в V міжребер'ї на 1 см назовні від середньоключичної лінії, в III міжребер'ї зліва на 3,5 см назовні від лівого краю грудини. При **аускультациї** тони ритмічні, помірна тахікардія, ЧСС – 104 удари за хвилину. I тон на верхівці помірно ослаблений, акцент II тону на легеневій артерії, неінтенсивний і короткий систолічний шум на верхівці. АТ – 104/86 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка по краю реберної дуги.

1. Яке захворювання припускаєте у пацієнта? Обґрунтуйте.

2. Поясніть механізм ослаблення I тону та утворення систолічного шуму.

3. Які додаткові методи дослідження необхідно провести для уточнення діагнозу захворювання?

ЗАДАЧА № 12

Пацієнтка І., 22 роки. Потрапила до стаціонару зі **скаргами** на підвищення температури тіла до 38°C, загальну слабкість, пітливість, біль і припухлість колінних суглобів.

З анамнезу захворювання: три тижні тому захворіла на ангіну, турбували біль у горлі, висока температура. Приймала антибіотики й аспірин. Через тиждень самопочуття поліпшилося. Однак ще через тиждень раптово з'явилися зазначені вище скарги.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви блідо-рожеві, на шкірі тулуба рожеві кільця, помірна набряклість і болючість колінних суглобів, вони гарячі на дотик, по ходу ахіллових сухожилів пальпуються щільні безболісні вузлики до 1 см у діаметрі.

При *аускультції легень* вислуховується везикулярне дихання, ЧД – 18 за хвилину.

Перкуторно визначається границя відносної серцевої тупості зліва в V міжребер'ї по середньоключичній лінії, в III міжребер'ї зліва – на 3 см назовні від лівого краю грудини. При *аускультції*: аритмічні тони, екстрасистоля, помірна тахікардія, ЧСС – 102 удари за хвилину; I тон ослаблений на верхівці серця, м'який систолічний шум на верхівці. АТ – 114/82 мм рт. ст.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий.

ЗАК: ШОЕ – 34 мм/год, лейкоцити – 11×10^9 /л: паличкоядерні – 8 %, сегментоядерні – 62 %, еозинофіли – 5 %, лімфоцити – 15 %, моноцити – 10 %.

БАК: сіалові кислоти – 3,6 ммоль/л, С-реактивний білок – 28 мг/л, загальний білок – 78 г/л, альбуміни – 30 г/л, глобуліни: альфа-1–3 %, альфа-2–16 %, бета – 14 %, гама – 22 %.

1. Поясніть шкірні прояви захворювання.

2. Які додаткові інструментальні лабораторні методи обстеження необхідно провести?

3. Сформулюйте попередній діагноз та обґрунтуйте його.

ІНФЕКЦІЙНИЙ ЕНДОКАРДИТ. АОРТАЛЬНІ ВАДИ СЕРЦЯ

ЗАДАЧА № 1

Пацієнт В., 18 років. Скаржиться на періодичні запаморочення, почасти втрату свідомості при різкому вставанні з ліжка, періодичні стискаючі болі в ділянці серця при підйманні на третій поверх, тривалістю до 5 хв.

З анамнезу захворювання: у п'ятирічному віці при проведенні УЗД серця виявлено бікуспідальний аортальний клапан без явних гемодинамічних змін. Щороку повторював УЗД серця. При проходженні УЗД серця цього року встановлено, що площа отвору аортального клапана становить $1,2 \text{ см}^2$.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви бліді, набряків немає.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 16 за хвилину.

При **огляді ділянки серця** верхівковий поштовх розлитий, високий, на 2 см назовні від лівої середньоключичної лінії. **Перкуторно** визначені границі серця: зміщення лівої границі відносної серцевої тупості в IV–V міжребер'ях на 2 см назовні від лівої середньоключичної лінії. При **аускультатії серця:** тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці, ослаблення II тону над аортою, вислуховується грубий, «пилячий» систолічний шум на аорті, який проводиться на сонній артерії та в міжлопаткову ділянку ззаді. ЧСС – 68 ударів за хвилину. Пульс ритмічний, малий та повільний. АТ – 104/80 мм рт. ст.

При **пальпації** живіт м'який, не болючий, печінка не збільшена.

ЗАК у межах норми.

- 1. Яка вада сформувалася у пацієнта? Обґрунтуйте.**
- 2. Чим можна пояснити біль у серці та епізод втрати свідомості?**
- 3. Які зміни на ЕКГ можна припустити?**

ЗАДАЧА № 2

Пацієнтка І., 58 років. Госпіталізована зі **скаргами** на підвищення температури до 39°C з ознобом, періодичні болі в ділянці серця колючого характеру, не пов'язані з фізичним навантаженням, задишку змішаного характеру при ходьбі по рівній місцевості до 50 метрів, пітливість, виражену загальну слабкість, підвищення тільки систолічного артеріального тиску до 160 мм рт. ст.

Анамнез захворювання: підвищення температури тіла до 39,0°C зауважила через два дні після лікування зубів у стоматолога. За кілька днів поступово з'явилися задишка при швидкій ходьбі, загальна слабкість. За медичною допомогою не зверталася. Ще через тиждень задишка посилилася, з'явилися виражена пітливість і різка слабкість, практично зник апетит. Звернулася до сімейного лікаря. При рентгенографії ОГК виявлено збільшення лівих відділів серця, даних про пневмонію не отримано. При УЗД внутрішніх органів: помірне збільшення розмірів печінки та селезінки. В ЗАК виражений нейтрофільний лейкоцитоз зі зсувом формули вліво, легкого ступеня нормохромна анемія, прискорення ШОЕ до 68 мм/год. Була скерована до терапевтичного відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви блідо-сірого кольору, нагадують колір «кави з молоком», петехіальний висип на кон'юнктиві очей та слизовій ротової порожнини, невелика кількість елементів цієї висипки на гомілках. Набряків на ногах немає.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, ослаблене в нижніх відділах, побічних дихальних шумів немає. ЧД – 22 за хвилину. **Перкуторно** визначені границі серця: зміщення лівої границі відносної серцевої тупості вліво на 2 см назовні в III–V міжребер'ях. При **аускультатії серця** тони ритмічні, приглушені, помірна тахікардія, ослаблення I тону на верхівці серця, ослаблений II тон на аорті, на аорті та в точці Боткіна-Ерба вислуховується негрубий діастолічний спадний шум. ЧСС – 104 удари за хвилину. АТ – 160/40 мм рт. ст.

Живіт при **пальпації** м'який, не болючий, печінка виступає на 3 см з-під реберної дуги, пальпується нижній полюс селезінки.

1. **Який попередній діагноз? Обґрунтуйте.**
2. **Які ще потрібні обстеження для уточнення діагнозу?**
3. **Які зміни при Ехо-КГ припускаєте і яка вада у пацієнтки з урахуванням перкуторної і аускультативної картини серця?**

ЗАДАЧА № 3

Пацієнтка М., 27 років. Звернулася зі **скаргами** на за грудинні давлячі болі, що виникають частіше при інтенсивному фізичному навантаженні і проходять самостійно протягом п'яти хвилин у спокої, часті головні болі.

З анамнезу захворювання: у віці 16 років під час проведення УЗД серця виявлено бікуспідальний аортальний клапан без гемодинамічних порушень. Рекомендовано періодичне повторне обстеження. Однак у зв'язку з добрим самопочуттям надалі не обстежувалася. Близько року тому при профілактичному обстеженні відзначено підвищення систолічного артеріального тиску до 160 мм рт. ст. при низьких цифрах діастолічного артеріального тиску (до 60 мм рт. ст.). Однак, оскільки самопочуття залишалось нормальним, не надала цьому значення. Через шість місяців при роботі на городі відчула за грудинні болі здавлювального характеру, що проходили самостійно протягом 3–5 хвилин у спокої. Ще через три місяці почали турбувати часті головні болі. Звернулася до сімейного лікаря і була спрямована на обстеження.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви бліді. Набряків немає. Під час огляду ділянки шиї визначається виражена пульсація сонних артерій.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 18 за хвилину.

При **огляді та пальпації** прекардіальної ділянки визначається розлитий, куполоподібний верхівковий поштовх у VI міжребер'ї, на 2 см вліво від середньоключичної лінії. При перкусії границь серця: зміщення лівої границі відносної серцевої тупості вліво в VI, V і IV міжребер'ях на 2 см. При **аускультатії серця:** тони ритмічні, ослаблення I тону на верхівці, ослаблення II тону на аорті, на аорті та в

точці Боткіна-Ерба вислуховується негрубий спадаючий діастолічний шум. ЧСС – 74 удари за хвилину. Пульс на променевих артеріях швидкий та високий. Під час огляду нігтів кистей рук – капілярний пульс Квінке. АТ на обох руках – 154/52 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка не збільшена.

ЗАК у межах норми.

1. Про яку ваду серця йдеться? Сформулюйте діагноз.

2. Призначте дообстеження?

3. Як можна пояснити отримані характеристики пульсу та АТ?

ЗАДАЧА № 4

Пацієнтка Л., 46 років. Звернулася до відділення міської лікарні зі **скаргами** на часті запаморочення, періодичний біль у прекардіальній ділянці без іррадіації при ходьбі на 100 метрів, що купіруються самостійно у спокої через 2–3 хвилини.

З анамнезу захворювання: у дитинстві перенесла гостру ревматичну лихоманку. Спостерігалася у ревматолога. Виставлявся діагноз хронічної ревматичної хвороби серця. Назви вади серця не пам'ятає. Самопочуття багато років було добрим. Лише три місяці тому проявилися перелічені вище скарги. Звернулася до сімейного лікаря та була госпіталізована до терапевтичного відділення для дообстеження.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви бліді, набряків немає. При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, побічних дихальних шумів немає. ЧД – 19 за хвилину.

При **пальпації ділянки серця** в II міжребер'ї справа від грудини визначається систолічне тремтіння грудної клітки, при перкусії зміщення лівої границі відносної серцевої тупості в IV і V міжребер'ях на 2,5 см назовні від передбачуваних нормальних меж. При **аускультатії серця:** тони серця ритмічні, ослаблення I тону на верхівці, ослаблення II тону на аорті, грубий систолічний наростаюче-спадний

шум на аорті, що проводиться на сонні артерії і в міжлопаткову ділянку. Пульс – 72 удари за хвилину, малий та повільний. АТ – 114/92 мм рт. ст. на лівій руці та 112/90 мм рт. ст. на правій руці.

Живіт м'який, не болючий. Печінка не збільшена.

ЗАК у межах норми.

При **рентгенографії ОГК**: аортальна конфігурація серця з вираженою серцевою талією.

На **ЕКГ** – ознаки гіпертрофії лівого шлуночка.

1. Наскільки доцільною була госпіталізація пацієнтки?

2. Про яку ваду можна думати? Обтрунтуйте.

3. Яке обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?

ЗАДАЧА № 5

Пацієнтка О., 25 років. Перебуває на лікуванні в наркологічному відділенні з приводу залежності від внутрішньовенних наркотиків.

Висловлює **скарги** на виражену загальну слабкість, пітливість, періодичне підвищення температури тіла до 38,5–39,5°C з ознобами, періодичні неінтенсивні болі в ділянці верхівки серця, не пов'язані з навантаженням, серцебиття і задишка при швидкій ходьбі, набряки на стопах і гомілках увечері.

З анамнезу захворювання: майже два роки вживає внутрішньовенно наркотичні засоби. За місяць до госпіталізації в наркологічне відділення почала відчувати періодичне підвищення температури тіла до 38,2–39,2°C з ознобами. Пов'язувала це зі зменшенням частоти введення наркотиків. Ще через два тижні з'явилися періодичні неінтенсивні болі в ділянці верхівки серця, не пов'язані з навантаженням, серцебиття, і задишка при швидкій ходьбі, набряки на стопах і гомілках увечері, тому вирішила припинити введення наркотиків і у зв'язку з цим звернулася до психіатричної лікарні, де і була госпіталізована.

Об'єктивно: стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви бліді, петехіальна висипка на гомілках і видимих слизових оболонках.

Невелика набряклість стоп та гомілок. Температура тіла на момент огляду 36,6°C.

При *аускультції легень* вислуховується везикулярне дихання, побічних дихальних шумів немає. ЧД – 23 за хвилину.

Перкуторно з боку серця спостерігається зміщення правої границі відносної серцевої тупості на 3 см назовні від правого краю грудини в IV міжребер'ї, ліва границя в нормі. При *аускультції серця*: тони аритмічні, часті екстрасистоли, ЧСС – 98 ударів за хвилину, I тон ослаблений на основі мечовидного відростка, у цій ділянці вислуховується негрубий систолічний шум. Пульс – 98 ударів за хвилину. АТ – 110/68 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка виступає з-під реберного краю на 4 см, край помірно болючий. Селезінка виступає з-під краю лівої реберної дуги на 2 см.

ЗАК: помірний нейтрофільний лейкоцитоз – 14×10^9 /л, зсув лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ – 62 мм/год.

При обстеженні на **ВІЛ** ІФА-методом тест негативний; маркери парентеральних гепатитів негативні.

УЗД серця: вегетації на трикуспідальному клапані, недостатність трикуспідального клапана II–III ступеня.

- 1. Який попередній діагноз? Обґрунтуйте.**
- 2. Які ускладнення можуть виникнути через цю патологію?**
- 3. Які обстеження необхідні для підтвердження діагнозу?**

ЗАДАЧА № 6

Пацієнт П., 63 роки. *Скарги* на задишку та серцебиття при швидкій ходьбі, підйманні сходами на один поверх, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр з періодичними ознобами та підйомами до 39°C, періодичні запаморочення, виражену загальну слабкість, пітливість.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворим близько півтора місяця, коли почала періодично підвищуватися температура до 38–

38,6°C. Був госпіталізований до інфекційної лікарні. Точного діагнозу встановлено не було. Виконувалася рентгенографія легень, УЗД внутрішніх органів та серця, посіви крові на стерильність. Після емпіричної терапії антибіотиками стан поліпшився. Через 10 днів був виписаний на амбулаторне лікування. Через тиждень після виписки знову зауважив підвищення температури тіла до субфебрильних цифр. Сімейним лікарем призначено амоксицилін протягом 7 днів. Істотних змін не відбулося. Натомість з'явилася задишка під час ходьби та серцебиття. Ще через тиждень стан погіршився: почалися озноби з підвищенням температури вже до 39°C, посилилася задишка, наростала загальна слабкість, запаморочення при різкому вставанні з ліжка. Знову звернувся до сімейного лікаря та був госпіталізований до терапевтичного відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви бліді, невеликий ціаноз слизових губ. Невелика набряклість стоп та гомілок.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, ослаблене в нижніх відділах, там же вислуховується крепітація. ЧД – 24 за хвилину. При **огляді та пальпації ділянки серця** визначається розлитий і високий верхівковий поштовх у V міжребер'ї на 2 см назовні від лівої середньоключичної лінії. При **перкусії** границь серця: зміщення лівої границі відносної серцевої тупості в IV–V міжребер'ях назовні від лівої середньоключичної лінії на 2 см. При **аускультатії серця**: тони серця ритмічні, приглушені, помірна тахікардія, ослаблення I тону на верхівці, акцент II тону на легеневій артерії, на аорті вислуховується негрубий діастолічний спадний шум, так само він вислуховується у точці Боткіна-Ерба. ЧСС – 102 удари за хвилину. АТ на лівій руці – 144/62 мм рт. ст., АТ на правій руці – 146/60 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка виступає з-під реберного краю на 2 см, край помірно болючий. Селезінка не пальпується.

ЗАК: нейтрофільний лейкоцитоз – $14,6 \times 10^9$ /л, зсув лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ – 58 мм/год.

ЕКГ: лівограма, ознаки гіпертрофії лівого шлуночка та його перевантаження.

УЗД серця: виявлено вегетації на аортальному клапані, деструктивні зміни стулок аортального клапана з регургітацією II–III ступеня, дилатація лівого шлуночка.

1. Назвіть попередній діагноз та обґрунтуйте.

2. Яка вада сформувалася у пацієнта та причина цього?

3. Які обстеження необхідні пацієнту для уточнення діагнозу та призначення лікування?

ЗАДАЧА № 7

Пацієнт О., 54 роки. Госпіталізований до терапевтичного відділення зі **скаргами** на підвищення температури тіла до 37,2–37,5°C, задишку змішаного характеру, що виникає при ходьбі до 100–150 метрів, періодичні неінтенсивні болі в ділянці серця до 15 хв., загальну слабкість.

З анамнезу: пів року тому переніс трансплантацію нирки через термінальну ниркову недостатність, регулярно приймає цитостатики. Підвищення температури тіла помітив близько місяця тому. Самостійно почав приймати амоксицилін протягом семи днів, поліпшення не було. Ще через два тижні самопочуття: погіршилося з'явилися задишка при невеликих фізичних навантаженнях і періодичні неінтенсивні болі в ділянці серця. Направлений на стаціонарне лікування до терапевтичного відділення.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкіра та видимі слизові бліді, на кон'юнктивах очей нечисленні петехії. набряків немає.

При **аускультативній легені** вислуховується везикулярне дихання. ЧД – 21 за хвилину. При **перкусії границь серця:** зміщення лівої границі відносно серцевої тупості в IV–V міжребер'ях назовні від лівої середньоключичної лінії на 1 см.

При **аускультативній серця:** тони серця ритмічні, приглушені, ослаблення I тону на верхівці, акцент II тону на легеневій артерії,

систолічний шум на верхівці, проводиться в пахву. ЧСС – 94 удари за хвилину. АТ на обох руках – 130/80 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка виступає з-під реберного краю на 1 см, край не болючий. Селезінка не пальпується.

ЗАК: гемоглобін – 112 г/л, лейкоцити – $11,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 49 мм/год.

УЗД серця (Ехо-КГ): виявлено вегетації на мітральному клапані.

1. Який попередній діагноз? Обґрунтуйте.

2. Що з обстежень обов'язково потрібно виконати пацієнту?

3. Що, крім вегетацій, передбачаєте знайти під час проведення УЗД серця?

ЗАДАЧА № 8

Пацієнт М., 59 років. Скаржиться на періодичні запаморочення, здавлювальні болі за грудиною при ходьбі до 200 метрів без іррадіації, що проходять у спокої через п'ять хвилин.

З анамнезу: тривалий час страждає на ІХС, артеріальну гіпертензію II ступеня, в біохімічному аналізі крові раніше виявлялася гіперхолестеринемія. Регулярно приймав гіпотензивні препарати, проте близько двох місяців припинив їх прийом через зниження артеріального тиску до 110/90 мм рт. ст. і без лікування. Звернувся до кардіолога.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, побічних дихальних шумів немає. ЧД – 18 за хвилину. При **пальпації ділянки серця** відзначається феномен систолічного грудного треміння у ділянці аортального клапана. При **перкусії серця:** зміщення лівої границі відносної серцевої тупості в IV–V міжребер'ях назовні на 1,5 см від середньоключичної лінії. При **аускультатії серця:** тони серця ритмічні, ослаблення I тону на верхівці і ослаблення II тону на аорті, грубий наростаюче-спадний систолічний шум на аорті, що проводиться

на сонні артерії та в міжлопаткову ділянку. ЧСС – 67 ударів за хвилину. Пульс малий та повільний. АТ на лівій руці – 110/90 мм рт. ст., а правій руці – 110/88 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка та селезінка не пальпуються.

ЗАК у межах норми.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС – 70 ударів за хвилину.

Ознаки гіпертрофії лівого шлуночка з систолічним перевантаженням.

1. Яка вада сформувалася у пацієнта? Обтунтуйте.

2. Назвіть можливу причину вади.

3. Поясніть причини ослабленого I тону на верхівці та II тону на аорті, поясніть зміни пульсу при такій ваді.

ЗАДАЧА № 9

Пацієнтка Т., 46 років. Госпіталізована до стаціонару зі **скаргами** на задишку змішаного характеру у спокої, що посилюються в положенні лежачи та при ходьбі кімнатою, часті серцебиття, підвищення температури тіла до 38,0°C та періодично – до 39,1°C, що супроводжується ознобом, виражену загальну слабкість, пітливість, зниження апетиту.

З анамнезу захворювання: у дитинстві перенесла гостру ревматичну лихоманку, у 18 років було виявлено мітральний стеноз. Три роки тому їй було встановлено механічний протез мітрального клапана. Після виписки самопочуття було задовільним. Близько трьох тижнів тому зверталася до стоматолога та була виконана екстракція зуба. Рекомендовану антибіотикопрофілактику не проводила. Через три дні помітила підвищення температури тіла до 37,5–38°C, а ще через тиждень з'явилася задишка при швидкій ходьбі, яка поступово наростала, а також серцебиття, озноб при підвищенні температури до 39°C, пітливість, почала наростати загальна слабкість, знизився апетит. Коли задишка з'явилася в горизонтальному положенні, викликала бригаду швидкої медичної допомоги і була доставлена в терапевтичний стаціонар.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Шкірні покриви бліді, на кон'юктиві петехії, вузлики Ослера на дистальних фалангах пальців. Помірні набряки стоп та гомілок ніг.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, ослаблене в нижніх відділах, там же вислуховується крепітація. ЧД – 23 за хвилину. При **перкусії серця**: ліва границя відносної серцевої тупості в III міжребер'ї на 2,5 см назовні від лівого краю грудини, в V міжребер'ї на 1,5 см назовні від лівої середньоключичної лінії, верхня – II ребро. При **аускультатії серця**: тони серця ритмічні, мелодія протезованого мітрального клапана, діастолічний шум на аорті та в точці Боткіна-Ерба. ЧСС – 108 ударів за хвилину. АТ – 110/80 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка виступає з-під реберного краю на 2 см, край помірно болючий. Пальпується нижній полюс селезінки.

ЗАК: гемоглобін – 105 г/л, лейкоцити – $14,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 59 мм/год.

УЗД серця: розширення лівого шлуночка та передсердя, виявлено вегетацію на аортальному клапані, регургітацію на аортальному клапані II ступеня.

- 1. Сформулюйте попередній діагноз. Обґрунтуйте його.**
- 2. Яка причина погіршення стану пацієнтки?**
- 3. Які ще обстеження вкрай необхідні для підтвердження діагнозу та адекватного лікування?**

ЗАДАЧА № 10

Пацієнт Б., 72 роки. Госпіталізований до стаціонару зі **скаргами** на підвищення температури тіла до $37,5^{\circ}\text{C}$ з періодичним зростанням до 39°C з ознобами, неінтенсивні періодичні болі в прекардіальній ділянці, набряки гомілок і стоп протягом дня, виражену загальну слабкість, пітливість.

З анамнезу захворювання: приблизно місяць тому проходив лікування у денному стаціонарі поліклініки з діагнозом: «Артеріальна гіпертензія III ст., ризик 4, неускладнений гіпертонічний криз, Н I ст.»,

Виконувалися внутрішньовенні ін'єкції. Два тижні тому з'явилися вищезгадані скарги. Звернувся до сімейного лікаря та був направлений для лікування до терапевтичного відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви бліді, сухі, склери – жовтяничні. Помірні набряки гомілок та стоп.

При **аускультції легень** вислуховується везикулярне дихання, ослаблене в нижніх відділах, поодинокі хрипи в нижніх відділах з обох боків. ЧД – 22 за хвилину. При **перкусії ділянки серця** виявляється зміщення правої границі відносної серцевої тупості в III і IV міжребер'ях на 2 см назовні від правого краю грудини, ліва границя відносної серцевої тупості в V міжребер'ї зліва на 1 см назовні від середньоключичної лінії. При **аускультції серця:** тони серця ритмічні, помірно приглушені, I тон ослаблений на верхівці і основі мечоподібного відростка, на основі мечоподібного відростка вислуховується систолічний спадний шум помірної інтенсивності. ЧСС – 98 ударів за хвилину. АТ – 138/90 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка виступає з-під реберного краю на 1 см, край помірно болючий. Селезінка не пальпується.

ЗАК: гемоглобін – 115 г/л, лейкоцити – $12,6 \times 10^9$ /л., ШОЕ – 48 мм/год.

- 1. Про яке захворювання може йтися?**
- 2. Який клапан найімовірніше уражений у цьому випадку?**
- 3. Які дослідження ви призначите для уточнення діагнозу?**

ЗАДАЧА № 11

Пацієнтка Е., 19 років. Госпіталізована до кардіологічного відділення зі **скаргами** на напад вираженого серцебиття, задишку змішаного характеру, що виникає при підйманні на другий поверх, а також періодичні болі в ділянці серця без іррадіації тривалістю до п'яти хвилин, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: в анамнезі часті ангіни. У 18-річному віці з'явилися скарги на періодичні запаморочення, біль у серці при швидкій ходьбі, підйманні на другий поверх. При проведенні УЗД серця були виявлені ознаки хронічної ревматичної хвороби недостатності аортального клапана III ступеня. Від запропонованого оперативного лікування відмовилася. Стан погіршився сьогодні, коли о 10:00 годині з'явилося виражене серцебиття. Викликала бригаду швидкої медичної допомоги. Була доставлена до приймального відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви бліді, набряків немає.

При **аускультції легень** вислуховується везикулярне дихання, ослаблене в нижніх відділах, поодинокі хрипи в нижніх відділах з обох боків. ЧД – 22 за хвилину. При огляді шиї посилена пульсація сонних артерій. При **перкусії ділянки серця** границя відносної серцевої тупості в III міжребер'ї зліва на 2,5 см назовні від лівого краю грудини, в V міжребер'ї зліва на 1,5 см назовні від середньоключичної лінії. При аускультції серця: тони серця аритмічні, тахікардія, I тон мінливої звучності на верхівці, акцент II тону на легеневій артерії, негрубий систолічний шум на верхівці серця, діастолічний шум на аорті і в точці Боткіна-Ерба. ЧСС близько 120 ударів за хвилину, пульс – 98 ударів за хвилину. АТ – 130/56 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка та селезінка не пальпуються.

ЗАК у межах норми.

1. Які зміни на ЕКГ може бути виявлено?

2. Як пояснити появу систолічного шуму у данному випадку?

3. Сформулюйте ймовірний діагноз. Обґрунтуйте.

ЗАДАЧА № 12

Пацієнт М., 65 років. Висловлює **скарги** на періодичні часті головні болі, запаморочення.

З анамнезу захворювання: майже упродовж п'яти років спостерігає підвищення артеріального тиску. Приймає гіпотензивні

препарати регулярно. Приблизно три місяці тому почастишали головні болі, з'явилися епізоди запаморочення. Пов'язував ці скарги з артеріальною гіпертензією. Звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, ЧД – 18 за хвилину. При **огляді та пальпації ділянки серця** визначається розлитий верхівковий поштовх на 2 см назовні від середньоключичної лінії в V міжребер'ї. Крім того, у точці Боткіна-Ерба та у II міжребер'ї праворуч – систолічне грудне тремтіння. При **перкусії ділянки серця** границя відносної серцевої тупості в III міжребер'ї зліва на 2 см назовні від лівого краю грудини, в V міжребер'ї – на 2 см назовні від лівої середньоключичної лінії. При аускультатії серця тони серця ритмічні, ослаблення I тону на верхівці, акцент (посилення) II тону на аорті, грубий систолічний шум на аорті, що проводиться на судини шії. Пульс – 68 ударів за хвилину. АТ – 140/90 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий. Печінка та селезінка не пальпуються.

ЗАК у межах норми.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, відхилення електричної осі вліво. ЧСС – 68 ударів за хвилину. Перевищення амплітуди зубця R у відведеннях V5-6 проти V4. Депресія сегмента S-T та негативний зубець T у відведеннях V5-6, I стандартному та aVL.

1. Яка вада, найімовірніше, сформувалася у пацієнта? Назвіть її можливу причину.

2. Дайте характеристику описаним змін на ЕКГ.

3. Поясніть причини акценту II тону на аорті.

ІШЕМІЧНА ХВОРОБА СЕРЦЯ. АРТЕРІАЛЬНА ГІПЕРТЕНЗІЯ

ЗАДАЧА № 1

Пацієнт К., 58 років. Головний інженер заводу, госпіталізований до кардіологічного відділення зі *скаргами* на сильні головні болі в потиличній ділянці пульсуючого характеру, що супроводжуються нудотою, одноразовою блювотою, запамороченням, появою «сітки» перед очима.

Анамнез захворювання: уперше головний біль відчув близько двох років тому. Турбував його частіше вранці або після психоемоційного напруження. За медичною допомогою не звертався. Останній напад болю виник раптово сьогодні вранці, під час повернення з відрядження, де напружено працював. Уранці звернувся до медпункту залізничного вокзалу, зафіксовано підвищення АТ 200/100 мм рт. ст. Бригадою швидкої медичної допомоги доставлений до стаціонару.

З анамнезу життя: робота пов'язана з частим нервовим напруженням, фізкультурою не займається, рухова активність мінімальна, палить пачку цигарок на день протягом 25 років.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Пацієнт дещо збуджений, наляканий. Шкірні покриви чисті, підвищеної вологості, відзначається гіперемія обличчя, шиї. набряків немає.

У легенях дихання везикулярней, хрипів немає. ЧД – 18 за хвилину.

Ліва границя відносної серцевої тупості на 1 см назовні від лівої середньоключичної лінії. **Аускультация серця:** тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці, акцент II тону на аорті. АТ права рука – 195/100 мм рт. ст., АТ ліва рука – 200/100 мм рт. ст. ЧСС – 92 удари за хвилину.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** у нормі.

У **біохімічному аналізі крові** загальний холестерин – 5,8 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,9 ммоль/л, калій – 4,2 ммоль/л, креатинін – 89 мкмоль/л.

На *ЕКГ*: ритм синусовий, правильний, лівограма, наростання амплітуди зубця R від V1 до V6, максимальний зубець R V6.

У приймальному відділенні оглянутий офтальмологом: *на очному дні* звуження артерій та вен, звивистість судин, симптом Салюса II ст.

1. *Установіть діагноз.*
2. *Сформулюйте план дообстеження пацієнта.*
3. *Чи уражені в цьому випадку органи-мішені та які?*

ЗАДАЧА № 2

Хвора Н., 44 роки. Звернулася зі *скаргами* на головний біль, запаморочення, шум у вухах, постійну слабкість, іноді нудоту та «миготіння мушок» перед очима.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворою протягом п'яти років, коли почала відчувати загальну слабкість, безсоння, зниження працездатності, головні болі. Останнім часом болі голови стали постійними, іноді супроводжувалися нудотою та «миготінням мушок» перед очима. Початок захворювання пов'язує з частими нервовими перенапруженнями, що виникають на роботі (працює диспетчером на вокзалі). АТ не вимірювала, періодично приймала заспокійливі засоби («сівавіт» по 1 табл. 2–3 рази на день протягом тижня).

З анамнезу життя: має обтяжену спадковість – батько страждає на АГ. Палить близько 10 років, ½ пачки цигарок на день.

Об'єктивно: стан задовільний. Зріст – 164 см, вага – 100 кг. Шкірні покриви: відзначається гіперемія обличчя, набряків немає.

У легенях дихання везикулярне, хрипів немає, ЧД – 20 за хвилину.

Границі відносної серцевої тупості в V міжребер'ї по лівій середньоключичній лінії, інші в нормі. Аускультативно: тони серця ритмічні, I тон на верхівці ослаблений, акцент II тону на аорті. Пульс твердий, напружений. ЧСС – 90 ударів за хвилину. АТ – 180/100 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовипускання вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та *ЗАС* у нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 6,8 ммоль/л, ЛПНЩ – 4,9 ммоль/л, калій – 4,2 ммоль/л, креатинін – 89 мкмоль/л.

1. Виділіть синдроми, що спостерігаються.

2. Сформулюйте план дообстеження пацієнтки.

3. Сформулюйте повністю діагноз, перерахуйте фактори ризику основного захворювання.

ЗАДАЧА № 3

Пацієнт В., 58 років. Інженер, при надходженні до стаціонару скаржився на відчуття частого серцебиття, дискомфорт у прекардіальній ділянці, загальну слабкість.

Анамнез захворювання: сьогодні під час роботи на дачній ділянці раптово виникло відчуття частого серцебиття, що супроводжувалося слабкістю, неприємними відчуттями у серці. Викликав бригаду швидкої медичної допомоги, доставлений до стаціонару. Вперше подібні відчуття серцебиття з'явилися рік тому, виникали найчастіше під час навантаження. Такі епізоди були короткочасні та проходили самостійно у стані спокою. При аналізі амбулаторної карти неодноразово відзначали підвищений рівень холестерину до 7,6 ммоль/л, високі показники ЛПНЩ.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкірні покриви дещо блідуваті, вологі. Гіперстенічний тип статури. Набряків немає.

У легенях дихання везикулярний, хрипів немає. ЧД – 18 за хвилину.

Ліва границя відносної серцевої тупості у V міжребер'ї по середньоключичній лінії. Аускультативно тони серця аритмічні, перший тон мінливої звучності, акцент II тону на аорті. ЧСС – 112 ударів за хвилину. АТ – 150/100 мм рт. ст. Пульс на променевих артеріях частий, аритмічний – 102 удари за хвилину.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Печінка не пальпується. Стілець регулярний, оформлений. Сечовипускання вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та *ЗАС* у нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 6,2 ммоль/л, ЛПНЩ – 4,8 ммоль/л, калій – 4,2 ммоль/л, креатинін – 99 мкмоль/л.

На *ЕКГ*: ритм не синусовий, неправильний, у II та III стандартних відведеннях фіксуються хвилі f. Помірні порушення реполяризації у бічній стінці лівого шлуночка.

1. Який попередній діагноз?

2. Які необхідно провести дообстеження пацієнта?

3. Яке порушення ритму відбулося у цього пацієнта, чому у нього відрізняються значення пульсу та ЧСС?

ЗАДАЧА № 4

Пацієнт К., 68 років. Звернувся до клініки зі *скаргами* на тиснучий біль за грудиною, що виникає при фізичному навантаженні – швидкій ходьбі, підйманні сходами на третій поверх, ходьбі під гору, що супроводжується відчуттям страху смерті з іррадіацією в ліву руку і плече тривалістю 15 хвилин.

Анамнез захворювання: уперше біль у серці помітив близько року, виникав він рідко – раз на тиждень, при інтенсивних навантаженнях (робота на городі, рубання дров). За медичною допомогою не звертався, болі припинялися у стані спокою через 5–10 хвилин. Погіршився стан близько двох тижнів тому, коли болі стали щоденними, виникали при швидкій ходьбі, підйманні на другий поверх. За порадою друга при виникненні болю приймав таблетку нітрогліцерину під язик, болі припинялися швидко. Сьогодні напад болю виник уже вдруге і не купірувався прийомом таблетки нітрогліцерину. Він викликав бригаду швидкої медичної допомоги, знято ЕКГ, АТ 170/100 мм рт. ст. Прийняв таблетку каптоприлу 25 мг під язик і повторно таблетку нітрогліцерину також під язик. Пацієнта було доставлено в стаціонар.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. На момент огляду шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає. На верхніх повіках ксантелазми.

У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. ЧД – 18 за хвилину. **Аускультация серця:** тони серця ритмічні, I тон на верхівці приглушений, акцент II тону на аорті. АТ – 150/90 мм рт. ст. Пульс – 78 ударів за хвилину.

Живіт при пальпації м'який, не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У **біохімічному аналізі крові** загальний холестерин – 6,6 ммоль/л, ЛПНЩ – 4,6 ммоль/л, калій – 4,3 ммоль/л, креатинін – 105 мкмоль/л, КФК-МВ – 20 МО/л.

На **ЕКГ:** ритм синусовий, правильний, у II та III стандартних відведеннях горизонтальна депресія сегмента ST до 2 мм. Помірні порушення реполяризації у бічній стінці лівого шлуночка.

1. Про які захворювання у пацієнта йдеться?

2. Сформулюйте діагноз згідно з класифікацією цих захворювань.

3. Яке захворювання дуже важливо виключити на момент госпіталізації? Проведіть дообстеження та сформулюйте повний план обстеження.

ЗАДАЧА № 5

Пацієнт М., 64 роки. Госпіталізований до клініки зі **скаргами** на інтенсивний біль за грудиною (6 балів за ВАШ), різку загальну слабкість.

Анамнез захворювання: під час звернення до стоматолога у пацієнта виникли інтенсивні стискаючі болі за грудиною, прийом нітрогліцерину був малоефективний. Виконана ін'єкція анальгін з папаверином внутрішньом'язово, і біль став менш інтенсивним, але повністю не купірований. Бригадою швидкої медичної допомоги

доставлений до кардіодиспансеру. Вперше біль за грудиною з'явився близько року тому, за медичною допомогою не звертався. Ці болі виникали за грудиною під час підймання на 4–5-й поверх, швидко купірувалися нітрогліцерином. Три дні тому стали тривалішими і повторювалися до 3–4 разів на добу, при менших фізичних навантаженнях, Полегшення приносив прийом нітрогліцерину, іноді кількох таблеток.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості, шкірні покриви вологі, бліді. Набряків немає.

У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. ЧД – 20 за хвилину.

Аускультативно тони серця ритмічні, I тон на верхівці ослаблений, акцент II тону на аорті. Пульс – 98 ударів за хвилину, АТ – 140/90 мм рт. ст.

При **пальпації живіт** м'який, не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У **біохімічному аналізі крові** загальний холестерин – 6,2 ммоль/л, ЛПНЩ – 4,4 ммоль/л, калій – 4,5 ммоль/л, креатинін – 100 мкмоль/л, КФК-МВ – 18 МО/л.

На **ЕКГ**: ритм синусовий, правильний, у II та III стандартних відведеннях депресія сегмента ST до 2 мм, інверсія зубця T. Помірні порушення реполяризації у бічній стінці лівого шлуночка.

1. Що потрібно виконати пацієнту передовсім?

2. Сформулюйте ймовірний діагноз.

3. Які помилки були допущені лікарем – стоматологом та лікарем швидкої медичної допомоги?

ЗАДАЧА № 6

Пацієнт Т., 72 роки, пенсіонер, не працює. Звернувся до сімейного лікаря зі **скаргами** на періодичне підвищення артеріального тиску до 150/95 – 160/95 мм рт. ст., що супроводжується головними болями в

потиличній ділянці. При фізичному навантаженні, ходьбі під гору, виникають тиснучі болі за грудиною, тривалістю 5–10 хв, іррадіюють в ліву руку, плече, рідше – під ліву лопатку, що проходять після зупинки і припинення навантаження. У разі збереження болю приймає нітрогліцерин під язик. Болі при цьому купіруються.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворим близько двох років, коли вперше з'явилися вищезгадані скарги. Раніше не обстежувався. Систематичної терапії не отримував. За порадою своїх знайомих при поганому самопочутті, пов'язаному з високим артеріальним тиском, приймає еналаприл 10 мг. Максимальні цифри АТ – 170/100 мм рт. ст. Крім того, в останні 2–3 місяці, відчув ниючі болі у ділянці литкових м'язів при ходьбі на відстань 250–300 м, що купіруються у спокої.

З анамнезу життя: мати страждає на ІХС, АГ. Батько помер у 62 роки від інфаркту міокарда. Операцій та травм не було. Палить пачку цигарок на день упродовж 40 років. Алкоголь вживає помірно.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви чисті, звичайного забарвлення, набряків немає. Зріст – 172 см, вага – 80 кг, ІМТ – 27 кг/м².

Легені. **Перкуторно:** ясний легеневий звук. ЧД – 18 за хвилину. При **аускультативній** везикулярне дихання, хрипів немає.

Серце. Ліва границя відносної серцевої тупості серця в V між-ребер'ї на 2 см назовні від середньоключичної лінії. **Аускультативно** тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці, акцент II тону над аортою. Пульс – 82 удари на хвилину, АТ – 150/90 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У **біохімічному аналізі крові** загальний холестерин – 7,2 ммоль/л, ЛПНЩ – 5,2 ммоль/л, калій – 4,5 ммоль/л, креатинін – 110 мкмоль/л, КФК-МВ – 8 МО/л.

На **ЕКГ:** ритм синусовий, правильний, лівограма, наростання амплітуди зубця R від V1 до V6, максимальний зубець R V6. Помірні порушення реполяризації у бічній стінці лівого шлуночка.

1. *Припустіть найімовірніший діагноз і обґрунтуйте його.*
2. *Які обстеження ще потрібно провести пацієнту?*
3. *Який ще синдром з урахуванням викладених скарг можна передбачити?*

ЗАДАЧА № 7

Пацієнтка, 60 років. Госпіталізована в кардіологічне відділення зі *скаргами* на головний біль, запаморочення, шум у вухах, біль у ділянці верхівки серця, нудоту, сонливість, млявість.

Анамнез захворювання: Хворіє 10 років, коли при профілактичному огляді вперше виявлено підвищений артеріальний тиск. Періодично відчувала головний біль у потиличній ділянці, гіпотензивні препарати (еналаприл 10 мг) приймала епізодично, зазвичай близько 14–20 днів при підвищенні артеріального тиску. Тричі лікувалася у стаціонарі.

Останні два роки АТ залишався постійно високим 190/115 мм рт. ст., незважаючи на регулярний прийом еналаприлу по 10 мг один раз на день. Періодично АТ підвищувався до 220/120 мм рт. ст. Останні два дні самопочуття помітно погіршилося, головний біль майже постійний, одноразово було блювання, запаморочення не минає. Сьогодні родичі зауважили періодичну дезорієнтацію пацієнтки у часі, викликали бригаду швидкої медичної допомоги і її доставлено до стаціонару.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, обличчя одутле, бліде, повіки набряклі. Млява, сонлива. Настрій пригнічений. Набряклість гомілок та стоп.

У легенях дихання везикулярне, у нижніх відділах поодинокі вологі хрипи. ЧД – 20 за хвилину.

Серце. Ліва границя відносної серцевої тупості зміщена назовні від середньоключичної лінії на 2 см. При *аускультатії* тони серця ритмічні, I тон ослаблений, виражений акцент II тону на аорті, систолічний шум на верхівці. АТ 220/120 мм рт. ст. Пульс – 86 ударів за хвилину, ритмічний, наповнений, напружений.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та *ЗАС* в нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 6,2 ммоль/л, ЛПНЩ – 4,8 ммоль/л, калій – 5,3 ммоль/л, креатинін – 130 мкмоль/л, КФК-МВ – 18 МО/л.

На *ЕКГ*: ритм синусовий, правильний, виражена лівограма, наростання амплітуди зубця R від V1 до V6, максимальний зубець R V6. Помірна депресія сегмента ST у бічній стінці лівого шлуночка (до 1 мм).

Очне дно: ангіопатія сітківки. Симптоми Салюса II ст, «мідного дроту».

1. Який невідкладний стан має місце у пацієнтки?

2. Сформулюйте діагноз. Вкажіть можливі ускладнення, які можуть виникнути у пацієнтки в такому стані.

3. Які ще обстеження потрібно провести пацієнці?

ЗАДАЧА № 8

Жінка 40 років доставлена в приймальне відділення стаціонару зі *скаргами* на головний біль, запаморочення, відчуття тривоги, миготіння «мушок» перед очима, тремтіння в тілі, колючий біль на верхівці серця, серцебиття, нудоту, двічі блювання.

З анамнезу: останні 2–3 роки після хвилювань і конфліктів на роботі помітила підвищення АТ до 150–160/90–95 мм рт. ст. Епізодично приймає гіпотензивні, артеріальний тиск не контролює. Сьогодні на роботі був конфлікт із колегою, після чого з'явилися названі скарги. Було викликано бригаду швидкої медичної допомоги.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Дещо збуджена. Шкірні покриви підвищеної вологості, обличчя гіперемоване, набряків немає.

У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. ЧД – 20 за хвилину.

Серце. *Аускультативно*: тони серця ритмічні, I тон на верхівці гучний, акцент II тону на аорті. Пульс – 98 ударів за хвилину, АТ – 180/95 мм рт. ст.

При *пальпації* живіт м'який, не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та *ЗАС* в нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 5,2 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,8 ммоль/л, калій – 3,8 ммоль/л, креатинін – 80 мкмоль/л, КФК-МВ – 8 МО/л.

На *ЕКГ*: ритм синусовий, правильний, нормальний стан осі серця. Варіант нормальної ЕКГ.

1. Який ймовірний діагноз у цієї пацієнтки і що свідчить на його користь?

2. Який невідкладний стан виник у пацієнтки та викликав її госпіталізацію?

3. Чи потрібні якісь дообстеження? Якщо так, то перерахуйте.

ЗАДАЧА № 9

Пацієнт звернувся до поліклініки зі *скаргами* на напади за грудинного болю, що виникає при швидкій ходьбі, підйманні сходами на другий поверх у звичайному темпі, під час ходьби у звичайному темпі на відстань більше 200 м (два квартали) рівною місцевістю, тривалістю до 5–10 хв, що іррадіює у ліву руку, швидко купіруються нітрогліцерином.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворим близько двох років, коли вперше з'явилися вищезгадані скарги. Раніше не обстежувався. Систематичної терапії не отримував. Звернувся до поліклініки у зв'язку з переоформленням медичної довідки для посвідчення водія.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення та вологості, набряків немає. Пальпуються поодинокі підщелепні лімфовузли.

У легенях дихання везикулярне. ЧД – 18 за хвилину. Серце: при *аускультативній* тони ритмічні, I тон дещо ослаблений на верхівці, помірний акцент II тону на аорті. АТ – 130/80 мм рт. ст. на обох руках, пульс – 82 удари за хвилину.

Живіт при *пальпації* м'який не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та *ЗАС* в нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 6,4 ммоль/л, ЛПНЩ – 4,6 ммоль/л, калій – 4,5 ммоль/л, креатинін – 110 мкмоль/л, КФК-МВ – 8 МО/л.

На *ЕКГ*: ритм синусовий, правильний, нормальний стан осі серця.

1. Про яке захворювання йдеться?

2. Який функціональний клас тяжкості має перебіг цього захворювання?

3. Яке дообстеження слід провести пацієнту для верифікації та уточнення діагнозу?

ЗАДАЧА № 10

У пацієнта 20 років відзначається підвищений артеріальний тиск до 180/100 мм рт. ст. при нормальному самопочутті.

З анамнезу захворювання: у 8 класі при профілактичному огляді виявлено підвищення АТ до 160/100 мм рт. ст. Був скерований до дитячої лікарні для обстеження, виставлявся діагноз симптоматичної АГ, у зв'язку з чим не служив в армії. Почувався нормально, тому рекомендоване лікування не приймав. Наразі звернувся до поліклініки за місцем проживання у зв'язку з необхідністю пройти профогляд для працевлаштування.

Об'єктивно: підвищеного харчування, ІМТ – 32 кг/м², шкірні покриви звичайного кольору, в ділянці стегон, нижньої частини живота і на тулубі у поперековій ділянці добре видимі стрії рожевого кольору. набряків немає, пальпуються поодинокі підщелепні лімфовузли.

У легенях дихання везикулярне. ЧД – 18 за хвилину. Серце: **перкуторно** ліва границя відносної серцевої тупості на 1 см назовні від лівої середньоключичної лінії у V міжребер'ї, інші границі в межах норми. При **аускультатії** тони ритмічні, I тон дещо ослаблений на верхівці, помірний акцент II тону на аорті. АТ – 182/110 мм рт. ст. на лівій руці та 192/114 мм рт. ст. на правій руці, пульс – 62 удари за хвилину, твердий.

Живіт при **пальпації** м'який не болючий, печінка по правому реберному краю не болюча. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У **біохімічному аналізі крові** загальний холестерин – 5,4 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,6 ммоль/л, калій – 4,1 ммоль/л, креатинін – 85 мкмоль/л, КФК-МВ – 10 МО/л.

На **ЕКГ**: ритм синусовий, правильний, лівограма, наростання амплітуди зубця R від V1 до V5, максимальний зубець R V5.

Очне дно: ангіопатія сітківки, вузькі артерії, повнокров'я вен, симптом Салюса I ст.

1. Яку форму артеріальної гіпертензії можна припустити у пацієнта? Сформулюйте діагноз.

2. Які лабораторні дослідження треба ще виконати на підтвердження чи спростування діагнозу?

3. До якого фахівця варто направити пацієнта для уточнення діагнозу та лікувальної тактики?

ЗАДАЧА № 11

Пацієнт М., 62 роки, пенсіонер. Звернувся до сімейного лікаря зі **скаргами** на часті за груди́нні болі при фізичному навантаженні: ходьбі під гору, підйманні на один сходовий проліт, а також періодично у спокої та вночі, болі тривалістю 15–20 хв., що іррадіюють у ліву руку і під ліву лопатку, супроводжуються перебоями в серці та відчуттям

нестачі повітря. Для усунення болю приймає дві таблетки нітрогліцерину.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворим близько двох років, коли вперше з'явилися болі при інтенсивних фізичних навантаженнях (робота на дачі). Не обстежувався і не лікувався. За порадою дружини при нападах болю приймав таблетку нітрогліцерину під язик, після чого болі швидко купірувалися. В останні 2–3 місяці болі почастишали та виникали при менших навантаженнях. Близько тижня тому біль почав з'являтися у спокої та ночами, а також при невеликих фізичних навантаженнях – підіймання на один сходовий проліт. Крім того, зауважив відсутність ефекту від прийому однієї таблетки нітрогліцерину. Приймав по дві, інколи і по три таблетки з невеликим інтервалом (до 3–5 хвилин). Сьогодні вночі був напад болю, який купірував фельдшер бригади швидкої медичної допомоги. За рекомендацією фельдшера вранці звернувся до сімейного лікаря.

З анамнезу життя: батько помер у 52 роки від інфаркту міокарда. Палить пачку цигарок на день – 40 років.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви чисті, звичайного забарвлення, набряків немає.

У легенях при *аускультативній* – дихання везикулярне, у нижніх відділах ззаду з обох боків вислуховується невелика кількість вологих хрипів. ЧД – 20 за хвилину.

Серце. Ліва межа відносної серцевої тупості серця в V міжребер'ї на 1 см назовні від середньоключичної лінії. *Аускультативно* тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці, акцент II тону над аортою. Пульс – 82 удари за хвилину, АТ – 145/90 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 6,4 ммоль/л, ЛПНЩ – 4,8 ммоль/л, калій – 4,5 ммоль/л, креатинін – 110 мкмоль/л, КФК-МВ – 18 МО/л.

На *ЕКГ*: ритм синусовий, правильний, лівограма, наростання амплітуди зубця R від V1 до V5, максимальний зубець R V5. Помірні порушення реполяризації у бічній стінці лівого шлуночка.

1. Про яке захворювання йдеться?

2. Яка тактика лікаря: чи потребує пацієнт госпіталізації?

3. Яке дообстеження треба провести для уточнення діагнозу?

ЗАДАЧА № 12

Пацієнт Д., 55 років, учитель. Звернувся до кардіолога зі *скаргами* на відчуття перебоїв у ділянці серця, що виникають при фізичному та психоемоційному навантаженні. Крім того, турбують періодичні напади стискаючих болів за грудиною під час швидкої ходьби, ходьби під гору, без іррадіації, що проходять у стані спокою через 5–10 хвилин.

З анамнезу захворювання: подібні відчуття відзначає приблизно впродовж року, але протягом останнього місяця перебої почастишали, нерідко супроводжуються слабкістю та навіть запамороченням. Появу перебоїв частіше пов'язує із фізичними навантаженнями. Крім того, останні три місяці почалися періодичні стискаючі за грудиною болі, що виникають при швидкій ходьбі, підйманні на третій поверх, тривалістю до 10–15 хвилин, через виникнення нападів болю змушений був зупинятися.

З анамнезу життя: батько пацієнта страждав на ІХС і помер від інфаркту міокарда в 42 роки. Шкідливих звичок не має. Жодних медикаментів не приймав.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення та вологості. набряків немає, пальпуються поодинокі підщелепні лімфовузли, розміром до 1 см, щільні, не болючі.

У легенях дихання везикулярне, хрипів немає. ЧД – 16 за хвилину. *Перкуторно* межі серця не змінені. *Аускультативно* тони серця аритмічні, визначаються позачергові скорочення на фоні

регулярного ритму, I тон збережений. ЧСС – 76 ударів за хвилину. АТ – 140/95 мм рт. ст. на правій руці та 136/92 мм рт. ст. – на лівій.

Живіт м'який, не болючий. Печінка по краю реберної дуги, край м'який, не болючий. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 6,4 ммоль/л, ЛПНЩ – 4,6 ммоль/л, калій – 4,2 ммоль/л, креатинін – 95 мкмоль/л, КФК-МВ – 10 МО/л.

- 1. Який попередній діагноз?*
- 2. Яке порушення ритму ви припускаєте у пацієнта?*
- 3. Якими методами обстеження ви це підтвердите?*

ІНФАРКТ МІОКАРДА

ЗАДАЧА № 1

Пацієнт К., 52 роки. *Скарги* на інтенсивний тиснучий біль за грудиною, який поширюється в ліву руку, шию, щелепу, під ліву лопатку, загальну слабкість, почуття страху смерті.

З анамнезу захворювання: близько п'яти років відзначає підвищення артеріального тиску, до лікарів не звертався, при підвищенні артеріального тиску до 160/90 мм рт. ст. приймав каптоприл, проте регулярно гіпотензивні препарати не приймає. До цього моменту болі в серці не турбували, напад виник уперше раптово, під час підймання сходами, прийняв одну таблетку нітрогліцерину, болі не купірувалися. Колеги по роботі викликали бригаду швидкої медичної допомоги.

З анамнезу життя: палить близько однієї пачки цигарок на день понад 30 років. Працює кранівником на будівництві. Спадковість не обтяжена.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Пацієнт у нерухомому стані, у свідомості, шкірні покриви бліді, крапельки поту на лобі. Набряків немає.

При *аускультії легень* вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 24 за хвилину.

При *аускультії серця:* тони серця ритмічні, помірна тахікардія, I тон ослаблений на верхівці, акцент II тону на аорті, вислуховується неінтенсивний систолічний шум на верхівці серця. ЧСС – 104 удари за хвилину. АТ – 165/90 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий, печінка по правому краю реберної дуги, не болюча.

1. Про яку патологію серцево-судинної системи має подумати лікар?

2. Яке додаткове дослідження обов'язково має виконати лікар?

3. Вкажіть ступінь артеріальної гіпертензії та стадію.

ЗАДАЧА № 2

Пацієнт (49 років) доставлений до кардіологічного відділення бригадою швидкої медичної допомоги зі **скаргами** на сильні тиснучі болі за грудиною, що іррадіюють у ліве плече, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворим близько 8 місяців, коли вперше з'явилися тиснучі болі за грудиною, що з'являються в основному після значного фізичного навантаження і при хвилюванні, що проходять у спокої протягом 5–6 хвилин. За порадою знайомого при болях приймав нітрогліцерин, і вони швидко проходили. За медичною допомогою не звертався. Сьогодні близько 8 години ранку, без видимих причин, виникли сильні болі за грудиною, які не знімалися і навіть не зменшувалися після дворазового прийому нітрогліцерину. Через 30 хвилин викликав бригаду швидкої медичної допомоги. Біль був усунутий внутрішньовенним введенням морфіну. Знято ЕКГ. Пацієнта було доставлено до кардіологічного відділення.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Пацієнт у свідомості, шкірні покриви бліді, набряків немає.

При **аускультції легень** вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 22 за хвилину.

Перкуторно визначені границі серця: ліва границя відносної серцевої тупості в V міжребер'ї зліва по середньоключичній лінії.

При **аускультції серця:** тони серця аритмічні, екстрасистоля, приглушені, I тон ослаблений на верхівці, акцент II тону на легеневій артерії. ЧСС – 96 ударів за хвилину. АТ – 110/80 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий, печінка по правому реберному краю, не болюча.

ЕКГ: ритм синусовий, неправильний, шлуночкова екстрасистоля, ЧСС – 90 ударів за хвилину, відзначається підйом сегмента ST вище ізолінії у III, II стандартному відведенні, aVF на 4 мм, сегмент зливається із зубцем T.

1. Про який синдром йдеться?

2. Інтерпретуйте зміни, виявлені на ЕКГ.

3. Які обстеження необхідно провести на підтвердження діагнозу, перерахуйте їх?

ЗАДАЧА № 3

Пацієнт Н., 59 років. **Скарги** на часті болі за грудиною тиснучого характеру, що виникають при швидкій ходьбі, підйманні на один поверх, не завжди купіруються прийомом під язик нітроглицерину. Вони іррадіюють у ліву руку, супроводжуються задишкою та серцебиттям.

З анамнезу захворювання: хворіє на ішемічну хворобу серця та стабільну стенокардію напруги протягом п'яти років. Періодично турбували стискаючі болі за грудиною, які виникали при підйманні на третій поверх або швидкій ходьбі під гору. Болі купірувалися прийомом нітроглицерину протягом трьох хвилин. У середньому протягом тижня пацієнт 2–3 рази вдавався до прийому нітроглицерину. Останні 10 днів болі почали виникати кілька разів на добу, при менших фізичних навантаженнях, які раніше переносив добре, а іноді й у спокою. Після прийому нітроглицерину болі часто повністю не проходили, що змушувало приймати ліки повторно.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При **аускультції легень** вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 16 за хвилину. При **аускультції серця:** тони серця ритмічні, I тон помірно ослаблений на верхівці, акцент (посилення) II тону над аортою. Пульс – 76 ударів за хвилину. На гомілках відзначається випадання волосся та значне зниження величини пульсу на артерії тилу стопи з обох боків. АТ – 130/80 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт при **пальпації** м'який, не болючий, печінка по правому реберному краю.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС – 76 ударів за хвилину, нормальне положення електричної осі серця, у відведеннях V2-V6 відзначається депресія сегмента ST до 2 мм, глибокий негативний зубець T в V2-V6.

1. Який синдром можна припустити у пацієнта? Сформулюйте попередній діагноз і обґрунтуйте його.

2. Між якими захворюваннями потрібно провести диференціальний діагноз?

3. Які обстеження необхідно виконати найближчим часом щодо диференціювання діагнозу і остаточної верифікації діагнозу?

ЗАДАЧА № 4

Пацієнт П., 55 років. Доставлений бригадою швидкої медичної допомоги у відділення реанімації зі *скаргами* на нестерпні пекучі болі за грудиною, що супроводжуються різкою слабкістю, холодним потом, відчуттям нестачі повітря. Прийом нітрогліцерину біль не усунув.

З анамнезу захворювання: сьогодні після фізичної роботи (підіймання важкостей) уперше з'явилися тиснучо-пекучі болі за грудиною, що іррадіюють у міжлопатковий простір та супроводжуються різкою слабкістю, холодним потом і не купірувалися прийомом трьох таблеток нітрогліцерину. Викликано бригаду швидкої медичної допомоги, яка ввела фентаніл з дроперидолом внутрішньовенно. Тривав напад 1 год. Була знята ЕКГ, а пацієнта доставлено до реанімаційного відділення кардіологічного диспансеру.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Під час огляду: пацієнт сидить. Шкірні покриви блідо-ціанотичні, покриті великими краплями поту. Набряків гомілок і стоп немає.

Дихання клекочуче з виділенням пінистого мокротиння рожевого кольору. При *аускультатії легень* вислуховується ослаблене везикулярне дихання, багато вологих різнокаліберних незвучних хрипів у нижніх відділах до середини легеневих полів. ЧД – 30 за хвилину. При *аускультатії серця:* тони серця ритмічні, виражена тахікардія, ритм галопу, виражений акцент II тону на легеневій артерії. ЧСС – 124 удари за хвилину. Пульс на периферичних артеріях малий, ниткоподібний. АТ на обох руках – 90/50 мм рт. ст.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий, печінка – по правому реберному краю.

ЕКГ: ритм синусовий, неправильний, політопні шлуночкові екстрасистоли, ЧСС – 124 удари за хвилину, нормальне положення електричної осі серця, у відведеннях I, II ст., а VL підйом сегмент ST більше 5 мм (за типом спинки кішки), глибокий і широкий зубець Q, у відведеннях V2-6 комплекс QRS на кшталт QS, підйом сегмент ST більше 6 мм, негативний зубець T.

1. Про яке захворювання можна думати на підставі цієї клінічної картини та поясніть чому?

2. Поясніть механізми виникнення ритму галопу.

3. Чи є у пацієнта ознаки гострої серцевої недостатності та які?

ЗАДАЧА № 5

Пацієнт О., 66 років. Доставлений бригадою швидкої медичної допомоги зі **скаргами** на інтенсивні болі (8 балів за шкалою ВАШ) розпираючого характеру в епігастральній ділянці, що супроводжуються нудотою, одноразовим блюванням з'їденою їжею.

З анамнезу захворювання: захворів гостро, коли після важкої фізичної праці (розвантажувач цементу у мішках) близько 16 години з'явилися середньої інтенсивності болі в епігастральній ділянці, нудота. Майстер відпустив із роботи раніше. Вночі інтенсивність болю в епігастрії посилилася, вони іррадіювали за грудину, в ліву лопатку, супроводжувалися нудотою, одноразово блювотою з'їденою їжею, холодним потом, страхом смерті. Близько першої години ночі дружина викликала бригаду швидкої медичної допомоги. Після застосування бригадою швидкої медичної допомоги наркотичних анальгетиків болі пройшли. Було знято ЕКГ, пацієнта доставлено до приймального відділення кардіодиспансеру на кріслі-каталці.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, підвищеної вологості. Набряків гомілок і стоп немає.

При **аускультції легень** вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 24 за хвилину. При

аускультатив серця: тони серця ритмічні, помірна тахікардія, I тон ослаблений на верхівці серця, акцент II тону на аорті. ЧСС – 104 удари за хвилину. АТ на обох руках – 105/70 мм рт. ст.

Живіт при **поверхневій пальпації** м'який, не болючий. При **глибокій пальпації** – помірно болючий в епігастрії. Симптомів подразнення очеревини немає. Печінка пальпується по правому краю реберної дуги.

ЕКГ: ритм синусовий, неправильний, політопні шлуночкові екстрасистоли, ЧСС – 104 удари за хвилину, нормальне положення електричної осі серця; у II, III ст. відведеннях та aVF реєструється патологічний зубець Q та підйом сегмента ST.

1. Про яке захворювання йдеться? Сформулюйте попередній діагноз та обґрунтуйте його.

2. Про яку локалізацію ураження міокарда можна говорити у цьому випадку?

3. Поясніть механізм виникнення болю в епігастрії.

ЗАДАЧА № 6

Пацієнт М., 49 років. **Скарги** на сильні стискаючі болі за грудиною, що віддають у ліве плече і руку,

З анамнезу захворювання: протягом останніх п'яти років спостерігався сімейним лікарем з приводу ІХС. Сьогодні о 22:00 годині виникли сильні тиснучі болі за грудиною, що віддають у ліве плече і руку, які після прийому нітрогліцерину на кілька хвилин зменшилися, однак невдовзі стали ще інтенсивнішими. О 22:30 викликав бригаду швидкої медичної допомоги, яка купірувала біль наркотичними анальгетиками. Доставлений до стаціонару через 1 год 20 хв. У приймальному відділенні повторно знято ЕКГ, проте даних про гострий інфаркт міокарда не отримано.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви звичайного забарвлення. Набряків гомілок і стоп немає.

При *аускультції легень* вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 18 за хвилину. При *аускультції серця*: тони серця ритмічні, I тон помірно ослаблений на верхівці серця, акцент II тону на аорті. ЧСС – 80 ударів за хвилину. АТ обох руках – 125/70 мм рт. ст.

Живіт при *поверхневій пальпації* м'який, не болючий.

ЗАК у межах норми.

1. Чи можна однозначно виключити гострий інфаркт міокарда. Якщо так, то на підставі яких даних?

2. Які ще дослідження обов'язково треба призначити?

3. Чи доцільною є госпіталізація пацієнта і який попередній діагноз потрібно виставити?

ЗАДАЧА № 7

Пацієнт К., 56 років. *Скарги* на болі середньої інтенсивності (5 балів за шкалою ВАШ) розпираючого характеру в нижній частині загрудинної ділянки та в епігастральній ділянці, що супроводжуються різкою слабкістю, запамороченням.

З анамнезу захворювання: підвищення артеріального тиску триває близько трьох років. АТ не контролює і дуже рідко вимірює. За медичною допомогою не звертався та не обстежувався. Епізодично (не частіше 1–2 разів на місяць) при підвищенні АТ до 160/100 мм рт. ст. приймає каптоприл. Пацієнт багато палить – 1,5 пачки цигарок на день близько 30 років. Досі подібного болю не було. Напад виник раптово, під час інтенсивної фізичної роботи. Було викликано бригаду швидкої медичної допомоги. Знято ЕКГ, проте даних про наявність ішемії міокарда та інфаркту міокарда не отримано. Біль зменшився після внутрішньом'язового введення дротаверину і анальгіну. Пацієнта було доставлено до приймального відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, підвищеної вологості. набряків гомілок і стоп немає.

При *аускультатії легень* вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 22 за хвилину. При *аускультатії серця*: тони серця ритмічні, помірна тахікардія, І тон ослаблений на верхівці серця. ЧСС – 112 ударів за хвилину. АТ на обох руках – 95/70 мм рт. ст.

Живіт при *поверхневій пальпації* дещо напружений, але не болючий. При *глибокій пальпації* відзначається болючість в епігастрії. Явних симптомів подразнення очеревини немає. Печінка пальпується по правому краю реберної дуги, край не болючий.

ЗАК: гемоглобін – 148 г/л, помірний нейтрофільний лейкоцитоз – $14,5 \times 10^9$ /л, зсув лейкоцитарної формули вліво, ШОЕ – 15 мм/год.

1. Про яку патологію серцево-судинної системи має подумати лікар? Обґрунтуйте припущення.

2. Які додаткові дослідження має негайно рекомендувати лікар приймального відділення?

3. Чим можна пояснити зміни аналізу крові?

ЗАДАЧА № 8

Пацієнт Т., 49 років. Доставлений до кардіологічного відділення бригадою швидкої медичної допомоги зі *скаргами* на сильні тиснучі болі за грудиною, що іррадіюють у ліве плече, різку загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: уважає себе хворим близько двох місяців, коли після значного фізичного навантаження і при хвилюванні вперше з'явилися тиснучі болі в ділянці серця. За порадою товариша при болях приймав одну таблетку нітрогліцерину під язик, біль купірувався протягом 2–3 хвилин. Сьогодні близько 12 години дня без видимих причин виникли сильні болі за грудиною, які не зменшувалися після неодноразового прийому нітрогліцерину, через годину викликав бригаду швидкої медичної допомоги. Болі були зняті внутрішньовенним введенням морфіну. Пацієнта було доставлено в стаціонар.

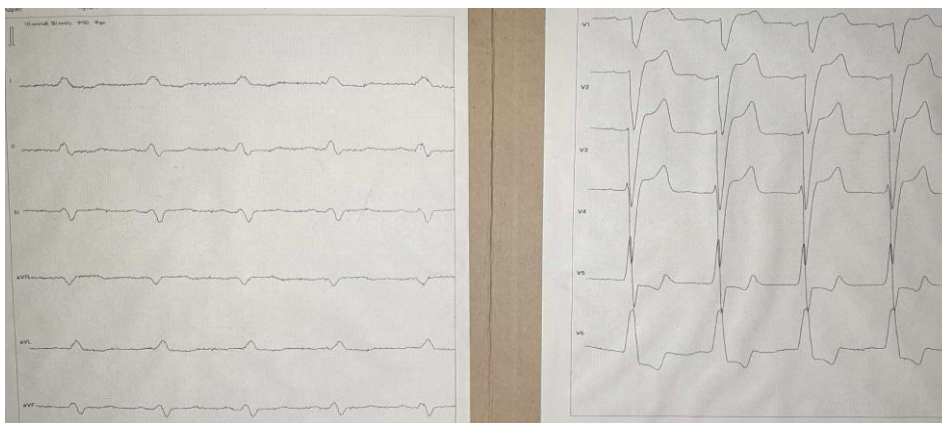
Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, підвищеного харчування. Набряків гомілок і стоп немає.

При *аускультції легень* вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 22 за хвилину.

При *аускультції серця* тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці серця. ЧСС – 92 удари за хвилину. АТ обох руках – 145/90 мм рт. ст.

Живіт при *поверхневій пальпації* м'який, не болючий.

ЕКГ:



- 1. Про який синдром йдеться? Сформулюйте діагноз.**
- 2. Інтерпретуйте зміни, виявлені на ЕКГ.**
- 3. Які обстеження необхідно провести на підтвердження діагнозу, перерахуйте їх?**

ЗАДАЧА № 9

Пацієнт Н., 59 років. *Скарги* на часті стискаючі за грудинні болі, що виникають при невеликих навантаженнях: швидка ходьба, підймання на один поверх, періодично в спокої. Для зняття болю зупинявся і приймав 2–3 таблетки нітрогліцерину під язик. Болі іррадіювали у ліве плече. Крім того, при нападах болю з'являлися серцебиття та помірна задишка змішаного характеру.

Із анамнезу захворювання: ішемічна хвороба серця діагностована приблизно чотири роки тому. Останній рік періодично турбували тиснучі болі за грудиною, які швидко купірувалися прийомом нітрогліцерину під язик. У середньому протягом тижня пацієнт 3–4 рази приймав нітрогліцерин. Жодних інших медикаментів не приймав. На прийомі у кардіолога не був понад три роки. Рекомендоване

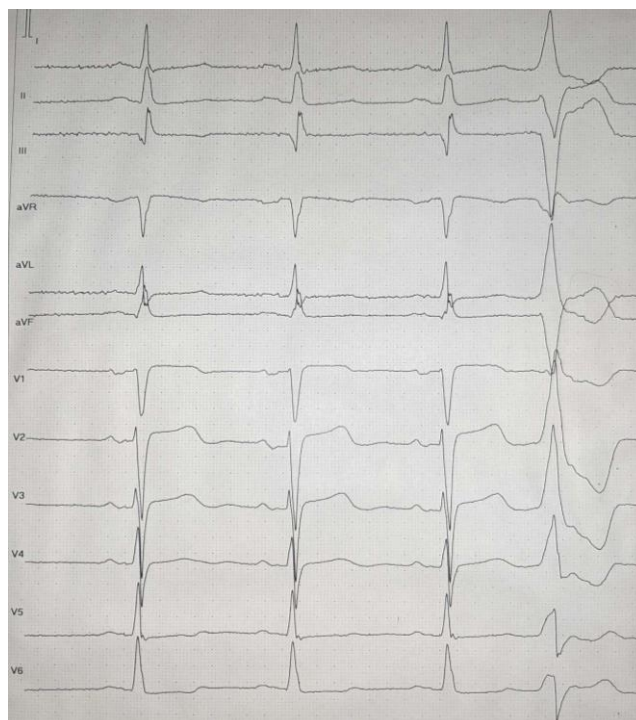
лікування (стати́ни, ацетилсаліцилова кислота, бета-адреноблокатори) приймав близько одного місяця і потім самостійно припинив прийом. Останні п'ять днів біль за грудиною почав виникати кілька разів на добу, періодично навіть у спокої. Почав відчувати зниження ефективності нітрогліцерину при нападах болю, зв'язку з чим приймав дві і навіть три таблетки одноразово. Зауважив також, що болі почали виникати під час підймання на один поверх, чого ще місяць тому не було. Звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При **аускультції легень** вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 18 за хвилину. При **аускультції серця:** тони серця ритмічні, I тон помірно ослаблений на верхівці, акцент (посилення) II тону над аортою. Пульс – 76 ударів за хвилину. АТ – 134/80 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий, печінка не пальпується.

ЕКГ:



1. Який синдром можна припустити у пацієнта?
2. Інтерпретуйте зміни, які є на ЕКГ.
3. Які дослідження необхідно виконати для верифікації діагнозу?

ЗАДАЧА № 10

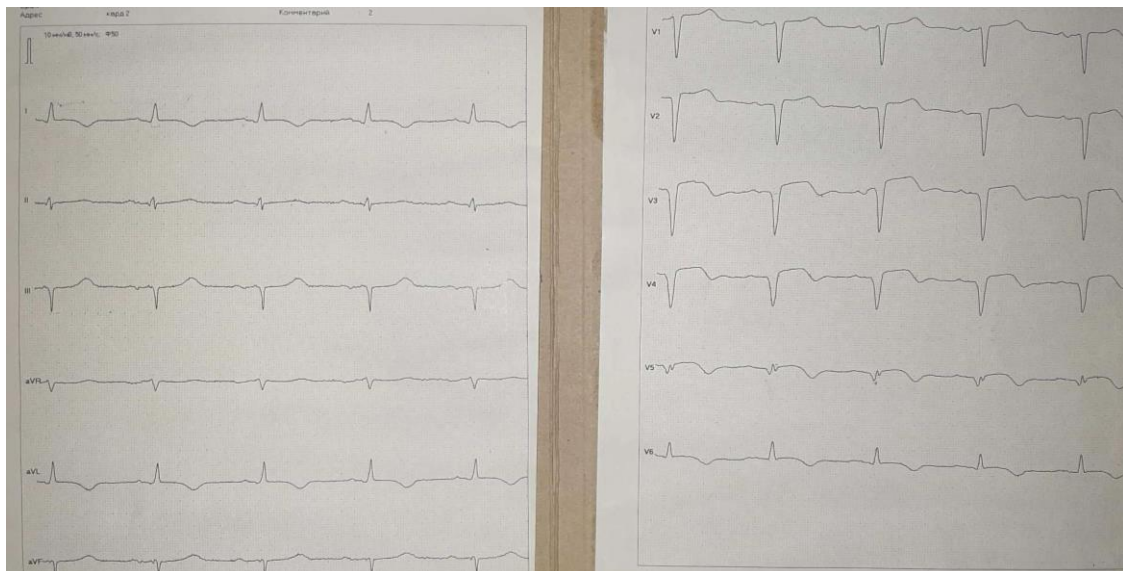
Пацієнт Д., 53 роки. Доставлений бригадою швидкої медичної допомоги у відділення реанімації зі **скаргами** на нестерпні пекучі болі за грудиною, задишку змішаного характеру, сухий кашель, різку слабкість, відчуття страху смерті.

З анамнезу захворювання: сьогодні після важкого психо-емоційного потрясіння з'явилися нестерпні пекучі болі за грудиною, що іррадіюють у ділянку шиї та нижню щелепу, і супроводжуються різкою слабкістю, холодним потом. Болі не купірувалися прийомом трьох таблеток нітрогліцерину. Загальна тривалість нападу – близько години. Дружина викликала бригаду швидкої медичної допомоги. Болі купірувалися внутрішньовенним введенням морфіну. Екстрено було доставлено до реанімаційного відділення кардіодиспансеру.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Шкірні покриви – бліді з ціанотичним відтінком, покриті великими краплями поту. набряків ніг немає.

При **аускультатії над легенями** в нижніх відділах вислуховуються ослаблене везикулярне дихання та помірна кількість вологих хрипів. ЧД – 26 за хвилину. При **аускультатії серця:** тони серця ритмічні, помірна тахікардія, I тон ослаблений на верхівці серця. ЧСС – 112 ударів за хвилину. АТ на обох руках – 110/70 мм рт. ст. Живіт **при пальпації** м'який, не болючий, печінка – не пальпується.

ЕКГ:



1. *Яке захворювання можна припустити на підставі цієї клінічної картини та обґрунтуйте чому?*
2. *Інтерпретуйте зміни, наявні на ЕКГ.*
3. *Чи є у пацієнта ознаки гострої серцевої недостатності та які?*

ЗАДАЧА № 11

Пацієнт В., 66 років. Звернувся до клініки зі *скаргами* на інтенсивні пекучі болі в епігастральній ділянці, що супроводжується нудотою, одноразовим блюванням та одноразовим рідким випорожненням.

З анамнезу захворювання: захворів гостро, коли після важкої фізичної роботи з'явилися болі в епігастральній ділянці, нудота. Прийняв дві таблетки дротаверину, через 40 хвилин інтенсивність болю зменшилась. Однак через три години біль знову посилювався, почав іррадіювати в міжлопаткову ділянку. Одноразово були блювота та рідкий стілець. Почав відчувати виражену загальну слабкість. Викликано бригаду швидкої медичної допомоги. Після застосування нею наркотичних анальгетиків біль пройшов, а пацієнт доставлений до приймального відділення лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, підвищеної вологості.

При *аускультативі легень* дихання везикулярне, у нижніх відділах помірна кількість вологих хрипів. ЧД – 22 за хвилину. При *аускультативі серця:* тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці, акцент II тону на легеневій артерії, негрубий систолічний шум на верхівці. ЧСС – 106 ударів за хвилину. АТ – 106/74 мм рт. ст.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Симптомів подразнення очеревини немає.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, поодинокі лівошлуночкові екстрасистоли, ЧСС – 106 ударів за хвилину, нормальне положення електричної осі серця, у II, III ст. відведеннях та aVF реєструється патологічний зубець Q та підйом сегмента ST.

1. *Про яке захворювання йдеться?*

2. Про яку локалізації ураження міокарда можна говорити у цьому випадку?

3. Поясніть механізм виникнення болю в епігастрії, нудоти та блювання.

ЗАДАЧА № 12

У пацієнта С., 49 років, який протягом останніх п'ять років спостерігається сімейним лікарем з приводу ІХС, о третій годині ночі виникли сильні тиснучі болі за грудиною, що віддавали у ліве плече і руку. Після прийому нітрогліцерину болі зменшилися лише на кілька хвилин, після чого їхня інтенсивність стала ще більшою, що викликало у пацієнта відчуття страху. У стаціонар бригадою швидкої медичної допомоги його доставлено через дві години від початку болю. Відразу ж здійснено реєстрацію ЕКГ та застосовано наркотичні анальгетики для зняття болю. Під час аналізу ЕКГ переконливих даних цю наявність гострого інфаркту міокарда не виявлено.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При **аускультції легень** вислуховується везикулярне дихання, побічні дихальні шуми не вислуховуються. ЧД – 20 за хвилину.

При **аускультції серця:** тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці, акцент II тону на аорті, вислуховується неінтенсивний систолічний шум на верхівці серця. ЧСС – 88 ударів за хвилину. АТ – 165/90 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий, печінка – по правому реберному краю, не болюча.

1. Чи можна, виходячи з наявних даних, виключити наявність гострого інфаркту міокарда?

2. Які біохімічні дослідження треба ще призначити?

3. Чи потребує пацієнта госпіталізації і який попередній діагноз потрібно виставити до отримання даних біохімічних досліджень крові?

ХРОНІЧНА СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ (ХСН)

ЗАДАЧА № 1

До відділення госпіталізований пацієнт П., 65 років, пенсіонер.

Скарги: на за грудинний біль і задишку, що виникають при підйманні на один сходовий проліт, іноді в спокої, болі іррадіюють у ліву руку і ліву лопатку, купіруються прийомом нітрогліцерину, крім того, турбують напади задухи ночами, що супроводжуються сухим кашлем, у зв'язку з чим пацієнт займає сидяче положення.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворим протягом п'яти років, коли вперше з'явилися болі за грудиною з іррадіацією в ліву руку та лопатку. Вони виникали при ходьбі під гору, підйманні на 3-й поверх, купірувалися прийомом нітрогліцерину. Через два роки напади за грудинного болю почастишали, почали виникати при меншому навантаженні – підймання на один поверх. З'явилася задишка при ходьбі у швидкому темпі, підйомі під гору. За медичною допомогою не звертався. Пів року тому стан погіршився: з'явилися напади болю у спокої та ночами, задишка викликала меншими навантаженнями – при підйманні на один сходовий проліт. Близько двох тижнів тому вперше почали турбувати напади ядухи ночами, які супроводжувалися сухим кашлем, у зв'язку з цим пацієнт займав вертикальне положення. Задишка почала виникати при невеликих навантаженнях – ходьба рівною місцевістю до 50 метрів.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Спостерігається напівсидяче положення пацієнта в ліжку, ціаноз губ, кінчиків пальців рук та ніг. Невелика набряклість стоп і гомілок.

У легенях дихання везикулярне, у нижніх відділах з обох боків помірна кількість вологих незвучних хрипів. ЧД – 20 за хвилину.

Серце. Ліва границя відносної серцевої тупості серця в V між-ребер'ї на 2 см назовні від середньоключичної лінії. **Аускультативно** тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці, акцент II тону над аортою. Пульс – 92 удари за хвилину, АТ – 130/90 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Печінка – по правому реберному краю. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 7,2 ммоль/л, ЛННЩ – 5,2 ммоль/л, калій – 4,5 ммоль/л, креатинін – 89 мкмоль/л, КФК-МВ – 12 МО/л, СРБ – 3 мг/л, BNP – 162 нг/мл.

На *ЕКГ*: ритм синусовий, правильний, лівограма, наростання амплітуди зубця R від V1 до V6, максимальний зубець R V6. Помірні порушення реполяризації у бічній стінці лівого шлуночка.

1. Чи є ознаки серцевої недостатності?

2. Перерахуйте ознаки серцевої недостатності.

3. Сформулюйте повний діагноз захворювання.

ЗАДАЧА № 2

До відділення госпіталізований пацієнт С., 32 роки, програміст.

Скарги: на задишку у спокої, що посилюється при фізичному навантаженні, напади задухи ночами; на кашель з мокротинням, в якому є прожилки крові; на болі в ділянці верхівки серця без іррадіації, що не купіруються після прийому нітрогліцерину; на набряки ніг, збільшення об'єму живота.

З анамнезу захворювання: у дитинстві часто хворів на ангіни. У 16-річному віці після ангіни, через два тижні з'явилися болі та припухлість колінних та ліктювих суглобів, підвищилася температура тіла. Лікувався протягом місяця у стаціонарі, діагноз захворювання не пам'ятає. Надалі почувався добре, у 18 років був призваний до армії. У 30-річному віці появилися задишка при помірних фізичних навантаженнях: підймання сходами на 3–5-й поверх. За медичною допомогою не звертався. Близько року тому вперше помітив набряки ніг, задишку при ходьбі, яка виникала під час підймання на другий поверх, вечорами з'являвся кашель. Пов'язував ці явища з палінням та сидячим способом життя. Близько місяця тому стан погіршився:

з'явилися напади ядухи ночами, посилюлися задишка і набряки ніг, збільшився у розмірах живіт. Звернувся до сімейного лікаря та був направлений на госпіталізацію.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Положення ортопное – напівсидяче положення в ліжку з ногами, опущеними вниз. Відзначаються значний акроціаноз, набряки гомілок та стоп, асцит, набухання та пульсація шийних вен.

У легенях *голосове тремтіння* у нижніх відділах справа ззаду ослаблене. У цій ділянці *перкуторно* значне притуплення перкуторного звуку. *Аускультативно* в нижніх відділах справа дихання різко ослаблене, велика кількість вологих незвучних хрипів у нижніх відділах зліва. ЧД – 24 за хвилину.

Серце. Ліва границя відносної серцевої тупості серця в III міжребер'ї на 4 см назовні від лівої грудинної лінії, в V міжребер'ї по середньоключичній лінії. При *аускультативній* тони ритмічні, «ритм перепілки», I тон на верхівці гучний, «плескає», діастолічний шум на верхівці серця, акцент і розщеплення II тону на легеневій артерії, ЧСС – 100 ударів за хвилину, АТ – 110/80 мм рт. ст.

Живіт збільшений у розмірах, *при пальпації* м'який, чутливий у правому підребер'ї. Печінка виступає з-під правого реберного краю на 4 см. У черевній порожнині визначається *перкуторно* вільна рідина. Стілець регулярний, оформлений. Сечовипускання вільне, 4–5 разів на день.

ЗАК: гемоглобін – 176 г/л, **ЗАС** у нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 5,2 ммоль/л, ЛННЩ – 3,2 ммоль/л, калій – 4,5 ммоль/л, креатинін – 140 мкмоль/л, КФК-МВ – 8 МО/л, СРБ – 5 мг/л, BNP – 250 нг/мл.

1. *Яка вада сформувалася у пацієнта?*
2. *Чи є ознаки серцевої недостатності, перерахуйте їх?*
3. *Сформулюйте повний діагноз захворювання.*

ЗАДАЧА № 3

Скарги на періодичну задишку і серцебиття при швидкій ходьбі, підйманні на другий поверх, періодичний кашель з незначною кількістю мокротиння, в якому іноді є прожилки крові.

З анамнезу захворювання: шість років тому переніс гостру ревматичну лихоманку, у зв'язку з чим лікувався стаціонарно. Надалі протягом року проводилася біцилінопрофілактика. Почувався добре. Через три роки появилася задишка при підйманні на третій поверх, не лікувався і не обстежувався. Приблизно два місяці тому почалося поступове наростання задишки, яка сьогодні виникає при ходьбі рівною місцевістю до 100 м, повільному підйманні на другий поверх, супроводжується серцебиттям. Періодично при задишці з'являється сухий кашель, іноді відкашлюються окремі плевки із прожилками крові. Звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан відносно задовільний. Шкірні покриви бліді, ціаноз кінчиків пальців, мочок вух. набряків немає.

У легенях дихання везикулярне, у нижніх відділах з обох боків помірна кількість вологих незвучних хрипів. ЧД – 22 за хвилину.

Серце. Ліва границя відносної серцевої тупості серця в III міжребер'ї на 3,5 см назовні від лівої грудинної лінії, в V міжребер'ї на 3 см назовні від середньоключичної лінії. **Аускультативно** тони серця ритмічні, I тон різко ослаблений на верхівці, акцент II тону над легеневою артерією, на верхівці вислуховується безінтервальний інтенсивний систолічний шум, який проводиться вліво, в пахву. Пульс – 96 ударів за хвилину, АТ – 120/80 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Печінка – по правому реберному краю. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У **біохімічному аналізі крові** загальний холестерин – 4,8 ммоль/л, ЛННЩ – 3,5 ммоль/л, калій – 4,6 ммоль/л, креатинін – 105 мкмоль/л, КФК-МВ – 12 МО/л, СРБ – 5 мг/л, BNP – 165 нг/мл.

На *ЕКГ*: ритм синусовий, правильний, лівограма, зубець Р у І ст та ІІ ст. відведеннях розширений і двогорбий, наростання амплітуди зубця R від V1 до V6, максимальний зубець R до V6.

1. *Яка вада сформувалася у пацієнта?*
2. *Перерахуйте ознаки серцевої недостатності.*
3. *Сформулюйте повний діагноз захворювання.*

ЗАДАЧА № 4

Пацієнтка А., 34 роки. Госпіталізована зі *скаргами* на задишку при найменшому фізичному навантаженні, набряки гомілок, стоп, тяжкість у правому підребер'ї, збільшення в об'ємі живота.

З анамнезу захворювання: у дитинстві – часті ангіни, у 12 років діагностовано мітральну ваду серця. З 16 років турбує задишка, з 28 – з'явилися набряки ніг надвечір, тяжкість у правому підребер'ї. Неодноразово лікувалася у стаціонарі. Протягом останніх двох місяців відзначає посилення задишки, набряків, появу болів тупого характеру у правому підребер'ї, збільшення об'єму живота.

Об'єктивно: загальний стан важкий. Положення ортопное. Акроціаноз, «мітральне обличчя», набухання та пульсація вен шиї, набряки стоп, гомілок.

У легенях дихання везикулярне, у нижніх відділах з обох боків велика кількість вологих незвучних хрипів. ЧД – 24 за хвилину.

Серце. Ліва границя відносної серцевої тупості серця в ІІІ міжребер'ї на 4 см назовні від лівої грудинної лінії, в V міжребер'ї на 1 см до середини від середньоключичної лінії. При *аускультатії серця* на верхівці І тон гучний, «плескає», вислуховується тон відкриття мітрального клапана з наступним діастолічним шумом, акцент і розщеплення ІІ тону на легеневій артерії, систолічний шум у основі мечоподібного відростка, що посилюється на вдиху. ЧСС – 110 ударів за хвилину, АТ – 110/80 мм рт. ст.

Живіт збільшений у розмірах, *при пальпації* м'який, чутливий у правому підребер'ї. Печінка виступає з-під правого реберного краю на

4 см. У черевній порожнині визначається *перкуторно* вільна рідина. Стілець регулярний, оформлений. Сечовипускання вільне, 4–5 разів на день.

ЗАК та *ЗАС* в нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 4,6 ммоль/л, ЛННЩ – 3,4 ммоль/л, калій – 4,6 ммоль/л, креатинін – 125 мкмоль/л, КФК-МВ – 12 МО/л, СРБ – 5 мг/л, BNP – 185 нг/мл.

На *ЕКГ*: ритм синусовий, правильний, правограма, зубець Р у І ст та II ст. відведеннях розширений та двогорбий, комплекс QRS 0,13 с, у відведенні V1 комплекс за типом rSR, у відведенні V6 глибокий та широкий зубець S.

1. Назвіть сформовану ваду.

2. Ознаки якої серцевої недостатності є у цього пацієнта?

3. Сформулюйте повний діагноз захворювання.

ЗАДАЧА № 5

До відділення потрапив пацієнт Р., 68 років, інвалід II групи.

Скарги: на кашель з виділенням великої кількості (до 200 мл на добу) гнійного мокротиння з неприємним запахом і прожилками крові; на слабкість, швидку стомлюваність.

З анамнезу захворювання: протягом 25 років страждає на хронічний бронхіт, приблизно 10 років тому при КТ ОГК виявлені бронхоектази, а п'ять років тому почала турбувати задишка при ходьбі по рівній місцевості у звичайному темпі. Лікувався амбулаторно та у стаціонарах. В останні шість місяців почав відчувати наростання задишки та появу набряків на ногах, особливо надвечір. Лікувався стаціонарно у пульмонологічному відділенні, виписаний через два тижні з незначним поліпшенням. Рекомендовані лікарські засоби та інгалятор, які застосовував нерегулярно. Два тижнів тому стан ще більше погіршився: посилилися задишка, з'явилася навіть у спокої, наростла набряклість ніг, почав збільшуватися в розмірах живіт. Крім

того, посилюється кашель з мокротою, з'явилося кровохаркання, підвищилася температура тіла до 37,8–38,5°C.

Об'єктивно: загальний стан важкий. Відзначається значний дифузний ціаноз, виражені набряки гомілок і стоп, набухання шийних вен. Симптоми «барабанних паличок» та «годинникових скелець».

Грудна клітина емфізематозної форми, над- і підключичні ямки втягнуті. **Перкуторно** над легенями коробковий перкуторний звук. У легенях дихання ослаблене везикулярне, велика кількість сухих свистячих і дзижчачих хрипів, у нижніх відділах з обох боків велика кількість вологих незвучних дрібнопухирчастих і середньопухирчастих хрипів. ЧД – 24 за хвилину.

Аускультативно тони серця ритмічні, I тон різко ослаблений на верхівці, акцент II тону над легеневою артерією, на основі мечовидного відростка вислуховується безінтервальний систолічний шум. Пульс – 112 ударів за хвилину, АТ – 125/85 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт збільшений у розмірах, при **пальпації** м'який, чутливий у правому підребер'ї. Печінка виступає з-під правого реберного краю на 3 см. У черевній порожнині визначається **перкуторно** вільна рідина. Стілець регулярний, оформлений. Сечовипускання вільне, 4–5 разів на день.

ЗАК: гемоглобін – 178 г/л, лейкоцити – 12×10^9 /л, **ЗАС** у нормі.

У біохімічному аналізі крові: загальний холестерин – 4,6 ммоль/л, ЛННЩ – 3,4 ммоль/л, калій – 4,6 ммоль/л, креатинін – 128 мкмоль/л, КФК-МВ – 12 МО/л, СРБ – 25 мг/л, BNP – 185 нг/мл.

На **ЕКГ:** ритм несинусовий, правильний, правограма, замість зубця Р реєструються правильної форми хвилі F, комплекс QRS – 0,14 с, У відведенні V1 комплекс за типом rSR, у відведенні V6 глибокий і широкий зубець S.

1. **Ознаки якої серцевої недостатності у цього пацієнта?**
2. **Назвіть захворювання, що призвело до ХСН.**
3. **Сформулюйте повний діагноз захворювання.**

ЗАДАЧА № 6

Пацієнт Ю., 59 років, газозварювальник, – пацієнт пульмонологічного відділення.

Скарги: на кашель з відходженням невеликої кількості жовтого мокротиння, задишку, що виникає при ходьбі рівною місцевістю у звичайному темпі, а також підйманні на другий поверх, зниження працездатності, загальну слабкість, набряки стоп і гомілок.

З анамнезу захворювання: палить цигарки понад 30 років, протягом останніх 20 років страждає на хронічний бронхіт, а п'ять років тому почала турбувати задишка при ходьбі рівною місцевістю у звичайному темпі. Лікувався амбулаторно та у стаціонарах. В останні шість місяців почала наростати задишка та періодично появлятися набряки на ногах надвечір. Лікувався стаціонарно у пульмонологічному відділенні, виписаний через два тижні з незначним поліпшенням. Рекомендовані лікарські препарати та інгалятор (тіотропія бромід) застосовує регулярно останні шість місяців, проте суттєвого поліпшення стану не відбулося. Більше того, в останні два тижні стан ще більше погіршився: посилилася задишка, навіть при ходьбі до 50 метрів, збільшилася набряклість ніг.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Помірний ціаноз шкіри, набухання шийних вен. Невелика набряклість гомілок та стоп.

Грудна клітина емфізематозної форми, над- і підключичні ямки згладжені. **Перкуторно** над легенями коробковий перкуторний звук. У легенях дихання ослаблене везикулярне, нечисленні сухі низькі хрипи. ЧД – 18 за хвилину.

Серце: права границя відносної тупості визначається IV міжребер'ї на 3 см назовні від краю грудини, ліва – в V міжребер'ї по середньоключичній лінії. **Аускультативно** тони серця ритмічні, I тон помірно ослаблений на верхівці, акцент II тону над легеневою артерією. Пульс – 82 удари за хвилину, ритмічний, задовільного наповнення та напруження. АТ – 132/84 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Печінка виступає з-під правого реберного краю на 2 см. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 4–5 разів на день.

ЗАК: гемоглобін – 168 г/л, лейкоцити – $5,2 \times 10^9$ /л, **ЗАС** у нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 4,6 ммоль/л, ЛННЩ – 3,4 ммоль/л, калій – 4,6 ммоль/л, креатинін – 128 мкмоль/л, КФК-МВ – 12 МО/л, СРБ – 25 мг/л, BNP – 185 нг/мл.

На **ЕКГ**: ритм синусовий, правильний, правограма, високий зубець Р у II та III стандартних відведеннях.

- 1. Чи є ознаки серцевої недостатності у цього пацієнта?**
- 2. Назвіть захворювання, що призвело до ХСН.**
- 3. Сформулюйте повний діагноз захворювання.**

ЗАДАЧА № 7

Пацієнтка М., 36 років. Госпіталізована зі *скаргами* на задишку при невеликих фізичних навантаженнях: підйманні сходами на один проліт, швидкій ходьбі, кашель з виділенням слизового мокротиння, набряки гомілок, тяжкість у правому підребер'ї.

З анамнезу захворювання: у дитинстві, у віці 14 років, мав місце епізод тривалої лихоманки з припуханням колінних та гомілковостопних суглобів. Лікувалася амбулаторно, надалі до лікарів не зверталася. Минулого року з'явилася задишка змішаного характеру при звичайних повсякденних навантаженнях: ходьба під гору, ходьба рівною місцевістю у швидкому темпі. Ці скарги пов'язувала з надмірною вагою: збільшилася маса тіла на 10 кг. Через шість місяців почала звертати увагу на появу набряків надвечір два місяці, тому стан погіршився ще більше: набряки стали постійні і більш виражені, задишка з'явилася під час підймання на один сходовий проліт. Наразі звернулася до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Помірний ціаноз шкіри, набухання шийних вен. Невелика набряклість гомілок і стоп.

Грудна клітка звичайної форми. **Перкуторно** над легенями ясний легеневий перкуторний звук, у нижніх відділах незначне притуплення. У легенях дихання ослаблене везикулярне в нижніх відділах, там же і вислуховуються нечисленні вологі дрібнопухирчасті незвучні хрипи. ЧД – 20 за хвилину.

Серце. Ліва границя відносної серцевої тупості серця в III міжребер'ї на 3,5 см назовні від лівої грудинної лінії, в V міжребер'ї на 2 см назовні від середньоключичної лінії. При **аускультатії серця**: тони ритмічні, I тон на верхівці ослаблений, акцент II тону на легеневій артерії, на верхівці інтенсивний систолічний шум, який проводиться в ліву пахву. ЧСС – 96 ударів за хвилину, АТ – 110/90 мм рт. ст.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Печінка виступає з-під правого реберного краю на 3 см. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 4–5 разів на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У **біохімічному аналізі крові** загальний холестерин – 5,6 ммоль/л, ЛННЩ – 3,8 ммоль/л, калій – 4,6 ммоль/л, креатинін – 128 мкмоль/л, КФК-МВ – 12 МО/л, СРБ – 5 мг/л, BNP – 285 нг/мл.

На **ЕКГ**: ритм синусовий, правильний, лівограма, зубець Р у I ст та II ст. відведеннях розширений та двогорбий. Наростання амплітуди зубця R від V1 до V6, максимальний зубець R V6.

1. Симптоми якого клапанного ураження серця є у цієї пацієнтки? Обґрунтуйте.

2. Оцініть ступінь вираження хронічної серцевої недостатності Василенко-Стражеска.

3. Сформулюйте повний діагноз захворювання.

ЗАДАЧА № 8

Пацієнтка К., 26 років. Госпіталізована до клініки зі **скаргами** на задишку у спокої, що різко посилюється при ходьбі, загальну слабкість, зменшення виділення сечі.

З анамнезу захворювання: у дитинстві, у віці 10 років, мав місце епізод тривалої лихоманки з припуханням колінних та гомілковостопних суглобів. Лікувалася у дитячій лікарні, надалі до лікарів не зверталася. Близько трьох років тому з'явилася задишка при помірному фізичному навантаженні та набряки стоп надвечір. Зверталася до сімейного лікаря, рекомендовані сечогінні препарати та якісь інші (назви не пам'ятає). Зазначала поліпшення стану, але лікувалася не регулярно. Зазначені прояви хвороби поступово прогресували: задишка наростала і почала турбувати при спокійній ходьбі, з'явилися постійні набряки стоп та гомілок. Зауважувала, що після припинення прийому сечогінних засобів набряки та задишка, як правило, наростали. Два тижні тому з'явилася задишка і в спокої, особливо в лежачому положенні, різко збільшилися набряки нижніх кінцівок, а також в об'ємі живіт. Звернулась до сімейного лікаря та була направлена до кардіологічного відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан тяжкий. Ціаноз кінчиків пальців, губ, мочок вух, набухання шийних вен. Набряклість гомілок та стоп.

Грудна клітка звичайної форми. **Перкуторно** над легенями ясний легеневий звук, у нижніх відділах невелике притуплення. У легенях дихання везикулярне ослаблене в нижніх відділах, там же і вислуховується помірна кількість вологих дрібнопухирчастих незвучних хрипів. ЧД – 24 за хвилину.

Серце. Посилена пульсація сонних артерій, розлитий, високий і широкий верхівковий поштовх у VI міжребер'ї по передній пахвовій лінії. Ліва границя відносної серцевої тупості серця в III міжребер'ї на 4 см назовні від лівої грудинної лінії, в VI міжребер'ї – по передній пахвовій лінії. При **аускультатії серця:** тони ритмічні, на верхівці I тон ослаблений, акцент II тону на легеневій артерії, на верхівці інтенсивний систолічний шум, проводиться у ліву пахву, на аорті та точці Боткіна-Ерба м'який діастолічний шум. ЧСС – 100 ударів за хвилину, АТ – 145/40 мм рт. ст.

Живіт збільшений у розмірах, при **пальпації** м'який, не болючий. Печінка виступає з-під правого реберного краю на 4 см. **Перкуторно** у

черевній порожнині визначається рідина. Стілець регулярний, оформлений. Сечовипускання вільне, 4–5 разів на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У **біохімічному аналізі крові** загальний холестерин – 4,6 ммоль/л, ЛННЩ – 3,4 ммоль/л, калій – 4,1 ммоль/л, креатинін – 138 мкмоль/л, КФК-МВ – 12 МО/л, СРБ – 5 мг/л, BNP – 265 нг/мл.

На **ЕКГ**: ритм синусовий, правильний, лівограма, зубець Р у І ст та II ст. відведеннях розширений та двогорбий. Наростання амплітуди зубця R від V1 до V6, максимальний зубець R V6.

1. Симптоми якого клапанного ураження серця є у цієї пацієнтки? Обґрунтуйте.

2. Оцініть ступінь вираження хронічної серцевої недостатності Василенко-Стражеска.

3. Сформулюйте повний діагноз захворювання.

ЗАДАЧА № 9

Пацієнтка М., 35 років, госпіталізована до клініки.

Скарги: біль, гіперемія у ділянці гомілковостопних суглобів, задишка при ходьбі, ниючі болі в ділянці верхівки серця, загальна слабкість, посилена пітливість, набряки гомілок (більше до вечора), тяжкість у правому підребер'ї.

З анамнезу захворювання: 10 років тому перенесла якість захворювання, що виявляється припухлістю та болючістю колінних суглобів, підвищенням температури тіла. Не лікувалася. Усі явища пройшли самостійно. В останні чотири роки з'явилася задишка при фізичному навантаженні. Сьогодні всі вищезгадані симптоми проявилися через тиждень після перенесеної ангіни.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Помірний ціаноз губ, кінчиків пальців. Гомілковостопні суглоби набряклі, болючі при пальпації. Шкіра над ними гіперемована, помірно щільні набряки гомілок.

Грудна клітка звичайної форми. **Перкуторно** над легенями ясний легеневий звук, у нижніх відділах невелике притуплення. У легенях дихання ослаблене везикулярне у нижніх відділах, там же і вислуховується помірна кількість вологих дрібнопухирчастих незвучних хрипів. ЧД – 24 за хвилину. Верхівковий поштовх **пальпується** в V міжребер'ї на 1 см досередини від середньоключичної лінії, діаметром 2 см, не резистентний. **Пальпаторно** визначаються серцевий поштовх, діастолічне тремтіння на верхівці серця. Границі відносної серцевої тупості: ліва – у V міжребер'ї на 1 см досередини від середньоключичної лінії, у III міжребер'ї – на 4 см вліво від лівого краю грудини; права – на 3 см вправо від правого краю грудини; верхня – II ребро. **Аускультация:** тони серця ритмічні, на верхівці серця ритм «перепілки», акцент та розщеплення II тону на легеневій артерії. На верхівці вислуховується пресистолічний шум. Пульс малого наповнення, м'який, 94 удари за хвилину, краще пальпується на правій руці, АТ – 100/80 мм рт. ст.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Печінка виступає з-під правого реберного краю на 3 см, край щільний, помірно болючий.

ЗАК: лейкоцити – $8,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 33 мм/год.

У біохімічному аналізі крові: загальний холестерин – 5,6 ммоль/л, ЛННЩ – 3,8 ммоль/л, калій – 4,1 ммоль/л, креатинін – 128 мкмоль/л, КФК-МВ – 25 МО/л, СРБ – 25 мг/л, BNP – 275 нг/мл, сіалові кислоти – 3,6 ммоль/л, загальний білок – 85 г/л, альбуміни – 30 г/л, глобуліни: альфа-1 – 4 %, альфа-2 – 14 %, бета – 14 %, гама – 28 %.

1. Для якої вади характерні наведені вище об'єктивні дані?
2. Недостатність якого відділу серця має місце у пацієнта?
3. Сформулюйте повний діагноз захворювання.

ЗАДАЧА № 10

Пацієнт лікарні, 28 років. **Скарги:** задишка при невеликих навантаженнях: швидка ходьба, підймання сходами на другий поверх, серцебиття, перебої у роботі серця, припухлість і болючість колінних і

ліктьових суглобів, виражена пітливість. У нічний час, у спокої, турбував кашель переважно сухий, рідше з відділенням невеликої кількості слизистого мокротиння.

З анамнезу захворювання: п'ять років тому, після перенесеної ангіни, з'явилися припухлість, «летючі» болі в плечових, колінних, гомілковостопних суглобах. Було діагностовано гостру ревматичну лихоманку, з приводу чого протягом 1,5 міс. проходив стаціонарне лікування. Після виписки зі стаціонару протягом одного року проводилася профілактика повторних ревмоатак біциліном. Надалі почувався добре, тому до лікарів не звертався. Стан різко погіршився три тижні тому після переохолодження організму, почали турбували біль у горлі, підвищилася температура тіла до 38°C, з'явилася слабкість. Звернувся до ЛОР лікаря, призначений амоксицилін по 1,0 г тричі на день, полоскання горла, при температурі рекомендовано парацетамол 0,5 г внутрішньо. Через два дні відчув поліпшення стану: температура нормалізувалася, суттєво зменшився біль у горлі. Через вісім днів самопочуття нормалізувалося, був закритий лікарняний лист. Через тиждень знову з'явилася загальна слабкість, підвищилася температура до 37,5°C, а за тиждень – вищеперелічені скарги.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Помірний ціаноз губ, кінчиків пальців. Гомілковостопні суглоби набрякли, болючі при пальпації. Шкіра над ними гіперемована, помірно щільні набряки гомілок та стоп.

У легенях дихання везикулярне, у нижніх відділах з обох боків помірна кількість вологих незвучних хрипів. ЧД – 20 за хвилину.

Серце. Ліва границя відносної серцевої тупості серця в V міжребер'ї на 2 см назовні від середньоключичної лінії. **Аускультативно** тони серця аритмічні, часті екстрасистоли, I тон ослаблений на верхівці, акцент II тону над легеневою артерією, негрубий систолічний шум на верхівці. Пульс – 102 удари за хвилину, АТ – 105/80 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Печінка на 2 см нижче за правий реберний край. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК: лейкоцити – $11,8 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 28 мм/год. **ЗАС** у нормі.

У **біохімічному аналізі крові** загальний холестерин – 4,8 ммоль/л, ЛННЩ – 3,2 ммоль/л, калій – 4,5 ммоль/л, креатинін – 105 мкмоль/л, КФК-МВ – 25 МО/л. СРБ – 25 мг/л, ВНР – 162 нг/мл, альбуміни – 42 %, глобуліни – 58 %, (альфа-1 – 5,2 %, альфа-2 – 12,6 %, бета – 13,1 %, гама – 27,1 %, сіалові кислоти – 3,2 ммоль/л.

На **ЕКГ:** ритм синусовий, неправильний, часта політопна екстрасистоля, P-Q = 0,24 с. Дифузні порушення реполяризації міокарда лівого шлуночка.

- 1. Для якого процесу характерні показники ЗАК та БАК?**
- 2. Недостатність якого відділу серця має місце у пацієнта?**
- 3. Сформулюйте повний діагноз захворювання.**

ЗАДАЧА № 11

До відділення кардіології потрапив пацієнт П., 72 роки, пенсіонер.

Скарги: на за груди́нні болі і задишку, що виникають при підйманні на один сходовий проліт, іноді – у спокої, болі іррадіюють у ліве плече і ліву підлопаткову ділянку, купіруються прийомом нітрогліцерину, серцебиття і перебої у роботі серця, крім того, ночами турбують напади задухи, що супроводжуються сухим кашлем, у зв'язку з цим пацієнт займає сидяче положення.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворим протягом восьми років, коли вперше з'явився біль за грудиною з іррадіацією в ліву руку та лопатку. Вони виникали при ходьбі під гору, підйманні на третій поверх, купірувалися прийомом нітрогліцерину. Через три роки напади грудинного болю почастишали, почали виникати при меншому навантаженні – підйманні на один поверх. З'явилася задишка при ходьбі у швидкому темпі, русі під гору. За медичною допомогою не звертався. Пів року тому стан погіршився: з'явилися напади болю у спокої та ночами, серцебиття та перебої у ділянці серця, задишка виникала на менші навантаження – підймання на один сходовий проліт. Приблизно два тижні тому вперше почали турбувати напади

ядухи ночами, які супроводжувалися сухим кашлем, у зв'язку з цим пацієнт займав вертикальне положення. Задишка почала виникати при невеликих навантаженнях – ходьба рівною місцевістю до 50 метрів.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Пацієнт напівсидить у ліжку, у нього – ціаноз губ, кінчиків пальців рук та ніг, набряклість стоп та гомілок. У легенях дихання везикулярне, у нижніх відділах з обох боків помірна кількість вологих незвучних хрипів. ЧД – 22 за хвилину.

Серце. Ліва границя відносної серцевої тупості серця в V міжребер'ї на 2 см назовні від середньоключичної лінії. Аускультативно тони серця аритмічні, I тон мінливої звучності, акцент II тону над аортою. Пульс 96 ударів на хвилину, ЧСС – 112 ударів за хвилину, АТ – 150/90 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Печінка по правому реберному краю. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК та **ЗАС** в нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 7,5 ммоль/л, ЛННЩ – 5,8 ммоль/л, калій – 4,2 ммоль/л, креатинін – 108 мкмоль/л, КФК-МВ – 18 МО/л. СРБ – 3 мг/л, BNP – 262 нг/мл.

На **ЕКГ**: ритм несинусовий, неправильний, зубець Р не реєструється, III ст. відведення хвиль f, лівограма, наростання амплітуди зубця R від V1 до V6, максимальний зубець R в V6, порушення реполяризації у бічній стінці лівого шлуночка.

- 1. Чи є ознаки серцевої недостатності? Перерахуйте ці ознаки.**
- 2. Яке порушення ритму у пацієнта?**
- 3. Сформулюйте повний діагноз захворювання.**

ЗАДАЧА № 12

До відділення потрапив пацієнт Р., 62 років, пенсіонер.

Скарги: на кашель з виділенням невеликої кількості (до 20 мл на добу) слизисто-гнійного мокротиння іноді з прожилками крові, на

задишку в спокої з утрудненим видихом, на набряки ніг, неінтенсивні ниючі болі в правому підребер'ї; на слабкість, швидко стомлюваність.

З анамнезу захворювання: працював на будівництві зварювальником, багато палив цигарок. Не палить близько одного року. Протягом 22-х років страждає на хронічний бронхіт. Близько шести років тому почала турбувати задишка при ходьбі рівною місцевістю у звичайному темпі. Лікувався амбулаторно та у стаціонарах. Три місяці тому почалося наростання задишки та появилися набряки на ногах, особливо під вечір, часте серцебиття, перебої у роботі серця. Лікувався стаціонарно у пульмонологічному відділенні, виписаний через два тижні з незначним поліпшенням. Рекомендовані лікарські препарати (назви не пам'ятає) та інгалятор застосовував не регулярно. Два тижні тому стан ще більше погіршився: посилилися задишка, була навіть у спокої, наростала набряклість ніг, почав збільшуватися в розмірах живіт.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Відзначається помірний дифузний ціаноз, виражені набряки гомілок та стоп, набухання шийних вен. Симптоми «барабанних паличок» та «годинникових скелець». Грудна клітина емфізематозної форми, над- і підключичні ямки згладжені. **Перкуторно** над легенями коробковий перкуторний звук. У легенях дихання везикулярне ослаблене, невелика кількість сухих низького тембру хрипів, у нижніх відділах з обох боків помірна кількість вологих незвучних хрипів. ЧД – 22 за хвилину.

Серце. **Аускультативно** тони серця аритмічні, I тон мінливої звучності, акцент II тону над легеневою артерією, на верхівці вислуховується безінтервальний негрубий систолічний шум. Пульс – 102 ударів за хвилину, ЧСС – 122 ударів за хвилину, АТ – 155/95 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт збільшений у розмірах, **при пальпації** м'який, чутливий у правому підребер'ї. Печінка виступає з-під правого реберного краю на 3 см. У черевній порожнині визначається **перкуторно** вільна рідина. Стілець регулярний, оформлений. Сечовипускання вільне, 4–5 разів на день.

ЗАК: гемоглобін – 175 г/л, лейкоцити – $8,2 \times 10^9$ /л, **ЗАС** у нормі.

У *біохімічному аналізі крові* загальний холестерин – 6,6 ммоль/л, ЛННЩ – 5,2 ммоль/л, калій – 4,6 ммоль/л, креатинін – 128 мкмоль/л, КФК-МВ – 12 МО/л, СРБ – 3 мг/л, BNP – 185 нг/мл.

На *ЕКГ*: ритм несинусовий, неправильний, правограма, замість зубця Р реєструються неправильної форми хвилі f, комплекс QRS – 0,14 с, у відведенні V1 комплекс за типом rSR, у відведенні V6 глибокий і широкий зубець S.

1. Чи є ознаки серцевої недостатності? Якщо так, то перерахуйте їх.

2. Яке порушення ритму у пацієнта?

3. Сформулюйте повний діагноз захворювання.

ХВОРОБИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

ЗАДАЧА № 1

Пацієнт М., 26 років. Звернувся до гастроентеролога зі *скаргами* на щоденну печію, що виникає, особливо при нахилах тулуба вперед, у горизонтальному положенні. Печію знімає прийомом розчину питної соди.

З анамнезу захворювання: печія триває близько двох років, проте виникала вона один-два рази на тиждень. Останні місяці почала турбувати частіше – практично щодня. Крім печії, була посилена слинотеча, періодично виникала осиплість голосу. Близько двох тижнів періодично відчуває труднощі при ковтанні твердої їжі та біль по ходу стравоходу.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При *аускультатії* у легенях везикулярне дихання, хрипів немає. Частота дихання – 18 за хвилину. При *аускультатії серця* тони серця ритмічні, ясні. АТ – 120/80 мм рт. ст. на обох руках, пульс – 68 ударів за хвилину.

При *огляді ротової порожнини* язик обкладений білим нальотом біля кореня. Живіт *при пальпації* м'який, не болючий, край печінки – по правому реберному краю, не болючий. Сечовиділення вільне, чотири рази на добу. Стілець регулярний, оформлений.

- 1. Яке захворювання, найімовірніше, має місце у пацієнта?**
- 2. Які обстеження необхідно здійснити для уточнення діагнозу?**
- 3. Поясніть появу осиплості голосу і слинотечі. Чи можливо це при такому захворюванні?**

ЗАДАЧА № 2

Пацієнт І., 42 роки. Звернувся до гастроентеролога поліклініки зі *скаргами* на утруднення ковтання, що супроводжується болем, часті

печії, кашель переважно в нічний час, що виникає частіше в положенні лежачи на спині.

З анамнезу захворювання: печія турбує близько п'яти років, виникала спочатку рідко (1–2 рази на тиждень), частіше при прийомі гострої їжі та газованих напоїв. Самостійно приймав антациди. Останні три місяці появився кашель ночами, почастішання печії. Через два місяці кашель почав супроводжуватися задишкою із утрудненим видихом. Звернувся до сімейного лікаря, зроблено рентгенівський знімок легень: змін не виявлено. Направлений на консультацію до гастроентеролога.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При **аускультатії** у легенях вислуховується везикулярне дихання, нечисленні сухі свистячі хрипи. Частота дихання – 16 за хвилину. При **аускультатії серця** тони серця ритмічні, ясні. АТ – 110/70 мм рт. ст. на обох руках, пульс – 78 ударів за хвилину.

При **огляді ротової порожнини** язик чистий, вологий. Живіт **при пальпації** м'який, не болючий, край печінки – по правому реберному краю, не болючий. Сечовиділення вільне, 4–5 разів на добу. Стілець регулярний, оформлений.

1. Про яке захворювання йдеться?

2. Які позастравовідні прояви мають місце у цього пацієнта?

3. Якими обстеженнями можете підтвердити захворювання, що має місце у цього пацієнта?

ЗАДАЧА № 3

Пацієнтка Т., 23 роки. Звернулася до гастроентеролога поліклініки зі **скаргами** на утруднення ковтання рідкої їжі, води, тоді як тверда їжа проходить вільно. Ці симптоми виникають при стресових ситуаціях.

З анамнезу захворювання: скарги вперше з'явилися близько трьох місяців тому. У цей час багато займалася, готувалася до екзаменаційної сесії. Почала помічати, що труднощі при ковтанні частіше виникали у

громадських місцях: їдальня, кафе. У домашніх умовах дисфагія виникала лише при емоційних переживаннях.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного кольору, вологі. Нормостенічної конституції. Зріст – 175 см, вага – 65 кг.

При **аускультатії** у легенях вислуховується везикулярне дихання. Частота дихання – 19 за хвилину. При **аускультатії серця** тони серця ритмічні, ясні. АТ – 115/70 мм рт. ст. на обох руках, пульс – 88 ударів за хвилину.

При **огляді ротової порожнини** язик чистий, вологий. Живіт **при пальпації** м'який, не болючий, край печінки – по правому реберному краю, не болючий. Сечовиділення вільне, 4–5 разів на добу. Стілець регулярний, оформлений.

1. Який синдром має місце у пацієнтки?

2. Чому пацієнтка легко ковтає тверду їжу, а має труднощі при ковтанні рідкої їжі та води?

3. Які обстеження необхідні для підтвердження діагнозу?

ЗАДАЧА № 4

Пацієнт Б., 55 років. Звернувся до сімейного лікаря зі **скаргами** на постійні ниючі болі в епігастрії, схудненні на 10 кг за останні три місяці, відразу до м'яса, періодичне блювання їжею, з'їденою напередодні.

З анамнезу захворювання: уперше дискомфорт в епігастральній ділянці з'явився приблизно рік тому. Не надавав цьому значення. Через шість місяців почалися неінтенсивні болі в епігастрії (3 бали за ВАШ), що виникають після їжі і самостійно проходять через 2–3 години, а також зниження апетиту. Ще через три місяці з'явилася відразу до м'ясної їжі, почав худнути. Близько тижня тому блювання стало практично щоденним, у зв'язку з чим звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви бліді, зниженого харчування. Зріст – 176 см, вага – 59 кг. У

лівій надключичній ділянці пальпується округле щільне утворення до 3 см в діаметрі.

При *аускультції* у легенях вислуховується везикулярне дихання. Частота дихання – 22 за хвилину. При *аускультції серця* тони серця ритмічні, ясні. АТ – 105/70 мм рт. ст. на обох руках, пульс – 94 удари за хвилину.

Язик вологий, увесь обкладений білим нальотом. Живіт дещо асиметричний, у надчеревній ділянці відзначається випинання, там же болючість при *пальпації*. Печінка на 3 см виступає нижче за край правої реберної дуги, край щільний, бугристий, не болючий. Сечовиділення вільне, 4–5 разів на добу. Стілець регулярний, один раз на добу, кашкоподібний, неоформлений.

1. Що за утворення пальпується в лівій надключичній ділянці і з чим пов'язана його поява?

2. Про що свідчить блювання їжею, з'їденою напередодні?

3. Про яке захворювання треба думати у цій ситуації?

ЗАДАЧА № 5

Пацієнт П., 45 років. Потрапив до гастроентерологічного відділення зі *скаргами* на болі помірної інтенсивності (5 балів за ВАШ) в епігастрії та лівому підребер'ї, періодично оперізувального характеру з іррадіацією у спину. Біль посилюється у положенні лежачи на спині. Є також рідкий неоформлений стілець (2–3 рази на добу), кал з жирним блиском. Крім того, спостерігаються періодичне блювання, 1–2 рази на добу з'їденою їжею, втрата апетиту.

З анамнезу захворювання: зловживає алкоголем близько п'яти років. Три роки тому лікувався у хірургічному відділенні з приводу гострої патології живота, докладніше не знає. Періодичні болі оперізувального характеру тривають близько двох-трьох років, здуття живота та рідкий стілець – майже півтора. Виникають ці симптоми після застілля та вживання смаженої і жирної їжі. За медичною допомогою не звертався. Схуд на 5 кг за останній рік (орієнтовно, не

зважувався). Останнє загострення пов'язує із застіллям зі спиртними напоями. На другий день проявилися описані вище болі, було дворазове блювання їжею. Викликав бригаду швидкої медичної допомоги та був доставлений до приймального відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкірні покриви бліді, зниженого харчування. Зріст – 178 см, вага – 63 кг.

При **аускультациї** у легенях вислуховується везикулярне дихання. Частота дихання – 24 за хвилину. При **аускультациї серця** тони серця ритмічні, приглушені, I тон ослаблений на верхівці. АТ – 100/64 мм рт. ст. на обох руках, пульс – 112 ударів за хвилину.

При **огляді язик** сухий, обкладений білим нальотом. Живіт здутий, при **пальпації** помірно напружений і болючий у лівому підребер'ї та епігастрії. Перитональні симптоми негативні. Печінка на 4 см виступає нижче за край правої реберної дуги, край щільний, гладкий, помірно болючий. Сечовиділення вільне, 4–5 разів на добу. Стілець регулярний, 2–3 рази на добу, кашкоподібний, неоформлений, із залишками неперетравленої їжі.

1. Яке захворювання можна припустити і з якою патологією, найімовірніше, лікувався пацієнт три роки тому у хірургічному відділенні?

2. Які дані копрограми підтвердять припущення щодо діагнозу?

3. Які лабораторні та інструментальні обстеження необхідно виконати пацієнту?

ЗАДАЧА № 6

Пацієнт С. 37 років. Госпіталізований до клініки зі **скаргами** на інтенсивні (7 балів за ВАШ) болі в епігастральній ділянці, що виникають через 1,5 – 2 години після їди, а також вночі, вранці до вживання їжі. Купіруються прийомом рідкої їжі та розчином соди. Так само турбують часта печія, відрижка кислим, періодичні закрепи.

З анамнезу захворювання: періодичні неінтенсивні та нечасті болі в епігастрії відзначав ще близько 10 років тому. За медичною

допомогою не звертався. Приблизно рік тому під час відрядження відчув щоденні болі, що виникають через 1,5–2 години після їди, періодичні нічні болі. За порадою колеги по роботі почав приймати алмагель – по одній ложці тричі на день протягом одного місяця, і болі припинилися, почувався після цього лікування добре. Один місяць тому був також у відрядженні, через тиждень після повернення знову з'явилися вищезазначені скарги. Після обстеження у сімейного лікаря пацієнта було направлено на стаціонарне лікування.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, вологі. Нормостенічної конституції. Зріст – 178 см, вага – 74 кг.

При **аускультатії** у легенях вислуховується везикулярне дихання. Частота дихання – 16 за хвилину. При **аускультатії серця** тони серця ритмічні, ясні. АТ – 115/70 мм рт. ст. на обох руках, пульс – 68 ударів за хвилину.

При **огляді ротової порожнини** язик чистий, вологий. Живіт **при пальпації** м'який, болючий при глибокій пальпації в епігастрії, при постукуванні середнім пальцем по епігастральній ділянці біль відчуває в точці-проекції цибулини 12-палої кишки (позитивний симптом Менделя). Край печінки по правому реберному краю, не болючий. Сечовиділення вільне, 4–5 разів на добу. Стілець регулярний, оформлений.

1. Про яке захворювання йдеться?

2. Про що свідчить позитивний симптом Менделя та як він перевіряється?

3. Які дві групи ускладнень можуть виникнути при цьому захворюванні, перерахуйте їх?

ЗАДАЧА № 7

Пацієнт Л., 59 років. Госпіталізований до клініки зі **скаргами** на постійні тупі болі невеликої інтенсивності (3 бали за ВАШ) в епігастральній ділянці, що посилюються після їди, особливо у великих об'ємах. Болі зменшуються після штучно викликаного блювання.

Також скаржитися на почуття швидкого насичення, відчуття тяжкості та переповнення в епігастрії; нудоту, відсутність апетиту, відразу до м'ясної їжі; загальну слабкість, зниження працездатності, втрату інтересу до довкілля.

З анамнезу захворювання: близько 20 років тому турбували болі в епігастральній ділянці, у зв'язку з чим обстежувався: виконувалася ЕФГДС з біопсією слизової оболонки шлунка. Діагностовано хронічний гастрит, асоційований з *H. pylori*. Проводилося лікування для ерадикації гелікобактеру (подробиці не пам'ятає) без контролю ефективності лікування. Надалі відчував себе добре, епізодично при погіршенні самопочуття приймав омепразол протягом 1–2 тижнів. Повторні ЕФГДС не проводились. Описані вище скарги з'явилися останні 4–5 місяців. Пацієнт схуд за цей час на 6 кг. Звернувся до сімейного лікаря, у загальному аналізі крові виявлено анемію легкого ступеня (гемоглобін – 104 г/л, ШОЕ – 45 мм/год.), для подальшого обстеження було направлено до терапевтичного відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Маса тіла – 62 кг, зріст – 176 см. Шкірні покриви бліді. Тургор шкіри знижений.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Частота дихання – 18 за хвилину. При **аускультатії серця** тони серця ритмічні, I тон ослаблений на верхівці. ЧСС – 92 удари за хвилину. АТ права рука – 115/76 мм рт. ст., АТ ліва рука – 105/72 мм рт. ст.

При **пальпації** живіт м'який, трохи болючий при глибокій пальпації в епігастрії. Печінка виступає з-під правого реберного краю на 2 см, щільна, не болюча. Селезінка не пальпується. Стілець регулярний, оформлений. Сечовиділення вільне, 3–4 рази на день.

ЗАК: гемоглобін – 105 г/л, ШОЕ – 45 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: АСТ – 45 Од/л, АЛТ – 65 Од/л, білірубін загальний – 18 мкмоль/л, амілаза – 50 Од/л, загальний холестерин – 5,8 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,9 ммоль/л, калій – 4,2 ммоль/л, креатинін – 89 мкмоль/л.

1. Які синдроми можна виділити у пацієнта?

2. Яке захворювання можна припустити з огляду на поєднання таких синдромів? Сформулюйте попередній діагноз.

3. Які додаткові дослідження потрібно провести для уточнення діагнозу?

ЗАДАЧА № 8

Пацієнтка Т., 58 років. Звернулася до клініки зі **скаргами** на інтенсивні (8 балів за ВАШ) постійні болі в ділянці правого підребер'я, що іррадіюють у праве плече, під праву лопатку, нудоту та повторне блювання жовцю, підвищення температури тіла до 38°C.

З анамнезу захворювання: два роки тому при УЗД печінки та жовчного міхура виявлено каміння в останньому, рекомендовано планове оперативне лікування. Зважаючи на гарне самопочуття, не погодилася на оперативне лікування. За день до шпиталізації була на ювілеї у колеги по роботі. Вживала помірну кількість алкоголю, їла смажену свинину. О четвертій годині ранку прокинулася через появу інтенсивного болю у правому підребер'ї. Було неодноразове блювання з'їденою їжею, потім – рідиною жовтого кольору. Після блювання стан не поліпшився, викликала бригаду швидкої медичної допомоги. Була доставлена до хірургічного відділення чергової лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Підвищеного харчування. Зріст – 164 см, вага – 85 кг. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає.

При **аускультції легень** вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Частота дихання – 26 за хвилину. При **аускультції серця:** тони серця ритмічні, тахікардія, I тон ослаблений на верхівці. АТ права рука – 112/80 мм рт. ст., АТ ліва рука – 110/76 мм рт. ст. Пульс – 124 удари за хвилину.

Язик сухий, обкладений брудно-білим нальотом. При **поверхневій пальпації** живіт напружений у правому підребер'ї та епігастрії. Спостерігається різка болючість у правому підребер'ї і особливо в ділянці проєкції жовчного міхура (точка Кера), позитивний

перитонеальний симптом Блюмберга. Крім того, визначаються позитивний симптом постукування по правій реберній дузі (Ортнера), френікус-симптом, різка болючість у точці жовчного міхура на вдиху (симптом Василенко). Стілець регулярний, оформлений, востаннє був учора. Сечовиділення вільне, не болюче, 4–5 разів на день.

Загальний аналіз крові: лейкоцити – $15,8 \times 10^9$ /л, паличкоядерні – 12 %, сегментоядерні – 68 %, лімфоцити – 10 %, моноцити – 8 %, еозинофіли – 2 %. ШОЕ – 35 мм/год

Біохімічний аналіз крові: АСТ – 55 Од/л, АЛТ – 85 Од/л, білірубін загальний – 29 мкмоль/л, прямий – 5 мкмоль/л, амілаза – 150 Од/л, загальний холестерин – 5,2 ммоль/л, ЛПНЩ – 3,9 ммоль/л, калій – 4,2 ммоль/л, креатинін – 105 мкмоль/л.

1. Які синдроми можна діагностувати, виходячи з отриманих даних?

2. Яке захворювання можна припустити? Сформулюйте діагноз.

3. Яке обстеження необхідно провести пацієнці?

ЗАДАЧА № 9

Чоловік І., 57 років,. Звернувся до приймального відділення чергової лікарні зі **скаргами** на різкий біль (6 балів за ВАШ) постійного характеру в епігастральній ділянці та лівому підребер'ї, що іррадіює в поперекову ділянку, нудоту, одноразове блювання з'їденою їжею, яке не приносить полегшення, загальну слабкість, відсутність апетиту.

З анамнезу захворювання: захворювання пов'язує з тим, що напередодні з друзями відзначав свято, був надмірний прийом алкоголю та жирної, смаженої їжі. Близько четвертої години ранку прокинувся через інтенсивний біль в епігастрії та лівому підребер'ї. Турбувала нудота, було неодноразове блювання з'їденою їжею. Через дві години дружина викликала бригаду швидкої медичної допомоги, був доставлений до хірургічного відділення лікарні. Подібні болі вже були близько року тому, також після вживання жирної, смаженої їжі й алкоголю. Купірувались прийомом двох таблеток дротаверину. Крім

того, хворий зазначає, що протягом останніх шести місяців турбував неінтенсивний біль у лівому підребер'ї та неоформлений мазеподібний з жирним блиском смердючий стілець двічі на добу. За словами дружини, пацієнт протягом останніх шести років зловживає алкоголем.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Зниженого харчування. При *аускультативній легені* вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Частота дихання – 24 за хвилину. При *аускультативній серці*: тони серця ритмічні, тахікардія, I тон ослаблений на верхівці. АТ права рука – 110/76 мм рт. ст., АТ ліва рука – 106/72 мм рт. ст. Пульс – 112 ударів за хвилину.

Язик сухий, весь обкладений білим нальотом. Живіт дещо здутий, помірно болючий при пальпації в епігастральній ділянці. Симптом подразнення очеревини негативний. Печінка пальпується на 2 см нижче за край реберної дуги, край щільний, не болючий. Селезінка не пальпується. Стілець регулярний, часто неоформлений, двічі на день. Сечовиділення вільне, не болюче 4–5 разів на день.

ЗАК: лейкоцити – $11,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 36 мм/год.

Копрограма: кал мазеподібний, визначається стеаторея +++, креаторея +++ та амілорея ++.

УЗД органів черевної порожнини: печінка збільшена з перипортальними ущільненнями, жовчний міхур 75x35 мм, у просвіті конкремент 8 мм у діаметрі. Підшлункова залоза неоднорідної структури за рахунок гіпо- та гіперехогенних вогнищ, численні кальцифікати. Нерівномірне розширення головної панкреатичної протоки, розміри головки збільшено до 5 см. Вільної рідини у черевній порожнині немає.

Від **ЕФГДС** пацієнт відмовився.

- 1. Які захворювання припускаєте у цього пацієнта? Обґрунтуйте.**
- 2. Які дослідження ще потрібно?**
- 3. Як можна пояснити дані копрограми?**

ЗАДАЧА № 10

Пацієнт М., 55 років. Потрапив до клініки зі *скаргами* на збільшення у розмірах живота, тупі неінтенсивні (3 бали за ВАШ) болі у правому підребер'ї, що посилюються після їди та фізичних навантажень; різку слабкість, зниження працездатності та апетиту; схуднення на три кілограми за останній місяць; нудоту, відчуття тяжкості в епігастрії, метеоризм, схильність до проносів, особливо після прийому жирної їжі; субфебрильну температуру; носові кровотечі.

З анамнезу захворювання: у 25-річному віці переніс гострий вірусний гепатит, з приводу чого перебував у інфекційній лікарні. Погіршення самопочуття відзначає протягом останнього місяця, коли з'явилися перераховані вище скарги.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви та видимі слизові субектеричні. На шкірі плечового пояса є «судинні зірочки», пальмарна еритема; на кінцівках численні підшкірні гематоми. Гінекомастія. Маса тіла знижена.

При *аускультції легень* вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Частота дихання – 22 за хвилину. При *аускультції серця:* тони серця ритмічні, тахікардія, I тон ослаблений на верхівці. АТ права рука – 105/76 мм рт. ст., АТ ліва рука – 102/72 мм рт. ст. Пульс – 104 удари за хвилину.

Губи яскраві, блискучі, язик малиновий з атрофією сосочків. Живіт збільшений в об'ємі за рахунок рідини. На шкірі живота є посилення венозного малюнка. При пальпації печінка виступає з-під реберної дуги на 5 см по правій середньоключичній лінії. Край її рівний, щільний, закруглений, чутливий під час пальпації. Селезінка збільшена, виступає на 3 см з-під реберного краю, щільна, не болюча. Стілець регулярний, часто неоформлений, двічі на день. Сечовиділення вільне, не болюче 4 – 5 разів на день.

ЗАК: еритроцити – $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 96 г/л, лейкоцити – $3,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити – $80 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 52 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: АЛТ – 85 Од/л, АСТ – 45 Од/л, ЛДГ – 550 Од/л, загальний білірубін – 45,7 мкмоль/л, прямий – 32,3 мкмоль/л,

протромбін – 0,7, загальний білок – 58 г/л, альбумін – 22 г/л, тимолова проба – 7 ум. од.

1. Перерахуйте основні клінічні та лабораторні синдроми у цього пацієнта.

2. Про яке захворювання можна думати?

3. Призначте обстеження пацієнта.

ЗАДАЧА № 11

Пацієнтка М., 26 років. **Скарги** на переймоподібні болі у лівій нижній половині живота середньої інтенсивності (6 балів за ВАШ), що зменшуються після спорожнення кишечника, тенезми. Стілець до 10 разів на добу з виділенням невеликої кількості калових мас рідкої або кашкоподібної консистенції з домішкою слизу та крові, підвищення температури до субфебрильних цифр.

З анамнезу захворювання: близько тижня тому виписана з пульмонологічного відділення, де тривалий час приймала комбіновану антибіотикотерапію з приводу затяжного перебігу пневмонії. Захворіла три дні тому, коли з'явилися вищезазначені скарги. Звернулась до сімейного лікаря, направлена до інфекційної лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви звичайного забарвлення, тургор шкіри знижений. Температура тіла 37,3 С.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Частота дихання – 20 за хвилину. При **аускультатії серця** тони серця ритмічні, ясні. Пульс – 98 ударів за хвилину. АТ – 100/60 мм рт ст.

Живіт помірно здутий, при **пальпації** м'який, відзначаються болючість і спастичні скорочення переважно лівих відділів товстого кишечника.

Копрологічне дослідження: калові маси неоформлені, рідкі, темно-коричневого кольору, велика кількість слизу, реакція на кров – позитивна, стеркобілін – позитивний, м'язові волокна, що зберегли

смугастість +, втратили смугастість +, сполучна тканина –, нейтральний жир , мила +, клітковина перетравлена +++, клітковина неперетравлена +, лейкоцити – 15–20 в полі зору, еритроцити – 10–15 в полі зору, кишковий епітелій – 15–20 в полі зору

1. Які синдроми можна виділити у пацієнтки?

2. Яке захворювання припускаєте? Вкажіть його можливу етіологію.

3. Які додаткові лабораторні та інструментальні дослідження треба провести для уточнення етіології захворювання?

ЗАДАЧА № 12

Пацієнт М., 45 років. Госпіталізований до гастроентерологічного відділення зі **скаргами** на частий рідкий стілець до 3–4 разів на добу, переважно смердючий, набряки нижніх кінцівок, апатію, швидку стомлюваність, м'язову слабкість, біль у кістках.

З анамнезу захворювання: близько двох років тому було проведено резекцію значної ділянки тонкого кишечника з приводу доброякісної пухлини великих розмірів. Після операції почалися часті рідкі випорожнення до 3–4 разів на добу із залишками неперетравленої їжі. Протягом року схуд на 6 кг. Останній рік зберігався частий рідкий стілець, наростала загальна та м'язова слабкість, зниження працездатності, схуд ще на 8 кг. Звернувся до гастроентеролога.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня тяжкості. Зниженого харчування. Зріст – 178 см, вага – 58 кг. Шкірні покриви та слизові бліді, сухі з лущенням. Тургор шкірних покривів різко знижений. М'які набряки гомілок та стоп.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. Частота дихання – 22 за хвилину. При **аускультатії серця:** аритмічні тони серця, помірна кількість екстрасистол, тони приглушені, I тон приглушений на верхівці, негрубий систолічний шум на верхівці серця. Пульс – 94 удари за хвилину. АТ – 94/60 мм рт. ст.

Язик з атрофією сосочків. Живіт помірно здутий, по серединній лінії живота післяопераційний рубець білого кольору, завдовжки близько 10 см. *Пальпація живота* не болюча, відзначається бурчання при пальпації товстого кишечника. Печінка пальпується на 1 см нижче за край реберної дуги, край нещільний, не болючий. Селезінка не пальпується. Стілець регулярний, до 3–4 разів на добу, неоформлений. Сечовиділення вільне, не болюче 4–5 разів на день.

ЗАК: еритроцити – $2,9 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 90 г/л, лейкоцити – $3,9 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцити – $180 \times 10^9/\text{л}$, ШОЕ – 25 мм/год.

Копрограма: у калі пухирці газу, пінисті маси, залишки неперетравленої їжі, креаторея ++, амілорея ++, стеаторея ++, кристали жирних кислот ++.

1. Про який синдром йдеться?

2. Які зміни очікуєте побачити у біохімічному аналізі крові та які методи обстеження треба виконати для підтвердження діагнозу?

3. Яким методом треба оцінити всмоктувальну функцію тонкої кишки?

ХВОРОБИ СЕЧОВИДІЛЬНОЇ СИСТЕМИ

ЗАДАЧА № 1

Пацієнт, 19 років. Звернувся зі *скаргами* на набряклість обличчя, гомілок і стоп, більше виражену вранці, частий головний біль у потиличній ділянці, підвищення температури тіла до 37,5°C, виділення каламутної сечі червоного кольору, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: часто хворіє на ангіни. Вважає себе хворим протягом п'яти днів, коли через два тижні після перенесеної ангіни зауважив появу набряклості обличчя вранці. Ще через два дні з'явилися усі вищезгадані скарги. Звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді. У легенях при *аускультатії* везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 20 за хвилину. **Перкуторно** границі серця: зміщення лівої границі відносної серцевої тупості в IV–V міжребер'ї назовні на 2 см. При *аускультатії серця* тони ритмічні, I тон помірно приглушений, акцент (посилення) II тону на аорті. Пульс – 84 удари за хвилину, АТ на обох руках – 166/104 мм рт. ст.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Симптом постукування у поперековій ділянці позитивний з обох сторін. Сечовипускання вільне, не болюче, сеча світло-червона, каламутна. Добовий діурез – 650 мл.

ЗАК: еритроцити – $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 106 г/л, ШОЕ – 44 мм/год.

БАК: СРБ – 24 мг/л, фібриноген – 6 г/л, сечовина – 10,2 ммоль/л, креатинін – 164 мкмоль/л.

ЗАС: колір світло-червона, каламутна, питома вага – 1028, білок – 1,8 г/л, цукор – відсутній, лейкоцити – 7–8 у полі зору, еритроцити тонким шаром покривають все поле зору, гіалінові циліндри – 3–4 в полі зору.

1. Які синдроми можна діагностувати у пацієнта?
2. Сформулюйте попередній діагноз та обґрунтуйте.
3. Які додаткові методи обстеження необхідно виконати?

ЗАДАЧА № 2

Чоловік, 26 років. Звернувся зі **скаргами** на задишку при швидшій ходьбі рівною місцевістю, підйманні на один поверх, частий головний біль у потиличній ділянці, набряклість обличчя, тупі ниючі болі в поперековій ділянці і виражену загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: два роки тому переніс гострий нефритичний синдром, лікувався у нефрологічному відділенні обласної лікарні, біопсія нирки не виконувалася. Перебував на диспансерному спостереженні у нефролога протягом одного року. Відзначалося періодичне підвищення артеріального тиску до 160/100 мм рт. ст., у зв'язку з тим нерегулярно приймав каптоприл по 25 мг двічі на день. Періодично в аналізі сечі спостерігалася невелика протеїнурія до 0,6 г/л, невелика гематурія та циліндрурія. Близько тижня тому з'явилися задишка під час швидкої ходьби, підймання на один поверх, болі у ділянці нирок і почастищення головного болю. Незважаючи на регулярний прийом рекомендованого каптоприлу, АТ був високий.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви бліді, шкіра суха. Набряклість на повіках, помірні м'які набряки на стопах і гомілках.

При **аускультациї** в легенях везикулярне дихання, ослаблене в нижніх відділах з обох боків, невелика кількість вологих хрипів у нижніх відділах з обох боків. ЧД – 22 за хвилину. При **огляді та пальпації ділянки серця** верхівковий поштовх помірно розширений, посилений, на 2 см назовні від лівої середньоключичної лінії. **Перкуторно** границі серця: ліва границя відносної серцевої тупості в V міжребер'ї на 2 см назовні від лівої середньоключичної лінії. При **аускультациї серця** тони серця ритмічні, I тон на верхівці приглушений, акцент (посилення) II тону на аорті. Пульс – 68 ударів за хвилину, АТ на обох руках – 180/110 мм рт. ст.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Симптом постукування у поперековій ділянці позитивний з обох сторін. Сечовиділення вільне, не болюче, добовий діурез 1850 мл.

ЗАК: еритроцити – $3,4 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобін – 116 г/л, ШОЕ – 34 мм/год.

ЗАС: колір світло-жовтий, прозора, питома вага – 1012, білок – 0,8 г/л, цукор – відсутній, лейкоцити – 3–4 у полі зору, еритроцити – 4–5 у полі зору, гіалінові циліндри – 2–3 у полі зору, нирковий епітелій – 2–3 у полі зору.

1. *Які синдроми можна діагностувати у пацієнта?*
2. *Сформулюйте попередній діагноз та обґрунтуйте.*
3. *Яке обстеження є обов'язковим для підтвердження діагнозу?*

ЗАДАЧА № 3

Пацієнтка, 35 років. При госпіталізації до лікарні висловлює *скарги* на постійні помірної інтенсивності болі (5 балів за ВАШ) у ділянці нирок справа, часте сечовипускання (до 12 разів на добу), підвищення температури до 39°C , що супроводжується ознобом, загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: близько двох років тому після переохолодження з'явилися болі внизу живота, часте болюче сечовипускання, болі в ділянці нирок справа, підвищення температури тіла до 38°C . Самостійно протягом п'яти днів приймала амоксицилін, сечогінну траву у вигляді відвару. Біль зменшився, температура нормалізувалася. За медичною допомогою не зверталася. Близько тижня тому перенесла респіраторну інфекцію: турбували біль у горлі, нежить, неінтенсивний сухий кашель та підвищення температури до субфебрильних цифр. Через сім днів з'явилися болі в ділянці нирок справа, підвищилася температура тіла до вищих цифр (39°C), спостерігалось часте сечовипускання. Звернулася до сімейного лікаря у поліклініку і була скерована до урологічного відділення.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає. Температура тіла – $37,6^{\circ}\text{C}$.

У легенях при *аускультції* везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 22 за хвилину. *Перкуторно* границі серця у межах норми. При

аускультції серця тони серця ритмічні, ясні. ЧСС – 102 удари за хвилину. АТ на обох руках – 130/80 мм рт. ст.

Живіт при *пальпації* м'який, не болючий. Симптом постукування у поперековій ділянці різко позитивний справа.

ЗАК: гемоглобін – 118 г/л, еритроцити – $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $14,6 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 42 мм/год.

ЗАС: питома вага – 1016, білок – 0,6 г/л, лейкоцити густо покривають все поле зору, еритроцити – 1–2 у полі зору, перехідний епітелій – 3–4 у полі зору.

БАК: СРБ – 28 мг/л, фібриноген – 4,8 г/л, сечовина – 7,2 ммоль/л, креатинін – 84 мкмоль/л.

1. Який ймовірний діагноз? Обтрунтуйте його.

2. Які обстеження необхідні для уточнення діагнозу та лікування?

3. Розрахуйте швидкість клубочкової фільтрації та вкажіть у своїй відповіді, чи є порушення азотовидільної функції нирок?

ЗАДАЧА № 4

Пацієнтка, 24 роки. Звернулася до сімейного лікаря зі *скаргами* на підвищення температури тіла до $38,8^{\circ}\text{C}$ з ознобами, помірними болями (4 бали за ВАШ) в поперековій ділянці справа, часте (до 12 разів) та болюче сечовипускання.

З анамнезу захворювання: вважає себе хворою з 14-річного віку, коли після купання в холодній воді на другу добу підвищилася температура тіла, почали турбувати болі в ділянці сечового міхура, а потім і в ділянці нирок справа, з'явилися різі при сечовипусканні і часте сечовипускання. Було діагностовано гострий цистит та пієлонефрит, госпіталізовано до дитячої лікарні, проведено лікування. У наступні чотири роки двічі захворювання загострювалося, у зв'язку з чим була госпіталізована. Було виставлено діагноз хронічного пієлонефриту. У 18-річному віці проходила санаторно-курортне лікування на курорті Трускавець. Надалі протягом трьох років загострень не було. У віці 21

року знову проходила санаторне лікування на курорті Трускавець, після чого самопочуття поліпшилося, аналізи сечі були нормальними.

Погіршення самопочуття відмічає близько двох тижнів тому, коли після переохолодження підвищилася температура тіла до 38,0°C, з'явилися прискорене сечовипускання та різі при сечовипусканні. Самостійно почала приймати амоксицилін, проте самопочуття не поліпшувалося, і через 10 днів температура стала ще вищою, з'явилися озноби, сильні болі в ділянці нирок справа, які іррадіювали вниз живота, і супроводжувалися частим сечовипусканням. Звернулася до сімейного лікаря.

Об'єктивно: стан середньої тяжкості, зріст – 175 см, вага – 66 кг, шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає. При **аускультатії легень** дихання везикулярне, хрипів немає. ЧД – 22 за хвилину. При **аускультатії серця** тони серця ритмічні, ясні. ЧСС – 96 ударів за хвилину. АТ на обох руках – 120/80 мм рт. ст.

Живіт **при пальпації** м'який, трохи болючий при глибокій пальпації в правому підребер'ї. Печінка та селезінка не пальпуються. Симптом постукування у поперековій ділянці позитивний справа. Сечовипускання часте, болюче, до 12 разів на добу.

ЗАК: еритроцити – $4,1 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоцити – $13,2 \times 10^9/\text{л}$, гемоглобін – 120 г/л, ШОЕ – 36 мм/год.

БАК: сечовина – 6,3 ммоль/л, креатинін – 92 мкмоль/л, загальний білок – 68 г/л.

ЗАС: питома вага – 1009, білок – 0,5 г/л, цукор – відсутній, лейкоцити покривають все поле зору, слиз ++, грамнегативні бактерії ++.

1. Який ймовірний діагноз? Обґрунтуйте його.

2. Які обстеження необхідні для уточнення діагнозу та призначення лікування?

3. Розрахуйте швидкість клубочкової фільтрації.

ЗАДАЧА № 5

Пацієнт Г., 25 років. Звернувся до сімейного лікаря зі *скаргами* на часті головні болі в потиличній ділянці, підвищення артеріального тиску, набряклість обличчя вранці.

З анамнезу захворювання: близько одного місяця тому переніс ангіну. Через два тижні почалися часті головні болі. При вимірюванні АТ у медпункті на роботі вперше відзначено його підвищення до 160/104 мм рт. ст., що пов'язував із великими психічними навантаженнями на роботі. Згодом появилася невелика набряклість обличчя вранці. У зв'язку з цим звернувся до сімейного лікаря і було йому рекомендовано обстеження.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного кольору, набряків немає.

При *аускультції легень* вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 18 за хвилину. При *огляді і пальпації ділянки серця* визначається помірної величини верхівковий поштовх зліва в V міжребер'ї по середньоключичній лінії. *Перкуторно* ліва межа відносної серцевої тупості в V міжребер'ї зліва по середньоключичній лінії. При *аускультції серця* тони серця ритмічні, I тон на верхівці трохи ослаблений, помірний акцент (посилення) II тону на аорті. АТ – 164/110 мм рт. ст. на обох руках. ЧСС – 68 ударів за хвилину.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Симптом постукування у поперековій ділянці негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, не болюче.

ЗАК: еритроцити – $4,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $8,2 \times 10^9$ /л, гемоглобін – 138 г/л, ШОЕ – 22 мм/год.

БАК: сечовина – 7,9 ммоль/л, креатинін – 98 мкмоль/л, загальний білок – 76 г/л.

ЗАС: питома вага – 1026, білок – 0,8 г/л, цукор – відсутній, лейкоцити – 3–4 у полі зору, еритроцити – 5–8 у полі зору, гіалінові циліндри – 2–3 у полі зору, клітини ниркового епітелію – 2–3 у полі зору.

1. Про яке захворювання (синдром) йдеться і який клінічний варіант цього захворювання має місце?

2. Які обстеження необхідні для уточнення діагнозу та лікування?

3. Чим можна пояснити мінімальні зміни із боку серця?

ЗАДАЧА № 6

Пацієнт перебуває на лікуванні у неврологічному відділенні із явищами правосторонньої радикулопатії.

З анамнезу захворювання: близько трьох тижнів тому після перенесення тяжкості на дачі з'явилися інтенсивні болі в ділянці нирок справа. Звернувся до невролога, призначено лікування нестероїдними протизапальними препаратами. Через тиждень у зв'язку з відсутністю поліпшення був направлений у неврологічне відділення міської лікарні. На тлі активного лікування, що проводиться, через тиждень побачив набряклість обличчя, появу загальної слабкості, зниження апетиту. Звернув увагу на зменшення кількості сечі, що виділяється на добу (до 400 мл). Не надав цьому великого значення. Однак ще через кілька днів з'явилися набряки ніг і рук, почали турбувати постійні головні болі, порушився сон: вдень була сонливість, а вночі навпаки – безсоння.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді, набряки нижніх кінцівок, кистей рук, набряклість обличчя.

При **аускультатії легень** – везикулярне дихання, у нижніх відділах ослаблене, тут же помірна кількість вологих хрипів. ЧД – 26 за хвилину. При **аускультатії серця** тони серця ритмічні, глухі. АТ – 170/114 мм рт. ст. ЧСС – 98 ударів за хвилину.

Живіт **при пальпації** м'який, трохи болючий в епігастрії. Симптом постукування у поперековій ділянці негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, не болюче. Добовий діурез – 420 мл.

ЗАК: еритроцити – $3,3 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $7,3 \times 10^9$ /л, гемоглобін – 100 г/л, ШОЕ – 36 мм/год.

БАК: сечовина 28,3 ммоль/л, креатинін – 426 мкмоль/л, калій – 6,0 ммоль/л.

ЗАС: питома вага – 1028, білок – 1,5 г/л, еритроцити – 10–15 у полі зору, гіалінові циліндри – 3–4 у полі зору, клітини ниркового епітелію – 1–2 у полі зору.

1. *Яке ускладнення виникло у пацієнта з боку нирок і що, найімовірніше, стало його причиною?*
2. *Розрахуйте швидкість клубочкової фільтрації.*
3. *Сформулюйте діагноз і обґрунтуйте його.*

ЗАДАЧА № 7

Пацієнт О., 24 роки. Звернувся до сімейного лікаря зі **скаргами** на частий помірний головний біль у потиличній ділянці, неінтенсивні двосторонні болі в попереку, набряклість обличчя.

З анамнезу захворювання: два тижні тому почалися інтенсивні болі в горлі, що посилюються при ковтанні, підвищилася температура тіла до 38,0°C. Самостійно приймав жарознижувальні препарати (парацетамол і аспірин), полоскав горло. За медичною допомогою не звертався. Через сім днів самопочуття поліпшилося, температура нормалізувалася. Однак через 10 днів (в останні три дні) з'явилися вищезазначені скарги. Тому й звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкірні покриви бліді, помірні м'які набряки стоп і гомілок, набряклість обличчя.

При **аускультції легень** – везикулярне дихання. ЧД – 18 за хвилину. При **аускультції серця** тони серця ритмічні, I тон збережений, акцент II тону на аорті. ЧСС – 78 ударів за хвилину. АТ – 168/112 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Симптом постукування у поперековій ділянці позитивний з обох сторін. При **пальпації** сечовідних точок болючість не виявляється. Сечовиділення вільне, не болюче. Добовий діурез – 620 мл.

ЗАК: еритроцити – $3,9 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $8,4 \times 10^9$ /л, гемоглобін – 124 г/л, ШОЕ – 28 мм/год.

ЗАС: колір насичено жовтий з червоним відтінком, каламутна, питома вага – 1028, глюкоза – відсутня, білок – 0,9 г/л, нирковий епітелій – 2–3 у полі зору, лейкоцити – 4–6 у полі зору, еритроцити незмінені – 9–11 у полі зору, еритроцити змінені – 8–9 у полі зору, гіалінові циліндри – 3–5 у полі зору, поодинокі еритроцитарні циліндри.

1. Які синдроми можна виявити у пацієнта? Сформулюйте робочий діагноз.

2. Чи можна пов'язати перенесену ангіну з патологією, що виникла?

3. Яке обстеження ще необхідно провести?

ЗАДАЧА № 8

Пацієнтка А., 39 років. При проходженні медичного огляду для влаштування на роботу висловила **скарги** на періодичні (1–2 рази на тиждень) головні болі помірної інтенсивності у потиличній ділянці, пов'язані з підвищенням артеріального тиску до 170/110 мм рт. ст., невелику набряклість повік вранці.

З анамнезу захворювання: підвищення артеріального тиску триває майже два роки. Виявлено це було при випадковому вимірі артеріального тиску. При хорошому самопочутті артеріальний тиск неодноразово досягав цифр 145–150/96–100 мм рт. ст. За медичною допомогою не зверталася та не обстежувалася. За порадою знайомої при головних болях приймала лише каптоприл. Артеріальний тиск регулярно не контролює. Головний біль триває пів року, коли АТ неодноразово досягав цифр 170/110 мм рт. ст.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 16 за хвилину. При **огляді і пальпації ділянки серця** визначається помірної величини верхівковий поштовх зліва в V міжребер'ї на 1 см назовні від лівої середньоключичної лінії. **Перкуторно** ліва границя відносної серцевої тупості в V міжребер'ї

зліва на 1 см назовні від лівої середньоключичної лінії. При *аускультатії серця* тони серця ритмічні, I тон на верхівці трохи ослаблений, помірний акцент (посилення) II тону на аорті. АТ – 164/110 мм рт. ст. на обох руках. ЧСС – 68 ударів за хвилину.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Симптом постукування у поперековій ділянці негативний з обох сторін. Сечовипускання вільне, не болюче.

ЗАК: еритроцити – $3,9 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 124 г/л, лейкоцити – $6,3 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 20 мм/год.

ЗАС: колір солом'яно-жовтий, питома вага – 1012, глюкоза – відсутня, білок – 0,4 г/л, лейкоцити – 4–5 в полі зору, еритроцити – змінені – 4–5 у полі зору, нирковий епітелій – 1–2 у полі зору, гіалінові циліндри – 1–3 у полі зору, зернисті циліндри – 1–2 у полі зору.

УЗД нирок: нирки рівновеликі, рухливі, контур хвилястий, 110×46 мм, паренхіма 11 мм, чашково-лоханкова система не розширена, конкременти не виявлені.

1. Які синдроми можна діагностувати у пацієнтки? Сформулюйте попередній діагноз.

2. Яка причина артеріальної гіпертензії у пацієнтки?

3. Які обстеження необхідно провести?

ЗАДАЧА № 9

Висловлює *скарги* на дуже сильні колючі болі (8–9 балів за ВАШ) у поперековій ділянці зліва, що іррадіюють у ліву пахвинну ділянку, виділення сечі, забарвленої кров'ю.

З анамнезу захворювання: болі з'явилися вперше раптово протягом останніх 1,5 годин після їзди на велосипеді. Раніше не помічав жодних захворювань. При проходженні профілактичних медоглядів періодично у загальному аналізі сечі було багато кристалів сечової кислоти.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Пацієнт неспокійний, постійно змінює положення у ліжку, стогне. Шкірні покриви бліді, набряків немає.

При *аускультції легень* вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 26 за хвилину. При *аускультції серця* тони серця ритмічні, тахікардія. ЧСС – 112 ударів за хвилину. АТ – 140/94 мм рт. ст. на обох руках. Живіт *при пальпації* м'який, болючий по ходу лівого сечоводу та у лівому підребер'ї. Симптом постукування у поперековій ділянці різко позитивний зліва. При пальпації сечовідних точок визначається різка болючість зліва. Сечовипускання часте, невеликими порціями.

1. Яке захворювання можна припустити у пацієнта? Сформулюйте попередній діагноз.

2. Які обстеження необхідно виконати для уточнення діагнозу?

3. Які зміни очікуєте побачити під час проведення лабораторних та інструментальних обстежень?

ЗАДАЧА № 10

Пацієнтка А., 56 років. Скаржиться на часті періодичні головні болі в потиличній та тім'яній ділянках.

З анамнезу захворювання: підвищення артеріального тиску спостерігається близько 10 років. Було виставлено діагноз артеріальної гіпертензії II ступеня, призначено гіпотензивне лікування. Регулярно приймає призначені препарати, проте в останні пів року зауважила зниження ефективності лікування. На фоні антигіпертензивної терапії відзначається підвищення артеріального тиску до 150/90 мм рт. ст., у зв'язку з чим звернулася до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан задовільний. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При *аускультції легень* вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 16 за хвилину. При *огляді і пальпації ділянки серця* визначається помірної величини верхівковий поштовх зліва в V міжребер'ї на 1 см назовні від лівої середньоключичної лінії. **Перкуторно** ліва границя відносної серцевої тупості в V міжребер'ї зліва на 1 см назовні від лівої середньоключичної лінії. При

аускультативі серця тони серця ритмічні, I тон на верхівці трохи ослаблений, помірний акцент (посилення) II тону на аорті. АТ – 164/110 мм рт. ст. на обох руках. ЧСС – 68 ударів за хвилину.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Симптом постукування у поперековій ділянці негативний з обох сторін. Сечовиділення вільне, не болюче, п'ять разів на день.

ЗАК: норма.

ЗАС: колір солом'яно-жовтий, питома вага – 1012, глюкоза – відсутня, білок – 0,66 г/л, плоский епітелій – 2–3 у полі зору, лейкоцити – 3–4 у полі зору, еритроцити змінені – 2–3 у полі зору, гіалінові циліндри – 1–2 у полі зору.

БАК: сечовина – 8,4 ммоль/л, креатинін – 142 мкмоль/л, K^+ – 4,68 ммоль/л, Na^+ – 140 ммоль/л, альбумін – 44 г/л, загальний білок – 66 г/л.

УЗД нирок і сечового міхура: нирки рівновеликі, 98×46 мм, контур хвилястий, паренхіма – 11 мм, ехогенність однорідна, чашково-лоханкова система не розширена.

1. Розрахуйте ШКФ.

2. Яке ускладнення розвинулося у пацієнтки з артеріальною гіпертензією за даними лабораторно-інструментального обстеження?

3. Які обстеження допоможуть унеможливити первинне захворювання нирок у пацієнтки?

ЗАДАЧА № 11

Пацієнт М., 65 років. Госпіталізований у відділення реанімації зі **скаргами** на виражену загальну слабкість, набряки всього тіла, високий АТ (188/112 мм рт. ст.), задишку при ходьбі до 50 метрів, періодичну нудоту і блювоту з'їденою їжею.

З анамнезу захворювання: понад 40 років хворіє на ЦД 1 типу, регулярно робить ін'єкції інсуліну, проте рекомендованої дієти дотримується не завжди. Підвищення артеріального тиску

спостерігається близько 10 років, приймає гіпотензивні препарати регулярно. В останні пів року з'явилися набряки обличчя вранці, зниження апетиту, часте сечовипускання в нічний час (до 3 разів за ніч). Близько трьох місяців тому ефективність гіпотензивних препаратів знизилася. Проте по медичну допомогу не звертався. Аналізи крові та сечі не проводилися понад рік. Останні два тижні стан суттєво погіршився: почала наростати загальна слабкість, задишка при невеликих фізичних навантаженнях, з'явилися набряки по всьому тілу, різко знизився апетит. Ще через тиждень з'явилися нудота та періодичне блювання, у зв'язку з чим викликав бригаду швидкої медичної допомоги та був доставлений до міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан важкий, шкірні покриви сухі, бліді, сліди розчухів, запах аміаку з рота, анасарка.

При **аускультії легень** у нижніх відділах вислуховується ослаблене везикулярне дихання, праворуч нижче кута лопатки дихання не вислуховується. У нижніх відділах зліва вислуховуються велика кількість вологих хрипів, ЧД – 24 за хвилину. При **аускультії серця** тони ритмічні, глухі, тахікардія, пульс – 112 ударів за хвилину, АТ обох руках – 192/114 мм рт. ст.

Живіт **при пальпації** м'який, болючий в епігастральній ділянці. Симптом постукування у поперековій ділянці негативний. Сечовипускання вільне, не болюче, двічі на добу, добовий діурез до 300 мл.

ЗАК: гемоглобін – 86 г/л, еритроцити – $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоцити – $7,2 \times 10^9$ /л, ШОЕ – 56 мм/год.

ЗАС: питома вага – 1008, білок – 1,4 г/л, лейкоцити – 4–6 у полі зору, еритроцити змінені – 2–3 у полі зору, нирковий епітелій – 1–3 у полі зору, гіалінові циліндри – 3–4 в полі зору, воскоподібні – 1–2 у полі зору.

БАК: сечовина – 26,6 ммоль/л, креатинін – 880 мкмоль/л, калій – 6,2 ммоль/л.

1. **Яке ускладнення розвинулося у пацієнта із цукровим діабетом?**
2. **Розрахуйте ШКФ і визначте стадію порушення функції нирок.**

3. Чим можна пояснити скарги, що з'явилися, і дані огляду пацієнта? Сформулюйте, які синдроми можна діагностувати.

ЗАДАЧА № 12

Пацієнтка С., 58 років. Скаржиться на інтенсивні болі в поперековій ділянці справа, часте болюче сечовипускання (до 12 разів на добу), підвищення температури тіла до 38,6°C.

З анамнезу захворювання: близько 10 років хворіє на хронічний пієлонефрит. Спостерігається у сімейного лікаря, періодично приймає антибактеріальні препарати. Приблизно вісім місяців тому помітила зміни у сечі (які вказати не може), було рекомендовано 10-денний курс левофлоксацину і потім – тритижневий курс сечогінних зборів. Після цього аналізу сечі унормувалися. Останнє загострення пов'язує із переохолодженням: купалася у річці. Коли через день з'явилися вищезгадані скарги, звернулася до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає.

При **аускультатії легень** вислуховується везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 20 за хвилину. При **аускультатії серця** тони серця ритмічні, помірна тахікардія. ЧСС – 102 удари за хвилину. АТ – 130/84 мм рт. ст. на обох руках.

Живіт **при пальпації** м'який, болючий у правому підребер'ї. Симптом постукування у поперековій ділянці різко позитивний справа. Сечовипускання часте, невеликими порціями.

ЗАК: еритроцити – $4,2 \times 10^{12}/л$, лейкоцити – $11,4 \times 10^9/л$, гемоглобін – 138 г/л, ШОЕ – 32 мм/год.

ЗАС: питома вага – 1012, білок – 0,099 г/л, цукор – відсутній, лейкоцити тонким шаром покривають все поле зору, перехідний епітелій – 10–16 в полі зору, бактерії +++.

- 1. Сформулюйте попередній діагноз та обґрунтуйте його.**
- 2. Дайте інтерпретацію лабораторного дослідження сечі.**
- 3. Які лабораторні та інструментальні дослідження необхідно провести?**

ХВОРОБИ СИСТЕМИ КРОВІ

ЗАДАЧА № 1

Пацієнтка 48 років, касирка. Потрапила до клініки зі *скаргами* на задишку під час ходьби під гору, періодичні запаморочення, шум у вухах, миготіння мушок перед очима, виражену загальну слабкість.

З анамнезу захворювання: понад 15 років хворіє на геморої із періодичними частими кровотечами, за останній рік двічі була оперована з цього приводу. Самопочуття погіршилося в останній місяць, коли почала наростати слабкість, з'явилася задишка при ходьбі, а тиждень тому почалися запаморочення та шум у вухах. Звернулася до сімейного лікаря, була направлена для обстеження та лікування до терапевтичного відділення міської лікарні.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви і видимі слизові оболонки бліді, набряків немає. Пальпуються поодинокі підщелепні лімфатичні вузли, близько 0,5–1,0 см.

У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 22 за хвилину. **Аускультация серця:** тони ритмічні, помірна тахікардія, I тон приглушений на верхівці серця, вислуховується помірної інтенсивності систолічний шум на верхівці серця. Пульс – 106 ударів за хвилину, АТ – 110/74 мм рт. ст.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий. Печінка та селезінка не пальпуються. Стілець регулярний, оформлений, періодично з домішками червоної крові.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 65 г/л, еритроцити – $3,1 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,24, MCV – 65 фл, MCH – 21 пг, MCHC – 290 г/л, RDW – 15,5 %, лейкоцити – $4,2 \times 10^9$ /л, паличкоядерні – 3 %, сегментоядерні – 54 %, лімфоцити – 40 %, моноцити – 3 %. Ретикулоцити – 1 %, тромбоцити – 180×10^9 /л, ШОЕ – 30 мм/год. У мазку анізоцитоз, пойкилоцитоз, гіпохромія еритроцитів.

Біохімічний аналіз крові: вміст заліза у сироватці крові – 3,5 мкмоль/л, феритин – 5 мкг/л.

1. *Сформулюйте та назвіть діагноз захворювання.*
2. *Охарактеризуйте анемію, посилаючись на результати ЗАК.*
3. *Який стан регенераторної функції кісткового мозку?*

ЗАДАЧА № 2

Пацієнтка, 43 роки, маляр. Була госпіталізована до клініки зі *скаргами* на виражену загальну слабкість, зниження працездатності, запаморочення, часті головні болі, шум у вухах, миготіння мушок перед очима, задишку при невеликому фізичному навантаженні (підіймання на перший поверх), зниження апетиту, спотворення смаку (бажання їсти крейду) і нюху (приємний запах вологості), печіння язика, утруднення ковтання сухої і твердої їжі, відчуття важкості в епігастральній ділянці відразу після їди, часті здуття живота, періодично одноразовий рідкий стілець.

В анамнезі захворювання: понад 20 років було виставлено діагноз хронічного гастриту, не лікувалася. Стан погіршився близько 1,5 року тому, захворювання прогресувало поступово, за медичною допомогою раніше не зверталася. Близько місяця тому стан дуже погіршився, звернулася до сімейного лікаря, скерована на госпіталізацію.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Виражена блідість шкірних покривів, шкіра суха, злегка лущиться. Нігті сплюснені, поцятковані поперечними складками, тьмяні, кришаться. У кутах рота тріщини. Язик сухий зі згладженими сосочками. Лімфатичні вузли не пальпуються. Набряків немає.

У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 22 за хвилину. **Аускультация серця:** тони ритмічні, помірна тахікардія, І тон на верхівці приглушений, помірний систолічний шум на верхівці. ЧСС – 114 ударів за хвилину, АТ – 110/70 мм рт. ст.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Печінка та селезінка не пальпуються. Стілець регулярний, неоформлений, кашкоподібний.

ЕГДФС: картина атрофічного гастриту, підтверджена біопсією слизової шлунка.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 68 г/л, еритроцити – $3,8 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,27, MCV – 64 фл, MCH – 21 пг, MCHC – 240 г/л, RDW – 16 %, лейкоцити – $4,1 \times 10^9$ /л, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 1 %, сегментоядерні – 50 %, моноцити – 6 %, лімфоцити – 42 %, ретикулоцити – 0,8 ‰, тромбоцити – 180×10^9 /л, ШОЕ – 28 мм/год. У мазку мікроанізоцитоз, пойкилоцитоз, гіпохромія еритроцитів.

Біохімічний аналіз крові: вміст заліза у сироватці крові – 4,26 мкмоль/л, феритин – 8 мкг/л.

1. Охарактеризуйте анемію за результатами ЗАК.

2. Як можна пояснити зміни з боку шкіри, нігтів і утруднене ковтання твердої їжі?

3. Сформулюйте діагноз захворювання.

ЗАДАЧА № 3

Пацієнтка, 45 років, штуркатур. Госпіталізована до клініки зі **скаргами** на виражену загальну слабкість, запаморочення, шум у вухах, головний біль, задишку при невеликому фізичному навантаженні, відсутність апетиту, печіння язика, рідкий стілець до 3–4 разів на день, оніміння великих пальців на ногах, відчуття «повзання мурашок» у ділянці гомілок.

З анамнезу захворювання: хворою вважає себе близько трьох років, коли з'явилися загальна слабкість, підвищена стомлюваність. Тоді до лікарів не зверталася. Останні два місяці до перерахованих симптомів приєдналися частий неінтенсивний головний біль, шум у вухах, задишка при невеликому фізичному навантаженні, зник апетит, з'явилося печіння язика, почуття тяжкості в надчеревній ділянці, рідкий стілець, оніміння великих пальців на ногах, похолодання кінцівок, відчуття «повзання мурашок» в ділянці гомілок та стоп. Звернулась до сімейного лікаря, була скерована на госпіталізацію.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, підвищеного харчування. Шкірні покриви бліді з жовтуватим відтінком, склери очей

субектеричні. Язик яскраво-червоний, блискучий, сосочки згладжені. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Набряків немає.

У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 22 за хвилину. **Аускультация серця:** тони ритмічні, приглушені, помірна тахікардія, ЧСС – 112 ударів за хвилину, систолічний шум на верхівці та легеневій артерії, шум «дзиги» на яремних венах. АТ – 100/60 мм рт. ст.

При **пальпації живіт** м'який, не болючий, нижній край печінки виступає з підребер'я на 3 см, м'який, не болючий. Селезінка не пальпується. Стілець регулярний, двічі на добу, неоформлений, кашкоподібний та періодично рідкий.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 56 г/л, еритроцити – $1,2 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,29, MCV – 110 фл, MCH – 36 пг, MCHC – 370 г/л, лейкоцити – $2,5 \times 10^9$ /л, еозинофіли – 0 %, паличкоядерні – 5 %, сегментоядерні – 50 %, лімфоцити – 41 %, моноцити – 4 %, ретикулоцити – 0,5 %, тромбоцити – 100×10^9 /л, ШОЕ – 30 мм/год.

У мазку крові: мегалоцити, нормоцити – 2:100, мегалобласти – 3:100.

Мієлограма: кістковомозковий пунктат рясний, яскраво-червоний, клітини еритроїдного паростка становлять 66 % (лейкоеритробластичне співвідношення – 1:2) мегалобластоїдні елементи становлять 55 % загального числа клітин червоного ряду.

- 1. Охарактеризуйте анемію, виходячи із ЗАК.**
- 2. Сформулюйте діагноз захворювання.**
- 3. Які морфологічні зміни еритроцитів та лейкоцитів у мазку периферичної крові характерні для цього захворювання?**

ЗАДАЧА № 4

Пацієнт, 14 років, учень 8-го класу. Госпіталізований зі **скаргами** на біль у горлі при ковтанні, підвищення температури тіла до 39°C з періодичними ознобами, головний біль, загальну слабкість, неодноразові нерясні носові кровотечі.

З анамнезу захворювання: роздумання триває протягом місяця і характеризується загальною слабкістю, близько одного тижня тому

з'явилися інтенсивні болі в горлі при ковтанні, періодичним підвищенням температури до 38–39°C з ознобами, а в останні два дні тричі були нерясні носові кровотечі. При дослідженні крові в поліклініці виявлено виражений лейкоцитоз з лімфоцитозом і анемію.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. На шкірі тулуба, слизовій оболонці носа та рота геморагічні висипання крапково-плямистого характеру, на піднебінних мигдаликах некротичні нальоти, виражені явища гінгівіту. Лімфатичні вузли: пальпуються підщелепні, передньошийні і задньошийні, підключичні, невеликих розмірів до 1,0–1,5 см, безболісні, щільні, рухливі.

У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 24 за хвилину. **Аускультация серця:** тони ритмічні, приглушені, помірна тахікардія, ЧСС 112 ударів за хвилину, м'який систолічний шум на верхівці. АТ – 105/70 мм рт. ст.

При **пальпації живіт** м'який, не болючий, нижній край печінки виступає з підребер'я на 3 см, край щільний, не болючий, селезінка не пальпується. Стілець регулярний, один раз на добу, оформлений.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 78 г/л, еритроцити – $2,53 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,31, MCV – 84 фл, MCH – 29 пг, MCHC – 340 г/л, RDW – 13 %, лейкоцити – 68×10^9 /л паличкоядерні – 1 %, сегментоядерні – 5 %, лімфоцити – 3 %, мієлобласти – 91 %, нормоцити оксифільні 2:100, ретикулоцити – 0,2 %, тромбоцити – 20×10^9 /л, ШОЕ – 60 мм/год.

Мієлограма: кістковий мозок багатий на клітинні елементи; мієлобласти 92 %, мієлоцити – 1 %, метамієлоцити – 1 %, клітини червоного ряду – 4,0 %, плазматичні клітини – 2 %, мегакаріоцити – поодинокі.

1. Як можна пояснити високу лихоманку і некротичну ангіну, анемію та геморагічний синдром?

2. Охарактеризуйте анемію, виходячи із ЗАК.

3. Сформулюйте діагноз захворювання.

ЗАДАЧА № 5

Пацієнт 26 років, механік. Потрапив до клініки зі *скаргами* на швидку втомлюваність, нездужання, важкість у лівому підребер'ї.

З анамнезу захворювання: майже рік тому при випадковому дослідженні крові було виявлено виражений лейкоцитоз – $25,6 \times 10^9/\text{л}$ з нейтрофільним зсувом вліво за відсутності будь-яких клінічних проявів, більше не обстежувався у зв'язку з хорошим самопочуттям. Протягом останнього місяця почали турбувати загальна слабкість, підвищена втомлюваність, важкість у лівому підребер'ї, звернувся до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан ближче до задовільного, шкірні покриви звичайного забарвлення. Пальпуються підщелепні та шийні лімфатичні вузли, розмір до 1 см, не болючі, щільнуваті. Набряків немає. Температура тіла $36,6^\circ\text{C}$.

У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 18 за хвилину. **Аускультация серця:** тони ритмічні, ясні. Пульс – 92 удари за хвилину, АТ – 115/70 мм рт. ст.

При **пальпації живіт** м'який, не болючий, нижній край печінки виступає на 4 см нижче краю реберної дуги, щільний, не болючий. Селезінка виступає з підребер'я на 5 см, щільна, не болюча. Стілець регулярний, один раз на добу, оформлений.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 116 г/л, еритроцити – $3,85 \times 10^{12}/\text{л}$, НСТ – 0,34, MCV – 84 фл, MCH – 29 пг, MCHC – 325 г/л, RDW – 14 %, лейкоцити – $125 \times 10^9/\text{л}$ базофіли – 6 %, еозинофіли – 10 %, промієлоцити – 25 %, мієлоцити – 23 %, метамієлоцити – 21 %, паличкоядерні – 16 %, сегментоядерні – 14 %, лімфоцити – 8 %, тромбоцити – $125 \times 10^9/\text{л}$, ретикулоцити – 0,5 ‰, ШОЕ – 50 мм/год.

Мієлограма: кістковий мозок багатий на клітинні елементи. Недиференційованих бластних клітин – 2 %, мієлобласти – 10 %, промієлоцити – 14 %, мієлоцити – 14 %, метамієлоцити – 11 %, паличкоядерні – 10 %, сегментоядерні – 12 %, еозинофіли – 6 %, базофіли – 4 %, клітини еритроцитарного паростка – 12 %, лімфоцити –

2 %, моноцити – 3 %, ретикулярні – 1 %, лейкоеритробластичне співвідношення – 7,3:1.

1. Назвіть діагноз захворювання.

2. Яка стадія захворювання (рання, клінічно розгорнута чи пізня термінальна)?

3. Охарактеризуйте анемію, виходячи з ЗАК.

ЗАДАЧА № 6

Пацієнт, 56 років, інженер. Госпіталізований до клініки зі *скаргами* на збільшення лімфатичних вузлів шиї.

Анамнез захворювання: останній місяць випадково виявив збільшення лімфатичних вузлів шиї, звернувся до сімейного лікаря та направлений до стаціонару для обстеження.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкірні покриви звичайного забарвлення, набряків немає. Пальпуються збільшені шийні, підщелепні, пахвові та пахвинні лімфатичні вузли величиною з 2–2,5 см, тістувато-еластичної консистенції, рухливі, не спаяні між собою та з навколишніми тканинами, не болючі.

У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 16 за хвилину. **Аускультация серця:** тони ритмічні, ясні. Пульс – 72 удари за хвилину, АТ – 120/70 мм рт. ст.

При *пальпації живіт* м'який, не болючий, нижній край печінки – по краю реберної дуги, м'який, не болючий. Селезінка не пальпується. Стілець регулярний, один раз на добу, оформлений.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 125 г/л, еритроцити – $4,0 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,44, MCV – 84 фл, MCH – 30 пг, MCHC – 340 г/л, RDW – 13,5 %, ретикулоцити – 4 %, лейкоцити – 63×10^9 /л, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 1 %, сегментоядерні – 25 %, моноцити – 2 %, лімфоцити – 71 %, тромбоцити – 180×10^9 /л, ШОЕ – 20 мм/год.

У *мазку* серед лімфоцитів переважають малі вузькоцитоплазмові форми, пролімфоцити – 2 %.

Мієлограма: кістковий мозок багатий на клітинні елементи. Недиференційованих бластних клітин – 2,5 %, гранулоцитів – 33,5 %, клітин червоного ряду – 10,5 %, лімфоцитарні клітини – 53,5 % (лімфобласти – 2,5 %, пролімфоцити – 4,5 %, лімфоцити – 46,5 %). Мегакаріоцити в достатній кількості з нормальним відшнуруванням тромбоцитів.

1. Назвіть діагноз захворювання.

2. Яка стадія захворювання (рання, пізня) та чому?

3. Поясніть зміни з боку червоної крові.

ЗАДАЧА № 7

Пацієнтка 53 років, санітарка. Госпіталізована до клініки зі **скаргами** на виражену загальну слабкість, періодичне запаморочення та задишку при швидкій ходьбі, шум у вухах, миготіння мушок перед очима.

В анамнезі захворювання: близько 10 років хворіє на фіброміому матки з частими періодичними кровотечами, від оперативного лікування відмовлялася. Останній рік з'явилася загальна слабкість. Приблизно три місяці тому почали турбувати перелічені вище скарги, інтенсивність яких поступово наростала. Звернулася до сімейного лікаря.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді. Лімфатичні вузли не пальпуються, за винятком окремих підщелепних розміром до 1 см, вони щільні, не болючі. Набряків немає.

У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 22 за хвилину. **Аускультация серця:** тони ритмічні, помірна тахікардія, I тон приглушений на верхівці серця, вислуховується негрубий систолічний шум на верхівці серця. Пульс – 104 удари за хвилину, АТ – 120/70 мм рт. ст.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий. Печінка та селезінка не пальпуються. Стілець регулярний, оформлений, один раз на добу.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 75 г/л, еритроцити – $3,4 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,26, MCV – 70 фл, MCH – 24 пг, MCHC – 290 г/л, RDW – 15.5%, лейкоцити – $4,2 \times 10^9$ /л, паличкоядерні – 3 %, сегментоядерні – 59 %, лімфоцити – 34 %, моноцити – 4 %. Анізоцитоз, пойкилоцитоз, гіпохромія еритроцитів. Ретикулоцити – 0,5 %, тромбоцити – 280×10^9 /л, ШОЕ – 32 мм/год.

Біохімічний аналіз крові: вміст заліза у сироватці крові – 5,5 мкмоль/л, феритин – 5 мкг/л.

1. Назвіть діагноз захворювання.
2. Охарактеризуйте анемію, виходячи з результатів ЗАК.
3. Який стан регенераторної функції кісткового мозку?

ЗАДАЧА № 8

Пацієнтка 48 років, бухгалтер. Потрапила до клініки зі *скаргами* на задишку при помірних фізичних навантаженнях, періодичні запаморочення, миготіння мушок перед очима, виражену загальну слабкість, зниження апетиту, утруднене ковтання твердої їжі, печіння язика, часті здуття живота, періодичні рідкі випорожнення.

В анамнезі захворювання: понад 20 років виразка 12-палої кишки, зі щорічним загостренням. 10 років тому перенесла оперативне лікування – резекцію 2/3 шлунка з пілоропластикою. Стан погіршився 1,5 року тому, прогресувало захворювання поступово, за медичною допомогою до останнього часу не зверталася.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Зниженого харчування, виражена блідість шкірних покривів, шкіра суха, злегка лущиться, тургор – знижений. Нігті сплюснені, поцятковані поперечними складками, тьмяні, кришаться. У кутах рота тріщини. Язик сухий зі згладженими сосочками. Лімфатичні вузли не пальпуються. Набряків немає.

У легенях везикулярне дихання, хрипів немає. ЧД – 20 за хвилину.
Аускультация серця: помірна тахікардія, ЧСС – 102 удари за хвилину, I

тон на верхівці приглушений, помірний систолічний шум на верхівці. АТ – 120/80 мм рт. ст.

Живіт *при пальпації* м'який, не болючий, печінка по реберному краю, край м'який, не болючий. Селезінка не пальпується. Стілець регулярний, 1–2 рази на добу, періодично неоформлений, рідкий або кашкоподібний.

При ЕФГДС з біопсією слизової оболонки шлунка: картина атрофічного гастриту.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 68 г/л, еритроцити – $3,0 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,27, MCV – 66 фл, MCH – 21 пг, MCHC – 240 г/л, RDW – 12 %, лейкоцити – $4,5 \times 10^9$ /л, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 2 %, сегментоядерні – 50 %, моноцити – 8 %, лімфоцити – 39 %, ретикулоцити – 0,8 ‰, тромбоцити – 280×10^9 /л, ШОЕ – 26 мм/год.

У мазку – анулоцити, мікроанізоцитоз, гіпохромія еритроцитів.

Біохімічний аналіз крові: вміст заліза у сироватці крові – 4,6 мкмоль/л, феритин – 4,6 мкг/л.

1. Назвіть діагноз захворювання.

2. Охарактеризуйте анемію, базуючись на результатах ЗАК.

3. Як можна пояснити зміни з боку шкіри, нігтів і утруднене ковтання твердої їжі?

ЗАДАЧА № 9

Пацієнтка, 68 років, на пенсії, не працює. Потрапила до клініки зі *скаргами* на виражену загальну слабкість, запаморочення, шум у вухах, задишку при невеликому фізичному навантаженні, відсутність апетиту, рідкий стілець до 3–4 разів на день, оніміння великих пальців на ногах, похолодання кінцівок, нестійкість під час ходьби.

Анамнез захворювання: хворою себе вважає близько п'яти років, коли з'явилися загальна слабкість, підвищена втомлюваність, задишка при ходьбі. На той час до лікарів не зверталася. В останні п'ять місяців зауважила шум у вухах, нестійкість при ходьбі, задишка стала більш вираженою, з'явилося печіння язика, почуття тяжкості в надчеревній

ділянці, рідкий стілець, оніміння великих пальців на ногах і похолодання кінцівок.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості. Підвищеного харчування, ІМТ 35 кг/м². Шкірні покриви бліді з жовтуватим відтінком, склери субектеричні. Периферичні лімфовузли не пальпуються. Набряків немає.

У легенях везикулярне дихання. ЧД – 22 за хвилину. **Перкусія серця:** ліва границя відносної серцевої тупості по середньоключичній лінії. **Аускультация:** тони аритмічні – екстрасистоля, помірна тахікардія, ЧСС – 105 ударів за хвилину, тони приглушені, систолічний шум на верхівці та легеневій артерії, шум «дзиги» на яремних венах. АТ – 130/70 мм рт. ст.

Органи травлення: язик яскраво-червоний, блискучий, сосочки згладжені. При **пальпації живота** відзначається невелика болючість по ходу товстого кишківника, бурчання. Нижній край печінки виступає з підребер'я на 2 см, край печінки м'який, не болючий. Селезінка не пальпується. Стілець регулярний, двічі на добу, неоформлений, кашкоподібний та періодично рідкий.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 56 г/л, еритроцити – $1,4 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,29, MCV – 110 фл, MCH – 37 пг, MCHC – 380 г/л, лейкоцити – $3,5 \times 10^9$ /л, еозинофіли – 2 %, паличкоядерні – 4 %, сегментоядерні – 46 %, лімфоцити – 41 %, моноцити – 7 %, тромбоцити – 100×10^9 /л, ШОЕ – 35 мм/год.

У мазку крові: мегалоцити, мегалобласти – 5:100, нормоцити – 2:100, ретикулоцити 2 %.

Мієлограма: кістковомозковий пунктат рясний, яскраво-червоний, клітини еритроїдного паростка становлять 52 % (лейкоеритробластичне співвідношення – 1:1) мегалобластоїдні елементи становлять 52 % загального числа клітин червоного ряду.

1. Назвіть діагноз захворювання.

2. Охарактеризуйте анемію, виходячи із ЗАК.

3. Які морфологічні зміни еритроцитів та лейкоцитів у мазку периферичної крові характерні для цього захворювання?

ЗАДАЧА № 10

Пацієнт 72 років, на пенсії, не працює. Потрапив до клініки зі *скаргами* на болі в горлі при ковтанні, лихоманку з періодичними ознобами, головний біль, загальну слабкість, часті носові кровотечі, екхімози на шкірі рук і ніг, задишку при ходьбі рівною місцевістю на відстань до 50–100 метрів, під гору, підйманні на один поверх.

Анамнез захворювання: протягом місяця до госпіталізації відчував нездужання та загальну слабкість, задишку при ходьбі рівною місцевістю на відстань до 50–100 метрів, під гору, піднятті на один поверх, біль у кістках, носові кровотечі. Тиждень тому з'явився інтенсивний біль у горлі при ковтанні, періодично почала підвищуватися температура до 38–39°C з ознобами. При дослідженні крові в поліклініці виявлено виражений лейкоцитоз, анемію, різке прискорення ШОЕ, скеровано в стаціонар.

Об'єктивно: загальний стан середньої тяжкості, шкірні покриви та видимі слизові оболонки бліді, екхімози на шкірі передпліччя, ніг та тулуба. На слизовій оболонці носа та рота геморагічні висипання крапково-плямистого характеру, на піднебінних мигдаликах некротичні нальоти, виражені явища гінгівіту. Периферичні лімфовузли: збільшені шийні, підщелепні та потиличні, розміром 1–2 см, щільнуваті, не болючі. Невелика набряклість гомілок та стоп.

У легенях везикулярне дихання, вологі хрипи в нижніх відділах з обох сторін. ЧД – 23 за хвилину. **При аускультатії серця:** аритмічні тони, миготлива аритмія, I тон мінливої звучності, систолічний шум на верхівці. Пульс – 112 ударів за хвилину, АТ – 130/70 мм рт. ст.

Живіт **при пальпації** м'який, не болючий, печінка на 3 см нижче від пупка, чутлива, селезінка не пальпуються.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 88 г/л, еритроцити – $2,53 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,31, MCV – 84 фл, MCH – 29 пг, MCHC – 340 г/л, RDW – 13 %, лейкоцити – 58×10^9 /л паличкоядерні – 1 %, сегментоядерні – 15 %, лімфоцити – 22 %, мієлобласти – 62 %, ретикулоцити – 0,4 %, тромбоцити – 32×10^9 /л, ШОЕ – 66 мм/год.

Мієлограма: кістковий мозок багатий на клітинні елементи; мієлобласти 64 %, мієлоцити – 2 %, метамієлоцити – 4 %, лімфоцити – 14 %, клітини червоного ряду 12 %, плазматичні клітини – 2 %, мегакаріоцити – поодинокі.

1. Назвіть діагноз захворювання.

2. Чим можна пояснити високу лихоманку з некротичною ангіною, анемію, геморагічний синдром, наявність вологих хрипів у легенях, набряки гомілок і стоп?

3. Охарактеризуйте анемію, виходячи із ЗАК.

ЗАДАЧА № 11

Пацієнт 47 років, інженер-будівельник. Госпіталізований до клініки зі **скаргами** на швидку втомлюваність, нездужання.

Анамнез захворювання: два роки тому під час профогляду при дослідженні загального аналізу крові було виявлено виражений лейкоцитоз ($22,6 \times 10^9/\text{л}$) з нейтрофільним зсувом вліво за відсутності будь-яких клінічних проявів, надалі не обстежувався. Протягом останніх двох місяців почали турбувати загальна слабкість, підвищена втомлюваність, періодично відчуття важкості у лівому підребер'ї.

Об'єктивно: загальний стан ближчий до задовільного. Шкірні покриви звичайного забарвлення. Пальпуються поодинокі підщелепні лімфатичні вузли розміром близько 1–2 см, інші не пальпуються. Набряків немає. Температура тіла нормальна.

У легенях везикулярне дихання. ЧД – 18 за хвилину. **При аускультатії серця:** тони ясні, ритмічні. Пульс – 80 ударів за хвилину. АТ – 120/80 мм рт. ст.

При **пальпації живіт** м'який, не болючий, нижній край печінки пальпується на 4 см нижче від краю реберної дуги, щільний, не болючий. Селезінка виступає з лівого підребер'я на 5 см, щільна, не болюча.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 110 г/л, еритроцити – $3,75 \times 10^{12}/\text{л}$, НСТ – 0,34, MCV – 84 фл, MCH – 30 пг, MCHC – 330 г/л,

RDW – 13 %, лейкоцити – 85×10^9 /л, базофіли – 6 %, еозинофіли – 8 %, промієлоцити – 12 %, мієлоцити – 16 %, метамієлоцити – 18 %, паличкоядерні – 15 %, сегментоядерні – 16 %, лімфоцити – 5 %, моноцити – 4 %, тромбоцити – 180×10^9 /л, ШОЕ – 40 мм/год.

Мієлограма: кістковий мозок багатий на клітинні елементи. Недиференційованих бластних клітин – 3 %, мієлобласти – 8 %, промієлоцити – 10 %, мієлоцити – 14 %, метамієлоцити 14 %, паличкоядерні – 12 %, сегментоядерні – 12 %, еозинофіли – 4 %, моноцити – 4 %, клітини еритроцитарного паростка – 15 %, лейкоеритробластичне співвідношення – 5,6:1.

1. Назвіть діагноз захворювання.
2. Яка стадія захворювання (рання, пізня)?
3. Охарактеризуйте анемію, виходячи із ЗАК.

ЗАДАЧА № 12

Пацієнт 48 років, ливарник. Госпіталізований до терапевтичного відділення зі **скаргами** на збільшення лімфатичних вузлів шиї, які помітив в останні шість місяців.

Анамнез захворювання: збільшенню лімфатичних вузлів не надав великого значення, оскільки самопочуття залишалось добрим. Під час чергового профілактичного огляду виявлено системне збільшення лімфатичних вузлів, скерований на обстеження до терапевтичного стаціонару.

Об'єктивно: загальний стан ближчий до задовільного. Шкірні покриви звичайного забарвлення. Пальпуються збільшені шийні, підщелепні, пахвові і пахвинні лімфатичні вузли величиною 1,5–2 см, тістувато-еластичної консистенції, рухливі, не спаяні між собою і з навколишніми тканинами, не болючі. Набряків немає.

У легенях везикулярне дихання. ЧД – 18 за хвилину. **При аускультатії серця:** ритмічні тони, I тон приглушений на верхівці. Пульс – 68 ударів за хвилину. АТ – 126/80 мм рт. ст.

Живіт м'який, не болючий, печінка виступає на 2 см з-під реберного краю, щільнувата, не болюча. Селезінка не пальпуються. Стілець регулярний, оформлений.

Загальний аналіз крові: гемоглобін – 118 г/л, еритроцити – $4,1 \times 10^{12}$ /л, НСТ – 0,44, MCV – 86 фл, MCH – 30 пг, MCHC – 340 г/л, RDW – 13,5 %, ретикулоцити – 2 %, лейкоцити – 43×10^9 /л, еозинофіли – 1 %, паличкоядерні – 1 %, сегментоядерні – 22 %, моноцити – 2 %, лімфоцити – 74 % (серед лімфоцитів переважають малі вузькоцитоплазмові форми, пролімфоцити становлять 4 %), тромбоцити – 140×10^9 /л, ШОЕ – 22 мм/год.

Мієлограма: кістковий мозок багатий на клітинні елементи. Недиференційованих бластних клітин – 3 %, гранулоцитів – 34 %, клітин червоного ряду – 18 %, лімфоцитарні клітини – 45 % з них лімфобласти – 5 %, пролімфоцити – 6 %. Мегакаріоцити у достатній кількості з нормальним відшнуванням тромбоцитів.

1. Назвіть діагноз захворювання.

2. Яка стадія захворювання (рання, пізня) та чому?

3. Чи характерні дані пальпації лімфовузлів для цього захворювання?

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

а) основна:

1. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник + комплект з 4-х CD (ВНЗ III-IV р.а.) / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Є.М. Нейко та ін. ; за ред. проф. О.Г. Яворського. – 4-є вид., виправл. і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2016. – 552 с. + 12 с. кольор. вкл.

2. Підручник «Основи внутрішньої медицини: пропедевтика внутрішніх хвороб +2 CD» / за ред. проф. О.Г. Яворського ; співавтори проф. Р.Я. Дутка, доц. В.В. Короткий. – К. : Здоров'я, 2004. – 500 с.

б) додаткова:

1. Пропедевтика внутрішньої медицини: підручник / Ю.І. Децик, О.Г. Яворський, Р.Я. Дутка та ін. ; за ред. проф. О.Г. Яворського. – 3-є вид., виправл. і допов. – К. : ВСВ «Медицина», 2013. – 552 с. + 12 с. кольор. вкл.

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

3. Пропедевтика внутрішніх хвороб / за ред. Ю.І. Децика. – К. : “Здоров'я”, 1996.

4. Пелешук А.П., Передерій В.Г., Рейдерман М.І. Фізичні методи дослідження в клініці внутрішніх хвороб. – К. : Здоров'я, 1993.

Електронне навчальне видання

**Костянтин Соколов,
Оксана Фігура**

ПРОПЕДЕВТИКА ВНУТРІШНІХ ХВОРОБ

**Дрогобицький державний педагогічний університет
імені Івана Франка**

Редактор

Ірина Невмержицька

Технічний редактор

Лужецька Ольга

Коректор

Артимко Ірина

Здано до набору 20.10.2022 р. Підписано до друку 27.10.2022 р. Формат 60x90/16. Папір офсетний. Гарнітура Times. Наклад 50 прим. Ум. друк. арк. 10,375. Зам. 66.

Редакційно-видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка. (Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру видавців, виготівників та розповсюджувачів видавничої продукції ДК № 5140 від 01.07.2016 р.). 82100, Дрогобич, вул. Івана Франка, 24, к. 31.