

Примеры практических (ситуационных) задач для подготовки к промежуточной аттестации

Практическая (ситуационная) задача №1

Пациентка В., 56 лет, продавец, обратилась к врачу с жалобами на боль в коленных суставах, затруднения при спуске и подъеме по лестнице.

Из анамнеза известно, что в течение последних 5 лет отмечает боль в коленных суставах, усиливающуюся к концу рабочего дня. В последний год стала отмечать припухание коленных суставов, появление в них чувства скованности в утренние часы до 30 минут. Самостоятельно принимала парацетамол до 2 г/сутки, глюкозамина сульфат 500 мг 2 раза в сутки, дважды проводилась физиотерапия (магнитотерапия). Лечение не приносило выраженного облегчения, боль в коленных суставах сохранялась. В последнее время стало трудно ходить более 500 м по ровной местности, подниматься и спускаться по лестнице.

Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия (контролируется приемом эналаприла 10 мг 2 раза в день и амлодипином 5 мг/сутки), гиперхолестеринемия (принимает аторвастатин 10 мг/сутки, последний уровень общего холестерина месяц назад 7,16 ммоль/л). Курит с 30 лет по 10-12 сигарет в день. Менопауза в течение 6 лет.

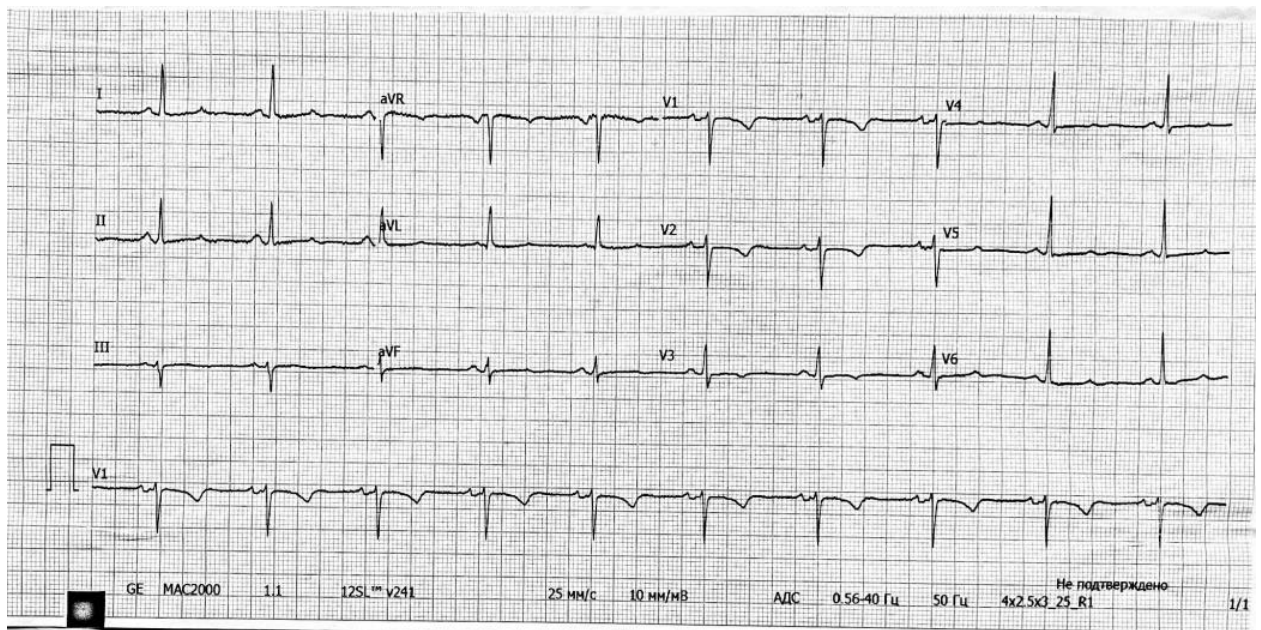
Наследственность: имеются указания на наличие ревматоидного артрита у матери и у бабушки пациентки.

При осмотре: состояние удовлетворительное. ИМТ 38 кг/м². Объем талии 108 см. Кожный покров чистый, физиологической окраски и влажности. Деформации обоих коленных суставов, положительный симптом баллотирования надколенника справа. Боль в коленных суставах при активных и пассивных движениях, ограничение объема движений в них. При сгибании в коленных суставах отмечается интраартикулярный хруст. При пальпации области коленных суставов выявляется болезненность по в области прикрепления «гусиной лапки». При осмотре других суставов – патологии не выявлено. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 18 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 64 в минуту. АД 130/70 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена, селезенка перкуторно не увеличена.

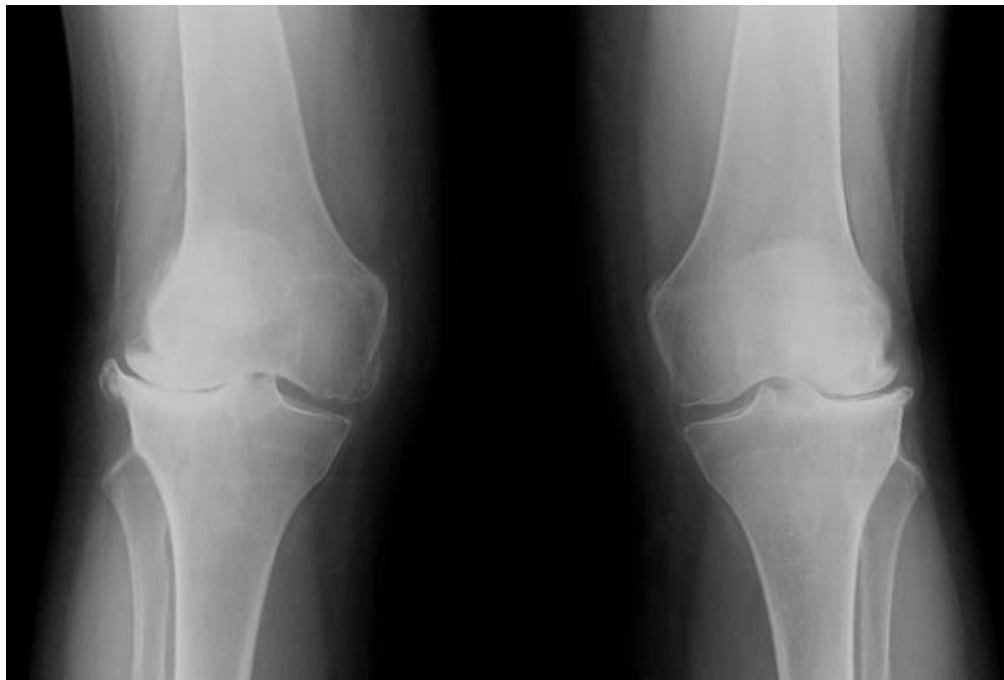
Клинический анализ крови: гемоглобин 127 г/л, лейкоциты $7,6 \times 10^9$ /л, СОЭ 14 мм/ч.

Общий анализ мочи без патологии.

ЭКГ:



Рентгенограмма коленных суставов в прямой проекции (выполнена месяц назад):



Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные дообследования необходимо провести?
3. Какое лечение (медикаментозное и немедикаментозное) следует назначить больной?

Практическая (ситуационная) задача №2

Пациентка А., 57 лет, поступила в клинику с жалобами на головокружение, одышку и боль в области сердца сжимающего характера, возникающую при умеренной физической нагрузке, купирующуюся в покое в течение 2-3 минут.

В возрасте 22 лет при плановом обследовании выявляли двустворчатый аортальный клапан. В дальнейшем по этому поводу пациентка не наблюдалась. Длительное время чувствовала себя хорошо, самостоятельно родила 1 ребенка. Около 2 лет назад при диспансеризации был обнаружен шум в сердце, а на ЭКГ выявлена гипертрофия миокарда левого желудочка. Однако, учитывая отсутствие жалоб, пациентка дальше обследоваться не стала, ЭхоКГ не проводилась. Ухудшение состояния в течение последних 3-х месяцев, когда появились вышеуказанные жалобы. Направлена участковым терапевтом для обследования и лечения.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Нормостеническое телосложение. Рост 170 см, вес 65 кг. Кожный покров и видимые слизистые оболочки бледные. Периферических отеков нет. ЧД – 17 в минуту. При аускультации легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Область сердца не изменена. При аускультации сердца выявляется ослабление II тона во втором межреберье справа от грудины, там же выслушивается интенсивный систолический шум, проводящийся на сонные артерии. Ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 75 в минуту. Пульс слабого наполнения, ритмичный, также 75 в минуту. АД 120/80 мм рт.ст. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Размеры печени по Курлову: 9х8х7 см. Край печени упруго-эластической консистенции. Селезенка не увеличена.

Клинический анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $8,1 \times 10^9$ /л, палочкоядерные 5%, сегментоядерные 64%, лимфоциты 27%, СОЭ 12 мм/ч.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные дообследования необходимо провести?
3. Какое лечение (медикаментозное и немедикаментозное) следует назначить больной?

Практическая (ситуационная) задача №3

Пациентка К., 37 лет, обратилась к врачу-терапевту с жалобами на чувство тяжести в правом подреберье, общую слабость, утомляемость, снижение аппетита.

Из анамнеза известно, что около пяти месяцев назад впервые отметила появление вышеописанных жалоб.

Профессиональные вредности отрицает. Курит на протяжении 10 лет, по 10-15 сигарет в день. На протяжении последних пяти лет после тяжелого развода с мужем и смерти матери периодически выпивает по 4-5 бокала красного сухого вина вечером. Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре состояние удовлетворительное. Гиперстенического телосложения. Кожный покров и видимые слизистые оболочки субиктеричны. Пастозность голеней и стоп. Пальмарная эритема. Температура тела – 36,7°C. ЧД – 16 в мин. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС – 92 /мин, АД – 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации вздут, умеренная болезненность в области правого подреберья. Отмечается притупление перкуторного звука в боковых отделах живота. При перкуссии печени нижний край определяется на +4 см ниже края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания в поясничной области отрицательный с обеих сторон. Дизурических расстройств нет.

Клинический анализ крови: гемоглобин – 114 г/л, эритроциты – $2,94 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $8,0 \times 10^9/л$, тромбоциты – $134 \times 10^9/л$, СОЭ – 20 мм/ч.

Биохимический анализ крови: общий белок – 66 г/л, креатинин – 90 мкмоль/л, АЛТ – 78 Ед/л, АСТ – 245 Ед/л, общий билирубин – 66,5 мкмоль/л, ЩФ – 408 Ед/л, альбумин – 30 г/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс – 62%.

Маркеры вирусных гепатитов: HBsAg отрицательный, анти-HCV отрицательные.

УЗИ брюшной полости: печень увеличена в размерах за счет обеих долей, эхогенность повышена, эхоструктура неоднородная. Воротная вена расширена до 16 мм. Небольшое количество свободной жидкости в брюшной полости.

При ЭГДС выявлены признаки поверхностного гастрита, варикозное расширение вен пищевода II степени.

Вопросы к задаче:

1. Сформулируйте и обоснуйте предварительный диагноз.
2. Какие дополнительные обследования необходимо провести?
3. Какое лечение (медикаментозное и немедикаментозное) следует назначить больной?