

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА (СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ) ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.54 «ОБЩАЯ ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА (СЕМЕЙНАЯ МЕДИЦИНА)»

Ситуационная задача 1

Пациентка В., 68 лет, пенсионерка, обратилась в районную поликлинику к врачу общей практики с жалобами на небольшую слабость, частое повышение АД до 150 -160/100 мм рт. ст.

В анамнезе: около 10 лет страдает ГБ с максимальным повышением АД - 190/100 мм рт. ст. Постоянно принимает бисопролол 10 мг, амлодипин 5 мг в сутки. На этом фоне АД сохраняется на уровне 130-140 / 80-90 мм рт. ст. Настоящее ухудшение состояния около 2 месяцев. Страдает СД 2-го типа - около 15 лет. Длительное время на фоне проводимой терапии (глибенкламид и метформин) уровень глюкозы крови колебался в пределах 7,5 – 9,5 ммоль/л и показатели HbA_{1c} 7,1 – 8%. 6 месяцев назад, после коррекции терапии (назначен вилдаглиптин/метформин) уровень глюкозы стабилизировался на цифрах 6,0 - 6,5 ммоль/л, HbA_{1c} 6.1 - 6,4%. Тогда же был назначен аторвастатин 10 мг/сутки (после исследования холестерина, показателей не знает). Мать пациентки страдала СД, ГБ и умерла в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда.

Осмотр: вес - 89,7 кг, рост - 167 см., ОТ - 108 см. Кожные покровы обычной окраски. Отёков нет. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Костно-мышечная система без видимой патологии. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 17 в мин. Границы сердечной тупости расширены влево на 0,5 см. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Пульс - 72 уд/мин, АД (левая рука, после 5 минут отдыха) - 144/88 мм рт. ст. Пульсация на периферических артериях сохранена. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2-х сторон. Физиологическое отправление в норме. Психоневрологический статус без особенностей.

- ЭКГ - признаки гипертрофии миокарда левого желудочка.
- Анализ мочи - уд. вес 1010, лейкоциты 5-6 в поле зрения.
- Биохимический анализ крови - креатинин 96,7 мкмоль/л. общий холестерин 6,2 ммоль/л, ЛПНП 3,8 ммоль/л, глюкоза 6,0 ммоль/л.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 2

Пациентка К., 45 лет, учитель. Обратилась в районную поликлинику с жалобами на частое повышение артериального давления в течение последней недели.

В анамнезе: впервые повышение уровня артериального давления зафиксировано год назад во время профилактического осмотра с максимальными цифрами до АД - 150/100 мм рт. ст. После обследования был поставлен диагноз гипертонической болезни и назначен Лозартан 25 мг в сутки. Однако, регулярно антигипертензивную терапию не принимала, АД не контролировала. Настоящее ухудшение после стрессовой ситуации. Вредных привычек нет. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность: мать страдает ГБ с 45 лет и СД 2 типа с 70 лет.

Осмотр: рост - 164 см, вес - 62,2 кг, ОТ - 72 см. Кожные покровы бледно-розовой окраски. Отёков нет. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Щитовидная железа не увеличена. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД - 16 в мин. Границы сердца в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 68 уд. в мин. АД (на правой руке после 5 минут отдыха) 155/102 мм рт. ст. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень и селезенка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Психоневрологический статус без особенностей. Физиологические отправления в норме. Неврологический статус без особенностей.

○ *Биохимический анализ крови:* креатинин - 76 мкмоль/л. общий холестерин - 7,2 ммоль/л. ХС-ЛПНП - 4,3 ммоль/л. ХС-ЛПВП - 0,76 ммоль/л, триглицериды 3,52 ммоль/л, глюкоза - 4,6 ммоль/л., глюкоза - 6,0 ммоль/л

○ *Общий анализ мочи:* без патологии. МАУ - 10 мг/сут.

○ *ЭКГ:* ритм синусовый, ЧСС - 64 уд. в мин., PQ - 0,16 с, QRS - 0,08 с, QT - 0,36 с, нормальное положение электрической оси сердца.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 3

Пациентка Д., 80 лет, пенсионерка. Обратилась к врачу-терапевту поликлиники с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шум в ушах. Данные явления беспокоят практически постоянно на протяжении полугода. Принимает анальгетики и спазмолитики в больших дозах без значимого эффекта. На протяжении этого времени отмечается постоянное повышение АД до цифр 200-210/120-130 мм рт. ст.

В анамнезе: более 40 лет - гипертоническая болезнь. Последние 5 лет постоянно принимала периндоприл 5 мг/сутки и индапамид 1,5 мг/сутки. На фоне этой терапии самочувствие было хорошим, повышение АД более 150/90 мм рт. ст. наблюдалось редко, легко купировалось каптоприлом 25 мг. В течение последнего года АД стало постоянно повышаться. Пациентка увеличила дозы принимаемых препаратов, но состояние продолжало ухудшаться.

Осмотр: Рост - 162 см. Вес - 87,2 кг. ОТ - 96 см. Кожные покровы бледные, сыпи нет. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона и умеренный систолический шум над аортой, ритм правильный. ЧСС - 66 уд. в минуту, АД - 200/120 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах при пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» над областью почек отрицательный с 2-х сторон. Дизурии нет. Частота и консистенция стула в норме. Неврологический статус без особенностей.

○ *Общий анализ мочи:* уд. вес - 1007, белок - 0.099 г/л, лейкоциты - 3-4 в п/зр., эритроциты - 1-2 в п/зр.

○ *Клинический анализ крови:* гемоглобин - 124 г/л, эритроциты - $4,32 \times 10^{12}/л$, лейкоциты - $7,3 \times 10^9/л$, лимфоциты - 30,1%, моноциты - 3,3%, эозинофилы - 3%, палочкоядерные нейтрофилы - 1%, сегментоядерные нейтрофилы - 62,6%, тромбоциты - $190 \times 10^9/л$, СОЭ - 18 мм/час.

○ *Биохимический анализ крови:* креатинин - 126 ммоль/л, холестерин - 9,3 ммоль/л, ЛПНП - 5,9 ммоль/л, глюкоза - 7,9 ммоль/л.

Задание:

1. Определите основные синдромы

2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

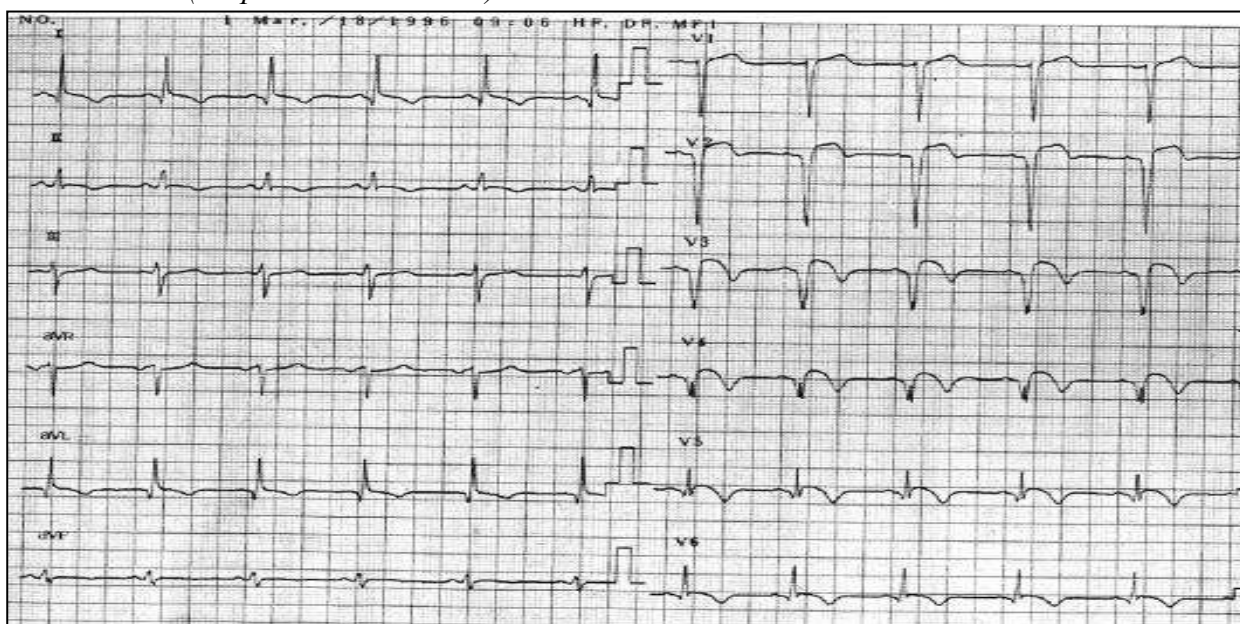
Ситуационная задача 4

Пациентка С., 57 лет, учитель. Вызов врача-терапевта на дом. Жалобы на интенсивную жгучую боль в грудной клетке, распространяющуюся в левую руку и левую лопатку. Боль появилась более 3-х часов назад, после физической нагрузки.

В анамнезе: артериальная гипертензия - около года. Регулярно принимает: бисопролол 2,5 мг/сутки, индапамид-ретард 1,5 мг/сутки, периндоприл А 5 мг/сутки, с достижением уровня АД - 140/90 мм рт. ст. Курит с 19 лет по 10-15 сигарет в день. Причина смерти отца - ОНМК, у матери в анамнезе ГБ с 40 лет, СД.

При осмотре: Рост - 164 см, вес - 94,6 кг. ОТ - 112 см. Кожные покровы бледные, влажные. Периферических отеков нет. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное. ЧДД - 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД - 160/90 мм рт. ст. ЧСС - 100 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Нервно-психический статус: пациентка беспокойна, боится смерти.

- ЭКГ (скорость - 25 мм/сек):



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

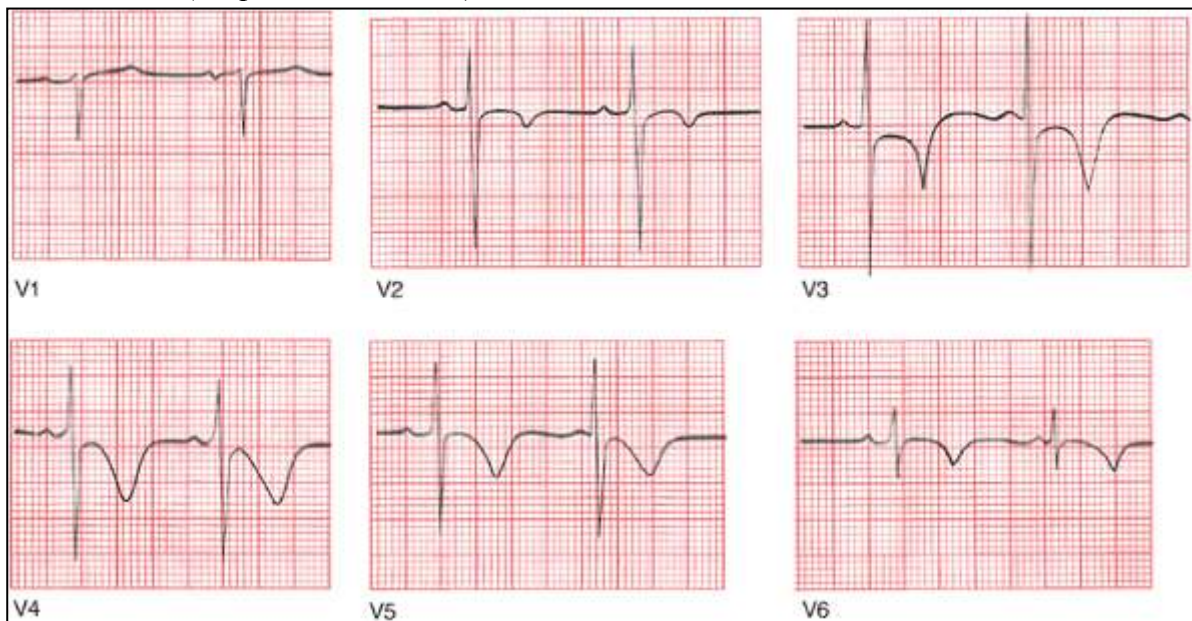
Ситуационная задача 5

Пациентка И., 77 лет. Вызов врача-терапевта на дом. Жалобы на интенсивную боль за грудиной с иррадиацией в обе стороны от нее, не купирующуюся нитроглицерином. В последние 2 часа боль усилилась.

В анамнезе: ИБС, стенокардия. Гипертоническая болезнь. Постоянно принимает эналаприл 5 мг х 2 раз в день, бисопролол 2,5 мг х 1 раз в день. АД не контролирует. Родители страдали ИБС и АГ. Курила до 60 лет, по ½ пачки сигарет в день.

При осмотре: Рост - 165 см. Вес - 74 кг. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отеков нет. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 20 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, АД - 180 / 100 мм рт. ст. ЧСС - 92 уд. в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации.

○ ЭКГ (скорость 25 мм/сек):



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

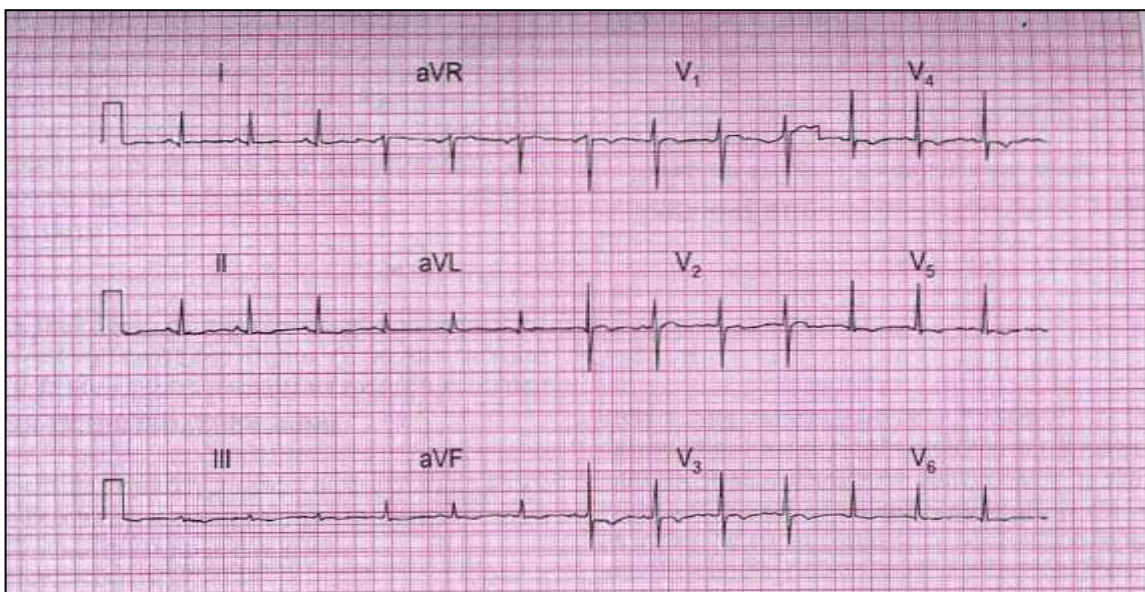
Ситуационная задача 6

Пациентка И., работает - преподавателем. Жалобы на частые эпизоды колющих болей в области сердца, длительностью около 1-2-х часов, не иррадирующих, не купирующихся нитроглицерином.

Боль периодически беспокоит в течение двух лет. Возникает на фоне стресса, но иногда в покое. Связи с физической нагрузкой и другим внешними факторами пациентка не отмечает. Также пациентка отмечает на протяжении этого времени повышенную раздражительность, возбудимость, потливость. К врачу ранее не обращалась, не обследовалась. Вредные привычки и хронические заболевания отрицает.

При осмотре: Рост - 167, масса тела - 68. ОТ – 101 см. Кожные покровы влажные. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 100 уд. в минуту, АД - 150 / 90 мм рт. ст. Небольшой тремор рук.

○ ЭКГ (скорость 25 мм/сек):



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

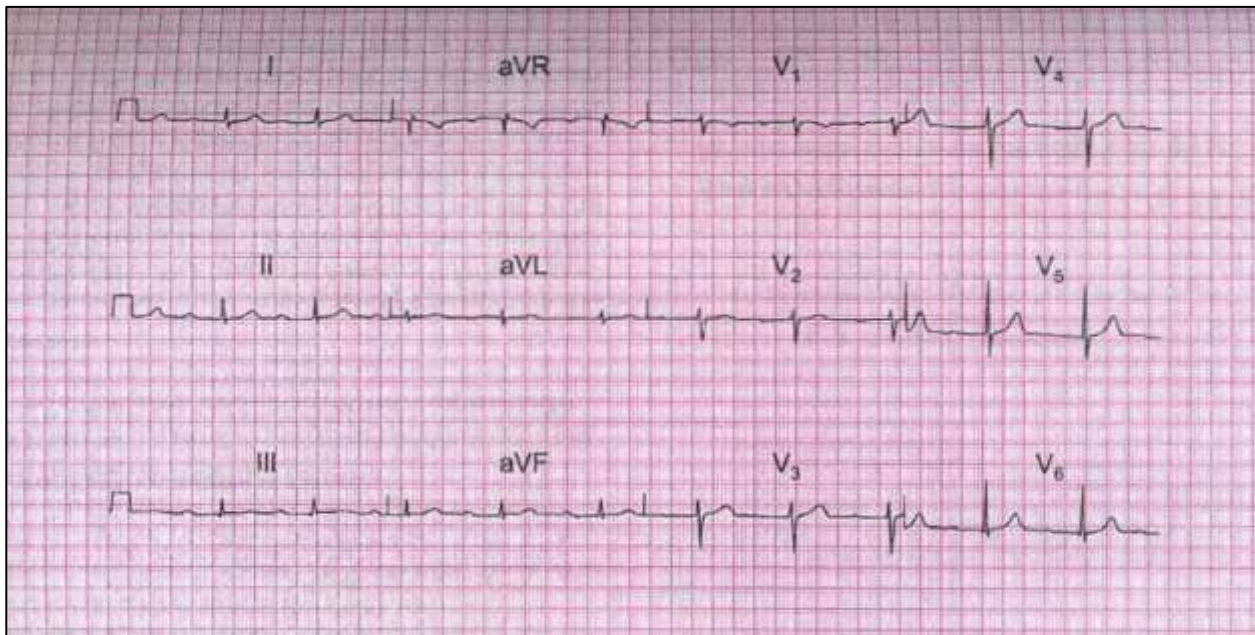
Ситуационная задача 7

Пациент 53 лет, водитель. На приеме врача предъявляет жалобы на боль под левой лопаткой, в левом плече, появляющаяся при очень быстрой ходьбе, подъеме по лестнице выше второго этажа (может и не возникнуть). Боль проходит через 1-2 минуты после остановки. Подобные жалобы беспокоят около 3-х месяцев, характер боли и условия ее возникновения однотипны. Начало заболевания связать с внешними факторами не может.

В анамнезе: подагрический артрит 1-го плюснефалангового сустава левой стопы. Диагноз верифицирован. Обострения 1-2 раза в год. Пациент придерживается диеты, лекарственной терапии не получает. На работе регулярно контролирует АД, показатели стабильны в пределах 110-120/70-80 мм рт. ст. Пациент не курит, алкоголь употребляет не чаще 1 раза в неделю, в умеренных количествах.

При осмотре: Рост - 174 см, вес - 92 кг. ТО - 117 см. Кожные покровы обычного цвета, чистые. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 16 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС - 60 в минуту, АД - 120 / 70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный.

- ЭКГ:



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

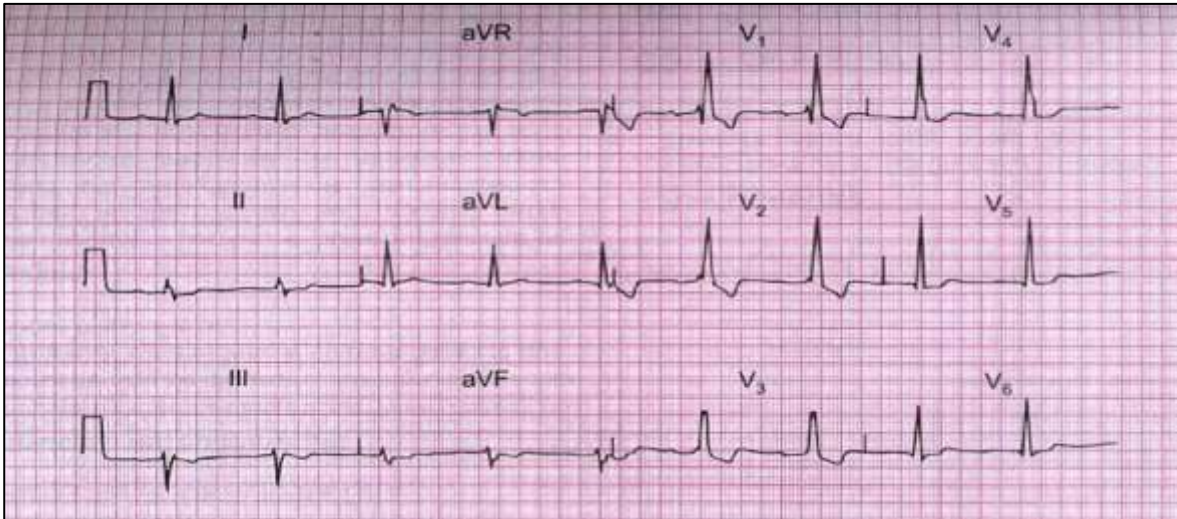
Ситуационная задача 8

Пациент Е., 45 лет, курьер. Обратился в районную поликлинику к врачу-терапевту с жалобами на загрудинную боль, длительную, ноющую, не связанную с физической нагрузкой. Боль беспокоит около 2-х недель. Также отмечает утомляемость, изредка, к вечеру, повышение температуры тела до 37,4°C. Последние 5-6 дней появились учащенное сердцебиение, одышка при обычной физической нагрузке.

В анамнезе: 3 недели назад перенёс ОРВИ. Лечился самостоятельно. Травм, операций не было. Курит более 20 лет по 30 сигарет в день. Аллергоанамнез не отягощен. Проведено обследование: ЭКГ, ОАК.

При осмотре: Рост - 178 см. Вес - 76 кг. Кожные покровы обычной окраски. Температура – 37 С. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 18 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС=PS=96 ударов в минуту. АД - 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Отеков нет.

- ОАК: Нв -136 г/л, Л- $6 \cdot 10^9$, СОЭ – 38 мм/час.
- ЭКГ: (со слов пациента ранее на ЭКГ никакой патологии не выявлялось).



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 9

Пациент Г., 75 лет, пенсионер. Обратился к врачу-терапевту поликлиники с жалобами на сжимающую боль за грудиной и левой руке при умеренной физической нагрузке (подъем на 2 этаж), продолжительностью 3-5 минут, проходящую самостоятельно, одышку при подъеме на 1 этаж.

В анамнезе: 2 года назад перенес инфаркт миокарда, при проведении КАГ была выявлена окклюзия проксимального сегмента ПМЖВ, проведено стентирование (тип стента указать не может). Боль за грудиной при физической нагрузке отмечается периодически. Постоянно принимает изосорбида-динитрат 20 мг 2 раза в день, верапамил 40 мг 3 раза в день, ацетилсалициловую кислоту 100 мг в сутки. Длительно страдает АГ, контроль АД проводит редко, антигипертензивную терапию принимает нерегулярно. В 2010 году выявлена желчнокаменная болезнь, отказался от холецистэктомии из-за отсутствия жалоб. Около 5 лет наблюдается урологом по поводу ДГПЖ, постоянно принимает тамсулозин. Курил около 40 лет по 1 пачке сигарет в день, употреблял в умеренных количествах алкоголь. Отказ от курения 2 года назад, в настоящее время алкоголь не употребляет. Аллергоанамнез не отягощен. Травм, операций не было.

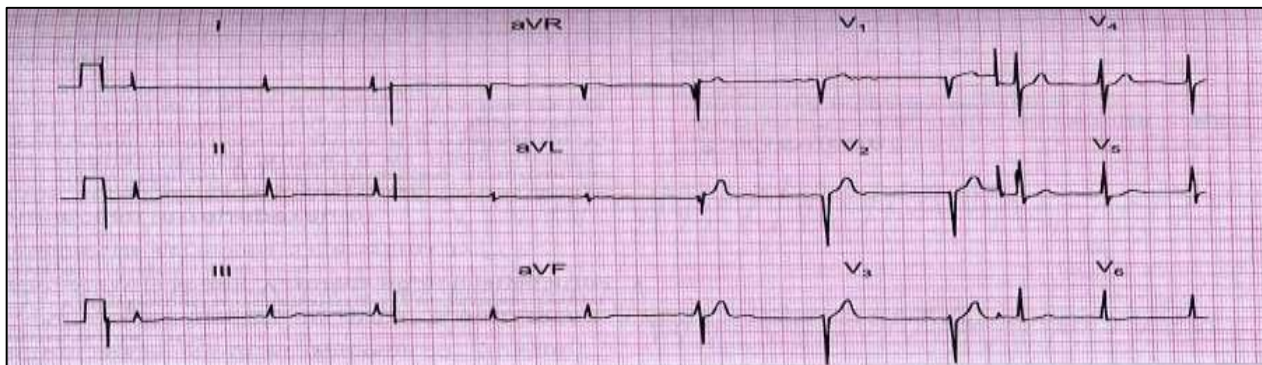
Осмотр: Рост - 177 см. Вес - 102 кг. Объём талии - 108 см. Кожные покровы обычной окраски. Периферических отёков нет. При аускультации лёгких - дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД - 17 в мин. Границы сердца не расширены. Тоны сердца приглушены, ритм неправильный. ЧСС ≈ 78 ударов в минуту. АД - 146/80 мм рт. ст. Язык чистый. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2-х сторон. Физиологическое отправление в норме. Психоневрологический статус без особенностей.

○ *Анализ крови:* Нв - 148 г/л, L - 6,4, СОЭ - 10 мм/час, глюкоза - 4,4 ммоль/л, холестерин - 6,0 ммоль/л.

○ *Эхо-КГ:* умеренная гипертрофия миокарда левого желудочка (ИММЛЖ - 124 г/м²). Фракция выброса ФЛЖ - 52%. Нарушение локальной сократимости: зона гипокинезии в верхушечном сегменте переднеперегородочной стенки, умеренное расширение полости левого

предсердия. Митральная регургитация 1 степени. Нарушение диастолической функции ЛЖ по 1 типу. Структура клапанов не изменена. Легочной гипертензии нет.

○ ЭКГ на момент осмотра:



Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 10

Пациент П., 55 лет, разнорабочий. Обратился к терапевту поликлиники с жалобами на периодическую боль в левой половине грудной клетки и в левом плече обычно, возникающую при чрезмерных физических нагрузках. Последнюю неделю болевые приступы стали ежедневными, возникают при ходьбе в обычном темпе, увеличилась их продолжительность (до 10-15 минут).

В анамнезе: Вышеописанная боль беспокоит в течение последних 2-х лет, купируется приемами НПВС и анальгетиков. Последние два месяца пациент отмечает изменение характера боли: она стала носить сжимающий характер и локализоваться за грудиной с иррадиацией в левое плечо и лопатку, продолжительностью до 3 - 5 минут, проходит самостоятельно в покое. До настоящего времени подобные приступы возникали редко (1-2 раза в неделю на фоне быстрой ходьбы и при подъеме на 3 этаж). Пациент курит до 1 пачки сигарет в день, стаж курения 20 года. Алкоголь употребляет 3-4 раза в неделю.

Мать умерла в возрасте 65 лет от инфаркта миокарда.

Осмотр: Вес - 95 кг, рост 177 см, объем талии на уровне пупка - 108 см. Над легкими ясный легочный звук, дыхание с жестким оттенком ЧДД - 18 в 1 минуту. Границы сердца расширены влево на 2 см кнаружи от среднеключичной линии. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, над аортой - акцент II тона. Пульс ритмичен, 88 в минуту, несколько напряжен. АД - 144/96 мм рт. ст.

○ ЭКГ в покое без особенностей.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 11

Пациентка К., 45 лет, медсестра. Вызов врача на дом. Предъявляет жалобы на интенсивную боль в горле при глотании, повыше повышение температуры тела до 38,7°C, озноб, боль в мышцах и суставах, слабость, снижение аппетита, нарушение сна.

Заболела остро вчера днем, когда внезапно повысилась температура, появились и к утру усилились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращалась. Самостоятельно принимала парацетамол при повышении температуры. За пределы постоянного местожительства не выезжала. Контакт с инфекционными больными не установлен. Члены семьи здоровы.

В анамнезе около 3 лет периодически отмечает повышение АД до 150/100 мм. Постоянную антигипертензивную терапию не принимает, только при повышении АД – капотен. Операции, травмы отрицает. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

Осмотр: Рост – 160 см, вес – 89,7 кг. Состояние удовлетворительное. Сознания ясное. Кожные покровы сухие, горячие. Температура тела - 38,7°C. Пальпируются подчелюстные лимфатические узлы одиночные, диаметром 2,5 x 3,0 см округлой формы, плотноэластической консистенции, неподвижные, резко болезненные. Носовое дыхание свободное, слизистая оболочка носа не гиперемирована, отделяемого не отмечается. Язык обложен белым налетом, сухой. Нёбные миндалины увеличены в объеме, ярко гиперемированы, на миндалинах отмечаются налёты светлого цвета, легко снимаются, не кровоточат. Слизистая оболочка задней стенки глотки ярко гиперемирована. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 120 уд. в мин. АД - 142 / 94 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не увеличена, безболезненная. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 12

Пациентка А., 28 лет, администратор, обратилась к дежурному врачу-терапевту с жалобами на повышение температуры тела до 38,5 °С, интенсивную боль в горле при глотании, затруднение носового дыхания, резко выраженную слабость, головную боль.

Ухудшение самочувствия отмечает в течение 2 суток, когда на фоне полного здоровья появились вышеуказанные жалобы. К врачу не обращалась. Самостоятельно принимала парацетамол 500 мг при повышении температуры, амоксициллин 500 мг 2 раза в день, капли в нос. Обратилась в поликлинику, в связи с отсутствием положительной динамики в состоянии.

В анамнезе: хронический гастрит. Операций, травм не было. Вредные привычки отрицает. Аллергоанамнез не отягощен.

Осмотр: Рост 168 см, вес – 61,7 кг. Телосложение правильное, удовлетворительного питания. Кожные покровы горячие. На коже туловища, конечностей визуализируется пятнисто-папулезная сыпь. Элементы сыпи склонны к слиянию. Температура тела - 37,7 °С. Склера глаз субиктерична. Слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, зернистая. Подчелюстные, передние и задние шейные лимфатические узлы увеличены, умеренно болезненные при пальпации. Миндалины увеличены, ярко гиперемированы, плотно покрыты беловато-желтым налетом. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 115 уд. в мин. АД - 100 / 70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Печень выступает на 1.5 см из-под края реберной дуги. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 13

Пациентка М., 37 лет, обратилась в поликлинику к дежурному врачу с жалобами на першение в горле, боль в горле, усиливающуюся при глотании, сухой кашель, повышение температуры тела до 37,2°C.

Ухудшение самочувствия последние 3 дня, когда появились выше перечисленные жалобы. Начало заболевания связывает с переохлаждением. В анамнезе частые эпизоды боли в горле после употребления холодных продуктов (вода, мороженое). К врачам не обращалась. Лечилась самостоятельно «народными» средствами - полоскание ротоглотки травами.

В анамнезе: фолликулярная ангина – дважды около 10 лет назад, частые ОРВИ - 4 раза в год, ГЭРБ. Травм и операций не было. Больная курит 10 лет по 10 сигарет в день.

Осмотр: Рост 164 см, вес – 98,2 кг, ОТ – 104 см. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Температура тела - 37,1°C. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы. Выявляется гиперемия и отек трубно-глочных складок, гиперемия и зернистость слизистой оболочки задней стенки глотки. Небные миндалины увеличены розовые, налетов нет. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 17 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 90 уд. в мин. АД - 138 / 94 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Стул ежедневный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 14

Пациентка М., 55 лет, место работы - ООО «Энергетик», должность - экономист. Вызов врача-терапевта поликлиники на дом. Жалобы на повышение температуры тела до 38,8°C, головную боль, «ломоту в теле», слабость, выраженное затруднение носового дыхания, обильное отделяемое из носа, ощущение «песка» в правом глазу, слезотечение, боль в горле, схваткообразную боль в животе, двукратный жидкий стул.

Насморк, боль в горле, слабость отмечает с вечера предыдущего дня. Лечилась самостоятельно. Принимала обильное питье, однократно приняла парацетамол 500 мг. Утром в день обращения температура тела повысилась до 38,5°C, появились резь в правом глазу, слезотечение, боль в животе, жидкий стул. Пациентка контактировала с ребенком, больным ОРВИ, протекающей с диареей и конъюнктивитом.

В анамнезе: гипертоническая болезнь – в течение 10 лет, постоянно принимает эналаприл 10 мг два раза в сутки, индапамид 1,5 мг/сут, хронический некалькулезный холецистит.

При осмотре: рост – 164 см, вес – 98,2 кг, кожные покровы горячие, сухие, сыпи нет, t° тела - 38,9°C. Веки правого глаза отечные, конъюнктивы и склера гиперемированы, слезотечение. Слизистая оболочка задней стенки глотки и миндалин гиперемированная, отечная. Отмечается гиперплазия фолликул миндалин и лимфоидных элементов задней стенки глотки. Пальпируются подчелюстные и шейные лимфатические узлы, болезненные, не спаянные между собой и

окружающими тканями. Отеков нет. Дыхание носом затруднено с двух сторон, отделяемое обильное, серозное. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 96 в мин. АД - 152/92 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный при пальпации в эпигастрии. Стул двукратный, жидкий, калового характера, без примесей. Симптом «поколачивания над областью почек» отрицательный с 2-х сторон. Дизурии нет.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 15

Пациент А., 54 лет, место работы ОАО «Жилищник», должность - оператор. Вызов врача-терапевта поликлиники на дом. Жалобы на кашель со скудной мокротой желтого цвета, умеренную боль в нижних отделах правой половины грудной клетки, связанную с дыханием головную боль, повышение температуры тела до 38,9°C, выраженную слабость, потливость.

3 дня назад появилась боль в глазных яблоках, озноб, ломота в теле, головная боль, внезапно повысилась температура тела повысилась до 39,6°C. На следующий день появилось скудное отделяемое из носа, першение в горле, сухой кашель. К врачу не обращался, лечился самостоятельно. Принимал парацетамол по 500 мг, обильное витаминизированное питье в большом количестве. На фоне проводимой терапии состояние улучшилось. Уменьшилась температура, головная боль и слабость. Но, на следующий день внезапно усилился кашель, появилась трудно отделяемая мокрота, боль в грудной клетке справа, потливость, вновь повысилась температуры тела до 38,5°C. В анамнезе: гипертоническая болезнь около 5 лет, постоянно антигипертензивную терапию не принимает, СД 2 типа – контроль диета, уровень сахара при самоконтроле (редко) – 8-9 ммоль/л натощак.

При осмотре: Рост – 179 см, вес – 102,8 кг. Температура тела - 38,9°C. Кожные покровы обычной окраски, горячие. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Незначительный цианоз губ. Слизистая оболочка глотки гиперемирована. В легких справа, в нижних отделах под лопаткой и по аксиллярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 98 в минуту. АД - 148/94 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень по краю реберной дуги. Селезенка не увеличена. Мочиспускание свободное, безболезненное, стул оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с 2-х сторон. Психо - неврологический статус без особенностей.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 16

Пациент А., 19 лет, студент МФТИ, работает курьером Яндекс доставка. Обратился в поликлинику к дежурному врачу с жалобами на повышение t° тела до 37,8°C, значительное затруднение носового дыхания, желтое отделяемое из носа, исчезновение обоняния, ощущение

тяжести и боль в области верхнечелюстных пазух, более выраженную справа, ноющую боль и ощущение «заложенности» в правом ухе.

Заболел 5 дней назад, когда появился выраженный насморк, першение в горле, слабость, разбитость. К врачу не обращался, лечился самостоятельно народными средствами и назальными каплями. Продолжал учиться и работать.

Аллергоанамнез отягощен – крапивница на препараты пенициллинового ряда.

При осмотре: Рост - 182 см, вес – 102, 4 кг. Кожные покровы обычной окраски, t° тела - 37,4 $^{\circ}$ C. Носовое дыхание затруднено с 2-х сторон, отделяемое из носа вязкое желтого цвета, боль в области верхнечелюстных пазух (больше справа), усиливающаяся при наклоне головы вперед и при перкуссии этой области. Гнусавость голоса. Гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. Правое ухо: ушная раковина внешне без патологических изменений, правильной формы, отмечается болезненность при пальпации и надавливании на козелок. Перкуссия сосцевидного отростка безболезненна. Левое ухо: ушная раковина внешне без патологических изменений, правильной формы, безболезненно при пальпации и надавливании на козелок. Перкуссия сосцевидного отростка безболезненна. При аускультации легких - дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 80 в мин. АД - 142 / 86 мм рт. ст. Язык чистый. Живот мягкий безболезненный во всех отделах. Симптом «поколачивания» отрицательный с двух сторон. Физиологическое отправление в норме.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 17

Больной К., 28 лет, менеджер банка. Вызов врача-терапевта поликлиники на дом. Жалобы на общую слабость, повышение температуры тела до 38,4 $^{\circ}$ C с ознобом, кашель с выделением жидкой слизисто-гнойной мокроты в небольшом количестве, одышку.

В анамнезе: заболел неделю назад, когда появились насморк, кашель, головная боль. Температура тела не повышалась. Лечился самостоятельно, листок нетрудоспособности не открывал. Ухудшение состояния отмечает ночью накануне визита врача - температура тела поднялась до 38,4 $^{\circ}$ C, сопровождалась ознобом. Утром отметил появление при кашле жидкой слизисто-гнойной мокроты.

Осмотр: Кожа чистая, гиперемия лица. Температура тела - 38,2 $^{\circ}$ C. При осмотре грудной клетки и при пальпации изменений нет. При перкуссии грудной клетки справа в подключичной области участок притупления перкуторного звука. При аускультации в этой области дыхание ослабленное, выслушиваются незвучные влажные мелкопузырчатые хрипы. ЧД - 18 в мин. Тоны сердца приглушены. Пульс - 98 уд. в мин., удовлетворительного наполнения, ритм правильный. АД - 110/70 мм рт. ст. Язык обложен белым налетом. Абдоминальной патологии не выявлено. Стул был накануне, диурез сохранен.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 18

Пациент И., 54 года, должность - экспедитор. Обратился к врачу общей врачебной практики с жалобами на длительный кашель с отделением вязкой мокроты, одышку при средней физической нагрузке. В последние 2 недели кашель усилился, мокрота стала желтой, появилась одышка во время ходьбы по ровной местности в привычном для него темпе. Ранее по поводу одышки обращался к врачу кардиологу, проводилось исследование ЭКГ, Эхо-КГ, биохимическое исследование крови, со слов пациента нарушений не выявлено.

В анамнезе последние 5 лет частые простудные заболевания, проявляющиеся длительно сохраняющимся кашлем с мокротой желтого цвета и одышкой. Пациент курит в течение 30 лет, по 20 сигарет в сутки. Дважды пробовал бросить курить, но безрезультатно. Аллергоанамнез не отягощен.

При осмотре: Правильного телосложения, нормального питания. Рост - 178 см, вес - 84 кг. Температура тела - 37,6°C. Отеков нет. Опорно-двигательный аппарат не изменен. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка правильной нормастенической формы, обе половины ее активно участвуют в акте дыхания. Перкуторный звук над легкими легочный, с коробочным оттенком в задне-базальных отделах, при аускультации дыхание жесткое, рассеянные единичные сухие свистящие и жужжащие хрипы. ЧД - 18 в 1 мин в покое. Тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС - 80 в мин. АД - 135 / 85 мм рт. ст. Печень и селезенка не увеличены. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2-х сторон. Физиологические отправления в норме.

- Исследование PEF - 455 л/мин., что соответствует 77% к должному.
- Результат оценки опросника САТ - 14 баллов.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 19

Пациентка М., 40 лет. Обратилась к врачу общей практики с жалобами на головную боль, головокружение, повышенную утомляемость, снижение работоспособности, одышку при умеренной физической нагрузке.

Вышеперечисленные жалобы отмечает в течение последних 3-х месяцев. При головной боли самостоятельно принимала НПВС с кратковременным положительным эффектом. Нарастание интенсивности одышки заставило пациентку обратиться к врачу.

В анамнезе: аппендэктомия - в детстве. Травм не было. Роды - одни (экстренное кесарево сечение) - 15 лет назад. 2 года назад была диагностирована «миома матки», наблюдается у гинеколога. Менструации обильные, нерегулярные. Вредные привычки отрицает. Часто принимает НПВС (головная боль). Аллергологический анамнез не отягощен.

При осмотре: рост - 168 см, в вес - 62 кг. Температура тела - 36,6°C. Бледность кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Волосы на голове тусклые, ломкие. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД - 18 в мин. При аускультации сердца выслушивается ослабление I тона, ритм правильный. ЧСС - 110 в мин. АД - 105/70 мм рт. ст. Живот мягкий, умеренно болезненный в верхней половине. Печень, селезенка не пальпируются. Физиологические отправления в норме. Симптом «поколачивания» отрицательный с 2-х сторон. Дизурии нет. Психоневрологический статус не изменен.

- *Клинический анализ крови:* Нб - 89 г/л, Нст - 26%, эритроциты - $3,0 \times 10^{12}/л$, MCV - 71 мкм, MCH - 22 Пг, RDW - 15,5 %, лейкоциты - $4,7 \times 10^9/л$, СОЭ (по Вестергрену) - 24 мм/час.

○ *Биохимический анализ крови:* общий белок - 63 г/л, мочева кислота - 200 мкмоль/л, холестерин - 4,2 ммоль/л, билирубин (общ.) - 10,4 мкмоль/л, СРБ - 4, глюкоза - 4,9 ммоль/л, ПТИ - 94%.

○ *Общий анализ мочи* - без изменений.

Задание:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 20

Больная В., 62 года, обратилась к врачу общей практики с жалобами на красный цвет мочи, боли в поясничной области, слабость.

В анамнезе: в молодости неоднократно переносила острый цистит, лечилась антибактериальными препаратами. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями, принимает различные нестероидные препараты (диклофенак, индометацин, найз). Красный цвет мочи отметила неделю назад однократно, вчера эпизод гематурии повторился. Болей при мочеиспускании не отмечала, дизурии нет, температура тела в норме.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Нормотермия. Лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 74 в минуту. АД 135/80 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравертебральные точки болезненны при пальпации на уровне L1–L5 позвонков.

Данные обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 105 г/л, лейкоциты $6,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 64%, эозинофилы 2%, лимфоциты 25%, моноциты 8%, СОЭ 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес 1013, лейкоциты 20-30 в п/зр, эритроциты 100 в п/зр, белок 0,066 г/л, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: креатинин 106 ммоль/л, калий 5,0 ммоль/л, мочева кислота 266,0 ммоль/л

УЗИ почек: размеры почек не изменены. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 21

Ребенок 12 лет. Жалобы на боль в горле и в околоушных областях при жевании, боль в животе, тошноту. Заболел остро, когда повысилась температура до 38⁰С, появился отек в области околоушной железы справа. На следующий день температура повысилась до 38,5⁰С, появился отек в области околоушной железы слева. На 3-й день болезни температура нормализовалась, на 6-й день – вновь повысилась до 39⁰С, появилась головная боль, боль в животе, двукратная рвота. Известно, что в классе, где учится мальчик, у нескольких детей было отмечено повышение температуры и сходная симптоматика.

При осмотре дома состояние ребенка тяжелое. Температура тела $38,5^{\circ}\text{C}$. В области околушных слюнных желез пальпируется опухолевидное болезненное образование, кожа над ними не изменена. Мальчику трудно открыть рот (больно). Язык суховат, обложен серым налетом. Живот при пальпации болезненный в области эпигастрия. Менингеальные знаки отрицательные.

Общий анализ крови: Нв-120г/л, лейкоциты - $5 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты - $4 \times 10^{12}/\text{л}$, Э-0, П-2%, С-46%, Л-59%, М-2%, СОЭ 18мм/час.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 22

Мальчик 7 лет заболел остро с повышением температуры тела до 39°C , отмечалась головная боль, боль в горле при глотании, однократная рвота.

При осмотре на третий день болезни состояние ребенка расценено как среднетяжелое за счет явлений интоксикации. Температура тела $39,4^{\circ}\text{C}$. На коже лица, туловища, конечностей отмечается обильная сыпь – на гиперемизованном фоне кожи, мелкоточечная, со сгущением в естественных складках кожи; носогубный треугольник свободен от сыпи. Выражен белый дермографизм. Слизистая оболочка полости рта ярко гиперемизована – «пылающий зев», четко выражена граница гиперемизованного мягкого и твердого неба. Миндалины гипертрофизованы, гиперемизованы, отмечаются гнойные фолликулы. Сосочки языка гипертрофизованы, слизистая языка яркая. Лимфатические узлы шеи, подчелюстные гипертрофизованы, умеренно болезненны при пальпации. Дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены, ЧСС 90 в мин. Живот при пальпации безболезненный, край печени не выступает из-под реберной дуги. Физиологические отправления, со слов мамы, не нарушены.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 23

К врачу общей практики обратился молодой человек 19 лет. Жалобы: на чувство «песка», зуд, покраснение в глазах, отделяемое из глаз. Заболел вчера, когда, проснувшись утром, почувствовал, что ему трудно открыть веки. Анамнез: удалось выяснить, что перед этим он купался в озере. Объективно: конъюнктивa глаз отечна и гиперемизована, обильное гнойное отделяемое. Функции глаза сохранены. Передний и задний отрезки не изменены.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 24

Больная 38 лет, обратилась к врачу общей практики. Жалобы на сильную боль в правом ухе, иррадиирующую в височную, теменную области, усиливающуюся при жевании, на повышение температуры 37,4⁰С.

При осмотре правая ушная раковина обычной конфигурации. В начальном отделе наружного слухового прохода на передней его стенке определяется конусовидный инфильтрат, на верхушке которого видна желтая точка. Просвет слухового прохода резко сужен, осмотреть барабанную перепонку не удается. Лимфатический узел, расположенный впереди ушной раковины, увеличен, болезнен при пальпации. Резкая боль при пальпации области козелка, левое ухо без изменений. Шепот слышит на расстоянии 5 м на оба уха.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 25

Больная 36 лет, обратилась к врачу общей практики. Жалуется на снижение слуха, гнойные выделения, легкую боль в глубине левого слухового прохода.

Данные анамнеза. Ухо впервые заболело в детстве после кори. С тех пор понижен слух. Ежегодно беспокоят обострения, во время которых слух ухудшается в еще большей степени, возникают гноетечение из уха, боль в нем. Настоящее обострение началось неделю назад после перенесенного на ногах респираторного заболевания.

Данные объективного исследования. Слизистая оболочка полости носа и глотки незначительно гиперемирована. Отоскопия: левое ухо - гнойное отделяемое в слуховом проходе, округлый центральный дефект барабанной перепонки около 4 мм в диаметре, остатки ее умеренно гиперемированы, в барабанной полости - гной. Болезненности при пальпации сосцевидных отростков нет. Слух понижен только на левое ухо по типу нарушения звукопроводения. Вестибулярных расстройств не обнаружено

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 26

Пациентка 18 лет на приеме у врача общей практики. Жалуется на периодическую заложенность носа, водянистые выделения из носовых ходов, пароксизмальное чихание. Данные симптомы усиливаются во время уборки квартиры. В общем анализе крови – повышенное содержание эозинофилов.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 27

На амбулаторном приеме женщина 25 лет с жалобами на головную боль (двусторонней локализации), которая возникла утром. Боль достаточно выраженная (8 баллов из 10) и носит пульсирующий характер. Также пациентка отмечает светобоязнь и тошноту. Кроме того, беспокоит быстрая истощаемость, «отсутствие сил», сниженная работоспособность, периодически принимает настойки лимонника, женьшеня с временным эффектом.

Анамнез заболевания. Подобные приступы головной боли различной продолжительности (от получаса до целого дня) возникают около 5 лет. В последнее время частота приступов возросла до 2-3 раза в мес. Приступы провоцируются различными факторами, в т.ч регулярно возникают за 2-3 дня до месячных. Во время головной боли пациентка неработоспособна и предпочитает находиться в затемненном тихом помещении. Принимала солпадеин со слабым эффектом.

Из сопутствующих заболеваний - пищевая аллергия (клубника, мандарины), склонность к гипотонии.

Из анамнеза жизни: Вредные привычки отрицает. Профессиональных вредностей не имеет. У матери в юности отмечались частые головные боли.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Больная астенического телосложения. Отмечается некоторая бледность кожных покровов. По органам – без особенностей Пульс 80 уд/мин, ритмичный. АД - 90/70 мм рт. ст.

При неврологическом осмотре локальной неврологической симптоматики не выявляется.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты $5,8 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,7 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты $190,0 \times 10^9$ /л. СОЭ 15мм/ч.

Общий анализ мочи – уд вес 1018, сахара, белка нет, лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр., соли не выявлены

Инструментальные исследования:

ЭКГ- ЧСС 84, ритм синусовый, вертикальное положение электрической оси сердца.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 28

Больная Л., 45 лет, обратилась к врачу общей практики с жалобами на ощущение «вращения окружающих предметов» длительностью около 1 мин. Это ощущение возникает при изменении положения тела, резких поворотах головы и однажды при запрокидывании головы назад привело к падению с получением ссадин. Часто головокружение сопровождается тошнотой, но рвоты никогда не было.

Анамнез заболевания. Первый раз ощутила головокружение в постели при повороте туловища, затем головокружение стало возникать достаточно часто при изменении положения тела. Пациентка отрицает наличие каких-либо симптомов со стороны органов дыхания, лихорадку, потерю слуха, звон в ушах. В течение 2-х лет отмечает периодические подъемы АД до 165/100 мм рт ст., что связывает с психоэмоциональными перегрузками на работе и дома. Эпизодически принимает капотен. Последний месяц регулярно принимает небиволол 2,5 мг утром,

Из анамнеза жизни: Вредные привычки курит 0.5 пачки сигарет в день. Профессиональных вредностей не имеет. Наследственность – у отца артериальная гипертония.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Больная нормостенического телосложения. Кожные покровы и склеры обычной влажности и окраски. По органам – без особенностей Пульс 62 уд/мин, ритмичный. АД - 130/85 мм рт. ст.

При неврологическом осмотре локальной неврологической симптоматики не выявляется.

При проведении проба Дикса-Холлпайка пациентка отметила возникновение головокружения, наблюдался нистагм, продолжительностью около 30 сек.

Лабораторные данные.

Общий анализ крови: гемоглобин - 126 г/л, лейкоциты - $6,4 \times 10^9$ /л, эритроциты - $4,7 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты - $180,0 \times 10^9$ /л. СОЭ - 19 мм/ч.

Общий анализ мочи – уд вес 1018, сахара, белка нет; лейкоциты 2-3 в п/зр, эритроциты 0-1 в п/зр; соли не выявлены

Инструментальные исследования:

ЭКГ – ЧСС 60, нормальное положение ЭОС, в остальном без особенностей.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 29

Больная М. 32 лет, работница продавец. По дороге на работу, поскользнувшись, упала, ударила головой об асфальт. Сознание теряла на несколько секунд, сама поднялась и самостоятельно дошла до магазина, но к работе приступить не смогла из-за головной боли, головокружения и тошноты, рвоты не было. Ранее считала себя здоровой, 1 месяц назад проходила диспансеризацию. Обратилась в медсанчасть.

При осмотре: травматических повреждений мягких тканей нет. Пульс ритмичный, 76 ударов в мин, АД 125/80 мм рт.ст. Сознание ясное. Поведение адекватное. Память сохранена. Менингеальных и очаговых неврологических симптомов нет.

Рентгенограмма черепа – без патологии.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 30

Пациентка П, 36 лет, обратилась с жалобами на сердцебиение, плаксивость, плохой сон, чувство дрожания всего тела, похудание на 10 кг за месяц. Вышеперечисленные жалобы отмечает в течение месяца, ни с чем не связывает.

Объективно: правильного телосложения, пониженного питания. Кожа горячая, влажная, эластичная. Щитовидная железа увеличена на глаз, эластичная, подвижная, узлы не определяются. Экзофтальм, положительные симптомы Грефе, Мебиуса, Кохера. Легкие без патологии. Границы сердца не изменены, ЧСС 110 в мин. АД 130/80 мм рт.ст. Органы брюшной полости без патологии

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз

4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 31

Пациентка К., 24 лет, беременность 18 недель, вызвала врача-терапевта на дом с жалобами на тошноту, рвоту, боли в поясничной области, периодически повышение температуры тела до 39,0 С.

Анамнез заболевания. Заболевание началось остро накануне, возможно после переохлаждения, температура тела повысилась до фебрильных цифр, присоединился озноб, затем тошнота, была однократная рвота. Нарушений стула и дизурических явлений не было. Самостоятельно однократно приняла ибупрофен с кратковременным эффектом.

Из анамнеза жизни: беременность первая, протекает нормально, без осложнений. Из перенесенных заболеваний только вирусные инфекции.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,0⁰С. Кожные покровы: обычной окраски, влажные. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧД 18 в минуту. Тоны сердца ясные, шумов нет. Пульс 90 уд/мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Ритм сердца правильный. АД 110/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания положительный справа.

Данные обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 120 г/л, эритроциты $3,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $15,2 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 9%, сегментоядерные нейтрофилы 60%, эозинофилы 1%, лимфоциты 25%, моноциты 5%, СОЭ 50 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – желтый, прозрачность – неполная, моча мутная, относительная плотность 1010, рН 6,5, белок 0,21 г/л, глюкоза – отрицательно; эпителий 0-2 в п/зр, лейкоциты 40-50 в п/зр, эритроциты 0, соли не обнаружены, слизь большое количество, бактерии большое количество

УЗИ почек – пиелокаликоектазия слева.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 32

Пациент 17 лет на приеме у врача общей практики. Жалобы на избыточную массу тела, частые головные боли в теменной и затылочной областях, одышку при физической нагрузке, повышенную утомляемость. Избыточная масса тела отмечена с 3 –х летнего возраста. Аппетит всегда был повышен. Из продуктов питания предпочитает хлебобулочные изделия, мясо, колбасы. В детстве – частые ОРВИ, хронический тонзиллит с частыми обострениями. У матери и брата - ожирение.

Объективно: Рост 182 см, масса тела 116 кг (ИМТ – 35,2 кг/м²). Отложение жира равномерное – с преимущественным распределением в области живота и бедер. На коже грудных желез, боковых поверхностей живота, внутренних поверхностей бедер, множественные узкие розовые стрии. Двусторонняя гинекомастия. Щитовидная железа не увеличена, функция ее не нарушена. Пульс 82 в 1 мин. ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Границы сердца не изменены. Тоны сердца приглушены. АД 150/ 90 мм рт.ст. Живот увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации мягкий, безболезненный.

При обследовании: общий анализ крови и мочи в норме. Стандартный тест толерантности к глюкозе: уровень глюкозы в крови натощак 5,5 ммоль/л; через 2 часа после перорального приема 75 г глюкозы – 8,2 ммоль/л.

На рентгенограмме костей черепа – усиление сосудистого рисунка. Форма и размеры турецкого седла в пределах нормы.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 33

Больная В., 62 года, обратилась к врачу общей практики с жалобами на красный цвет мочи, боли в поясничной области, слабость.

В анамнезе: в молодости неоднократно переносила острый цистит, лечилась антибактериальными препаратами. Более 15 лет страдает остеохондрозом поясничного отдела позвоночника с корешковым синдромом, характеризующимся выраженными и упорными болями, принимает различные нестероидные препараты (диклофенак, индометацин, найз). Красный цвет мочи отметила неделю назад однократно, вчера эпизод гематурии повторился. Болей при мочеиспускании не отмечала, дизурии нет, температура тела в норме.

Объективный статус. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы и слизистые обычной окраски и влажности. Нормотермия. Лимфоузлы не пальпируются. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, 74 в минуту. АД 135/80 мм рт.ст. Живот при пальпации безболезненный. Поколачивание по поясничной области умеренно болезненно с обеих сторон. Паравертебральные точки болезненны при пальпации на уровне L1–L5 позвонков.

Данные обследования:

Общий анализ крови: гемоглобин 110 г/л, лейкоциты $6,0 \times 10^9$ /л, палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 64%, эозинофилы 2%, лимфоциты 25%, моноциты 8%, СОЭ 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: удельный вес 1013, лейкоциты 20-30 в п/зр, эритроциты 100 в п/зр, белок 0,066 г/л, бактерий нет.

Биохимический анализ крови: креатинин 106 ммоль/л, калий 5,0 ммоль/л, мочевиная кислота 260 ммоль/л.

УЗИ почек: размеры почек не изменены. Чашечно-лоханочная система не расширена.

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики

Ситуационная задача 34

Женщина 35 лет, беременностью 28 недель, направлена гинекологом к врачу общей практики с жалобами на изжогу 2-3 раза в день, усиливающуюся в положении лежа, тошноту, рвоту кислым по утрам, периодически чувство тяжести в эпигастрии.

Подобные жалобы появились на сроке 24 недели. Наблюдалась в женской консультации с токсикозом I половины беременности. В подростковом возрасте беспокоили тошнота, боли в животе, состояние расценивалось как хронический гастрит. Отец страдает язвенной болезнью, у

матери желчнокаменная болезнь. При осмотре: язык обложен у корня. При глубокой пальпации небольшая болезненность в эпигастрии справа.

Общий анализ крови: гемоглобин 115 г/л, эритроциты $3,1 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $8,3 \times 10^9/л$, лейкоформула не изменена, СОЭ 21 мм/ч. Общий анализ мочи: без отклонений от нормы

Вопросы:

1. Определите основные синдромы
2. Предварительный диагноз
3. Дифференциальный диагноз
4. Тактика врача общей практики