

Міністерство охорони здоров'я України
Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова


«УЗГОДЖЕНО»
Методичною радою
терапевтичних дисциплін
протокол №5
від «13» березня 2024 року

Голова Методичної ради,
професор ЗВО


Микола СТАНІСЛАВЧУК

«ЗАТВЕРДЖЕНО»
Вченою радою
ВНМУ ім. М.І. Пирогова
протокол №9
від «25» квітня 2024 року

Голова Вченої ради,
професор ЗВО


Вікторія ПЕТРУШЕНКО

ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ СТУДЕНТА ДО СТАНЦІЇ № 1
«Стандартизований пацієнт у клініці внутрішньої медицини»

Відповідно Указу Президента України від 24.02.2022 р. №64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні», «Положення про організацію освітнього процесу у ВНМУ ім. М.І. Пирогова», затвердженого рішенням Вченої ради, протокол №1 від 02.09.2022 р., «Положення про запровадження елементів дистанційного навчання у ВНМУ ім. М.І. Пирогова, затвердженого рішенням Вченої ради протокол №8 від 26.05.2020 р.» проведення Державної атестації здобувачів вищої освіти підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» відбуватиметься у одноденному форматі. Порядок проведення ОСП(К)І регулюється Положенням про порядок проведення ОСП(К)І у Вінницькому національному медичному університету ім. М.І. Пирогова Галузь знань 22 «Охорона здоров'я», затвердженого рішенням Вченої ради медичних факультетів від 20.02.2021 р., протокол №2. За умови впровадження елементів дистанційного навчання у ВНМУ ім. М.І. Пирогова ОСП(К)І відбуватиметься на платформі Microsoft Teams або Google Meet.

У день іспиту секретар Державної екзаменаційної комісії надає інформацію про маршрут студента (послідовність станцій для здачі іспиту) або приєднує до наради екзаменатора студента, група, якого здає іспит згідно графіку. Студент повинен привітатись та представитись, пред'явити документ (паспорт громадянина України або студентський квиток), який засвідчує його особу і йому/їй. присвоюється ідентифікаційний номер, який має представлятись екзаменатору на кожній станції. Крім того, студент підписує інформаційну згоду на проведення відеофіксації іспиту та про нерозголошення інформації іспиту, яка не є загальнодоступною та про ознайомлення із забороненими діями під час проведення іспиту. На станції студент повинен привітатись та представитись, пред'явити документ з присвоєним ідентифікаційним номером, який засвідчує його особу. До складання іспиту допускаються студенти, які вчасно з'явилися, одягнені у медичний одяг (халат або хірургічний костюм та змінне взуття), мають документ, який засвідчує особу (паспорт громадянина України, студентський квиток). Екзаменатор проводить відеозапис іспиту. Студент отримує клінічну ситуацію, де передбачено оцінити скарги пацієнта, які має опитати у тьютора (за умови дистанційного навчання будуть представлені), анамнестичні та об'єктивні дані, інтерпретувати результати лабораторного та інструментального методів дослідження даного пацієнта, встановити діагноз, визначити тактику ведення пацієнта і призначити лікування, називаючи групу препаратів та

представника, дати коротку відповідь на додаткові питання, за умови їх наявності у завданні.

При роботі з пацієнтом (т'ютором):

1. Студент повинен привітатись, представитись і спитати у пацієнта, як можна до нього звертатись. Отримавши інформацію про ім'я пацієнта, перепитати дозвіл на опитування.

NB! Зверніть увагу!

При роботі з пацієнтом окремо оцінюється комунікабельність студента

2. Опитати пацієнта про його вік, скарги, провести їх деталізацію, опитати анамнестичні дані, в тому числі чим хворів пацієнт.

NB! Зверніть увагу!

При роботі з пацієнтом окремо оцінюється вміння деталізувати скарги та опитувати анамнестичні дані.

Пацієнт повідомляє одразу всі скарги, які його турбують, що автоматично свідчить про відсутність інших скарг.

Пацієнт може перепитати: «Поясніть, будь ласка, що зі мною?», що свідчить про те, що у пацієнта відсутня інформація, про яку студент занадто прискіпливо допитується, тим самим дає зрозуміти, що потрібно переходити до наступного кроку у обстеженні. Студент повинен коротко дати відповідь, що з пацієнтом і продовжити виконувати наступне завдання. Серед анамнестичних даних слід перепитати чим раніше хворів пацієнт, адже така інформація може бути необхідна для формулювання діагнозу, визначення подальшої тактики чи призначення лікування, враховуючи особливості анамнестичних даних.

3. Дані об'єктивного обстеження пацієнта студент отримує у паперовому варіанті (клінічна ситуація) додатково разом із завданням.

При роботі з клінічною ситуацією:

1. потрібно проаналізувати дані об'єктивного обстеження пацієнта, які наведені;

2. інтерпретувати дані лабораторно-інструментального обстеження пацієнта;

3. виставити попередній діагноз;

4. визначити тактику ведення пацієнта;

5. призначити лікування для пацієнта, називаючи групу препаратів та представника, що вказано у завданні.

Спілкування з т'ютором, відповідь на завдання проводиться після включення відеозапису екзаменатором. Після виконання завдання або закінчення часу перебування на станції повернути завдання викладачу, дочекатись сигналу про закінчення часу перебування на станції, покинути станцію.

Тривалість проходження станції 8 хв.

Інформацію про закінчення часу перебування на станції і можливість переходу на іншу станцію (або закінчення іспиту) дає секретар. Після закінчення часу перебування на станції екзаменатор відповідь не приймає. Зверніть увагу, що викладач є спостерігачем ваших дій і не надає інструкції, не коментує і не опитує.

Після проходження першої станції студент має перейти на другу станцію.

Заборонено спілкуватись між собою, з екзаменаторами, використовувати навчальні та допоміжні матеріали, користуватися гаджетами, передавати, копіювати, та розповсюджувати будь-яку інформацію, яка стосується іспиту і не є загальнодоступною. При порушенні вище зазначених норм студентом, складання ним іспиту припиняється, оцінка за складання іспиту виставляється «не склав» (порушення правил академічної доброчесності).

Іспит відбувається із забезпеченням безумовного дотримання Алгоритму дій під час надходження сигналу «**Повітряна тривога**» або інших сигналів оповіщення, а саме: призупинення іспиту, повідомлення для студентів, організовано під керівництвом викладачів, які проводять іспит, прослідувати в укриття цивільного захисту і перебувати

там до скасування сигналу. Викладач повинен проінформувати студентів про подальші дії після відміни сигналу: продовжити або перенести іспит. Питання про перенесення іспиту на інший час та добу вирішує голова ДЕК. За умови проведення іспиту в безпечному приміщенні, іспит не призупиняється.

Вимоги до проходження станції в дистанційному режимі:

- використання комп'ютера чи ноутбука під час відповіді;
- відповідь приймається за умови включеної камери, де чітко видно студента, який здає іспит, та включеного мікрофону з чітким звуком;
- під час роботи на станції ведеться відеозапис.

Частина ОСП(К)І з внутрішньої медицини складається з двох станцій.

Станція № 1 «Стандартизований пацієнт у клініці внутрішньої медицини»

Представлені ситуаційні задачі з циклів кардіологія, ревматологія, пульмонологія, гастроентерологія, нефрологія, гематологія, ендокринологія, інфекційні хвороби, фтизіатрія, алергологія, професійні хвороби.

Приклад відповіді на клінічну ситуацію станції №1

Оцінювання комунікативної навички: Добрий день. Я студент 6 курсу. Мене звали Іван Іванов. Як можна до Вас звертатись? Чи дозволите вас опитати? Скільки Вам років.

Клінічна ситуація.

Скарги та анамнез опитати у пацієнта (за умови дистанційного складання іспиту будуть представлені).

Опитування т'ютора: На що Ви скажитесь?

При опитуванні у т'ютора на що скажитесь пацієнт, буде повідомлено: на загальну слабкість, біль у ділянці серця, задишку.

Скарги потребують деталізації, що потребує подальшого опитування: біль в ділянці серця пекучий чи тиснучий, чи колючий, чи ниючий?, чи пов'язаний з фізичним навантаженням?, що провокує біль?, чим пацієнт знімає больовий синдром? І т.д. Чи пов'язана задишка з фізичним навантаженням чи виникає у спокої?

При опитуванні анамнестичних даних потрібно опитати коли вперше з'явилися скарги?, що змінилось з моменту появи скарги до теперішнього часу? чим хворів пацієнт раніше?

За умови дистанційного навчання буде представлена наступна інформація:

Пацієнт 64 років скажить на загальну слабкість та біль у ділянці серця, який пов'язаний з фізичним навантаженням і виникає після проходження 90-100 м або при підйомі на 15-20 сходинок. Біль тиснучого характеру, віддає в ліве плече, проходить після тривалого відпочинку або через 5-10 хв. після прийому 1 табл. нітрогліцерину. Задишка змішаного характеру, виникає при помірному фізичному навантаженні.

Анамнестичні дані: Вважає себе хворою близько року, коли вперше виник біль у ділянці серця. Задишка та набряки посилюються за останній місяць. Мати померла від інфаркту міокарда у віці 65 років. Постійного лікування не отримує, при нападах болю приймає нітрогліцерин.

Опитати лише ту інформацію, яка стосується постановки діагнозу даного пацієнта.

Далі надаються дані об'єктивного обстеження даного пацієнта та його лабораторно-інструментальне обстеження.

Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний. Пульс –84 уд/хв, ритмічний, задовільних властивостей. АТ 130/80 мм рт. ст. Межі серця відповідають віковим нормам. І тон над верхівкою серця ослаблений, вислуховується акцент ІІ тону над аортою. Визначаються набряки ступень та гомілок. При дослідженні дихальної системи та органів черевної порожнини змін не виявлено. Пацієнту проведені дослідження:

Ліпидограма:

Параметри	Показник	Референтне значення
Загальний холестерин, ммоль/л	6,2	3,9-5,2
Тригліцериди, ммоль/л	2,4	0,45-1,7
ХС ЛПНЩ, ммоль/л	2,9	до 2,6
ХС ЛПВЩ, ммоль/л	0,8	1,0-1,6

Велоергометрія: при навантаженні 50 Вт у хворої з'явився дискомфорт у ділянці серця. На ЕКГ зареєстровано депресію сегменту ST на 4 мм нижче ізолінії в I, AVL, V5- V6. Проведення проби припинено.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію ліпидограми та велоергометрії.
2. Сформулюйте діагноз
3. Призначте лікування, називаючи групу, представника.

Приклад відповіді і нарахування балів:

Практичні навички	Кількість балів за навичку	Кількість балів здобувача
Комунікативність (привітання, представлення, початок та закінчення спілкування)	0,25	
Вміння збирати та деталізувати скарги, анамнез	0,25	
Підвищення всіх показників, та зниження ЛПВЩ, що вказує на дисліпідемію	0,25	
Інтерпретація велоергометрії		0,5
Депресія сегменту ST на 4 мм нижче ізолінії в I, AVL, V5- V6 вказує на ішемію в передньо-боковій стінці ЛШ, що свідчить про позитивну пробу.	0,25	
Навантаження 50 Вт відповідає III ФК стабільної стенокардії.	0,25	
Формулювання діагнозу		0,75
ІХС. Стабільна стенокардія напруги, ФК III	0,5	
Дифузний кардіосклероз. СН II А стадія за класифікацією М.Д.Стражеско та В.Х.Василенко, стадія С	0,25	
Лікування		3,0
При нападах болю: нітрати короткої дії	0,25	
нітрогліцерин в таблетках чи спреї сублінгвально	0,1	
β-адреноблокатори	0,25	
небіволлол, бісопролол	0,1	
статици	0,25	
аторвастатин або розувастатин	0,1	
антитромбоцитарний препарат	0,25	
ацетилсаліцилова кислота, при непереносимості клопідогрель	0,1	
Лікування серцевої недостатності:інгібітор АПФ	0,25	
раміприл	0,15	

антагоніст мінералокортикоїдів	0,25	
еплеренон	0,15	
натрій-залежний переносник глюкози 2 типу (SGLT2)	0,25	
дапагліфлозин	0,15	
петльові діуретики	0,25	
торасемід	0,15	
Максимальна кількість балів за станцію	5,0	###

Перелік ситуацій: гіпертонічна хвороба; міокардит; фібриляції передсердь; хронічна серцева недостатність; хронічна ревматична хвороба серця, аортальний стеноз; мітральний стеноз; ревматоїдний артрит; подагричний артрит; хвороба Бехтерева; системний червоний вовчак; остеоартрит; гастроєзофагорезфлюксна хвороба; шлункова диспепсія; пептична виразка; жовчна колька; хронічний панкреатит; цироз печінки; пневмонія; хронічне обструктивне захворювання легень; бронхіальна астма; хронічний пієлонефрит; гострий і хронічний гломерулонефрит, хронічна хвороба нирок, в тому числі хронічна діабетична хвороба нирок; гостра лейкемія; хронічна мієлоїдна лейкемія; аутоімунна гемолітична анемія; В12 –дефіцитна анемія; спадковий мікросфероцитоз; цукровий діабет; ожиріння, гепатоз; хвороба Іценко-Кушинга, нецукровий діабет, сальмонельоз, шигельоз, холера, черевний тиф, ботулізм харчовий, грип, кір, дифтерія мигдаликів, інфекційний мононуклеоз, вірусний гепатит А, В, хронічний вірусний гепатит С, ВІЛ-інфекція, лайм-бореліоз, малярія, оперізуючий герпес, туберкульоз: вогнищевий, інфільтративний, дисемінований, міліарний, фіброзно-кавернозний, туберкульоз внутрішньогрудних лімфатичних вузлів, мультирезистентний туберкульоз, первинний туберкульозний комплекс, туберкульозний плеврит, алергічний риніт, пневмоконіоз, свинцева інтоксикація, хронічна інтоксикація бензолом, хронічна інтоксикація хлорорганічними пестицидами, вібраційна хвороба.

Перелік лабораторних методів дослідження: загальний аналіз крові і сечі; біохімічний аналіз крові на загальний білок та його фракції, білірубін, трансамінази, лужна фосфатаза, ГГТП, маркери до вірусних гепатитів, ЦМВ, діастаза сечі, фекальна еластаза-1, аналіз мокротиння, ліпідний спектр крові, креатинін, сечовина, швидкість клубочкової фільтрації, сечова кислота, коагулограма, гематокрит, СРБ, АСЛ-О, Д-димер, тропонін І, ревматоїдний фактор, АЦЦП, антинуклеарні антитіла; антитіла до дн ДНК, електроліти (калій, натрій, хлор, кальцій іонізований), фосфор, тест толерантності до глюкози, гліогемоглобін; уробілін, білірубін сечі; аналіз сечі за Нечипоренко та Зимницьким, мікробне число, добова протеїнурія, проби Кумбса, стеркобілін випорожнень; копрограма, проба Манту, гормони щитоподібної залози, АКТГ, ОТТГ, кортизол крові;

Перелік інструментальних методів дослідження: ЕКГ, ЕхоКГ, рентгенографія ОГК, суглобів, хребта та кісток тазу, УЗД органів черевної порожнини, нирок і щитоподібної залози, СКТ ОГК, ФЕГДС, добовий внутрішньо-стравохідний рН-моніторинг, сечовий дихальний тест, ректороманоскопія, радіоізотопна ренографія, спірографія, офтальмоскопія, шкіряний тест

ПЕРЕЛІК КЛІНІЧНИХ СИТУАЦІЙ

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: стан середнього ступеня важкості. Хворий блідий, відмічається пітливість. Пульс - 120 уд/хв, аритмічний, альтернуючий. ЧСС - 152 уд/хв, АТ - 110/80 мм рт. ст.

Аускультативно - тони серця аритмічні. При аускультатії легенів - дихання везикулярне. Печінка не пальпується. набряків на ногах немає.

Виконані коагулограма, Д-димер, ЕКГ.

Завдання:

1. Надайте інтерпретацію показникам коагулограми, вказавши цільове значення МНВ при застосуванні варфарину
2. Надайте інтерпретацію ЕКГ.
3. Сформулюйте діагноз.
4. Визначить тактику ведення пацієнта і перерахуйте групи препаратів та представника для базового лікування даного пацієнта

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: хворий блідий ЧД - 16/хв. Над легенями аускультативно вислуховується ослаблене везикулярне дихання. АТ - 120/80 мм рт. ст., пульс – 74 уд./хв., ритмічний. При аускультатії серця: ослаблення І тону на верхівці, систолічний шум над усіма точками з проведенням на судини шиї та в аксиллярну ямку зліва. Інші об'єктивні дані без патологічних змін.

Виконані загальний аналіз крові, С-реактивний білок, антистрептолізин-О, ЕхоКГ.

Завдання:

1. Надайте інтерпретацію аналізу крові.
2. Інтерпретуйте дані ЕхоКГ.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Визначить тактику ведення пацієнта та призначте підтримуючу медикаментозну терапію, називаючи групу препарату та представника

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Пульс 80 уд/хв, ритмічний. АТ 130/80 мм рт. ст. Аускультатія серця: тони ритмічні, І тон послаблений на верхівці, ІІ тон акцент над аортою. Аускультатія легень: дихання везикулярне, хрипів немає. Печінка на 2 см виступає з під краю реберної дуги. Визначаються набряки гомілок, щільні, при пальпації залишається «ямка», що одразу не зникає.

Виконані: ліпідограма, трансамінази, загальний білок, ЕхоКГ.

Завдання:

1. Інтерпретуйте аналіз крові, вказавши цільовий рівень ЛПНЩ у даного пацієнта.
2. Оцініть дані ехоКГ.
3. Сформулюйте діагноз.
4. Визначить тактику ведення пацієнта та призначте базове лікування, називаючи основні групи фармпрепаратів та представників.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

При об'єктивному обстеженні виявлено: шкіра і видимі слизові блідого кольору. Пульс 95уд/хв., ритмічний. АТ – 90/55 мм рт. ст. Ліва межа відносної тупості серця знаходиться на 1,5 см назовні від середньо-ключичної лінії. І тон на верхівці ослаблений. Акцент ІІ тону на легеневій артерії. Аускультативно над легенями – везикулярне дихання. Живіт м'який, безболісний. Визначається пастозність обох гомілок.

Виконані: загальний аналіз крові, СРБ, тропоніни, ЕхоКГ.

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС – 95 уд/хв. PQ - 0,28 с. Ознаки перенавантаження обох шлуночків. Негативні зубці Т у відведеннях V1-V6. Був зафіксований епізод нестійкої шлуночкової тахікардії

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію аналізу крові
2. Дайте інтерпретацію результатам ЕКГ і ЕхоКГ.
3. Сформулюйте діагноз.
4. Визначить тактику ведення пацієнта та призначте лікування, називаючи групу препаратів та представника.

Клінічна ситуація**Скарги та анамнез опитати у пацієнта.**

При об'єктивному обстеженні виявлено: АТ – 165/105 мм рт. ст. Пульс - 75 уд/хв., ритмічний напружений. Ліва межа відносної тупості серця на рівні середньо-ключичної лінії. І тон на верхівці ослаблений. Акцент II тону на аорті. При аускультатії - дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний. Набряки на нижніх кінцівках відсутні.

Виконані: ліпідограма, ЕхоКГ

ЕКГ: ритм синусовий, правильний, ЧСС – 85 уд/хв. Електрична вісь серця відхилена вліво, індекс Соколова-Лайона – 38 мм.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію біохімічному аналізу крові, вказавши цільовий рівень ЛПНЩ для даного пацієнта
2. Дайте інтерпретацію інструментальних методів дослідження (ЕКГ, ЕхоКГ)
3. Сформулюйте діагноз.
4. Визначить тактику ведення пацієнта та призначте лікування, називаючи групу препаратів та представника.

Клінічна ситуація**Скарги та анамнез опитати у пацієнта**

Об'єктивне обстеження та результати додаткових методів дослідження. Загальний стан хворої задовільний. Температура тіла 36.6°C. Частота дихання 24/хв. Пульс аритмічний, 96 уд/хв. АТ 135/75 мм рт.ст.

Перкусія серця – зміщення відносної тупості серця вгору та вправо. *Аускультатія серця* – тони аритмічні, різної інтенсивності, на верхівці серця вислуховується підсилений, ляскаючий I тон та діастолічний шум, над легеневою артерією вислуховується акцент II тону. *Пальпаторно* виявлено збільшення печінки + 2 см. Набряки нижніх кінцівок.

Додаткові методи дослідження.

ЕКГ: ритм несинусовий, неправильний, ЧСС 85-100, фібриляція передсердь, тахісистолический варіант, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса.

Виконані: загальний аналіз крові, СРБ, АСЛ-О, ЕхоКГ**Завдання.**

1. Дайте інтерпретацію лабораторних показників
2. Дайте інтерпретацію інструментального метода дослідження (ЕхоКГ).
3. Сформулюйте та обґрунтуйте повний клінічний діагноз.
4. Визначте лікувальну тактику в даній пацієнтки, призначте фармакологічну терапію перераховуючи назви групи препаратів та її представника.

Клінічна ситуація**Скарги та анамнез опитати у пацієнта.**

Об'єктивне обстеження та результати додаткових методів дослідження. Загальний стан задовільний. Шкіра та видимі слизові дещо бліді. При огляді кистей виявлено підвигнуті I пальців кистей, атрофію міжкісткових м'язів із формуванням «човникоподібної» кисті, набряк уражених суглобів, біль при їх пальпації та активних рухах в них.

Пульс 80 уд/хв, АТ 130/80 мм рт. ст. З боку ССС, легень та органів черевної порожнини об'єктивних змін не виявлено.

Виконані: загальний аналіз крові, СРБ, ревматоїдний фактор, АЦЦП, рентгенографія кистей

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію лабораторних досліджень
2. Дайте інтерпретацію рентгенограми кистей
3. Сформулюйте та обґрунтуйте повний клінічний діагноз
4. Визначте лікувальну тактику для даної пацієнтки, призначте симптом-модифікуюче та хворобо-модифікуюче лікування із вказанням назви групи препаратів та представника групи.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: хвора з надмірною масою тіла, колінні суглоби деформовані, правий колінний суглоб збільшений за рахунок набряку, при пальпації відмічається болісність з медіальної сторони. Рухи в суглобах обмежені, болісні, відмічається крепітація. Пульс 70 за 1 хв., ритмічний, АТ 130/80 мм рт. ст. Об'єктивні дані з боку серцево-судинної, дихальної системи та органів ШКТ без патологічних змін. Змін з боку інших суглобів не виявлено.

Виконані: загальний аналіз крові, СРБ, ревматоїдний фактор, рентгенографія колінних суглобів

Завдання.

1. Дайте інтерпретацію лабораторних показників
2. Дайте інтерпретацію рентгенологічного обстеження суглобів
3. Сформулюйте та обґрунтуйте повний клінічний діагноз.
4. Визначте лікувальну тактику в даної пацієнтки, призначте фармакологічну терапію із вказанням назви групи препаратів та її представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Дані об'єктивного обстеження:

Шкіра та слизові оболонки без особливостей. Хода хворого утруднена через біль у хребті і кульшових суглобах. За конституцією астеник. Відзначається згладження поперекового лордозу, помірна атрофія м'язів. При пальпації визначається болючість у грудному та попереково-крижовому відділі хребта, в ділянках крижо-клубових з'єднань. Позитивний симптом Шобера, рухи в хребті обмежені. АТ – 130/75 мм рт. ст, пульс – 80 за хв., температура тіла – 36,5 С. Зі сторони внутрішніх органів змін не виявлено.

Виконані: загальний аналіз крові, СРБ, рентгенографія хребта та кісток тазу

Завдання.

1. Дайте інтерпретацію лабораторних показників
2. Дайте інтерпретацію даних рентгенографії хребта та кісток тазу
3. Сформулюйте та обґрунтуйте клінічний діагноз.
4. Визначте лікувальну тактику, призначте фармакологічну терапію із вказанням назви групи препаратів та її представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Дані об'єктивного обстеження:

Стан хворої середньої важкості. Дифузна алопеція, на шкірі обличчя та переніссі – висипка, припіднята над поверхнею шкіри, також поодинокі елементи висипки запального характеру на шії та передпліччі, кистях рук. На слизовій роту – афтозні виразки, помірно болючі. Променево-запальні суглоби чутливі при активних рухах та пальпації, спостерігається їх помірний набряк, деформації суглобів не виявлено. Притуплення перкуторного звуку та ослаблення везикулярного дихання в нижніх відділах обох легень. Тони серця звучні,

ритмічні, АТ- 130/80 мм рт. ст, пульс – 86 на хвилину, частота дихання - 20. Живіт безболісний при пальпації, помірна гепато-спленомегалія. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Діурез достатній.

Виконані: загальний аналіз крові, антинуклеарні антитіла, антитіла до двониткової ДНК, рентгенографія грудної клітки:

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію лабораторних показників
2. Дайте інтерпретацію даних рентгенографії органів грудної клітки.
3. Сформулюйте клінічний діагноз.
4. Визначте лікувальну тактику, призначте фармакологічну терапію із вказанням назви групи препаратів та її представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивне обстеження та результати додаткових методів дослідження. Загальний стан задовільний. Має надлишкову вагу. При огляді стоп виявлено набряк та гіперемію у ділянці 1-го пальця лівої ступні, біль при пальпації та активних рухах у ліктьових суглобах. У ділянці розгинальної поверхні правого ліктьового суглобу та у ділянці першого пальця лівої стопи виявлено вузли (щільні, помірно рухливі, не болючі).

Пульс 78 уд/хв, АТ 140/80 мм рт.ст. З боку ССС, легень та органів черевної порожнини об'єктивних змін не виявлено.

Виконані: загальний аналіз крові, СРБ, ревматоїдний фактор, сечова кислота, рентгенографія лівої стопи.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію лабораторних досліджень. Назвіть цільовий рівень сечової кислоти у даного пацієнта.
2. Дайте інтерпретацію рентгенограми лівої стопи
3. Сформулюйте та обґрунтуйте повний клінічний діагноз
4. Визначте лікувальну тактику для даного пацієнта із вказанням назви групи препаратів та представника групи.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Загальний стан відносно задовільний. ЧД – 22/хв., сатурація кисню 94%. При перкусії легень - коробковий звук, при аускультатії вислуховується жорстке везикулярне дихання з подовженим видихом, велика кількість сухих свистячих хрипів над усією поверхнею легень. ЧСС - 96 за хвилину. АД - 110/70 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, ппослаблені. Живіт м'який, безболісний, печінка та селезінка не збільшені. Проведено додаткове обстеження, результати якого приводяться нижче.

Виконані аналіз мокротиння, спірографія.

Спірографія хворої М.

Завдання:

1. Інтерпретуйте дані спірографії
2. Інтерпретуйте результати аналізу харкотиння.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Призначте лікування загострення та базове лікування поза загостренням, називаючи групу препаратів та представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан хворої середнього ступеня тяжкості, ЧД 22/хв., сатурація кисню 93%, ЧСС – 100 уд/хв., АТ 130/80 мм рт. ст. При перкусії легень визначається тупий перкуторний звук над нижніми відділами справа. Аускультативно там же: бронхіальне дихання, дзвінкі дрібнопухирцеві вологі хрипи, шум тертя плеври.

У загальному аналізі крові: гемоглобін 130 г/л; лейкоцити $11,4 \times 10^9$ /л, паличко-ядерні 12 %; ШОЕ 23 мм/год.

Виконані: аналіз мокротиння, рентгенографія органів грудної клітки

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію аналізу мокротиння.
2. Оцініть дані наведеної рентгенограми, акцентуючи увагу на патологічні зміни
3. Встановіть діагноз.
4. Визначте місце лікування пацієнтки та призначте етіологічне лікування, називаючи групу, представника і шлях введення ліків.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Пульс 95 на хвилину, ритмічний. АТ – 130/80 мм рт. ст., 1 тон на верхівці дещо послаблений, шумів немає. Дихання жорстке, розсіяні сухі «свистячі» хрипи над усією поверхнею легень. ЧД-23 за 1 хв. Температура тіла – $37,8^{\circ}\text{C}$. Сатурація кисню – 92%. Живіт не болючий, м'який, приймає участь в акті дихання. Печінка не виступає з-під реберної дуги.

Виконані: загальний аналіз крові, аналіз мокротиння, спірометрія.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію результатів лабораторного обстеження.
2. Дайте інтерпретацію інструментального обстеження.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Призначте планове лікування та лікування загострення, вказуючи групу препарата і представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: дифузний ціаноз. ЧД - 31/хв, сатурація кисню – 88%, температура тіла $36,6^{\circ}\text{C}$. Перкуторно над легеньми – коробковий звук, аускультативно – жорстке везикулярне дихання з подовженим видихом, велика кількість сухих свистячих хрипів. Тони серця ослаблені, ритмічні. Пульс – 88 уд/хв. АТ – 135/85 мм рт. ст. Набряків немає.

Виконані: спірометрія, рентгенографія органів ОГК.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію спірометрії та проби з бронхолітиком.
2. Оцініть дані наведеної рентгенограми, акцентуючи увагу на патологічні зміни.
3. Встановіть діагноз.
4. Призначте лікування, називаючи групу препаратів і представника

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Зріст 170 см, Маса тіла – 87 кг (ІМТ= 30 кг/см^2). Іктеричність склер. Телеангіктазії на верхній половині тулуба; долонна еритема; гінекомастія. Нечітка вимова слів. Дезорієнтований у часі. Астериксис. Підвищення сухожильних рефлексів. АТ- 125/82 мм Hg Пульс 80 уд. за хв. Пальпація органів черевної порожнини - безболісна. Живіт дещо здутий, Перкуторні ознаки рідини в черевній порожнині та симптом флюктуації відсутні. Печінка пальпується +3 см від реберної дуги, край щільний безболісний; її перкусія за

Курловим - 13 – 11 - 9см. Селезінка пальпації не доступна з-за здуття. На ногах набряки на стопах на нижній третині обох гомілок.

Виконані: загальний аналіз крові, білірубін загальний та його фракції, трансамінази, лужна фосфатаза, гама-глутамілтранспептидаза, альбумін сироватки, протромбіновий індекс, глікозильований гемоглобін HBSAg, anti-HBC, УЗД органів черевної порожнини.

ФЕГДС – варикозно розширені вени стравоходу. Патологічних змін з боку шлунка і дванадцятипалої кишки не виявлено.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію проведених лабораторних обстежень (ЗАК та біохімічні тести), виділивши основні патофізіологічний синдроми захворювання.
2. Дайте інтерпретацію проведених інструментальних обстежень, виділивши основний патофізіологічний синдром захворювання.
3. Сформулюйте попередній діагноз з вказівкою етіологічного чинника та перерахуйте його ускладнення.
4. Назвіть основні заходи лікування (фармакотерапевтичні, лапароскопічні, ендоскопічні, хірургічні), які продовжують виживання пацієнтів в даній клінічній ситуації.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан хворої задовільний, шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору, чисті. ЧД 20/хв., ЧСС – 72 уд/хв., АТ 120/70 мм рт. ст. Язик вологий, обкладений білуватим нальотом. При поверхневій пальпації живота відмічається незначний м'язовий дефанс в епігастрії. При глибокій пальпації відмічається болісність в епігастрії та пілородуоденальній зоні, симптом Менделя позитивний. Печінка та селезінка не збільшені. Проведено додаткове обстеження, результати якого приводяться нижче. З боку інших органів і систем патології не виявлено.

ЗАК, ЗАС, цукор крові – норма.

Виконані: C¹³ – сечовинний дихальний тест, ФЕГДС

Завдання:

1. Інтерпретуйте дані C¹³ – сечовинного дихального тесту.
2. Інтерпретуйте результати ФЕГДС.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Перерахуйте можливі схеми лікування даного клінічного випадку (називаючи групу препаратів та представника) та тривалість терапії.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Загальний стан: задовільний, шкіра та видимі слизові оболонки звичайного кольору, чисті. Тони серця чисті, ритмічні. Пульс – 78 уд/хв., ритмічний. АТ – 125/85 мм рт. ст. Живіт при пальпації м'який, помірно болючий в епігастральній ділянці. Печінка та селезінка не збільшені. Випорожнення в нормі.

Виконані: загальний аналіз крові, C⁻¹³ – сечовинний дихальний тест

Завдання:

1. Встановити діагноз.
2. Оцінити дані наявних лабораторних досліджень
3. Визначить подальшу тактику ведення пацієнтки, необхідність у додаткових методах обстеження.
4. Призначити лікування даної патології, (групи препаратів, представники)

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Загальний стан середнього ступеня тяжкості. Пацієнт зниженого харчування. Шкіра суха на дотик. Язик обкладений білим нашаруванням. Дихання везикулярне. Тони серця ослаблені. АТ – 110/70 мм рт.ст. Пульс 76 в 1 хв., ритмічний м'який, ЧД- 18 за 1 хв. Живіт незначно збільшений у розмірах, перкуторно – тимпаніт. При пальпації безболісний. Позитивний симптом Грота. Проведено додаткове обстеження, результати якого приводяться нижче.

Виконані: глюкоза крові, трансамінази, загальний білірубін, діастаза сечі, фекальна еластаза-1, УЗД органів черевної порожнини

Завдання:

1. Інтерпретуйте дані лабораторних досліджень.
2. Інтерпретуйте дані УЗД органів черевної порожнини.
3. Сформулюйте попередній діагноз.
4. Призначте немедикаментозне та медикаментозне лікування, називаючи групу препаратів та представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Шкіра, слизові оболонки звичайного забарвлення. Язик вологий, помірно обкладений білим нашаруванням. Пульс – 86 за хв., АТ-155/90 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, акцент другого тону над аортою. Над легеньми – везикулярне дихання. При аускультатії живота – нормальні кишкові шуми. Живіт при пальпації м'який, але пацієнтка раптово перериває дихання під час пальпації правого верхнього квадранта живота. Позитивні симптоми Ортнера, Мерфі. Нижній край печінки пальпувати не вдається, селезінка не збільшена. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. З боку інших органів і систем патології не виявлено.

Виконані: загальний аналіз крові, глюкоза крові, глікований гемоглобін, трансамінази, загальний білірубін, діастаза сечі та УЗД органів черевної порожнини.

Завдання:

1. Інтерпретуйте лабораторні дані обстеження пацієнтки.
2. Інтерпретуйте дані УЗД органів черевної порожнини хворої.
3. Сформулюйте попередній діагноз
4. Призначте невідкладне лікування загострення хвороби, називаючи групи препаратів і конкретні лікарські засоби та планове лікування хворої (медикаментозне та немедикаментозне). Заходи профілактики

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Загальний стан: середнього ступеня важкості, шкіра та видимі слизові оболонки бліді, чисті. Тони серця чисті, ритмічні. Пульс – 78 уд/хв., ритмічний. АТ – 125/80 мм рт.ст. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка та селезінка не збільшені.

Проведено додаткове обстеження, результати якого приводяться нижче.

Фіброгастроуденоскопія: слизова оболонка нижньої третини стравоходу гіперемована, визначається поодинокі ерозія, розміром до 6 мм, обмежена однією складкою. Нижній стравохідний отвір легкопрохідний.

Виконані: добовий внутрішньо стравохідний рН – моніторинг.

Завдання:

1. Дати інтерпретацію ФГДС та рН-метрії
2. Встановити діагноз.
3. Обґрунтувати призначення ФГДС.

4. Призначити базове та симптоматичне лікування даної патології (групи препаратів, представники) та його тривалість
5. Вказати методи лікування при неефективності первинного лікування

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: шкірні покриви теплі, бліді, набряк кінцівок, тулубу та обличчя. Пульс 80 за хвилину, напружений, ритмічний. АТ 170/ 110 мм рт. ст. Серцевий поштовх розлитий, резистентний, ліва межа відносно тупості серця зміщена вліво на 2 см. І тон над верхівкою ослаблений, акцент ІІ тона над аортою. В нижньозадніх відділах легень перкуторний звук – притуплений, аускультативно в цих місцях ослаблення везикулярного дихання. Живіт при пальпації безболісний. Печінка не пальпується. В бокових фланках живота визначається притуплення перкуторного звуку. Нирки не пальпуються, ділянка їх пальпації безболісна.

Виконані: загальний аналіз сечі, загальний аналіз крові, гематокрит, креатинін, ШКФ, загальний білок, альбумін крові, холестерин, глюкоза крові, глікогемоглобін, радіонуклідна ренографія

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію лабораторних методи дослідження крові та сечі.
2. Дайте оцінку даних РРГ та перерахуйте отримані патологічні зміни.
3. Сформулюйте та обґрунтуйте повний клінічний діагноз.
4. Визначте лікувальну тактику в даного пацієнта, призначте фармакологічну терапію із вказанням назви групи препаратів та її представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан задовільний, шкірні покриви звичайного кольору, температура 37,9⁰ С. Патологічних змін з боку дихальної системи не виявляється. Пульс 86 уд./хв. АТ 160/105 мм рт. ст. Ліва межа серця визначається на 1 см назовні від середньо ключичної лінії. Живіт при пальпації м'який. Симптом Пастернацького позитивний з обох сторін. Нирки не пальпуються, ділянка їх пальпації болюча з обох сторін.

Виконані: загальний аналіз крові, креатинін, ШКФ, загальний аналіз сечі, бактеріологічне дослідження сечі, проба за Нечипоренко, УЗД нирок

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію лабораторних методи дослідження крові та сечі.
2. Дайте оцінку даних УЗД нирок та перерахуйте отримані патологічні зміни.
3. Сформулюйте та обґрунтуйте повний клінічний діагноз.
4. Визначте лікувальну тактику в даного пацієнта, призначте фармакологічну терапію із вказанням назви групи препаратів та її представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: хворий блідий, шкіра суха. Відмічаються набряки під очима. Пульс –76 за хв, ритмічний, напружений. АТ 162/100 мм рт. ст. Межі серця в нормі. І тон над верхівкою серця збережений, вислуховується акцент ІІ тону над аортою. При дослідженні дихальної системи та органів черевної порожнини змін не виявлено. Нирки не пальпуються, пальпація ділянок нирок чутлива з обох сторін. Симптом Пастернацького слабо позитивний з обох сторін.

Виконані: загальний аналіз крові, креатинін, титр АСЛ-О, калій крові, загальний аналіз сечі, добова протеїнурія і добовий діурез.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію аналізів крові та сечі.
2. Сформулюйте та обґрунтуйте попередній клінічний діагноз.
3. Визначте лікувальну тактику в даного пацієнта та призначте фармакологічну терапію, називаючи групу препарату і представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Шкіра бліда, суха із слідами розчухів. Пастозність обличчя та гомілок. В легенях - без змін. АТ-180/110 мм рт. ст. Пульс 60 за 1 хв., напружений. Ліва межа відносної тупості серця зміщена на 3 см назовні від середньо-ключичної лінії. І тон послаблений на верхівці, акцент 2 тону на аорті. Живіт м'який, безболісний. Нирки не пальпуються. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін.

Виконані: загальний аналіз крові, глюкоза крові, креатинін, калій, неорганічний фосфор, ШКФ, загальний аналіз сечі, добова протеїнурія і добовий діурез.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію лабораторних методів дослідження крові та сечі.
2. Сформулюйте та обґрунтуйте повний клінічний діагноз.
3. Визначте лікувальну тактику в даного пацієнта, призначте фармакологічну терапію із вказанням назви групи препаратів та її представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Шкіра та слизові оболонки нормального кольору. Пульс 80 за хв., ритмічний. АТ 120/80 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, ослаблені. ЧД 18 за хв. Над легенями – ясний легеневий звук, дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний. Нижній край печінки на 3 см виступає з-під реберної дуги, м'який, закруглений, безболісний. Визначається нижній полюс селезінки на 2 см нижче реберної дуги. Сеча і кал звичайного кольору.

Виконаний загальний аналіз крові

Завдання:

1. Сформулюйте діагноз основного захворювання
2. Який результат генетичного дослідження підтверджує діагноз? Яка дія мутації?
3. Як називаються стадії прогресії хвороби?
4. Визначте тактику лікування хворого, вказуючи назву препарату, дозу і можливість контролю.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Загальний стан тяжкий. Свідомість ясна. Шкіра бліда, численні петехії та синці на шкірі. Лімфовузли не збільшені. Стерналгія, осалгія різко виражені. ЧД 20 за хв. Над легенями – ясний легеневий звук. Дихання везикулярне. Пульс 110 в хв., ритмічний. АТ 110/70 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, систолічний шум в усіх п'яти точках аускультатії та на судинах шії. Печінка біля краю реберної дуги, селезінка пальпується на 3 см нижче реберної дуги.

Виконаний загальний аналіз крові

Завдання:

Завдання:

1. Сформулюйте діагноз.
2. Які дослідження потрібні для уточнення діагнозу?
3. Призначте симптоматичне лікування.
4. Принципи лікування основного діагнозу.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Загальний стан тяжкий, свідомість ясна. Шкіра і слизові оболонки блідо-іктеричні. Суглоби не змінені. Оссалгії, стерналгії немає. Пульс — 100 за хвилину, ритмічний. АТ - 110/70 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, систолічний шум в усіх п'яти точках аускультатії та на судинах шиї. ЧД 18 за хв. Над легеньми – ясний легеневий звук. Дихання везикулярне. Живіт м'який безболісний. Лімфовузли не збільшені. Печінка +2 см, селезінка +2 см нижче реберної дуги, м'які, чутливі при пальпації.

Виконаний загальний аналіз крові

Завдання

1. Сформулюйте діагноз.
2. Складіть план обстеження для уточнення етіології захворювання.
3. Який тип жовтяниці? Які клініко-лабораторні зміни їй притаманні?
4. Призначте лікування захворювання, називаючи групу препарата, представника і дозу.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Шкіра і слизові оболонки бліді, субіктеричні. Язик яскраво-червоного кольору, з глянцевою поверхнею, сосочки атрофовані. Пульс 100 в хв., ритмічний. АТ 110/70 мм рт. ст. Тони серця ритмічні, систолічний шум в усіх п'яти точках аускультатії та на судинах шиї. ЧД 20 за хв. Над легеньми – ясний легеневий звук. Дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний.

Виконаний загальний аналіз крові

Завдання:

1. Сформулюйте провідні клінічні синдроми.
2. Поставте попередній діагноз.
3. Складіть і обґрунтуйте план обстеження.
4. Призначте лікування анемії, методи контролю ефективності, профілактики рецидивів.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Загальний стан середньої тяжкості. Свідомість ясна. Шкіра і слизові оболонки блідо-іктеричні. Температура тіла 36,7°C. Пульс 110 в хв., ритмічний. АТ 110/70 мм рт.ст. Тони серця ритмічні, гучність збережена, систолічний шум в усіх точках аускультатії. ЧД 20 за хв. Над легеньми – ясний легеневий звук. Дихання везикулярне. Живіт м'який, безболісний. Печінка +3 см з-під реберної дуги, край м'який, безболісний. Селезінка +5 см з-під реберної дуги.

Виконаний загальний аналіз крові

Завдання:

1. Сформулюйте діагноз.
2. Складіть план обстеження.
3. Які ускладнення можливі?
4. Призначте лікування.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: ІМТ – 33,0 кг/м². Шкіра суха. Пульс 80 на хвилину. АТ – 120/80 мм рт. ст. Тони серця послаблені. Дихання везикулярне. Живіт не болючий, м'який. Печінка виступає

з-під реберної дуги на 2 см. Симптом Пастернацького негативний з обох сторін. Шкіра ніг не змінена. Набряків немає. Пульсація на a.dorsalis pedis et tibialis posterior збережена.

Загальний аналіз крові: в межах норми.

Виконані: глюкоза крові, гліогемоглобін, загальний аналіз сечі.

Завдання:

1. Оцініть глікований гемоглобін.
2. Встановіть попередній діагноз.
3. Визначте тактику ведення даного пацієнта, надайте базове лікування, перераховуючи групи препаратів та представників.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: зріст 172 см., маса тіла - 105 кг. ІМТ 35,5 кг/м². Відкладання підшкірно-жирової клітковини по диспластичному типу, переважно в області тулуба і обличчя. Шкіра суха, в області ший та ліктів відмічається пігментація, в області сідниць - ціаноз. На бокових поверхнях живота, стегнах - багряно-червоні смуги. Гіпоплазія сідничних м'язів та м'язів в області стегон. Пульс - 76 за хв., артеріальний тиск - 165/105 мм рт. ст. Ліва межа відносної тупості серця зміщена на 2 см. вліво від середньо-ключичної лінії. Тони серця над верхівкою послаблені, акцент другого тону над аортою. Дихання везикулярне. Пальпувати органи черевної порожнини із-за ожиріння не вдалося. Набряків немає.

Загальний аналіз крові: без змін

Виконані: глюкоза крові, кортизол, АКТГ

МРТ – утворення в ділянці гіпофізу.

УЗД наднирників – двобічна гіперплазія.

Поля зору – звужені на білий, червоний колір.

Завдання:

1. Поставити попередній діагноз.
2. Тип ожиріння у хворого.
3. Оцінка стану вуглеводного обміну у хворого.
4. Оцініть основні дослідження.
5. Яку пробу необхідно провести?
6. Вкажіть, які гормональні порушення є причиною артеріальної гіпертензії.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Зріст - 168 см, маса тіла - 78 кг. Пульс – 68 за хвилину. АТ - 130/80 мм рт. ст. Тони серця чисті, звучні. Дихання везикулярне. Живіт при пальпації м'який, не болючий. Щитовидна залоза не пальпується.

Загальний аналіз крові: без змін

Виконані: глюкоза крові, глікемічний профіль, натрій, калій, загальний аналіз сечі, глюкоза сечі, аналіз сечі за Зимницьким.

Завдання:

1. Поставити попередній діагноз.
2. Дайте оцінку глікемії.
3. Оцініть основні дослідження.
4. Вкажіть, яку групу препаратів та представник потрібно призначити в першу чергу, доза.
5. Вкажіть, який лабораторний критерій використовується для оцінки ефективності лікування в повсякденній практиці.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: температура тіла 38,8°C. Язик сухий, обкладений білим нашаруванням. Живіт м'який, при пальпації болючий в епігастрії, правій здухвинній ділянці та навколо пупка. Симптомів подразнення очеревини немає.

Виконані загальний аналіз крові та копрограма.

Завдання:

1. Інтерпретувати результати ЗАК та копрограму.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропну терапію, називаючи групу, представника і шлях введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Язик вологий, обкладений білим нашаруванням. Живіт помірно здутий, болючий по ходу товстої кишки, переважно в лівій здухвинній ділянці. При глибокій, ковзній пальпації: сигмоподібна кишка спазмована, різко болюча. Симптоми подразнення очеревини негативні.

Виконаний загальний аналіз крові

Заключення ректороманоскопії: Катаральний проктосигмоїдит.

Завдання:

1. Встановити діагноз.
2. Інтерпретувати результати ЗАК та ректороманоскопії.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропну терапію, називаючи групу, представника і шлях введення

Клінічна ситуація

Об'єктивно: шкіра та видимі слизові оболонки – сухі, бліді, чисті. Акроціаноз. Тургор шкіри знижений. Температура тіла 35,9°C. Аускультативно: везикулярне дихання. ЧД – 25/хв. Пульс 102/хв. АТ 90/50 мм рт. ст. Тони серця приглушені, ритмічні. Язик сухий, обкладений білим нальотом. Стул – до 15 разів на добу, водянистий з білими пластівцями, без запаху. Діурез зменшений. Втрата рідини становить 7% від маси тіла (за шкалою ВООЗ (WHO Severe Scale)).

Виконані загальний аналіз крові та електроліти: калій, кальцій іонізований, натрій, фосфор, хлор.

Завдання:

1. Інтерпретувати додаткові неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Принципи патогенетичної та етіотропної терапії з указанням представників групи препаратів та шляху введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Температура 39,5°C. Шкіра бліда. На шкірі живота та нижній частині грудної клітки наявні поодинокі розеоли. Рс 70 в 1 хв., дикротія пульсу. Язик потовщений, обкладений коричневим нашаруванням, з відбитками зубів. Живіт при пальпації м'який. Позитивний симптом Падалки. Печінка та селезінка збільшені.

Виконані загальний аналіз крові та загальний білірубін та його фракції, трансамінази.

Завдання:

1. Інтерпретувати додаткові неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.

3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропне лікування з указанням представників групи препаратів та шляху введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: ЧД 19/хв. При огляді зів за допомогою шпателя - блювотний рефлекс ослаблений. Слизова ротоглотки – суха. Випорожнень не було 2 дні.

Виконаний загальний аналіз крові

Офтальмоскопія: Очне дно без патології, парез акомодациї.

Завдання:

1. Інтерпретувати додаткові неспецифічні лабораторні та інструментальні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропне лікування з указанням представників групи препаратів та кратності введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: температура тіла 39,7°C. Обличчя гіперемоване, незначно набрякле, судини склер ін'єктовані, задня стінка глотки гіперемована. ЧД 18/хв., SpO2 98%, дихання везикулярне, в нижніх відділах легень ослаблене. Пульс 100/хв. АТ 100/70 мм рт. ст. Менінгеальні симптоми – негативні.

Виконаний загальний аналіз крові

СКТ ОГК: симптом «матового скла» в двох сегментах нижньої частки правої легені.

Завдання:

1. Інтерпретувати неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Назвати специфічні методи діагностики та матеріал для дослідження.
4. Призначити етіотропну терапію, називаючи групу, представника і шлях введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта. Об'єктивно: Обличчя дещо одутле, ін'єкція судин склер. Гіперемія слизової ротової порожнини. На слизовій щік навпроти кутніх зубів – білуваті мілкі елементи висипу на гіперемованому фоні. Пальпуються збільшені, неболючі передньошийні лімфатичні вузли. На обличчі, шиї, тулубі та кінцівках – яскравий плямисто-папульозний висип, який місцями зливається. Дихання везикулярне.

Виконані загальний аналіз крові та рентгенологічне дослідження ОГК.

Завдання:

1. Інтерпретувати додаткові неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Принципи терапії.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: температура тіла 38,0°C. Шкіра бліда, ціаноз губ і слизових оболонок ротової порожнини. Підщелепні лімфатичні вузли збільшені. Мигдалики збільшені, вкриті щільними плівками, сірого кольору, які важко відділяються з утворенням крапельок крові

та поширюються на дужки і язичок. Пульс аритмічний, 102 удари за 1 хв. Аускультативно: серцеві тони ослаблені, вислуховується систолічний шум над верхівкою. Артеріальний тиск 100/60 мм рт. ст.

Виконаний загальний аналіз крові, глюкоза крові.

ЕКГ: ЧСС – 112 уд/хв, низький вольтаж зубців QRS в стандартних відведеннях, атріовентрикулярна блокада 1 ступеня.

Завдання:

1. Інтерпретувати додаткові неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропну терапію, називаючи групу, представника і шлях введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: температура тіла 39,0°C. Обличчя одутле. Мигдалики набряклі, гіперемовані, без гнійних нашарувань. Пальпуються збільшені передньошийні та задньошийні лімфатичні вузли. Гепатоспленомегалія.

Виконаний загальний аналіз крові, ІФА

Завдання:

1. Інтерпретувати додаткові неспецифічні та подані специфічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропну терапію, називаючи групу, представника і шлях введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: шкіра і видимі слизові іктеричні. Нижній край печінки по L. medioclavicularis dextra + 3 см при пальпації чутливий. Сеча - темно-коричнева. Випорожнення - світло-жовтого забарвлення.

Виконані: загальний аналіз крові, білірубін та його фракції, трансамінази.

Завдання:

1. Інтерпретувати додаткові неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Назвати специфічну діагностику.
4. Перерахувати принципи терапії.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Патологічних змін з боку серцево-судинної та дихальної систем не виявлено. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Нижній край печінки не виступає з-під краю реберної дуги.

Виконані: ІФА до вірусних гепатитів, білірубін та його фракції, альбумін крові, трансамінази, лужна фосфатаза.

Еластометрія печінки: F3 за METAVIR (виражена стадія фіброзу).

Завдання:

1. Інтерпретувати специфічні та неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити додаткові обстеження.

4. Призначити етіотропну терапію, називаючи препарати. Надати рекомендації щодо профілактики даного захворювання дружині пацієнта.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: без суттєвих відхилень від норми.

Загальний аналіз крові, сечі та УЗД ОЧП – без суттєвих відхилень від норми. Маркери гепатитів А та В негативні.

Виконані: білірубін та його фракції, трансамінази, маркери до вірусних гепатитів
Еластометрія печінки: F2 за METAVIR.

Завдання:

1. Інтерпретувати неспецифічні та специфічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити додаткове специфічне обстеження.
4. Призначити пангенотипну етіотропну терапію, називаючи групу, представника і шлях введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Стан хворої важкий. За незначного фізичного навантаження з'являються задишка та непродуктивний кашель. Шкіра і слизові бліді, незначний ціаноз губ. ЧД 26/хв. Над легеньми перкуторно – легеневий звук з коробковим відтінком, аускультативно - дифузні сухі хрипи. SpO₂ 78 %.

Виконані: загальний аналіз крові, субпопуляції лімфоцитів, рентгенографія

ОГК

Завдання:

1. Інтерпретувати додаткові неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропну терапію, називаючи препарати та шляхи введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: температура тіла 37,9⁰С, пульс 112 уд/хв., частота дихальних рухів 23/хв у спокої, на шкірі міжлопаткової зони виявлено теплу на дотик, яскраву кільцеподібну еритему з чіткими краями та зоною просвітлення в центрі, розміром 15 x 10 см. Аускультативно: аритмічна екстрасистолія, ослаблений I тон на верхівці.

Виконаний загальний аналіз крові.

ЕКГ: АВ-блокада I ступеня (Мобітц I), шлуночкова екстрасистолія.

Завдання:

1. Інтерпретувати подані неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропне лікування з назвою представників групи препаратів та шляху введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Шкіра хворого суха, гаряча на дотик, блідо-жовтого кольору. Склери іктеричні. Пульс 100/хв. Печінка на 2,5 см виступає з під краю реберної дуги. Пальпується селезінка.

Виконані: загальний аналіз крові, білірубін та його фракції, трансамінази, глюкоза крові.

Завдання:

1. Інтерпретувати подані неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропну терапію, називаючи препарати та шляхи введення. Принципи хіміопрофілактики.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: температура тіла 38,6°C. На шкірі грудної клітки, по ходу VI-VII міжреберних нервів зліва, на гіперемованому фоні наявний висип: папули та численні везикули з прозорим вмістом, що місцями групуються. Інші ділянки шкіри чисті, звичайного кольору.

Виконані: загальний аналіз крові, креатинін, сечовина

Завдання:

1. Інтерпретувати додаткові неспецифічні методи діагностики.
2. Встановити діагноз.
3. Призначити специфічну діагностику для підтвердження діагнозу.
4. Призначити етіотропне лікування з указанням представників групи препаратів та способу введення.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Загальний стан хворого задовільний. Шкіра і видимі слизові оболонки звичайного кольору. При перкусії та аускультатії змін не виявлено.

Виконане: Ro - дослідження: ОГК

Проба Манту з 2 ТО: інфільтрат 22 мм.

Завдання:

1. Оцініть Ro - дослідження (який рентгенологічний синдром?)
2. Як називається результат проби Манту з 2 ТО і про що свідчить?
3. Поставте попередній діагноз.
4. Складіть план обстеження.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкіра і видимі слизові оболонки блілого кольору, «+» симптом Франка. Над верхньою часткою правої легені вислуховується ослаблене дихання.

Виконані: загальний аналіз крові, рентгенограма ОГК

Мікроскопія харкотиння за Цілем-Нільсеном: КСБ – не виявлено.

Завдання:

1. Опишіть рентгенограму ОГП.
2. Оцініть загальний аналіз крові
3. Поставте попередній діагноз.
4. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан середнього ступеня важкості. Шкіра і видимі слизові оболонки блідого кольору. ЧД – 28 р/хв.

Виконані: загальний аналіз крові, рентгенограма ОГК

Мікроскопія харкотиння за Цілем-Нільсеном: КСБ (+) виявлено.

Завдання:

1. Вкажіть рентгенологічний синдром на оглядовій рентгенограмі ОГП.
2. Сформулюйте відповідно до клінічної класифікації.
3. З якими захворюваннями потрібно проводити диференційну діагностику.
4. Призначте схему лікування.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан дитини середнього ступеня важкості. Шкіра і видимі слизові оболонки блідого кольору, зниженого харчування. На обличчі виявлено параспецифічні прояви. На грудній клітині в плечовій зоні виявлено гіпертрихоз, позитивний синдром Відергольфа.

Виконані: загальний аналіз крові, рентгенограма ОГК

Завдання:

1. Який попередній діагноз?
2. Яке необхідно зробити обстеження підлітку насамперед?
3. Що виявлено на оглядовій рентгенограмі ОГП?
4. Оцініть результати загального аналізу крові.
5. Яка тривалість лікування вперше виявленого туберкульозу?

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан хворого середнього ступеня важкості, астеничної тіло будови, зниженого харчування. Шкіра і видимі слизові оболонки блідого кольору. ЧД – 32 р/хв.. Позитивний синдром Рубінштейна. АД – 110/60 мм рт.ст. При аускультатії виявлено бронхіальне дихання, вологі хрипи.

Виконана рентгенограма ОГК.

Мікроскопія харкотиння за Цілем-Нільсеном: КСБ (+) виявлено.

Завдання:

1. Сформулюйте діагноз згідно клінічної класифікації.
2. Що таке синдром Рубінштейна?
3. Яке ускладнення виникло у пацієнта?
4. Опишіть оглядову рентгенограму органів грудної порожнини.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Підліток блідий, зниженого харчування, «+» симптом Франка, відсутній знак БЦЖ на лівому плечі.

Перкуторно: зліва ззаду в ділянці середньої третини лопатки визначається притуплення перкуторного звуку. Дихання в даній ділянці ослаблене, хрипи не вислуховуються.

Рентгенограма ОГП: на представленому знімку справа гомогенна тінь з нечіткими розмитими контурами, що зливається з коренем легені; поодинокі петрифікати в підпахвинному лімфатичному вузлі справа

Туберкулінова проба Манту з 2 ТО: 24 мм.

Мікроскопія харкотиння за методом Ціля – Нільсена: КСБ – не виявлено.

Завдання:

1. Який діагноз можна запідозрити?

2. Яка рентгенологічна стадія процесу виявлена у дитини?
3. Як Ви оцінюєте пробу Манту з 2 ТО і про що це свідчить?
4. До якої категорії слід віднести хворого?
5. Які ускладнення можуть виникнути при даному захворюванні?

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Пульс 90 на хвилину. АТ- 120/80 мм.рт.ст. ЧД-25 на хвилину. Права сторона грудної клітки відстає в акті дихання. Живіт м'який, безболісний

Виконаний загальний аналіз крові.

Проба Манту з 2 ТО: інфільтрат 21 мм.

Рентгенограма ОГП : на оглядовій рентгенограмі ОГК спостерігається гомогенне затемнення в правому косто-діафрагмальному синусі з косою лінією, посиленій легeneвий малюнок, корені легень ущільнені.

УЗД :У правому плевральному синусі накопичення 250 мл вільної рідини.

Аналіз плевральної рідини після плевральної пункції: Білок- 40 г/л, лімфоцити 80 %, поодинокі мезотеліальні клітини.

Завдання:

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Які додаткові методи обстеження потрібно виконати.
3. Як називається результат проби Манту з 2 ТО?
4. Який характер ексудату в даному випадку?
5. Призначте лікування пацієнту.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан важкий. Шкіра і видимі слизові оболонки бліді. Хворий астеничної тілобудови, зниженого харчування. Над легенями – послаблене везикулярне дихання. При пальпації черевної порожнини виявляється гепато-лієнальний синдром.

Рентгенограма ОГП: на оглядовій рентгенограмі ОГК відмічаються з обох сторін мілкі, однотипні, рівномірно розміщені, симетричні вогнища, що не мають тенденції до злиття, прозорість легeneвих полів зменшена.

Мікроскопія харкотиння за Цілем-Нільсеном: КСБ (-) не виявлено.

Проба Манту з 2 ТО ПІД-Л: негативна

Завдання:

1. Сформулюйте діагноз відповідно до діючої класифікації.
2. З якими захворюваннями необхідно провести диференційну діагностику?
3. Надайте інтерпретацію негативному результату проби Манту з 2 ТО.
4. Яке лікування необхідно в інтенсивну фазу (вказати препарати).

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: Хворий зниженого харчування. Над ділянкою проекції 1-2 сегментів в правій легені вислуховуються одинокі вологі хрипи.

Рентгенограма ОГК: на представленій оглядовій рентгенограмі ОГК спостерігається кільцеподібна тінь з товстими стінками, локалізована в верхній частці справа; обмежений фіброз; вогнища бронхогенного засіву в обох легенях.

Виконаний загальний аналіз крові.

Завдання:

1. Яка клінічна форма туберкульозу визначена у хворого?
2. Оцініть аналіз крові.

3. Оцініть рентген дослідження (який рентгенологічний синдром?)
4. Яке ускладнення туберкульозу виникло у хворого?
5. Яке дослідження потрібно здійснити хворому?

Клінічна ситуація

Об'єктивно: загальний стан хворої середньої важкості, ЛОР – статус - слизова оболонка носових раковин бліда, набрякла.

Пацієнтці виконане шкірне тестування з побутовими алергенами, результати якого представлено на малюнку (1 – розчинник, 2 – гістамін, 3 – алерген кліща *Dermatophagoides farinae*, 4 – алерген шерсті собаки, 5 – алерген кліща *Dermatophagoides pteronissynus*)

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію результату шкірного тестування.
2. Встановіть діагноз.
3. Вкажіть групи препаратів, які можуть бути застосовані для лікування даного захворювання.
4. Дайте рекомендації по елімінації алергенів з помешкання хворої.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Об'єктивно: загальний стан хворого середньої важкості, при аускультатії легень вислуховуються розсіяні сухі хрипи.

Виконана спірометрія. Дані визначення функції зовнішнього дихання наведені на малюнку. FEV1 - 55.3%, VC - 74.4%, індекс Тіфно - 61.8%.

Завдання:

1. Дайте інтерпретацію результату спірограми.
2. Встановіть діагноз.
3. Які додаткові методи обстеження потрібно провести для підтвердження діагнозу?
4. Вкажіть групи препаратів, які можуть бути застосовані для лікування даного захворювання.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Професійний анамнез: Працює робітником фарфорового заводу впродовж 37 років. При дослідженні умов праці було встановлено перевищення ГДК кварцового пилу. Концентрація вільного діоксиду кремнію у виробничому середовищі складає 18,0 %.

Об'єктивно: над легенями мозаїчність перкуторних даних: ділянки укорочення і коробкового відтінку перкуторного звуку. На тлі жорсткого дихання вислуховуються ділянки ослабленого дихання переважно в нижніх відділах. Тони серця чисті, ритмічні. АТ 120/70 мм рт. ст., пульс 68 за хв., задовільного наповнення і напруження.

Виконана спірографія та рентгенографія ОГК.

Завдання:

1. Сформулюйте попередній діагноз
2. Дайте інтерпретацію спірографії і рентгенографії ОГК.
3. Яке експертне рішення слід прийняти щодо працездатності цього робітника?

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Професійний анамнез: робітник акумуляторного заводу, задіяний на виробництві свинцевих пластин. При дослідженні умов праці виявлено перевищення концентрації свинцю в повітрі робочої зони в 1,8 рази.

Об'єктивно: шкіра бліда, чиста. ЧСС 60 за хв., АТ 150/90 мм рт. ст. Тони серця ослаблені, ритмічні в усіх точках аускультатії, шуми відсутні. В легенях – везикулярне дихання. Язик – вологий, по краю ясен, переважно біля передніх зубів визначається смужка лілово-аспідного кольору. Живіт втягнутий, болючий навколо пупка, при глибокій пальпації біль зменшується. Печінка пальпаторно не збільшена.

Невропатолог встановив астено-вегетативний синдром, вегетативно-сенсорну полінейропатію нижніх кінцівок.

Виконані: загальний аналіз крові, сироваткове залізо, аналіз сечі на дельта-мінолевулінову кислоту, копропорфірин та креатинін крові та ЕКГ.

Завдання:

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Дайте інтерпретацію аналізу крові і сечі.
3. Розшифруйте ЕКГ.
4. Визначить місце лікування та призначте основне лікування, називаючи антидоти, шлях введення ліків, дози і тривалість антидотної терапії.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Професійний анамнез: працює поліровщиком з використанням розчину, який містить бензол, має 10-річний стаж роботи.

Об'єктивно: блідість шкіри та слизових оболонок, яскравий червоний дермографізм, гіпергідроз долонь, зниження температури тіла. Лімфовузли не збільшені. В позі Ромберга – тремор пальців рук. Пульс 76 за хв., ритмічний. АТ 110/60 мм рт. ст. Визначається лабільність пульсу і артеріального тиску. Живіт м'який, печінка пальпується по краю реберної дуги, чутлива. Селезінка не пальпується.

На УЗД печінки – збільшення розмірів, нечіткість контурів, а також неоднорідність структури з вогнищами підвищеної щільності печінки.

Виконані: загальний аналіз крові, білірубін, трансамінази, креатинін, сечовина та ЕКГ.

Завдання:

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Дайте інтерпретацію аналізу крові.
3. Розшифруйте ЕКГ
4. Визначте тактику ведення пацієнта з призначенням лікування, називаючи групу препаратів і представника.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Професійний анамнез: впродовж останніх 2 років працює на складі отрутохімікатів. У функціональні обов'язки входить розфасовування і відпускання пестицидів для сільського господарства.

Об'єктивно: шкіра чиста, акроціаноз. Пульс - 42 за хвилину, ритмічний. АТ 100/50 мм рт. ст. Ліва межа серця зміщена на 1 см ліворуч від лівої середньо-ключичної лінії. Над верхівкою перший тон серця ослаблений. Над легенями вислуховуються везикулярне дихання, над задньо-боковими відділами – незвучні вологі, дрібно пухирчаті хрипи. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см, край її м'який, помірно болючий. Набряки стоп, пастозність гомілок.

Виконані: загальний аналіз крові, білірубін, сечовина, креатинін, калій, натрій, кальцій та ЕКГ.

1. Сформулюйте попередній діагноз.

2. Дайте інтерпретацію аналізу крові. Розшифруйте ЕКГ.
3. Визначте основні підходи до лікування.
4. Проведіть експертизу працездатності для даної хворої.

Клінічна ситуація

Скарги та анамнез опитати у пацієнта.

Професійний анамнез: працює трактористом гусеничного транспорту впродовж 14 років. При дослідженні умов праці було встановлено комбінацію таких видів вібрації: загальної низькочастотної вібрації, зумовленої ходовою системою машини і поштовхами від нерівностей дороги; - загальної середньо- і високочастотної вібрації від роботи двигуна; - місцевої середньо- і високочастотної вібрації, що передається від важелів керування і переключення.

Об'єктивно: Шкіра кінцівок холодна на дотик, на кистях ціанотична, під час натискування залишаються білі плями, гіпергідроз долонь. Температура шкіри рук – 32°C. Під час пальпації м'язів гомілки відмічається біль. Больова, тактильна і температурна чутливість знижені. Пульс – 84 за хв., ритмічний. АТ – 150/100 мм рт. ст. Тони серця ослаблені. Суглоби ззовні не змінені.

Консультація невролога: синдромом вегето-сенсорної поліневропатії кінцівок.

На ЕКГ: ознаки гіпоксії міокарда.

Виконані капіляроскопія нігтьової складки, рентгенографія суглобів кисті і гомілково-ступневих суглобів.

Завдання:

1. Сформулюйте попередній діагноз.
2. Який діагностичний метод є найбільш інформативним у даному випадку? Дайте інтерпретацію результатам капіляроскопії.
3. Дайте інтерпретацію результатам рентгенографії суглобів. Вкажіть подальші зміни рентгенографії суглобів при прогресуванні захворювання.
4. Призначте лікування, називаючи групу і представника. Яке експертне рішення слід прийняти?