**Ситуационная задача**

Больной 54 лет, учитель в средней школе, обратился к своему участковому терапевту с жалобами на ощущение перебоев в работе сердца.

**Анамнез:** Подобные ощущения отмечает около года. Однако в течение последнего месяца перебои участились, нередко сопровождаются слабостью и даже головокружением. Появление перебоев чаще связывает с физическими нагрузками. В анамнезе периодически приступы сжимающих болей за грудиной во время быстрой ходьбы, проходящие в состоянии покоя.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. АД - 140/95 мм рт. ст. Пульс - 74 в 1 мин., аритмичный. Границы сердца не изменены. Сердечные тоны несколько приглушены, аритмичны - на фоне регулярного ритма периодически определяется внеочередное сокращение или более длительный промежуток между сердечными сокращениями, ЧСС - 76 в 1 минуту. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена.

**Результаты  дополнительного  обследования**:

1. ЭКГ - прилагается.
2. Суточное мониторирование по Холтеру - выявление групповых полиморфных экстрасистол, более 30 в час.
3. ЭХО-КС - умеренное расширение полости левого желудочка (5,9 см); толщина ЛЖ 1,2 см, ФВ 49%.
4. Велоэргометрия - увеличение количества экстрасистол при увеличении частоты сердечных сокращений.
5. АСТ - 5 ед/л, АЛТ - 4 ед/л, СРБ - 0, ПТИ - 102% ,  свертываемость- - 8 мин., холестерин - 7,8 ммоль/л (преобладают липопротеиды низкой плотности).
6. Глазное дно - атеросклероз сосудов сетчатки.
7. Общий анализ мочи - уд. вес - 1020, белка нет, сахара нет, п -1-2 в п/зр.
8. Анализ крови на сахар - глюкоза крови - 4,5 ммоль/л.
9. Анализ крови общий - Нв - 144 г/л, л - 6,0х109/л, СОЭ -4 мм/час.

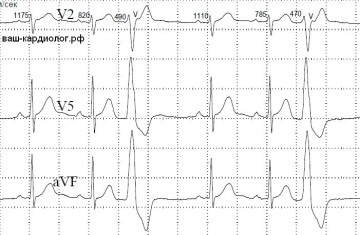
**Задание:**

      1. Установить предварительный диагноз.

      2. Наметить план дообследования больного.

      3. Провести дифференциальную диагностику.

      4. Определить тактику ведения пациента на амбулаторном этапе лечения.



**Ситуационная задача**

Больной 54 лет, рабочий завода, предъявляет жалобы на кашель с трудноотделяемой, вязкой, слизисто – гнойной мокротой (до 30 мл в сутки), усиливающийся в утренние часы, при выходе из теплого помещения на холод; экспираторную одышку при умеренной физической нагрузке; повышение температуры тела до субфебрильных цифр, слабость, недомогание.

**Анамнез:** курит 25 лет по 1 пачке в день. Около 10 лет стал отмечать кашель с отделением мокроты по утрам. Участились случаи “простудных” заболеваний, сопровождающиеся длительным кашлем. Дважды перенес пневмонию.

**Объективно:** темп. тела 37,30С, кожные покровы повышенной влажности, легкий диффузный цианоз. Передне-задний размер грудной клетки увеличен, сглаженность над- и подключичных ямок. Грудная клетка ригидна. Голосовое дрожание ослаблено. Экскурсия легких снижена, перкуторный звук коробочный. ЧДД - 20. Аускультативно: дыхание в верхних отделах легких жесткое, над остальными отделами - ослаблено, выслушиваются сухие разнокалиберные свистящие и жужжащие рассеянные хрипы, внизу с обеих сторон постоянные единичные влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритм правильный, ЧСС - 90 в минуту. АД на обеих руках - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный на всем протяжении. Органы брюшной полости без особенностей.

**Результаты  дополнительного  обследования:**

1. Общий анализ крови: эр. - 5,0х1012/л, Нв - 150 г/л, ц.п. - 1,0; тромбоциты - 240х109/л, лейкоциты - 10,0х109/л, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 10 мм/час.
2. Анализ мокроты общий: светлая, вязкая, лейкоциты - 15-20-30 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр. + кокковая флора.
3. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к пенициллину, амоксициллину, цефатоксину, цефтриаксону, эритромицину, азитромицину, джозамицину, линкомицину.
4. Рентгенограмма - прилагается.
5. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция - кислая, прозрачность - полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.
6. Бронхоскопия - признаки катарального бронхита.
7. Исследование функции внешнего дыхания: признаки дыхательной недостаточности по обструктивному типу.

**Задание:**

     1. Установите предварительный диагноз.

     2. Наметьте план дообследования больного.

     3. Проведите дифференциальную диагностику.

     4. Определите тактику амбулаторного лечения.

**Ситуационная задача**

Больная 18 лет, студентка, обратилась в студенческую поликлинику с жалобами на периодическое затруднение дыхания (затруднен выдох), “свист в груди”, приступы сухого кашля, особенно частые ночью и утром, субфебрильную температуру, потливость.

**Анамнез:** Заболела 2 недели назад, когда после переохлаждения появился сильный насморк. Температуру не измеряла, не лечилась, продолжала посещать занятия в институте. Через 2-3 дня появились боли в горле, осиплость голоса, приступообразный сухой кашель, потливость. Через 5 суток проснулась ночью с ощущением затрудненного дыхания, сопровождающегося “свистом в груди” и мучительным сухим кашлем. После горячего питья почувствовала себя лучше, уснула, но утром проснулась с теми же ощущениями. Темп. до 37,50С. Лечилась домашними средствами, банками и горчичниками на грудную клетку, но описанные выше признаки продолжались каждые сутки.

**Объективно:** темп. 37,30С. Выраженная потливость, небольшая гиперемия слизистой зева. На всем протяжении обоих легких - ясный легочный звук, жесткое дыхание, сухие рассеянные немногочисленные хрипы разной высоты. Во время формированного выдоха увеличивается количество свистящих сухих хрипов. Остальные данные физикального обследования без особенностей.

**Результаты  дополнительного  обследования:**

1. Общий анализ крови: эр. - 4,5х1012/л, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - 230х109/л, лейкоциты - 10х109/л, пал. - 7%, сегм. - 53%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 20 мм/час.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейкоциты - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.
3. Анализ мокроты общий: не удалось собрать мокроту.
4. Серологическое исследование - высокий титр антител к вирусным антителам и микоплазмам.
5. Рентгенография – перибронхиальная тяжистость легких, инфильтративных изменений не выявлено.
6. Исследование функций внешнего дыхания: снижение жизненной емкости легких на 15%, форсированной жизненной емкости легких, снижение пневмотахометрии до 80% от должной.

**Задание:**

1. Установите предварительный диагноз и наметьте план дополнительного обследования.

       2. Проведите дифференциальную диагностику.

       3. Определите тактику лечения.

4. Какой объем диспансерного наблюдения и как часто необходимо проводить в данном случае?

**Ситуационная задача**

Больной 18 лет, студент университета, обратился в студенческую поликлинику с жалобами на повышение температуры до 390С, кашель с небольшим количеством вязкой мокроты желтоватого цвета, одышку инспираторного характера при незначительной физической нагрузке, боли в правой половине грудной клетки, усиливающиеся при кашле и глубоком дыхании, общую слабость, потерю аппетита.

**Анамнез:** Неделю назад заболел ОРВИ. Продолжал ходить на занятия. Несмотря на проводившееся амбулаторное лечение (по рекомендации провизора аптеки (!?)) аспирином и бисептолом, состояние не улучшилось. Вчера вечером был отмечен новый подъем температуры и появились перечисленные выше жалобы.

**Объективно:** общее состояние средней тяжести. Одышка  в покое с ЧД  22 в 1 минуту. Слабый диффузный цианоз лица. При обследовании системы органов дыхания выявлено усиление голосового дрожания и притупление перкуторного звука на участке легких ниже угла правой лопатки. Дыхание здесь жесткое, выслушиваются единичные сухие свистящие и влажные мелкопузырчатые звучные хрипы. Тоны сердца несколько приглушены. Пульс - 96 в 1 минуту., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД - 120/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги.

**Результаты  дополнительного  обследования:**

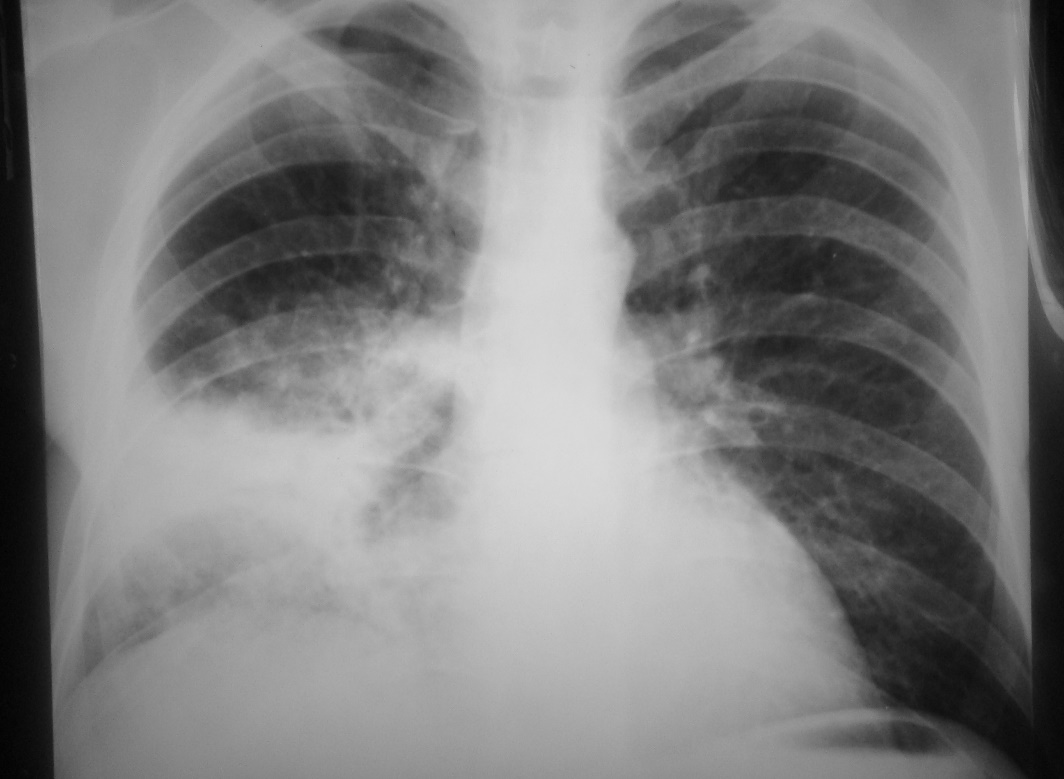
1. Общий анализ крови: эр. - 4,5х1012/л, Нв - 120 г/л, цв.п. - 0,9 ; тромбоциты - 240х109/л, лейкоциты - 12,0х109/л, пал. - 8%, сегм. - 52%, лимф. - 32%, мон. - 8%, СОЭ - 30 мм/час.
2. Общий анализ мочи: светло-желтая, реакция кислая, прозрачность- полная, уд. вес - 1020, белок - 0,033 г/л, сахара нет, лейк. - 3-5 в п/зр., эр. - нет, цилиндров нет.
3. Анализ мокроты общий: желтоватая, слизисто-гнойная, вязкая, без запаха, эпителий плоский - 2-3 в п/зр., мерцательный - 4-6 в п/зр., альвеолярный - 5-7 в п/зр., лейкоциты - 80-100 в п/зр., атипические клетки и БК не обнаружены, Гр+кокковая флора.
4. Бактериологический анализ мокроты - высеяна пневмококковая флора, чувствительная к бензилпенициллину, цефалоспоринам, эритромицину, линкомицину.
5. **Рентгенография легких - прилагается.**

**Задание:**  1. Установить предварительный диагноз

     2. Провести дифференциальную диагностику.

     3. Определить тактику лечения.

4. Объем диспансерного наблюдения и как долго должен наблюдаться пациент?

****

**Ситуационная задача**

Больной 54 лет, обратился повторно к участковому врачу 08.01 с жалобами на кашель со скудной мокротой, умеренную боль в грудной клетке слева, плохой аппетит, головную боль с локализацией в лобной области, повышение температуры тела до 38\*С.

**Анамнез.** Считает себя больным с 04.01, когда появилась головная боль в лобной области, озноб, повысилась температура тела до 37,8\*С, отмечалась ломота в теле. С 05.01 присоединились скудные выделения из носа, боль  в области грудины. Обратился к своему участковому врачу. Была назначена симптоматическая терапия (обильное питье с медом, глюконат кальция, рутин, на ночь солпадеин). Состояние несколько улучшилось. Слабость уменьшилась. 07.01 температура тела была нормальная. 08.01 появился кашель, сначала сухой, затем с трудно отделяемой мокротой, присоединились боль в грудной клетке слева, вновь повысилась температура до 38\*С.

**Объективно:** состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. На крыльях носа подсыхающие герпетические высыпания. Умеренный цианоз губ. Слизистая глотки слегка гиперемирована, на мягком небе небольшая зернистость. Число дыханий - 26 в мин. В легких слева в нижних отделах под лопаткой и по аксилярной линии притупление перкуторного звука, выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца приглушены, пульс 98 в 1 мин. АД - 120/70 мм рт. ст. Менингеальных симптомов нет.

**Задание:**

1. Поставьте диагноз и решите вопрос о необходимости госпитализации.
2. План лечения.
3. Какой объем диспансерного наблюдения и как долго должен наблюдаться пациент?
4. Какую реабилитационную терапию Вы предложите больному?