

ТОШКЕНТ ТИББИЁТ АКАДЕМИЯСИ
1-СОН ИЧКИ КАСАЛЛИКЛАР ВА КЛИНИК АЛЛЕРГОЛОГИЯ КАФЕДРАСИ

“ТАСДИҚЛАЙМАН”
ТТА ўқув ишлари бўйича
проректор, проф _____ Ш.А.Боймуродов
« _____ » _____ 2017 й.

ДАВОЛАШ ФАКУЛЬТЕТИНИНГ УАШТ ВА КЛИНИК АЛЛЕРГОЛОГИЯ
КАФЕДРАСИДА ТАЛАБАЛАР БИЛИМИНИ БАҲОЛАШНИНГ ОРАЛИҚ
НАЗОРАТ САВОЛЛАРИ

Кафедра услубий мажлисида
кўриб чиқилди «28» август 2017,
1-сонли баеннома.

Кафедра мудири доцент _____
Н.М.Нуриллаева

1-масала

Бемор 58 ёшда, шикоятлари: юрак нотўғри, тез-тез уриб кетиши ва ҳансираш.

5 йилдан буён ЮИК ва гипертония касаллиги билан оғрийди. Мунтазам даволанмаган. 2 йил олдин миокард инфаркти ўтказган.

Объектив: умумий ахволи ўрта оғирликда, холати пассив. Ўпка устида везикуляр нафас, хириллашлар йўқ. Юрак нисбий бўғиқлик чегараси чапга силжиган. Юрак тонлари бўғиқ аритмик, ЮҚС бир дақиқада-90 та, пульс-70та. А/Б 180/100 мм. см.уст. ТВИ -32.

ЭКГ да: ритм носинусли, нотўғри; ЮҚС бир дақиқада 98 та; Р тишча барча тармоқларда аниқланмайди, барча юрак цикллари орасида тартибсиз тўлқинлар аниқланади. Орқа девор соҳасида субэндокардиал ишемия белгилари. СОЭ – 15мм/с; ПТИ 126

2-масала

Бемор 40 ёшда, шикоятлари: тусатдан юрак тез уриб кетиши, терлаш, бош айланиши.

Анамнездан ота-оансида юрак касалликлари мавжуд. Кўрик вақтида бемор нотинч, тери қопламлари кескин оқарган, пульс бир дақиқада 188 та. А/Б 90\60 мм.симоб устуни.

ЭКГ – ритм носинусли, тўғри. ЮҚС бир дақиқада -188 та. QRS шакли ўзгармаган

3-масала

Бемор 28 ёшда, шикоятлари: юрак нотўғри уриши ва юрак соҳасида оғриқ. Тана хароратини кўтарилиши, тинч холатда хансираш, унғ коворга остида оғирлик хисси.

Бемор сўзига кўра касаллик 5 кун олдин ЎРВИ ўтказганидан сўнг ҳансираш билан бошланган. Кейинчалик юрак соҳасида оғриқ бошланган, кечаги кундан юрак нотўғри уриши безовта қила бошлаган. Кўрик вақтида пульс бир дақиқада 93 та, А/Б 110\75 мм.симоб устуни., НОС- бир дақиқада 24 та, юрак тонлари бўғиқлашган, юрак чўққисида систолик шовқин, оёқларда шиш, гепатомегалия ва юрак ўнғ ҳамда чап чегаралари кенгайган.

ЭКГ да: ритм синусли, навбатдан ташқари келувчи қоринчалар комплекси бу комплекс олдида Р тишча йўқ. Навбатдан ташқари келувчи QRS комплекси кенгайган ва деформацияланган. Р-Q- 0,28 сек.

Нб- 105 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 9,5x10/9 л. ЭЧТ - 23 мм/соат. Умумий сийдик тахлили: 200 мл, ранги-сарик, с/о – 1021, оқсил-йўқ, лейкоцитлар 3-4/1; АлТ – 0,26; АсТ- 0,52. ПТИ 108

4-масала

Бемор 32 ёшда УАШга оёқларида шиш, хансирашдан шикоят қилиб мурожаат қилди

Бемор бир неча йилдан буён ревматизм касаллиги билан оғрийди, бир неча марта даволанган. Охирги вақтларда ревматолог тавсиясига қўра дигоксин қабул қилган.

Лабларида цианоз. Иккала оёқлари ҳам шишган. Ўпкада сусайган везикуляр нафас. Пульс бир дақиқада 88 та. Пальпацияда юрак турткиси аниқланади. Юрак юқори нисбий бўғиқлик чегараси иккинчи қовурға орасида. Юрак бели текисланган. Ўнг нисбий бўғиқлик чегараси ўнга силжиган. Аускультацияда: юрак чўққисида I тон кучайган, шу ерда диастолик шовқин; ўпка артерияси устида II тон акценти эшитилади. А/Б 100/60 мм.см.устуни, жигар 2 см катталашган.

Нв- 115 г/л; Эр-3,3x10¹² л; Л- 6,1x10⁹ л. ЭЧТ - 28 мм/соат.УСТ: 100 мл, рангисарик, с/о – 1022, оксил-йўқ, лейкоцитлар 3-4/1;

ЭКГ – чап бўлмача ва ўнг қоринча гипертрофияси белгилари. P-Q интервал секин-аста узайиб бориши ва навбатдаги QRST комплекси тушиб қолиши кўзатилади.

5- масала

УАШга 30 ёшли аел таъсирчанлик, юрак тез уриб кетишидан, кунгил айнашидан, кайт қилишдан шикоят қилди.

Бир ийдан буён касал. Касаллиги сабабини психоэмоционал стресс билан боғлайди. Касаллик озиш билан бошланган, кейинчалик юрак тез уриши, таъсирчанлик ва уйқусизлик безовта қилган. Анамнездан гастрит билан огриган/ Кўрик вақтида бемор шошилиб тез гапиради, кўзлари чакнаб туради. Иштаҳаси узгармаган. Тери қопламлари одатий рангда, нам, ушлаб кўрилганда иссиқ. Кўллари қалтирайди. Қалқонсимон без катталашган (йўғон бўйин симптоми). Юрак тонлари аниқ, тахикардия, ЮҚС бир дақиқада 108 та. А/Б – 140/85 мм симоб устуни.

ЭКГ: ритм но синусли, тўғри. Қоринчалар комплекс ўзгармаган, бир – бирига ўхшаш регуляр, аррасимон шакилдаги бўлмачалар тўлқини F. СОЭ – 32 мм/с

6 масала

УАВ назоратида 60 ёшли бемор, ЮИК: сабабли мунтазам даволаниб туради. Уйда мунтазам равишда нитросорбид, фуросемид, аспирин қабул қилади. Кейинги ойларда беморнинг ҳолати кескин ёмонлашган. Оёқларида кечга бориб кучаявчи шиш, ўнг қовурғаси соҳасида оғирлик пайдо бўлган, нафас қисиши кучайган ва пушти ранг балгам ажралиши кузатилган.

Объектив кўрикда: ортопноэ ҳолати, диффуз оёқларида шиш. Ўпкаларда пастки қисмларида майда пуфакчали бўғиқ нам хириллашлар. Нафас олиш сони бир дақиқада 28 та. Юрак тонлари бўғиқ, бир маромда, II тон акценти ўпка артериясида. Юрак уриш сони бир дақиқада 96 та. АБ 130/70 мм симоб устуни. Жигар 3 см га катталашган, оғриқли. ЭКГ: чап қоринча гипертрофияси ва юрак ўнг бўлмачаси зўриқиши белгилари.

7 Масала

К. исмли бемор, 62 ёшда УАВ га бир йилдан буён ҳаракатда юрак соҳаси сиқиб оғришидан шикоят билан мурожат қилди.

Беморнинг сўзларига қараганда оғриқ бир йилдан буён кузатилади ва у хотинининг ўлимидан сўнг бошланган. Оғриқ юрганида пайдо бўлади ва чап елкасига тарқалади, тинч ҳолатда йўқолади. Шунингдек вақти-вақти билан йўтал тутиб, балғам ажралади. Беморнинг отаси миокард инфарктдан вафот этган. Кунига 20 дона сигарет чекади. Охирги кунларда оғриқ кучайиб, кунига 5-7 таблетка нитросорбит қабул қилган.

Объектив кўрилганда: терида ўзгаришлар йўқ. Юрак тонлари бир маромда, аниқ. А/Б 140/70 мм.симоб устунига тенг. Тана ҳарорати $-36,5^{\circ}$ С. Тана вазни индекси – 34.

Нв- 118 г/л; Эр-3,7x10/12 л; Л- 6,1x10/9 л. ЭЧТ - 7 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 100 мл, ранги о/с, солиштира оғирлиги – 1015, оксил – йўқ, лейкоцитлар 1-2/1; Наҳорда қондаги қанд миқдори– 5,5 ммоль/л; ЭКГ – манфий Т тишча, яққаланган коринчалар экстрасистолия. Қондаги умумий холестерин – 8,8 ммоль/л.

8-масала

К. исмли 52 ёшли бемор аёл, УАВ қабулида юраги сиқилиб оғриётганлигидан шикоят билан мурожат қилди, оғриқ 5 та нитросорбит таблеткаси ичса ҳам ўтиб кетмаган, чап қўли увушиб, боши айланган.

Бемор кўриқдан ўтказилганда у асабийлашган, тери қопламалари ёпишқоқ, совуқ, пульс 1 дақиқада 98 марта, А\Б 100\60 мм.симоб устунига тенг, вазни 100 кг, бўйи 1м 67см. Куриқ пайтида бемор хушни йукотган

ЭКГ –ST сегменти аVF тармоқда изолиниядан юқорида, III да - ST пастда; I, аVL да изолиниядан пастда, V1 тармоғида битта деформацияланган ORS.

9-масала

К. исмли бемор, 42 ёшда, ҳайдовчи, иш вақти тугагандан сўнг эрталаб УАВ га кўкрак қафасининг чап қисмида оғриқ безовта қилаётгани, ҳаракатланганда кучайишига, чап қўли увушиб қолишига шикоят билан мурожат қилди.

Кўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига қараганда бир йилдан буён оғриқ сезади, касалликнинг бошланишини ҳеч нима билан боғламайди. Юрак 1 дақиқада 70 та уради, А\Б 120\70 мм.симоб устунига, ТВИ 29. Кўкрак қафасининг чап томони нуқтаси пайпаслаб кўрилганда оғриқ сезилади. Бўйин фаол ҳаракати сусайган.

Нв- 130 г/л; Эр-3,8x10/12 л; Л- 6,8x10/9 л. ЭЧТ - 3 мм/с. Қоннинг умумий таҳлили ва ЭКГ ўзгаришсиз. Қондаги мочевина ва креатинин кўрсаткичлари –меъёрида. Умумий холестерин – 4,5 ммоль/л. Умуртқанинг кўкрак қисми рентгени: умуртқаларо ораликнинг торайганлиги белгилари.

10 масала

К. исмли бемор, 22 ёшда, УАВга юраги санчиб оғриши, юрганида кучаядиган юрак ўйноғи, ўта ҳолсизлик ва тинч ҳолатда вақти-вақти билан ҳам ҳарсиллашдан шикоят билан мурожат қилди.

Беморнинг сўзларига қараганда юрак соҳасида оғриқни ҳеч нима билан боғламайди. 3 боласи бор. Юрак уриши 1 дақиқада 100 марта; А\Б 90\60 мм. симоб устунига тенг, нафас олиш сони бир дақиқада 20 марта, юрак чегаралари кенгаймаган, тонлари бўғиқ, чўққида систолик шовқин, оёқлари бир оз шиш. ЭКГ: ритм синусли, яққа қоринчалар экстрасистолияси. Нв- 75 г/л; Эр-2,7x10/12 л; Л- 6,5x10/9 л. ЭЧТ - 13 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 200 мл, ранги –оч сариқ, солиштира оғирлиги–1021, оксил – йўқ, лейкоцитлар 3-4/1; АлТ – 0,86; АсТ- 0,52.

11 масала

К. исмли бемор, 43 ёшда, кунига 40 тагача сигарет чекади, сўзларига қараганда тез-тез шамоллаб туради, оёқ веналари варикоз касаллигига чалинган, рухий-эмоционал стрессдан сўнг эрталаб тўш ортидаги оғриқдан уйғонган ва тўсатдан хансираш бошланган, йўталганида, балғамида қон пиликчалари пайдо бўлган. Валидол қабул қилганда оғриқ пасаймаган. Бир неча соат ўтгач УАВни чақирган.

Бемор кўриқдан ўтказилаётганда асабийлашган; тери қопламлари кўкарган. Юрак – ўпка артерияси устида II тон кучсизланган; юрак уриши 1 дақиқада 108 та, А\Б 90\60 мм.симоб устунни, ўпкаларида везикуляр нафас, жарангдор ҳул хириллашлар эшитилади. Тана вазни индекси – 39.

ЭКГ: юрак ўнг бўлимларида зўриққанлик белгилари.

12 масала

ҚВП га биринчи марта 39 ёшдаги бемор хуружсимон йўтал, хансираш ва кувватсизлик шикоятлари билан мурожаат қилди. Юқоридаги шикоятлар бахордан буён 6-7 ой давомида безовта қилади. Беморнинг онаси бронхиал астма билан оғриган. Бу белгиларни бемор даврий равишда кундузлари ҳафтада 1 марта, тунлари камроқ (ойига 2 мартадан кўп бўлмаган) кузатилади. Хуружлар орасидаги даврда бемор ўзини яхши сезади.

Кўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Ёшлигида тез-тез шамоллаб турган. Оилали, такси хайдовчиси бўлиб ишлайди, кунига 14-15 та сигарет чекади. Беморнинг умумий ахволи қониқарли, ўпкасида сусайган везикуляр нафас фониди куруқ тарқоқ хуштаксимон хириллашлар. Нафас олиш сони тинч ҳолатда 18 та.

13 масала

УАШ қабулига 48 ёшдаги эркак шиллиқ-йирингли балғам ажралиши билан кечувчи йўтал, терлаш, тана хароратининг ошиши ва умумий холсизликка шикоят қилиб келди. Юқоридаги шикоятлар 2 ҳафта давомида ЎРВИ дан сўнг безовта қилган.

Ёшлигида ҳеч қандай касалликка чалинмаган, қирда чўпон бўлиб ишлайди. Кўп йиллар давомида 19-20 дона дан сигарет чекади. Умумий ахволи ўрта оғирликда. Аускультацияда: нафас чиқаришнинг узайиши билан кечувчи дағал нафас, ўнг томонда ўрта умров чизиғи бўлаб IY-Y қовурғалар оралиғида майда пуффакчали нам ва тарқоқ куруқ хириллашлар. Нафас олиш сони 1 дақиқада 22 та. АҚБ 120/80 мм сим.уст.

14 масала

УАШ га 46 ёшдаги бемор эрталаб уйғонганда ва кечқурун пайдо бўладиган, йирингли балғам кечувчи йўталга шикоятлари билан мурожаат қилди. Юқоридаги шикоятлар бир неча йилдан буён безовта қилади. Аммо қиш бошланиши билан тана харорати 38*С гача кўтарилиб балғам миқдори кунига 120-150 мл гача кўпайиб, баъзан таркибида қон пайдо бўлади. Шунингдек беморни холсизлик ва тана вазни камайганлиги безовта қилади. Ушбу касаллик мунособати билан бир неча маротаба даволанган.

Ёшлигида тез-тез шамоллаб пульмонолог рўйхатида турган. Такси хайдовчиси бўлиб ишлайди. Чекади (чекишни ташлашга ҳаракат қилган). Стационар даволанишдан воз кечмоқда. Умумий ахволи ўртача оғирликда, кўкрак қафаси бочкасимон, тирноқлари “соат шишаси” шаклида. Ўпкасида ўнг тарафида дағал нафас фониди жарангсиз нам хириллашлар эшитилади. Нафас олиш сони 1 дақиқада 21 та. АҚБ 120/80 мм сим.уст. Юрак чегаралари ўнга силжиган.

15 масала

УАВ га 55 ёшли АГ дан азият чекувчи аёл мурожаат қилиб юрак соҳаси сиқиб оғришидан шикоят қилди.

Беморнинг сўзларига қараганда 5 йилдан буён АГдан азият чекади, шу сабабли эналаприл қабул қилади. Оғриқ 10 кун олдин қаттиқ асабийлашганидан сўнг пайдо бўлган. Оғриқ вақти-вақти билан, айниқса жисмоний зўриқишдан сўнг пайдо бўлиб туради, чап елкасига тарқалади, тўхтаганидан кейин 15 дақиқалар ўтгач ўтиб кетади. Чекади, баъзан спиртли ичимликлар ичиб туради.

Объектив кўриқда: терида ўзгаришлар йўқ. Юрак тонлари бир маромда, аниқ. А/Б 155/95 мм.симоб устунни, тана ҳарорати $-36,5^{\circ}$ С. Вазни 98 кг, бўйи – 161 см. Офтальмоскопия: артериянинг иккала томонида ҳам веналар конус шаклида торайиб кетган.

Нб- 122 г/л; Эр-3,2x10/12 л; Л- 6,3x10/9 л. ЭЧТ - 5 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 100 мл, оч сариқ рангда, солиштирма оғирлиги – 1015, оксил – йўқ, лейкоцитлар 2-4/1; Наҳорда қондаги қанд миқдори – 5,5 ммоль/л; ЭКГ – чап қоринча гипертрофияси белгилари. Қондаги умумий холистерин миқдори – 9,8 ммоль/л.

16 масала

28 ёшли аёл УАВ қабулига ютиш қийинлашганлиги, юз териси тортишиши, бўғимларда оғриқ, қўл бармоқлари увишиб ва совқотишидан шикоят қилиб келди.

Анамнезидан ўзини ярим йилдан буён касал деб ҳисоблайди. Қора денгизда ёзги таътилда дам олаётганда юзига тошма тошиши, оёқ-қўллар совқотиши безовта қилган. Шу вақтгача шифокорга мурожаат қилмаган. Охирги 2 ҳафта давомида юқоридаги шикоятлар безовта қилганлиги сабаб шифокорга мурожаат қилган.

Объектив кўриқда: бемор озғин, ТВИ= $17\text{кг}/\text{м}^2$. Кўринарли шиллиқ қаватлари оқарган, юз териси мармар рангда. Бармоқлар ва билак териси индурацияси ва қаттиқланиши аниқланади. Рейно синдроми белгилари, тизза ва тирсак бўғимлари бир оз шишган. Умумий қон таҳлили: Нб-70г/л; РК-0,78; Эритроцитлар- 2.5×10^{12} л. Лейкоцитлар- $4,3 \times 10^9$ /л. ЭЧТ 35 мм/соат. Умумий сийдик таҳлили: 200 мл, ранги – сариқ, с/о – 1021, оксил – abs, лейкоцитлар 3-4/1

Рентгенологик текширувда: қизилунгач дистал қисми млторикаси бузилиши, атония, қизилунгачда контраст моддани узоқ туриб қолиши, кардиал жом етишмовчилиги. Рефлюкс эзофагит.

17 масала

20 ёшли қиз юрак уриб кетиши енгил жисмоний ҳаракатда нафас сиқиши, тизза бўғимида оғриқ ва шишга шикоят қилиб УАВ мурожат қилди.

Анамнезида–сурункали тонзиллит ва куз-бахор ойларида полиартрит. Бўғим синдроми одатда 10-14 кун ичида изсиз ўтиб кетади. Бициллин терапия олиб юрган. Сўнгги ойларда нафас сиқиши ва юрак уриб кетиши безовта қилади. Турмушга чиқмаган.

Упкада везикулар нафас, хриплар йўқ. Пальпацияда юрак чўққи турткиси чапга силжиган, кучайган ва тарқалган. Юракни чап нисбий тумтоқлик чегараси чапга силжиган. Талияси митрал кўринишда. Аускультацияда чўққида I тон сусайган, асиллар соҳага узатилувчи систолик шовқин, ўпка артерияси устида II тон акценти. Пульс бир дақиқада 94 марта. АБ 120/70 мм. симоб устунда. Пальпацияда қорин юмшоқ оғриқсиз. Жигар ўнг қобирға ёйида, талоқ катталашмаган.

Нб- 118 г/л., Эр-3,7x10/12 л., Л- 6,1x10/9 л., ЭЧТ - 12 мм/с.; Сийдикнинг умумий таҳлили: хажми 100 мл, ранги оч сариқ, солиштирма оғирлиги–1015, оксил – йўқ,

лейкоцитлар 3-5/1; ЭКГ: чап қоринча ва бўлмача гипертрофияси белгилари, якка қоринчалар экстраистолиялари ва 1 даражадаги АВ-блокада.

18 масала

44 ёшли беморни бир йил давомида харсиллаш, юракни тез баъзан тўхтаб–тўхтаб уриши ва жисмоний зўриқишда тўш ортидаги оғриқлар безовта қилади. Сўнгги вақтларда тунлари ва горизонтал ҳолатда бўғилиш хуружлари пайдо бўлди.

Кўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади)

Анамнезида: отаси 50 ёшида юрак етишмовчилигидан вафот этган. Ўзи ёшлигида вирусли гепатит ўтказган. Касаллигини бошланишини ҳеч нарса билан боғламайди.

Перкуссияда юракни нисбий тўмтоқлик чегараси: ўнгги - ўнг парастернал чизикдан +1,5 см, чап чегараси олдинги қўлтиқ ости чизиги бўйлаб VI қобирға оралиғида. Аускультацияда: юрак тонлари бўғиқлашган, чўққида ва тўш суяги ханжарсимон ўсимтаси асосида систолик шовқин. Юрак ва томир уриш сони бир дақиқада 104 та аритмик якка экстраистолиялар билан. АБ 130/80 мм.симоб устунда. Жигар +4 см, бир мунча оғриқли, талоқ катталашмаган. Болдирда шишлар.

Қоннинг умумий тахлилида: Нв- 120 г/л; Эр-3,8x10/12 л; Л- 6,5x10/9 л. ЭЧТ - 7 мм/с. Сийдикнинг умумий тахлилида: 100 мл, сомон рангида, солиштирма оғирлиги – 1019, оқсил – йўқ, лейкоцитлар 3-4/1; Наҳорда қондаги шакар – 4,8 ммоль/л; Умумий холестерин – 5,5 ммоль/л. АлТ – 0,26; АсТ- 0,52. ЭхоКГ: иккала қоринчалар дилатацияси, систола вақтида қоринчалараро тўсиқнинг пародоксал ҳаракати.

ЭКГ- чап ва ўнг қоринчалар гипертрофияси белгилари ҳамда якка қоринчалар экстраистолиялари.

19 масала

56 ёшли бемор бир йил илгари чап қоринча олдинги деворининг трансмурал миокард инфарктини ўтказган. Сўнгги икки ҳафта давомида хансираш, оёқларда шиш ва чап қобирға остида оғирлик хисси безовта қилмоқда.

Объектив кўриқда тери қопламлари рангпар, лаблари кўқарган. Перкуссияда юракни нисбий тўмтоқлик чегараси ўнгга ва чапга кенгайга. Юрак турткиси аниқланади. Аускультацияда чўққида систолик шовқин, ўпка артерияси устида II тон акценти. Юрак ва томир уриши сони бир дақиқада 100 та ритмик. Жигар +4 см, бир мунча оғриқли, болдирда шишлар. Бўйи 165 см, тана вазни 101 кг.

Қоннинг умумий тахлилида: Нв- 120 г/л; Эр-3,8x10/12 л; Л- 6,5x10/9 л. ЭЧТ - 7 мм/с. Сийдикнинг умумий тахлилида: 100 мл, сомон рангида, солиштирма оғирлиги – 1019, оқсил – йўқ, лейкоцитлар 3-4/1; Наҳорда қондаги шакар – 4,8 ммоль/л; Умумий холестерин – 8,7 ммоль/л. АлТ – 0,26; АсТ- 0,52. ЭКГ- чап қоринча гипертрофияси белгилари.

20 масала

32 ёшли киши УАВ юрагининг нотекис уриши ва хансираш каби шикоятлар билан муружат қилди.

Ўткир респиратор вирусли инфекция ўтказгандан сўнг касаллик бошланган. Олдин юрак соҳасида оғриқ, кейин холсизлик ва бош оғриғи пайдо бўлган. Аспирин қабул қилган лекин ахволида ўзгариш кузатилмаган. Кейинроқ енгил жисмоний ҳаракатда ҳам хансираш ва юракнинг нотўғри уриши кўшилган. Кунда 1 пачка атрофида сигарета чекади.

Объектив: I тон юрак чўққисида ва тўш суяги ханжарсимон ўсмаси асосида сусайган. Юрак ва томир уриш сони бир дақиқада 60-99 та аритмик. АБ 120/80 мм. симоб устунига тенг. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ катталашмаган.

Қоннинг умумий тахлилида: Нв- 110 г/л; Эр-3,4x10/12 л; Л- 11,9x10/9 л. ЭЧТ -29 мм/с. Сийдикнинг умумий тахлилида: 115 мл, сомон рангида, солиштирма оғирлиги – 1012, оксил – йўқ, лейкоцитлар 2-3/1. ЭКГ: PQ интервали барча тармоқларда 0.24 сек, QRS комплексини регулар бўлмаган тушиб қолиши, якка – якка кузатиладиган қоринчалар экстрасистолиялари.

21 масала

18 ёшли йигитда ҚВП ўтказилган профилактик кўрик вақтида кўкрак қафасининг чап қисмида жарангдор систолик шовқин аниқланди.

Сўраб суриштирилганда уни жисмоний зўриқиш вақтида хансираш ва юрак уриб кетиши безовта қилиши аниқланди. Тез-тез шамоллаб туради.

Объектив: Тери қопламлари рангпар, лаблари кўкарган, ёноқлари бирмунча қизарган, кўзлари остида қора халқалар. Ўпкалари устида везикулар нафас, хриплар йўқ. Юрак ва томир уриш сони бир дақиқада 78 та ритмик. АБ 110/70 мм. симоб устунига те- нг. Унча катта бўлмаган юрак букриси ва чегараларнинг юқори ва ўннга кенгайганлиги аниқланади. Аускультацияда: чап томонда тўш суяги қирғоғида III-IV қобирғалар оралиғида жарангдор систолик шовқин, ўпка артерияси устида II тон акценти. Қорни юмшоқ, оғриқсиз. Жигар ва талоқ катталашмаган. Шишлар йўқ.

Қоннинг умумий тахлилида: Нв- 115 г/л; Эр-3,9x10/12 л; Л- 7,5x10/9 л. ЭЧТ - 8 мм/с. Сийдикнинг умумий тахлилида: 120 мл, сомон рангида, солиштирма оғирлиги – 1026, оксил – йўқ, лейкоцитлар 2-3/1;

ЭКГ: ўнг бўлмача ва қоринча гипертрофияси белгилари. ЭхоКГ: қоринчалар аро тўсиқда 1 см ўлчамдаги дефект.

22 масала

34 ёшли Ю. исмли бемор юрак соҳасида нохушлик, ҳарсиллаш, ўнг қобирға остида оғирлик ҳисси, кўнгил айниши ва диурезни камайиши каби шикоятлар билан УАВ мурожат қилди.

Анамнезида: Ёшлигидан ревматизм ва юракни митрал нўқсони билан оғрийди. Жаррохлик амалиёти билан даволаш тавсия этилганда рад этган. Сўнгги икки йилда хансираш, шишлар ва юракни нотўғри уриши безовта қилади.

Объектив: юзлари шишинқираган, цианоз, бўйин веналари шишган. Юрак чегаралари кўндалангига кенгайган, чўққи турткиси сусайган, тонлари бўғиқлашган, перикард ишқаланиш шовқини ва чўққида систоло- диастолик шовқин эшитилади. Пульси бир дақиқада 104 та, тез-тез, кичик тўлишишда, аритмик. Юрак қисқаришлари сони 130, АБ 90/60 мм. симоб устунига тенг. Қорни юмшоқ оғриқсиз, ўнг қобирға ёйи остида сезгирлик. Жигар +4+5 см, пальпацияда оғриқли, бирмунча қаттиқлашган, талоқ катталашмаган. Оёқларда шишлар.

Қоннинг умумий тахлилида: Нв- 114 г/л; Эр-3,2x10/12 л; Л- 11,9x10/9 л. ЭЧТ -25 мм/с. Сийдикнинг умумий тахлилида: 115 мл, сомон рангида, солиштирма оғирлиги – 1024, оксил – йўқ, лейкоцитлар 2-3/1. ЭКГ: ўнг бўлмача ва қоринча гипертрофияси белгилари, тишчалар волтажи паст, хилпилловчи аритмия.

23 масала

27 ёшар эркада 11 йил илгари юқори қон босими мавжудлиги аниқланган. Кўшимча маълумотлар (вазифани ҳал қилиш давомида берилади).

АГ тасодифан профилактик кўрик вақтида аниқланган. Вақти-вақти билан тана ҳарорати субфибрил даражагача кўтарилиб туради, шунингдек оёқлар ва чап кўлда увишиш, оғриқ, совуқ қотиш ҳисси безовта қилади.

Объектив кўрикда тана тўзилиши меъёрда, шишлар йуқ, чап билак артериясида томир уриши аниқланмайди. А/Бўғим ўнг кўлда 230/120 мм симоб устунига тенг. Пальпацияда юрак чўққи турткисичапга силжиган, кучайган ва ёпилган. Шунингдек чап нисбий чегараси ҳам чапга силжиган. Аускультацияда киндикдан чап томонда систолик шовқин.

ЭКГ да чап қоринча гипертрофияси белгилари. Умумий қон таҳлили: Нв-96 г/л., лейкоцитлар- $6,3 \times 10^9$ /л., ЭЧТ-20 мм/с. Сийдик таҳлили: солиштирама оғирлиги-1025, оқсил-0,66%, лейкоцитлар 2-4/1, эритроцитлар 1-2/1, ўзгармаган.

24 масала

25 ёшли аёлда харсиллаш, тана ҳароратининг кўтарилиши, яққол намоён бўлган холсизлик ва терисида тошмалар кузатилмоқда.

Кўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Касаллик бошланишини бемор аборт билан боғлайди. Касаллик 20 кун илгари бугунги кунга қадар давом этаётган тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланган. Кейин юрак соҳасида оғриқ, юрак уриб кетиши ва хансираш кўшилган. Сўнг бемор танасида тошмалар ва бош оғриғи пайдо бўлди. Турмушга чиққан, иккита фарзанди бор.

Объектив: юзи шишинқираган. Териси қахва билан сут аралашмаси кўринишида. Кўл ва оёқларида ҳамда қорнининг ён томонларида геморрагик тошмалар. Юракнинг чап нисбий тўмтоқлик чегараси чапга силжиган. Аускультацияда чўққида I тон сусайган, систолик шовқин. Пульс ва юрак уриши бир дақиқада 110 та, АБ 160/100 мм. симоб устунига тенг. Қорни юмшоқ, чап қобирға ёйи остида оғриқли. Жигар +3 см.

Қоннинг умумий таҳлилида: Нв- 117 г/л; Эр- $3,2 \times 10^{12}$ л; Л- $12,5 \times 10^9$ л. ЭЧТ -36 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлилида: 100 мл, солиштирама оғирлиги – 1013, оқсил – 2,4%, лейкоцитлар 4-6/1, эритроцитлар 15-20/1 ўзгарганлари хисобига, цилиндрлар - 8-10/1.

ЭКГ: чап қоринча гипертрофияси белгилари. ЭхоКГ: митрал қопқоқчаларда вегетация.

25 масала

35 ёшли аёл юрак уриб кетиши, қалтираш, танасининг исиб кетиш ҳисси ва кўплаб тер ажралиши билан кечувчи кучли бош оғриғи хуружларига шикоят билан УАВ га мурожат қилди.

Кўшимча маълумотлар (вазифани ҳал қилиш давомида берилади). Юқоридаги шикоятлар илк бора уч йил илгари пайдо бўлган. Хуруж бўлмаган вақтларда ўзини соғлом ҳисоблайди. Хуружлар қон босимини 250/130 мм симоб устунигача кўтарилиши билан кечади ва 15-25 дақиқа давом этиб аксарият холларда ўз-ўзидан ўтиб кетади. Гипотензив дорилардан азельфан, клофеллин самара бермайди. Кунда 20 донагача сигарет чакади.

Объектив кўрикда аҳволи қониқарли, томир уриши бир дақиқада 88та, бирмунча зўриққан. А/Б 140/90 мм симоб устунига тенг, юрак тонлари яққол, аорта устида II-тон акценти. Кўз туби артериялари торайган.

Нв-122г/л, Эр- $4,1 \times 10^{12}$ л, Л- $8,5 \times 10^9$ л, ЭЧТ-5мм/с. Сийдик таҳлилида ҳажми 200мл, ранги-оч сариқ, солиштирама оғирлиги 1019, оқсил-аниқланмаган, лейкоцитлар 1-2/1.

қонда наҳорги шакар миқдори 4,8 ммоль/л, холестерин 5,5 ммоль/л, сийдик билан адреналин ва норадреналин ажралиши меъёрдан юқори. Ванилинбодом кислотаси миқдори қонда ва сийдикда ошган.

26 масала

Қишлоқ врачлик пунктига 32 ёшли аёл бошдаги оғриқлар билан шикоят қилиб муружат қилди.

Қўшимча маълумотлар (вазифани ҳал қилиш давомида берилади).

Бир йил илгари дўстлари билан тоғда бўлганда 5-6 соат ёмғир остида қолишган ва ундан сўнг юзлари ва оёқларида шишлар пайдо бўлиб, тезда ўтиб кетган. Бир неча ой ўтгач беморни бош оғриқлари безовта қила бошлаган.

Объектив кўриқда: *fasies nefrotica*, оёқ-қўлларида шишлар, териси қуруқ ва рангпар. Юрак аускультациясида аорта устида II-тон акценти, чўққида юмшоқ систолик шовқин, томир уриши бир дақиқада 80 марта, А/Б-210/120 мм симоб устунигв тенг. Бел соҳасини уриб кўриш синамаси икки томонлама манфий. Офтальмоскопияда артериялар торайган. Қоннинг умумий таҳлили: Нв-110г/л, Эр-3,5x10¹²л, Л-6,4x10⁹л, ЭЧТ 17 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: ҳажми 100 мл, солиштирма оғирлиги 1013, оксил 2,6%, лейкоцитлар 4-6/1, эритроцитлар ўзгарган, майдонида 8-10/1, цилиндрлар 3-5/1. қонда мочевинв ва креатинин миқдори меъёрда, холестерин 8,5 ммоль/л. Ничипоренко бўйича таҳлилида 1 мл сийдикда эритроцитлар 6000, лейкоцитлар 2500.

27-масала

45 ёшли эркак УАВ га қон босимининг кўтарилиши, бош оғриғи ва ташналик каби шикоятлар билан муружат қилди.

Қўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига кўра, кам ҳаракат ҳаёт кечиради. Касалликни келиб чиқишини руҳий зўриқишлар билан боғлайди. Бемор амбулатор картасида сўнгги йилда А/Бўғим уч марта 160/100 мм симоб устунигача кўтарилиши қайд этилган. Қон босими сўнгги ўлчанганда 170/90 мм симоб устунига тенг. Отаси миокард инфарктдан, онаси инсультдан ўлган, акасида юқори АГ. Сўраб-суриштирганда бемор сўнгги вақтда ташналик, кўп ва тез-тез сийдик ажралиши безовта қилишини такидлади. Кунда 20-25 донагача сигарет чакади. Объектив кўриқда териси ўзгаришсиз, қон босими 170/100 мм симоб устунигача. Юрак соҳасини пальпация қилганда чўққи тўрткиси чапга силжиган, кучайган ва тарқалган. Чап чегараси чапга силжиган. Аускультацияда аорта устида II-тон акценти. Тана вазни индекси 36-га тенг. Томир уриши дақиқада 79 ритмик. Кўз тўр парда артерияларининг торайиши. Сийдикнинг умумий таҳлили 1015, оксил йўқ, лейкоцитлар кўрув майдонида 1-2/1. наҳорда қондаги қанд миқдори 9,5ммоль/л, холестерин 5,8.ммоль/ л, ЭКГ да чап қоринча гипертрофияси белгилари.

28-масала

УАВ га 35 ёшли аёл кучайиб борувчи ҳолсизлик, бош оғриғи ва қон босимини кўтарилиши каби шикоятлар билан муружат қилди.

Қўшимча маълумотлар (вазифани ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига қараганда икки йил давомида кучайиб борувчи ҳолсизлик, бош оғриғи, оғиз қуриши ва ташналик безовта қилади. Аста-секин бел ва оёқларда оғриқ, уйқучанлик хотиранинг сусайиши, ҳайз кўриш циклининг бузилиши, соч тўкилиши кўшилган. Утган давр мобайнида тана вазни ошиб кетган. Аҳволи

ёмонлашганини ҳомиладорлик ва туғруқлар билан боғлайди. Оилали, тўрт фарзанди бор.

Объектив кўриқда излари ойсимон, танасида ёғ туқимаси ўтирган, оёқ-кўллари ингичка, қорни ва сонмда алвон сиёҳ ранг хошиялар бор. Болдирларида қонталашлар бор. Ўпкаси цстида везикуляр нафас, юрак тонлари ритмик, аортада II-тон акцентли, чуққида систолик шовқин. Томир уриши бир дақиқада 98 марта, ритмик, А/Бўғим 170/100 мм симоб устунига тенг. Беморнинг бўйи 165 см, тана вазни 97 кг.

Офтальмоскопияда артерия ва веналар кесишувида веналарни пружина кўринишидаги ўғаришлари.

Нв 10,5 г/л, Эр.- 3,1x10/12л, л.- 6,5x10/9л. ЭЧТ-7мм/с. Сийдигининг умумий таҳлили-улчами 200мл, ранги тиниқ, солиштирама оғирлиги 1009, оксил йук, лейкоцитлар кўриш майдонида 3-4/1. наҳорда қонда шакар миқдори 8,8 ммоль/л. ЭКГ да чап қоринча гипертрофияси белгилари. Бош мия суяги рентгенографиясида турк эгари кенгайган, деворларида остеоророз белгилари. Зимницкий синамасда бир-кеча суткалик диурез 3,5 литр, ундан кундузгиси 1,5, тунгиси 2,0, солиштирама оғирлиги 1007 дан 2024 гача. Қонда АлТ-0,26, АсТ-0,52, АКТГ ва кортикостероидлар кўрсаткичи юқори.

29-масала

29 ёшли эркак киши қон тупуриш, бош айланиши, хансираш, тўш остида қаттиқ оғриқнинг 2 соат олдин тўсатдан бошланиб кучая бошлагани сабабли уйига чақирув берган.

Кўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш жараёнида бериб борилади)

Бемор безовта. Экспиратор хансираш. НОС бир дақиқада 35 марта. Аускультацияда: кучсиз везикуляр нафас ва ўпка ўрта бўлақларида нам хириллашлар эшитилади Юрак: ўпка артериясида II тон кучсизланган. Пульси бир дақиқада 120 марта. АҚБ -90\60 мм.сим.уст.

ЭКГ: юрак бўлмалари зўриқиш белгилари.

30 масала

ҚВПга 26 ёшли аёл қуйидаги шикоятларига кўра келди: хансираш, унинг жисмоний ҳаракатда кучайиши, қуруқ йўтал ва охирида қон тупуриш.

Бир йилдан буён тоби йўқ. Оғриқлар олдин тизза бўғимларида бошланиб кейин шишган, сўнг бошка бўғимларга ўтган, бир неча марта ангинани оёқда юриб ўтказган. Шундан сўнг озроқ жисмоний зўриқишда хансираш, юрак уйноғи, юрак соҳасида санчувчи оғриқ, тез чарчаш юзага кела бошлаган. Сўнгги бир ойда аҳволи ёмонлашган.

Объектив кўриқда: тана ҳарорати 37,2°C. Умумий аҳволи ўрта оғирликда. Тери қопламлари ва шиллиқ қаватлари кўкимтир. Ўпкада везикуляр нафас, ўпка пастки бўлимларида нам майда пуфакли хириллашлар эшитилади. НОС бир дақиқада 26 марта.

Пальпацияда юрак чуққисида “мушук хуриллаши” симптоми аниқланади. Юракнинг юқори нисбий чегараси 2 қовурғалараро соҳада аниқланади. Аускультацияда I- тон карсилловчи, диастолик шовқин, ўпка артерияси устида 2- тон акценти. ЮОС бир дақиқада 110 марта. АҚБ -110/70 мм.сим.уст. Абдоминал патология йўқ..

31 масала

36 ёшли аёл, уй бекаси, УАВ га оёқ ва қўл бўғимларидаги оғриқ ва шишдан шикоят билан мурожат қилди.

Беморнинг сўзларига кўра, 4 ой илгари ўтказилган ўткир респиратор касаллигидан сўнг II ва III қафт бармоқлари ҳамда иккала қўл II, III, IV бармоқларининг проксимал ва

билак бўғимларида оғриқ ва шиш пайдо бўлган, ўзини лоҳас ҳис қилади, ҳозиргача давом этувчи эрталабки карахтлиқ кўшилган. Шу билан бирга, юқорида санаб ўтилган белгилар ҳаракатнинг чегараланиши, ҳолсизлик ва тана ҳароратининг $37,2^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши билан бирга кечган. Оилали, 4 нафар фарзанди бор. Зарарли одатлари йўқ. Кафтнинг II ва III, оёқ-қўл панжаси II, III, IV бармоқлари проксимал ва билак-кафт усти бўғимларида дефигурация ҳамда шиш кузатилади, уларда ҳаракатлар чекланган. Суяклараро мушаклари атрофияси кўзга ташланади. Тери қоплами рангпар, тоза. Ички аъзолар ўзгаришсиз. А/Б 110/75 мм.с.устунига тенг. тана ҳарорати $-37,1^{\circ}\text{C}$.

Нв- 100 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 6,1x10/9 л. ЭЧТ- 37 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили ва. ЭКГ – ўзгаришлар йўқ. Қўл бармоқлари рентгенографиясида–остеопороз, бармоқлар проксимал бўғимлари ораликларининг сезиларли торайиши, якка узурациялар. Кўкрак қафаси рентгенида ўзгаришлар йўқ. С-реактив оқсил ++; РО – манфий

32 масала

В. исмли бемор, 59 ёшда, УАВга оёқларидаги шишдан шикоят билан мурожаат қилди. Бундан ташқари сўнгги 2 ҳафта ичида хансираш зўрайганлиги ва тунда бўғилиб қолиш хуружлари пайдо бўлганлиги сабабли навбатдан ташқари таътил олишига тўғри келган.

Ҳолати ёмонлашганини ҳеч нима билан боғлай олмайди. Бир йил илгари юрак уриши тезлашганлиги, нафаси қисганлигини сезган, бироқ бу ҳолатлар ўз-ўзидан ўтиб кетган, баъзида оёқлари шишган. Жисмоний юкламадан сўнг озроқ ҳолсизлик кузатилган. Ҳеч қаерда даволанмаган.

Кўриқдан ўтказилганда оёқларида шиш, лаблари кўқарган, нафас олиш сони тинч ҳолатда бир дақиқада 27 та, юрак уриши нотекис бир дақиқада 105 та, А/Б 120/70 мм. симоб. уст. Ўпка аускультациясида пастки қисмларда майда пуфакчали нам хириллашлар, юрак чегаралари кўндлангига кенгайган, жигар 4-5 см га катталашган.

Қоннинг умумий таҳлили: Нв- 120 г/л, Эр-3,8x10/12 л, Л- 6,5x10/9 л, ЭЧТ - 7 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 100 мл, ранги – оч сарик, солиштирма оғирлиги–1019, оқсил – йўқ, лейкоцитлар 3-4/1. Наҳорда қондаги қанд миқдори – 4,8 ммоль/л. Қондаги умумий холестерин – 5,5 ммоль/л. АлТ – 0,26; АсТ- 0,52. ЭКГ: иккала қоринчанинг ҳам гипертрофияси белгилари. ЭхоКГ: иккала қоринча дилятацияси, систола вақтида қоринчалар ораллиғи тўсиғининг парадоксал ҳаракати.

33 масала

36 ёшли аёл, уй бекаси, УАВ га оёқ ва қўл бўғимларидаги оғриқ ва шишдан шикоят билан мурожаат қилди.

Кўшимча маълумотлар (муаммони ҳал қилиш давомида берилди).

Беморнинг сўзларига кўра, 4 ой илгари ўтказилган ўткир респиратор касаллигидан сўнг II ва III кафт бармоқлари ҳамда иккала қўл II, III, IV бармоқларининг проксимал ва билак бўғимларида оғриқ ва шиш пайдо бўлган, ўзини лоҳас ҳис қилади, ҳозиргача давом этувчи эрталабки карахтлиқ кўшилган. Шу билан бирга, юқорида санаб ўтилган белгилар ҳаракатнинг чегараланиши, ҳолсизлик ва тана ҳароратининг $37,2^{\circ}\text{C}$ гача кўтарилиши билан бирга кечган. Оилали, 4 нафар фарзанди бор. Зарарли одатлари йўқ.

Кафтнинг II ва III, оёқ-қўл панжаси II, III, IV бармоқлари проксимал ва билак-кафт усти бўғимларида дефигурация ҳамда шиш кузатилади, уларда ҳаракатлар чекланган. Суяклараро мушаклари атрофияси кўзга ташланади. Тери қоплами рангпар, тоза. Ички аъзолар ўзгаришсиз. А/Б 110/75 мм.с.устунига тенг. тана ҳарорати $-37,1^{\circ}\text{C}$.

Нв- 100 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 6,1x10/9 л. ЭЧТ- 37 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили ва. ЭКГ – ўзгаришлар йўқ.. Қўл бармоқлари рентгенографиясида–остеопороз, бармоқлар проксимал бўғимлари ораликларининг сезиларли торайиши, якка узурациялар. Кўкрак қафаси рентгенида ўзгаришлар йўқ.. С-реактив оксил ++; РО – манфий.

34 масала

52 ёшли эркак, банк ходими, кўпроқ юқори калорияли овқатлар истеъмол қилади, УАВ га ўнг тизза бўғимидаги оғриқ ва шишдан шикоят билан мурожат қилди.

Кўшимча маълумотлар (вазифани ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига кўра, охириги бир йил мобайнида бир неча бор оёқ кафти-бош бармоқ, кейинчалик болдир товон суягини бириктирувчи бўғимларида ўткир оғриқ ва шиш кузатилган. Бу оғриқлар ибупрофен қабул қилгандан сўнг босилган. Кўп йиллардан буён чекади (кунида 20 донагача), гўштли таомлар истеъмол қилишни хуш кўради, спиртли ичимликлар истеъмол қилади. 2 йил олдин гонорея билан оғриган ва даволанган.

Бемор ортиқча тана вазнига эга, тизза бўғими шишган, унда гиперемия ва гипертермия кузатилади, ҳаракати чекланган. А/Б 135/89 мм.симоб устун. Тери қопламлари пушти ранг, тоза. Ички аъзоларида ўзгаришлар йўқ. Тана вазни индекси – 35,5.

Нв- 133 г/л; Эр-3,9x10/12 л; Л- 10,2x10/9 л. ЭЧТ- 15 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: сийдик кислотали тузлар, бошқа ўзгаришлар йўқ.. ЭКГ – меъёрида.. Тизза бўғимлари рентгени – «штамп» шаклидаги ўзгаришлар мавжуд. Сийдик кислотаси – 789 ммоль/л. Қон креатини – 0,088 ммоль/л. Қондаги қанд микдори– 4,5 ммоль/л. Умумий холестерин 7,3 ммоль/л. Буйрак УТТ– чап буйракда конкрементлар мавжуд.

35 масала

УАВ га 30 ёшли аёл, бурнида ва юзида эритематоз доғлар пайдо бўлгани, қўл бармоқлари бўғимларида оғриқ, шунингдек ўта ҳолсизлик ва нафаси қисиш каби шикоятлар билан мурожат қилди.

Кўшимча маълумотлар (вазифани ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига кўра, касаллик 3 ой олдин, абортдан сўнг, бармоқ бўғимларида оғриқ, ҳолсизлик, тана ҳароратининг кўтарилиши билан бошланган. Кейинроқ танасида, ундан кейин юзида ҳам тошмалар пайдо бўлган. Ундан кейин эса озиб, сочлари тўкила бошлаган. Юқорида санаб ўтилган белгилар умумий ҳолсизлик билан бирга кузатилган. Иситма шу кунгача давом этмоқда. Оилали, битта боласи бор. Зарарли одатлари йўқ.

Объектив кўриқда: кафт бўғимлари дефигурацияси кузатилади, уларнинг ҳаракати чекланган. Тери қоплами: кўшилиб кетган эритематоз доғлар кузатилади, улар атрофидаги соғлом теридан яққол фарқ қилади, бурунда ва юзда «волчанка капалаги» ҳосил қилган. Шунингдек қовоқларда шиш кўзга ташланади. Ўпкалар усти перкуссия қилинганда тўмтоқ товуш, аускультацияда нафас эшитилмайди. А/Б 150/100 мм.сим.устунига тенг. тана ҳарорати -37,5° С.

Нв- 100 г/л; Эр-3,3x10/12 л; Л- 6,1x10/9 л. ЭЧТ- 41 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: протеинурия, гематурия ва цилиндрурия кузатилади (ўзгарган эритроцитлар ҳисобига),. ЭКГда чап қоринча гипертрофияси белгилари. Қўл бармоқлари рентгени–остеопороз, панжа бўғимларида бўғим ораликларининг сезиларли қисқарганлиги. Кўкрак қафаси рентгенида икки томонлама экссудатив плеврит белгилари С-реактив оксил ++; РО – манфий.

36 масала

УАВ га 50 ёшли бемор, танасида тошмалар тошганлиги, болдир товон бўғимида, тизза, билак бўғимида ва умуртқа поғонаси ҳамда қуймичида оғриқ, шунингдек уларни белнинг пастки қисмидаги карахтлиқ ҳамда оғриқ билан бирга кечишига шикоят қилиб мурожат қилди.

Кўшимча маълумотлар (вазифани ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига қараганда, 7 ойдан буён тоби йўқ. Касаллик бошининг сочли қисмида тошмалар тошиши ва қичиши билан бошланган. Вақт ўтиши билан хасталиқ зўрайган, тошмалар бошқа жойларига, хусусан танасида ва оёқ-қўлларида ҳам пайдо бўлган. Касали юзасидан тиббий ёрдам сўраб мурожаат қилмаган. Бироқ сўнгги ойларда бўғимларида оғриқ безовта қила бошлаган, кейинчалик улар шиша бошлаган, ҳаракатлари бузилган, натижада шифокорга мурожаат қилишга мажбур бўлган. Наслида тери касаллиги билан оғриганлар йўқ. Дерматологда кузатувда турмайди. Баъзан спиртли ичимликлар ичиб туради, кунига 5-7 тагача сигарет чекади.

Объектив кўриқда: зарарланган бўғимларнинг букилувчи юзаларида, қорин ва белда йирик, географик шаклдаги ва пилакчалар кўринишидаги яққол намоён бўлувчи тошмалар аниқланади. Экссудатив ҳолатлар. Тошмалар юзасида унинг чегарасигача етиб бормайдиган, кўплаб майда пўст ташлаган соҳалар кўринади. Тошмаларнинг четларида эритематоз тожлар (қопламаси йўқ соҳаларида) мавжуд. Бармоқ, оёқ кафти, тизза бўғимлари шишган, пайпаслаб кўрилганда оғриқли. Фаол ҳаракатлар чегараланганлиги кўзга ташланади. Пассив ҳаракатланганда бўғим соҳаларида «крепитация» кузатилади.

А/Б 135/85 мм.сим.устунига тенг. Ички аъзолар ўзгаришсиз. Нв- 125 г/л; Эр- 3,7x10/12 л; Л- 7,2x10/9 л. ЭЧГ- 33 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: ўзгаришсиз. Умуртқа поғонаси ва тос суяги рентгени: спондилит белгилари (умуртқанинг бел ва кўкрак соҳасидаги синдесмофит, умуртқалар орасидаги дисклар билан боғланмаган) ва бир томонлама сакроилеита. ЭКГ: ўзгаришларсиз.

37-масала

УАВ га 35 ёшли эркак, чап тизза бўғимидаги оғриқ ва шишдан шикоят билан мурожат қилди.

Кўшимча маълумотлар (вазифани ҳал қилиш давомида берилади).

Беморнинг сўзларига қараганда муаммо 3 ой илгари бошланган. Ундан олдин эса тез-тез оғриқли сийган, сийдик йўлидан ажратмалар пайдо бўлган. Якка ўзи яшайди. Кўп марта тасодифий жинсий алоқаларда бўлган. Чекади, спиртли ичимликлар ичишни хуш кўради. Вақти-вақти билан кўзлари қизариб туради.

Болдир товон суягини бириктирувчи бўғин шишган, унда гиперемия ва гипертермия белгилари кузатилади, Ҳаракати чекланган. А/Б 125/85 мм.симоб устун. Тери қопламалари кўздан кечирилганда – кўл ва оёқ кафтида дағаллашиб қотиб қолган тошмалар- папулалар ва пилакчалар кузатилади. Ички аъзоларида ўзгаришлар йўқ.. Оғиз бўшлиғи ва томоқ кўрилганда–стоматит белгилари бор. Кўзда –конъюнктивит белгилари мавжуд. Жинсий аъзо текширилганда – олат бошчаси атрофида пўсти шўралашиб турган тошмалар (баланит белгилари) кузатилади. Аноректал текширувда – простата безининг ҳажми катталашган, силлиқ, оғриқли ва эгатлар аниқланади. Тана ҳарорати -36,5° С.

Нв- 135 г/л; Эр-3,8x10/12 л; Л- 9,2x10/9 л. ЭЧГ- 19 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: лейкоцитурия. Болдир товон суягини бириктирувчи бўғин рентгени– «штамп» кўринишидаги ўзгаришлар ва якка-якка эрозиялар. Тос суяги рентгени – чап томон

сакроилеити белгилари. Хламидия инфекциясига текширилганда– «+». Қоннинг Райт-Хеддельсон реакцияси – манфий.

38 Масала

К. исмли бемор, 62 ёшда УАВ га бир йилдан буён ҳаракатда юрак соҳаси сиқиб оғришидан шикоят билан мурожат қилди.

Беморнинг сўзларига қараганда оғриқ бир йилдан буён кузатилади ва у хотинининг ўлимидан сўнг бошланган. Оғриқ юрганида пайдо бўлади ва чап елкасига тарқалади, тинч ҳолатда йўқолади. Шунингдек вақти-вақти билан йўтал тутиб, балғам ажралади. Беморнинг отаси миокард инфарктдан вафот этган. Қунига 20 дона сигарет чекади. Охирги кунларда оғриқ кучайиб, қунига 5-7 таблетка нитросорбит кабул қилган.

Объектив кўрилганда: терида ўзгаришлар йўқ. Юрак тонлари бир маромда, аниқ. А/Б 140/70 мм.симоб устунига тенг. Тана ҳарорати $-36,5^{\circ}$ С. Тана вазни индекси – 34.

Нв- 118 г/л; Эр-3,7x10/12 л; Л- 6,1x10/9 л. ЭЧТ - 7 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 100 мл, ранги о/с, солиштира оғирлиги – 1015, оқсил – йўқ, лейкоцитлар 1-2/1; Наҳорда қондаги қанд миқдори– 5,5 ммоль/л; ЭКГ – манфий Т тишча, яққаланган коринчалар экстрасистолия. Қондаги умумий холестерин – 8,8 ммоль/л.

39 -масала

К. исмли 52 ёшли бемор аёл, УАВ кабулида юраги сиқилиб оғриётганлигидан шикоят билан мурожат қилди, оғриқ 5 та нитросорбит таблеткаси ичса ҳам ўтиб кетмаган, чап қўли увушиб, боши айланган.

Бемор кўриқдан ўтказилганда у асабийлашган, тери қопламалари ёпишқоқ, совуқ, пульс 1 дақиқада 98 марта, А\Б 100\60 мм.симоб устунига тенг, вазни 100 кг, бўйи 1м 67см. Қуриқ пайтида бемор хушни йукотган

ЭКГ –ST сегменти аVF тармоқда изолиниядан юқорида, III да - ST пастда; I, aVL да изолиниядан пастда, V1 тармоғида битта деформацияланган ORS.

40 масала

К. исмли бемор, 22 ёшда, УАВга юраги санчиб оғриши, юрганида кучаядиган юрак ўйноғи, ўта ҳолсизлик ва тинч ҳолатда вақти-вақти билан ҳам ҳарсиллашдан шикоят билан мурожат қилди.

Беморнинг сўзларига қараганда юрак соҳасида оғриқни ҳеч нима билан боғламайди. 3 боласи бор. Юрак уриши 1 дақиқада 100 марта; А\Б 90\60 мм. симоб устунига тенг, нафас олиш сони бир дақиқада 20 марта, юрак чегаралари кенгаймаган, тонлари бўғиқ, чўққида систолик шовқин, оёқлари бир оз шиш.

ЭКГ: ритм синусли, яққа қоринчалар экстрасистолияси.

Нв- 75 г/л; Эр-2,7x10/12 л; Л- 6,5x10/9 л. ЭЧТ - 13 мм/с. Сийдикнинг умумий таҳлили: 200 мл, ранги –оч сарик, солиштира оғирлиги–1021, оқсил – йўқ, лейкоцитлар 3-4/1; АлТ – 0,86; АсТ- 0,52.

41 масала

К. исмли бемор, 43 ёшда, қунига 40 тагача сигарет чекади, сўзларига қараганда тез-тез шамоллаб туради, оёқ веналари варикоз касаллигига чалинган, руҳий-эмоционал стрессдан сўнг эрталаб тўш ортидаги оғриқдан уйғонган ва тўсатдан хансираш бошланган, йўталганида, балғамида қон пиликчалари пайдо бўлган. Валидол қабул қилганда оғриқ пасаймаган. Бир неча соат ўтгач УАВни чақирган.

Бемор кўриқдан ўтказилаётганда асабийлашган; тери қопламлари кўкарган. Юрак – ўпка артерияси устида II тон кучсизланган; юрак уриши 1 дақиқада 108 та, А\Б 90\60 мм.симв устунни, ўпкаларида везикуляр нафас, жарангдор ҳул хириллашлар эшитилади. Тана вазни индекси – 39. ЭКГ: юрак ўнг бўлимларида зўриққанлик белгилари.

Задача № 1

Больной К., 58 лет, обратился к ВОП с жалобами на давящие боли в области сердца при ходьбе, которые беспокоят в течение года. **Со слов больного боли отмечает в течении года, начались после смерти жены. Боль возникает при ходьбе и иррадирует в левое плечо и проходит после остановки. Также временами отмечается кашель с выделением слизистой мокроты. Отец больного умер от инфаркта миокарда. Курит по 1 пачке в день. Страдает язвенной болезнью желудка в течении многих лет.**

Объективно: кожа - без особенностей. Тоны сердца ритмичные, ясные. А\Д 120\70 мм.рт.ст. ИМТ - 37. Боли при пальпации под мечевидным отростком.

НБ- 110 г\л; Эр-3,7x10\12 л; Л- 6,1x10\9 л. СОЭ - 7 мм\ч. ОАМ: 100 мл, с\ж цвета, у\в - 1015, белок - abs, лейкоциты 1-2\1; Сахар крови натощак - 5,5 ммоль\л; ЭКГ - без особенностей. Общий холестерин крови - 8,8 ммоль\л.

Задача № 2

Больная К., 53 лет после смерти брата, беспокоили жгучие боли за грудиной, в очереди на прием к ВОП стала беспокоить одышка, чувство удушья, давящие боли в сердце, не прошли после приема 6 таблеток нитросорбита, головокружение.

При осмотре больная возбуждена, кожные покровы бледные холодные, пульс 98 уд\мин, а\д 90\60 мм.рт.ст., вес 100 кг, рост 167см. В легких ослабленное везикулярное дыхание, единичные влажные хрипы

В ОАК НВ- 90 г\л; Эр-3,7x10\12 л; Л- 6,1x10\9 л. СОЭ - 7 мм\ч. ЭКГ - подъем сегмента ST выше изолинии в aVF, III; снижение ST ниже изолинии в I, aVL.

Задача № 3

Больной К., 46 лет обратился к ВОП с жалобами на давящие боли в сердце с иррадиацией в спину, с увеличивающейся **интенсивностью**, одышку, резкую слабость. Со слов больной, **заболевание началось 6 дней назад.** Из анамнеза работает грузчиком в течении 15 лет, страдает ГБ, никогда не лечился.

При осмотре больной подавлен, кожные покровы бледные, ЧДД 22 в мин, пульс 108 уд\мин; а\д 160\80 мм.рт.ст., ИМТ 29. Аускультативно выслушивается глухие тоны, акцент 2 тона на аорте. На ЭКГ: подъем сегмента ST выше изолинии, отриц. зубец Т.

Задача № 4

Больной К., 42 лет, инженер после рабочей смены утром обратился к ВОП с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, онемение в левой руке, затруднение вдоха, изжогу.

Со слов боли отмечает в течении года, начало заболевания ни с чем не связывает, боли немного проходят после массажа. При осмотре пульс 70 уд\мин, а\д 120\70 мм.рт.ст., все 100кг, рост 167см. Отмечается болезненность при

пальпации шейных, грудных паравертебральных точек слева. Страдает хроническим гастритом

НЬ- 130 г/л; Эр-3,8x10/12 л; Л- 6,8x10/9 л; СОЭ - 9 мм/ч. Общий анализ мочи: без особенностей; ЭКГ - без особенностей. Общий холестерин крови - 4,5 ммоль/л. Рентген шейно-грудного отдела позвоночника: признаки сужения межпозвонковых щелей.

Задача № 5

Больной К., 28 лет, обратился к ВОП с жалобами на колющие боли в сердце, сердцебиение, усиливающиеся при ходьбе, повышение температуры до 39С, сухой кашель, резкую слабость, одышку в покое, боли в коленных суставах.

Со слов больной, заболевание началось неделю назад с боли в области сердца с коленным суставе после перенесенного ОРВИ.

При осмотре пульс 90 уд\мин, а\д 100/70 мм.рт.ст., ЧДЦ 22 в мин., отмечается **глухость тонов сердца, систолический шум на верхушке, отеки на ногах, печень +4 см и расширение левой и правой границ сердца.** В легких ослабленное везикулярное дыхание.

На ЭКГ: ритм синусовый, P-Q - 0,24 сек., единичная желудочковая экстрасистолия

НЬ 105 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 6,5x10/9 л. СОЭ - 13 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - светлая, у/в -1021, белок ~ abs, лейкоциты 3-4/1; АлТ - 0,26; АсТ- 0,52.

Задача № 6

Больной К., 53 лет курит по 2 пачки в день, имеет частые простудные заболевания в анамнезе, страдает варикозной болезнью вен нижних конечностей, после психо-эмоционального стресса накануне, рано утром проснулся от боли за грудиной и внезапной одышкой, кашля с прожилками крови. Принял валидол - боли не купировались. Через несколько часов вызвал ВОП.

При осмотре больной возбужден; кожные покровы цианотичные; Сог - ослабление II тона над легочной артерией; пульс 108 уд\мин; а\д 90\60 мм.рт.ст.; в легких ослабление везикулярного дыхания и наличие звонких влажных хрипов. Индекс массы/тела - 39.

На ЭКГ: признаки перегрузки правых отделов сердца.

Задача № 7

К ВОП обратился мужчина 58 лет, с жалобами на сжимающие боли в области сердце.

Со слов больной в течении 8 лет страдает АГ принимает эналаприл, боль появились впервые 10 дней назад после стресса. Она то появляется, то исчезает, особенно при физической нагрузке и иррадирует в левое плечо и проходит после остановки через 15 минут. Курит, иногда употребляет алкогольные напитки. Объективно: Кожа - без особенностей. Тоны сердца ритмичные, ясные. А/Д 155/95 мм.рт.ст. t° тела -36,5° С. вес 98 кг, рост - 161 См. Офтальмоскопия: вены по обе стороны артерии конически суживаются.

НЬ- 122 г/л; Эр-3,2x10/12 л; Л- 6,3x10/9 л. СОЭ - 5 мм/ч. ОАМ: 100 мл, с/ж цвета, у/в - 1015, белок - abs, лейкоциты 2-4/1; Сахар крови натощак - 5,5 ммоль/л; ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. Общий холестерин крови -9,8 ммоль/л.

Задача № 9

Женщина 30 лет обратилась к ВОП с жалобами на слабость, сердцебиение и головокружение.

Дополнительная информация (предоставляется по ходу решения задачи).
Замужем, имеет 5 детей. Из анамнеза: нерегулярные, обильные менструации. Кроме **вышеуказанных** жалоб также наблюдается извращение запаха, шум в **ушах**, пелена перед глазами при резком вертикальном положении и выпадение волос.

Объективно: пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные; Отмечается сухость кожи, ложкообразные ногти. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, **ЧСС 95, пульс 95** уд. в **1** мин, АД **90/60** мм. рт.ст. ИМТ -17. Живот мягкий и б/б. Живот вздут. Стул запоры

НЬ- 81 г/л; Эр-2,4х10/12 л; ЦП-0,75; Л- 6,5х10/9 л. Нт- 25%; СОЭ - 3 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - с/ж, у/в - 1022, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; **На ЭКГ:** ритм синусовый, правильный, отрицательный зубец Т в отведениях V1, V2.

Задача 10

К СВП привели женщину 69 лет приступ сердцебиение, пастозность ног. Она стоит на диспансерном наблюдении по поводу ИБС. Два года назад перенесла инфаркт миокарда.

При осмотре больная возбуждена, кожные покровы резко бледные, пульс 200 уд\мин, а\д 110/70 мм.рт.ст.

ЭКГ - ритм правильный. ЧСС-200 в 1 мин. Деформация и расширение комплекса QRS. Дискордантное расположение сегмента RS-T и зубца I.

НЬ- 125 г/л; Эр-4,1х10/12 л; Л- 7,5х10/9 л. СОЭ - 3 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - с/ж, у/в 1021, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; АлТ - 0,26; АсТ- 0,52. Сахар крови натощак - 4,8 ммоль/л;

Задача 11

У больного 65 лет отмечаются сердцебиение и перебои в сердце.

Со слов больной, вышеуказанные жалобы наблюдается в течение 10 дней, особенно ночью. Работает бухгалтером. Недавно развелся с женой. Курит по 2,5 пачки сигарет в день.

Больной повышенного питания. Пульс 93 уд\мин, а\д 160\95 мм.рт.ст., ЧДД 20 в мин., отмечается глухость тонов сердца, мягкий систолический шум на верхушке. Живот мягкий и б/б.

На ЭКГ: ритм синусовый, преждевременное внеочередное появление желудочкового комплекса, перед которым зубец Р отсутствует. Преждевременные комплексы появляются через каждые 3 нормальных сокращений. Значительное расширение и деформация внеочередного проявившего QRS комплекса.

НЬ- 125 г/л; Эр-4,1х10/12 л; Л- 7,5х10/9 л. СОЭ - 3 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - с/ж, у/в 1021, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; АлТ - 0,26; АсТ- 0,52. Сахар крови натощак - 4,8 ммоль/л; Общий холестерин крови - 8,5 ммоль/л.

Задача 12

У больной 63 года отмечается приступы сердцебиения, продолжительностью от 30 мин до 2 иногда до 5 часов, боли в области сердца, за грудиной с иррадиацией в левую руку, одышка и чувство нехватки воздуха при физической нагрузке.

В течение 8 лет страдает АГ. Вышеуказанные жалобы стали проявляться последние 2 года.

Объективно: границы сердца расширены влево, тоны приглушены, **акцент II тона** над аортой. АД 160/90 мм.рт.ст. ЧСС- 115 в 1 мин. Пульс-85 в 1 минуту, **аритмичный**. ИМТ - 33.

На ЭКГ во время приступа: **ЧСС -110 -180** уд. в 1 мин. **Зубец Р отсутствует**, Расстояние R-R разное. С VI по V6 зубец T высокий.

НЬ- 125 г/л; Эр-3,9х10/12 л; Л- 6,1х10/9 л. СОЭ- 7 мм/ч. **Общий анализ мочи без особенностей**. АлТ - 0,27; АсТ- 0,54. Сахар крови натощак - 4,8 ммоль/л; **Общий холестерин крови - 7,3 ммоль/л.**

Задача 13

К ВОП обратилась женщина 47 лет, у которой отмечается **сердцебиение, раздражительность, слабость и похудание, чувство удушья, иногда сухой кашель. Отметила нарушение менструального цикла**

Болеет в течение года. Причину заболевания ни с чем не связывает. **Заболевание** началось с похудения. Далее появились жалобы на сердцебиение, **потливость, раздражительность, бессонница.**

При осмотре больная суетлива, речь быстрая. **Пониженного** питания. Кожные покровы нормальной окраски, влажные, бархатистые и **горячие на ощупь**, тремор рук.

Щитовидная железа увеличена. **Тоны** сердца звучные, тахикардия, ЧСС - 108 ударов в 1 мин. АД - 140/85 мм рт.ст. ЭКГ: ритм синусовый, правильный.

Задача 14

ВОП вызвали на дом к больной 29 лет. Беспокоят боли в суставах, одышка и **сердцебиение при незначительной нагрузке и повышение** температуры тела до **38,2°С.**

С детства страдает ревматизмом. Ухудшение состояния **отмечается в течение** месяца, связывает с переохлаждением. Об-но: состояние тяжелое. Кожные покровы типа «кофе с молоком», **на щеках** румянец, цианоз губ, акроцианоз. В легких на фоне ослабленного везикулярного **дыхания** выслушиваются незвонкие, влажные и мелкопузырчатые хрипы в н/о. **Границы сердца** расширены вверх и влево. Аускультативно; на верхушке I тон ослаблен и **грубый** систолический шум, периодически ритм галопа, акцент II тона **на легочной артерии**. Пульс 126 уд/мин., ритмичный, АД 90/70 мм рт.ст.

ОАК: НЬ- 110 г/л; Эр-3,3х10/12 л; Л- 10,3х10/9 л. СОЭ - 27 мм/ч. ОАМ: **100** мл, цвет - с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; ЭКГ: ритм не синусовый, правильный, признаки гипертрофии левого желудочка и левого предсердия. Желудочковые комплексы не изменены, каждому из которых предшествуют регулярные, похожих друг на друга предсердные волны F, имеющие характерную пилообразную форму. ЭхоКГ: митральная недостаточность и признаки вегетации на митральном клапане.

Задача 14а

У 60 летнего больного внезапно появились за грудиной боли с иррадиацией в левую руку, сердцебиение, одышка, чувство нехватки воздуха, головокружение, покрылся холодным потом. Срочно вызван ВОП.

Из анамнеза в течение 6 лет страдает ИБС и ГБ. Объективно: Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, влажные, конечности холодные, акроцианоз. Тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. ЧСС и пульс 160 ударов 1 мин. ритмичный. АД- 140/90 мм.рт.ст. На ЭКГ: ЭОС отклонена влево, комплекс QRS

деформирован и расширен до 0,13 с с дискордантным расположением ST сегмента и зубца Т. В отведениях V1-3 глубокий, широкий S, в V5-6 высокий, деформированный R.

Задача 15

Больной 62 года, обратился к ВОП с жалобами на сердцебиение и отеки нижних конечностях. Кроме того, последние дни появились жалобы на одышку и приступы удушья по ночам.

Ухудшение состояния ни с чем не связывает. В последние 6 месяцев ощущал **сердцебиение, одышку**, которые сами по себе проходили, иногда отеки на ногах. **Наблюдалась** небольшая слабость при физической нагрузке. Нигде не лечился. **При осмотре** на ногах отеки, цианоз губ, ЧДД в покое 27 в мин., пульс аритмичный **125** уд/мин, а/д 120/70. В легких аускультативно в н/о мелкопузырчатые влажные хрипы, **границы сердца** увеличены в поперечнике, печень увеличена на 4-5 см.

ОАК: НЬ- 120 г/л; Эр-3,8х10¹² л; Л- 6,5х10⁹ л. СОЭ - 7 мм/ч. ОАМ: 100 мл, цвет - с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; Сахар крови натощак - 4,8 ммоль/л; **Общий холестерин крови** - 5,5 ммоль/л. АлТ - 0,26; АсТ- 0,52. ЭКГ: признаки гипертрофии обоих желудочков, **монотонные** желудочковые экстрасистолы. ЭхоКГ: дилатация обоих желудочков, парадоксальные движения межжелудочковой перегородки во время систолы.

Задача 16

67 летняя женщина обратилась в СВП с жалобами на сердцебиение и одышку при незначительной физической нагрузке, отеки нижн. конечностей.

Дополнительная информация. Из анамнеза повышение АД отмечает более 10 лет. Страдает ИБС. Дома регулярно **принимает нитросорбид**, коринфар, аспирин. В последнее время участились боли в **области сердца** давящего характера, возникающие при подъеме на один этаж, **головные боли, головокружение.**

Объективно: цианоз губ, отеки на н/к. пульсация яремных вен. В легких в н/о мелкопузырчатые не звонкие, влажные хрипы. ЧДД 28 в мин. Тоны сердца приглушены, **ритмичные, акцент II тона** на легочной артерии. ЧСС 106 в мин. АД 170/98 мм рт.ст. **Печень +3 см**, болезненная. ИМТ - 32. Офтальмоскопия: сужение артериол.

ЭКГ: признаки гипертрофии левого желудка и признаки перегрузки в правых отделах сердца.

Задача 17

У больного 75 лет **жалобы на перебои в работе сердца, сердцебиение и одышку.** В течение 15 лет страдает ИБС и ГБ. Лечился не регулярно, 6 лет назад перенес инфаркт миокарда.

Объективно: общее состояние средней тяжести, положение пассивное. Отмечено наличие ксантом. Над легкими **везикулярное дыхание**, хрипов нет. Граница левой относительной тупости смещена влево. **Тоны сердца** приглушены, аритмичны, ЧСС 90, пульс 70 уд. в 1 мин. АД 160/60 мм. рт.ст. **ИМТ-36.**

На ЭКГ: ритм не синусовый, неправильный; ЧСС 98-76 уд в 1 мин; зубец Р во всех отведениях **отсутствует**, на протяжении всего сердечного цикла отмечаются **беспорядочные f волны.** Признаки субэндокардиальной ишемии в области задней стенки.

Задача 18

Девушку 17 лет обратилась к ВОП с жалобами на одышку и сердцебиение при небольшой физической нагрузке. Страдает хронически тонзилитом

При осмотре легкий цианоз щек. Гиперемия и отек коленных суставов. На локтевых сгибах эритемы. Пульс ритмичный, 90 уд. в мин. АД 90/70 мм.рт.ст. **Объективно:** Над областью сердца выслушивается нежный систолический шум

На ЭКГ: ритм синусовый, правильный. НЬ- 105 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 9,5x10/9 л. СОЭ -29 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - светлая, у/в - 1021, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; АлТ - 0,26; АсТ- 0,52. СРБ ++

Задача 19

У больной 25 лет отмечаются перебои и боли в области сердце, повышение температуры тела и одышка в покое.

Со слов больной, заболевание началось 5 дней назад с одышки после перенесенной ОРВИ. Затем появились боли в сердца, а вчерашнего дня начали беспокоить перебои в сердце. При осмотре пульс 93 уд\мин, а\д 110/75 мм.рт.ст., ЧДД 24 в мин., **отмечается** глухость тонов сердца, систолический шум на верхушке, отеки на ногах, **гепатомегалия** с расширением левой и правой границ сердца.

На ЭКГ: ритм синусовый, преждевременное внеочередное **появление** желудочкового комплекса, перед которым зубец Р отсутствует. Значительное **расширение** и деформация внеочередного проявившего QRS комплекса. P-Q - 0,28 сек.

НЬ- 105 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 9,5x10/9 л. СОЭ -23 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - светлая, у/в - 1021, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; АлТ - 0,26; АсТ- 0,52.

Задача № 21

Больная К., 59 лет после конфликта в семье, через 2 часа обратилась к ВОП с жалобами на одышку, чувство удушья, давящие боли в сердце, не прошли после приема 6 таблеток нитросорбита, чувство онемения в левой руке, головокружение.

При осмотре больная возбуждена, кожные покровы **холодные**, пульс **98** уд\мин, а\д 90\60 мм.рт.ст., вес 100 кг, рост 167см. В легких ослабленное везикулярное дыхание

В ОАК НЬ- 100 г/л; Эр-3,7x10/12 л; Л- 6,1x10/9 л. СОЭ - 7 мм/ч. ЭКГ - подъем сегмента ST выше изолинии в aVF, III; **снижение ST** ниже изолинии в I, aVL.

Задача № 23

Больной К., 42 лет, слесарь после рабочей смены утром обратился к ВОП с жалобами на боли в левой половине грудной клетки, усиливающиеся при движении, онемение в левой руке, затруднение вдоха.

Дополнительная информация (предоставляется по ходу решения задачи).

Со слов боли отмечает в течении года, начало заболевания ни с чем **не связывает**, боли немного проходят после **массажа шеи и спины**. При осмотре пульс **70** уд\мин, а\д **120\70** мм.рт.ст., все **100кг**, рост 167см. **Отмечается** болезненность при пальпации шейных, грудных паравертебральных **точек слева**.

НЬ- 130 г/л; Эр-3,8x10/12 л; Л- 6,8x10/9 л. СОЭ - 3 мм/ч. Общий анализ **мочи: без** особенностей; ЭКГ - без Особенности. Показатели мочевины и **креатинина** крови - **в пределах нормы**. **Общий** холестерин крови - 4,5 ммоль/л. Рентген шейно-грудного отдела **позвоночника: признаки** сужения межпозвонковых щелей.

Задача № 24

Больной К., 25 лет, обратился к ВОП с жалобами на колющие боли в сердце, сердцебиение, усиливающиеся при ходьбе, повышение температуры до 39С, сухой кашель, резкую слабость, одышку в покое.

Со слов больной, заболевание началось неделю назад с боли в области сердца после перенесенного ОРВИ.

При осмотре пульс 90 уд\мин, а\д 100X70 мм.рт.ст., ЧДЦ 22 в мин., отмечается **глухость тонов сердца, систолический шум на верхушке, отеки на ногах, печень +4 см и расширение левой и правой границ сердца. В легких ослабленное везикулярное дыхание.**

На ЭКГ: ритм синусовый, P-Q - 0,24 сек., единичная желудочковая экстрасистолия НБ 105 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 6,5x10/9 л. СОЭ - 13 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - светлая, у/в -1021, белок ~ abs, лейкоциты 3-4/1; АлТ - 0,26; АсТ- 0,52.

Задача № 25

Больной К., 53 года курит по 2 пачки в день, имеет частые простудные заболевания в анамнезе, страдает варикозной болезнью вен нижних конечностей, после психо-эмоционального стресса накануне, ночью проснулся от боли за грудиной и внезапной одышкой, кровохарканья.

При осмотре больной возбужден; кожные покровы цианотичные; Сог - ослабление II тона над легочной артерией; пульс 108 уд\мин; а\д 90\60 мм.рт.ст.; в легких ослабление везикулярного дыхания и наличие звонких влажных хрипов. Индекс массы/тела - 39.

На ЭКГ: признаки перегрузки правых отделов сердца.

Задача № 26

К ВОП обратился мужчина 69 лет с жалобами на боль в груди и похудание.

Больной курит по 20-30 сигарет в течении 20 лет. В течении нескольких месяцев отмечается кашель с прожилками крови, одышка в незначительной нагрузке, повышение температуры тела до 37,5 С, похудел на 6 кг.

При осмотре кожные покровы бледные, при пальпации обнаружено увеличение лимфоузла справа в подмышечной области, ЧДД 20 в мин, тоны сердца приглушены, в легких перкуторно в области 3-4 ребра справа притупление легочного звука, аускультативно справа ослабленное везикулярное дыхание.

НБ- 88 г/л; Эр-3,1x10/12 л; Л- 8,5x10/9 л. СОЭ - 35 мм/ч. О АМ: 200 мл цвет - с/ж, у/в - 1019, белок - abs, лейкоциты 1 -2/1;Рентген грудной клетки: наличие округлого образования с нечеткими контурами в области верхушки легкого.

Задача № 27

К ВОП обратилась женщина 55 лет, которая с жалобами на сжимающие боли в области сердце.

Со слов больной в течении 8 лет страдает АГ принимает эналаприл, боль появились впервые 10 дней назад после стресса. Она то появляется, то исчезает, особенно при физической нагрузке и иррадирует в левое плечо и проходит после остановки через 15 минут. Курит, иногда употребляет алкогольные напитки. Объективно: Кожа - без особенностей. Тоны сердца ритмичные, ясные. А/Д 155/95 мм.рт.ст. t° тела -36,5° С. вес 98 кг, рост - 161 См. Офтальмоскопия: вены по обе стороны артерии конически суживаются.

НЬ- 122 г/л; Эр-3,2x10/12 л; Л- 6,3x10/9 л. СОЭ - 5 мм/ч. ОАМ: 100 мл, с/ж цвета, у/в - 1015, белок - abs, лейкоциты 2-4/1; Сахар крови натощак - 5,5 ммоль/л; ЭКГ - признаки гипертрофии левого желудочка. Общий холестерин крови - 4,8 ммоль/л.

Задача № 28

Женщина 30 лет обратилась к ВОП с жалобами на слабость, сердцебиение и головокружение.

Дополнительная информация (предоставляется по ходу решения задачи). Замужем, имеет 5 детей. Из анамнеза: нерегулярные, обильные менструации. Кроме вышеуказанных жалоб также наблюдается извращение запаха, шум в ушах, пелена перед глазами при резком вертикальном положении и выпадение волос.

Объективно: пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледные; Отмечается сухость кожи. Над легкими везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, **систолический шум на верхушке. ЧСС 95, АД 90/60 мм. рт.ст. ИМТ -17. Живот мягкий и б/б.**

НЬ- 81 г/л; Эр-2,4x10/12 л; ЦП-0,75; Л- 6,5x10/9 л. Нт- 25%; СОЭ - 3 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - с/ж, у/в - 1020, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; На ЭКГ: ритм синусовый, правильный, отрицательный зубец Т в отведениях V1, V2.

Задача 30

Женщина 63 лет повышенного питания пришла на прием к ВОП, отмечает хруст в суставах при движении, периодические боли в коленных суставах после физической нагрузки, проходящие в покое. Страдает ГБ много лет

В последние годы интенсивность болей увеличивается, они возникают после любой нагрузки, иногда появляются по ночам. Сегодня к вечеру внезапно возникла острая боль в коленном суставе, лишившая больную малейшего движения. Объективно: ИМТ 33,4. Тоны сердца приглушены, ритмичные, а/д 145/90. При осмотре коленного сустава, он припухший, болезненный при пальпации, повышение кожной температуры. **В ОАК - НЬ- 122 г/л; Эр-3,2x10/12 л; Л- 6,3x10/9 л. СОЭ - 25 мм/ч.**

Задача 31

У больной 53 лет внезапно появился приступ сердцебиения. В течении 7 лет страдает ИБС стабильной стенокардией, ГБ и сахарным диабетом. При осмотре больная возбуждена, кожные покровы резко бледные, **влажные, пульс 188 уд\мин, а\д 90\60 мм.рт.ст.** Аускультативно акцент 2 тона на аорте.

ЭКГ - ритм не синусовый, правильный. ЧСС-188 в 1 мин. Форма QRS **не изменена. В ОАК - НЬ- 122 г/л; Эр-3,2x10/12 л; Л- 6,3x10/9 л. СОЭ - 12 мм/ч.**

Задача 36

Больной 38 лет обратился к ВОП с жалобами на колющие боли в области сердца, без иррадиации, не купирующиеся валидолом и нитроглицерином, перебои в работе сердца, одышку, сердцебиение при незначительной физической нагрузке, приступы удушья по ночам, боли и тяжесть в области правой подреберье, отеки на ногах.

Болеет в течение 2 мес. Своё заболевание ни с чем не связывает. Наследственность отягощена. Отец умер от сердечной недостаточности в 50 летнем возрасте. Объективно: Тоны сердца приглушены, аритмичные, ритм галопа. ЧСС и пульс-72 уд. в минуту. АД -120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень+ 4 см.

На ЭКГ-синусовая аритмия, частые политопные желудочковые экстрасистолы, PQ-0,22; сегмент ST на изолинии, во всех грудных отведениях T- отрицательный. ОАК: лейкоциты $9,6 \times 10^9$ /л, СОЭ-38 мм/час.

Задача 37

Больная Д. 37 лет, обратилась к ВОП с жалобами на повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$ в течение 2 недель, на одышку, сердцебиение при незначительной физ. нагрузке, боли в крупных суставах, появление отеков на ногах.

Дополнительная информация. Из анамнеза: в течение 20 лет страдает ревматизмом. В последние 2 года отмечает нарушение ритма сердца. При осмотре: общее состояние средней тяжести. При аускультации в нижних отделах обеих легких выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы. ЧДД 24 в мин. Сердце - тоны приглушены, аритмичные, систоло- диастолический шум на верхушке, ЧСС -132, пульс -110 ударов мин., АД 90/60мм рт.ст.

На ЭКГ: зубец Р отсутствует. Электрическая ось отклонена вправо. Расстояния R-R разные, с V1 по V6 отрицательный зубец Т.

Задача 38

Больная 19 лет говорит ВОП, что беспокоят боли в суставах, одышка и сердцебиение при незначительной нагрузке, кашель, отеки на ногах, уменьшение диуреза.

С 10 лет страдает ревматизмом. Состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, на щеках румянец, цианоз губ, акроцианоз.

Объективно: Пульс 100 уд. в мин., аритмичный. А/Д 90/70 мм.рт.ст. В легких на фоне ослабленного везикулярного дыхания в нижних отделах влажные мелкопузырчатые хрипы. Границы сердца расширены вверх и вправо. Аускультативно: мерцательная аритмия, пульс – 120 уд. в мин. На верхушке громкий, хлопающий 1 тон, на легочной артерии 2 тон усилен, там же диастол. шум. Печень выступает из-под края реберной дуги на 4 см. На ногах отеки.

В общем анализе крови: лейкоциты – $7,5 \times 10$ гл/л, СОЭ – 30 мм/час. СРБ +

Билет 39

В СВП на прием к ВОП впервые обратилась пациентка М. 29 лет с жалобами на общую слабость, снижение аппетита, головную боль, боли в поясничной области постоянного ноющего характера, познабливание, учащенное мочеиспускание и повышение температуры тела. Со слов пациентки вышеуказанные жалобы беспокоят последние две недели. Данные симптомы отмечает периодически в течение нескольких дней. В детстве часто болела простудными заболеваниями, имеет одного ребенка, работает швей-мотористкой, родители со слов пациентки практически здоровы.

Объективно: общее состояние пациентки в момент осмотра относительно удов., отмечается бледность кожи и видимых слизистых оболочек, умеренная пастозность лица, АД 140/100 мм рт.ст. Границы сердца расширены влево. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

В ОАК: лейк – $7,5 \times 10$ гл/л, СОЭ – 30 мм/час. В ОАМ – отн.плот.1015, белок 0,033%, лейкоциты-15-20, слизь, бактерии ++. На ЭКГ отклонение ЭОС влево

Билет 40

В СВП на прием к ВОП обратился пациент М. 49 лет с жалобами на боли в области сердца, головные боли, головокружение, снижение остроты зрения, мелькание кругов перед глазами, плохой сон. Со слов пациента вышеуказанные жалобы беспокоят с 45 лет, когда впервые при прохождении медицинского осмотра по месту работы было выявлено повышенное АД (150/90 мм.рт.ст.), гипотензивные препараты принимал от случая к случаю. Работает на фабрике мастером, родителей не помнит. Курит много лет по 10-12 сигарет в день, любит хорошо поесть.

Объективно: общее состояние пациента в момент осмотра относительно удовлетворительное, отмечается гиперемия лица, границы сердца расширены влево, АД 160/95 мм рт.ст., ЧСС 86 уд.в минуту, пульс 86 уд.в минуту. При выслушивании I тон на верхушке ослаблен, акцент II тона над аортой. ИМТ 38

НЬ- 121 г/л; Эр-4,4x10¹² л; ЦП-0,8; Л- 6,5x10⁹ л. СОЭ - 8 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - с/ж, у/в - 1020, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; **На ЭКГ:** ритм синусовый, правильный, отрицательный зубец Т в отведениях V1, V2, признаки глж.

Билет 41

ВОП посетил на дому пациентку Д. 74 года, которую беспокоили одышка при малейшей физической нагрузке и в покое, сердцебиение, перебои в области сердца, отеки на ногах, общую слабость, шум в голове, плохой сон. Из анамнеза в течение 22 лет страдает ГБ, неоднократно лечилась. Принимает мочегонные лекарственные средства и препараты, понижающие АД от случая к случаю. Максимальный подъем АД 180/100 мм рт.ст.

Объективно: общее состояние пациентки в момент осмотра тяжелое, положение вынужденное ортопноэ, отмечается бледность кожных покровов и цианоз губ, кончика носа. ЧСС 142 в минуту, аритмичный, пульс 104 ударов в минуту. Левая граница сердца по левой средне-ключичной линии в У-У1 межреберье; верхняя III межреберье; правая – на 1-1,5 см кнаружи от правого края грудины. Аускультация: на верхушке тоны приглушены, систолический шум. На аорте акцент II тона. АД 160/100 мм рт.ст. В легких жесткое дыхание, в нижних отделах мелкопузырчатые незвонкие влажные хрипы. Печень + 4 см, на ногах отеки.

На месте сделано ЭКГ: признаки глж, высокий зубец Т с 3 по 6 отведения, Индекс Соколова–Лайона=39

Билет 42

В СВП обратилась женщина 32-х лет с жалобами на нарушение сна, головную боль, плохой аппетит, тошноту, рвоту, быструю утомляемость, зуд кожи и раздражительность, покраснение мочи.

Из анамнеза: много лет состоит на “Д” учете. Не замужем, отец пациентки умер в 55 лет от сердечно-сосудистой патологии. Вредных привычек нет. Не работает.

Объективно: кожа и видимые слизистые бледно-розовой окраски, АД 210/110 мм рт.ст. Тоны сердца ритмичные, на аорте акцент II тона. В легких везикулярное дыхание, диурез уменьшен.

Отек лица.

В общем анализе крови: лейкоциты – 9,5x10⁹ гл/л, СОЭ – 32 мм/час. В ОАМ – отн.плот.1009, белок 0,099%, лейкоциты-1-2, эритроциты измен. 15-20. ХС крови 6,5 ммоль/л

Билет 43

В СВП обратился мужчина 58 лет, которого беспокоят боли в области сердца, возникающие при подъеме на 1-й этаж и иррадиирующие в левую руку и левую лопатку, головокружение, головные боли, сердцебиение и ухудшение памяти. **Из анамнеза:** в течение 7 лет страдает ИБС и ГБ, по поводу которых состоит на «Д» учете. В 2007 году перенес ОИМ. Много лет курит, сейчас пытается бросить. Работает главным бухгалтером в управлении. Отец 7-х детей.

Объективно: Границы сердца расширены влево. Пульс и ЧСС 62 в минуту. АД 160/100 мм рт.ст. На ЭКГ: ритм синусовый, ЧСС 64 в минуту, на задней стенке признаки рубцовых изменений.

НЬ- 121 г/л; Эр-4,4x10¹² л; ЦП-0,8; Л- 6,5x10⁹ л. СОЭ - 8 мм/ч. ОАМ: 200 мл, цвет - с/ж, у/в - 1020, белок - abs, лейкоциты 3-4/1; **На ЭКГ:** ритм синусовый, признаки глж

Билет 44

В СВП поступил вызов врача на дом от молодого мужчины 32 лет, которого беспокоили быстрая утомляемость, чувство разбитости, субфебрильная температура и увеличение количества выделяемой мочи. Постепенно стали беспокоить сниженный аппетит, плохой вкус во рту, тяжесть в области живота. **В анамнезе:** неоднократно лечился по поводу болей в пояснице, назначенное лечение принимал от случая к случаю. Работает трактористом, курит, иногда употребляет алкоголь. Состоит на «Д» учете по поводу язвенной болезни 12 перстной кишки.

Объективно: Наблюдается незначительная одутловатость кожи лица. Кожные покровы бледноватой окраски. Периферические л/узлы не увеличены. АД 160/100 мм рт.ст. Границы сердца не изменены. Симптом поколачивания положительный с обеих сторон.

В ОАК НВ-76г/л, Эрит-3,1; Лейк-9,3; СОЭ 23 мм/ч. На УЗИ печени, почек, ж/п: умеренная гепатомегалия, загиб шейки ж/п, деформация члс с обеих сторон.

Билет 45

Мужчина 47 лет обратился к ВОП с жалобами на неприятные ощущения в области сердца и за грудиной, появляющиеся при тяжелой физической нагрузке или эмоциональном перенапряжении. Плохой сон, сниженное настроение и отсутствие интереса к жизни беспокоят в течение 14 месяцев, с тех пор как его бросила жена. **В анамнезе:** состоит на «Д» учете по поводу ГБ, длительное время при повышении АД и ухудшении общего состояния принимает гипотензивные препараты (атенолол, диротон, индап). Работает служащим, курит, участились случаи употребления спиртных напитков. Мать пациента страдает ГБ и ожирением. У отца подагра.

Объективно: общее состояние средней тяжести, больной несколько заторможен, на вопросы отвечает с запозданием. Крупного телосложения. Лицо гиперемировано. Тоны сердца приглушены, на аорте акцент II тона, АД 170/100 мм рт.ст., пульс 64 удара в минуту, ритмичный.

На ЭКГ выраженные дистрофические изменения миокарда.

Билет 46

В СВП поступил вызов от женщины 75 лет, которую беспокоили одышка, головные боли, головокружение и шум в голове, боли в коленном и голеностопном суставах обеих нижних конечностей. **В анамнезе:** длительное время состоит на “Д” учете по поводу ИБС и ГБ. Лечилась неоднократно в реанимации, стационарно и амбулаторно. В 1999 и 2007 гг. перенесла инфаркт миокарда. Мать пациентки страдала ожирением, ГБ, умерла от рака матки.

Объективно: Кожные покровы бледноватой окраски, периферические л/узлы не увеличены. В легких в нижних отделах мелкопузырчатые, незвонкие влажные хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичны. Границы сердца расширены влево. Пульс 68 ударов в минуту. АД 170/90 мм рт.ст. Печень +4 см. При осмотре нижних конечностей отмечается пастозность голеней и хруст в крупных суставах.