

© Шуть С. В.

УДК 61:614. 25

**Шуть С. В.**

## ВИПАДОК З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Вищий державний навчальний заклад України

«Українська медична стоматологічна академія» (м. Полтава)

В Україні існує досить своєрідна ситуація у контексті становлення вітчизняної системи сімейної медицини. Для забезпечення галузі охорони здоров'я висококваліфікованими спеціалістами загальної практики (сімейної медицини) освітній простір вимагає постійного вдосконалення національної системи медичної освіти, пошуку ефективних шляхів підвищення якості освітніх послуг, апробації та впровадження інноваційних педагогічних систем, модернізації змісту медичної освіти й організації її адекватно світовим тенденціям і вимогам ринку праці, забезпечення безперервності освіти та навчання лікарів упродовж усього життя [1,2].

У своїй щоденній практиці лікар загальної практики (сімейної медицини) безумовно постає перед великою різноманітністю патологій, здійсненням профілактичної роботи, спрямованої на зниження факторів ризику, виявлення латентних та ранніх форм захворювання, тому розвиток і дотримання вищевказаних прогресивних засад у медичній освіті є таким, що спрямує лікаря до виваженого клінічного мислення, яке вкрай необхідне для проведення ретельної диференційної діагностики захворювань, оскільки нинішні стандарти і протоколи обстеження та лікування орієнтують лікаря на окрему нозологічну одиницю [3].

Хворий М., 24 роки, інженер-будівельник 12 грудня 2013 звернувся на консультацію на кафедру пропедевтики внутрішньої медицини з доглядом за хворими, загальної практики-сімейної медицини зі скаргами на слабкість, періодичне підвищення температури до 37, 4°C, потовиділення вночі.

Із анамнезу хвороби відомо, що з 5 грудня по 13 грудня 2013 року знаходився на лікуванні за місцем проживання з приводу гострого бронхіту. Проведено лікування (флемоксин –солютаб 1000мг через 12 годин протягом 5 днів, синупрет по 2 табл. через 8 годин 7 днів, стан не покращився і було призначено зіоміцин 500мг 1 раз на день 5 днів, тайгерон 500мг 1 раз на день, флуконазол 50 мг 7 днів, амброксол 1 тб. ч/з 8 год. 10 днів. Після проведеного лікування продовжувало турбувати періодичне підвищення температури тіла до 37, 4°C, слабкість, знизилась маса тіла до 15 кг. В зв'язку з відсутністю ефекту від лікування звернувся на консультацію.

З анамнезу життя – в 2008 році переніс ангіну, лікувався в інфекційній лікарні, був виявлений ДНК вірусу Епштейна-Бара.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого задовільний, свідомість ясна. Будова тіла правильна, гіперстенік, маса тіла 69 кг, зріст 180 см, температура тіла 37,2° С.

Колір шкіри звичайний. Висипів, виразок, судинних зірочок, рубців, видимих пухлин не виявлено. Видимі слизові рожевого кольору, вологі.

Підшкірно-жировий шар розвинений помірно, лімфатичні вузли не збільшені. М'язи розвинені рівномірно, тонус їх збережений, болі при пальпації не відмічається. Болю при пальпації і постукуванню по грудині, ребрах, хребцях не виявлено. Суглоби звичайної форми та розмірів, безболісні при пальпації, активні і пасивні рухи в повному обсязі.

Грудна клітка нормостенічної форми, обидві половини грудної клітки симетричні, розширення вен на грудній клітці не виявлено. Число дихань 15/хв. При пальпації грудна клітка резистентна, болісність у різних її ділянках не визначається, голосове тремтіння не змінене. При порівняльній перкусії легень визначається ясний легеневий звук. При аускультативній легень на симетричних грудної клітки вислуховується посилене везикулярне дихання, внаслідок наявності у хворого кашлю.

Пульс однаковий на обох руках, 76 ударів/хв., ритмічний, задовільного наповнення. Артеріальний тиск на плечовій артерії 120/75 мм рт. ст. на обох руках. Візуально і пальпаторно верхівковий поштовх не відмічається. Межі відносної та абсолютної тупості серця не змінені. Ширина судинного пучка 5см. При аускультативній серця тони серця ритмічні, звучні. Шуми відсутні.

Порожнина рота, язик звичайної величини, вологий, рожевого кольору, сосочки добре виражені. Корінь язика покритий жовтим нальотом, мигдалики не збільшені. При поверхневій та глибокій пальпації живіт безболісний, пухлино подібних утворень, розходження м'язів живота не відмічається. Підшлункова залоза не палькується, нижній край печінки біля краю реберної дуги, безболісний. Край селезінки не визначається.

Нирки не пальпуються, пальпація по ходу сечоводів безболісна. Симптом Пастернацького негативний. При надавлюванні в надлобковій ділянці болючість не відмічається.

Щитоподібна залоза не збільшена, безболісна при пальпації, м'якої консистенції. Жирова клітковина розподілена рівномірно. Вторинні ознаки (статеві) без особливостей.

В загальному аналізі крові гемоглобін-126 г/л, еритроцити  $4,39 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцити –  $5,0 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ 53 мм/год.

В аналізі крові на вміст глюкози натще – глюкоза – 5,9 ммоль/л

Аналіз сечі загальний, біохімічний аналіз крові – без особливостей. На флюорограмі від 25. 10. 13р. – серце і легені без патологічних змін.

На електрокардіограмі: ритм синусовий, ЧСС – 66 уд. в 1 хв., електрична вісь серця типу  $S_1 - S_2 - S_3$ , очагова блокада правої ніжки пучка Гіса.

При ультразвуковому дослідженні органів черевної порожнини – печінка не збільшена, вертикальний розмір 123 мм, ехогенність тканини печінки в нормі. Загальний жовчний проток 3 мм, жовчний міхур – овоїдної форми, не збільшений, пристінково в'язка жовч, товщина стінки до 3 мм, конкременти не локуються. Підшлункова залоза – головка 2. 4 мм, тіло – 1. 7 мм, хвіст – 1,9мм, контури рівні, ехогенність звичайна. Селезінка не збільшена – 8,9 Ч6,8 см, однорідна по структурі. Нирки – права 8,4 Ч 5,1 см паренхіма товщиною – 15 мм, ліва – 8,4 Ч 4,8 мм, паренхіма 16 мм, чашечно-лоханочна система не розширена, в обох нирках локуються мілкі гіперехогенні включення.

Враховуючи дані огляду було призначено оглядову рентгенограму легень, консультацію фтизіатра. На оглядовій рентгенограмі від 23. 12. 13року – лімфома середостіння. Проконсультований у фтизіатра – даних за туберкульозний процес не виявлено. Так як при обстеженні виявлено об'ємний процес в

легенях, направлений на консультацію в Обласний онкологічний диспансер. Після проведеного огляду, обстежень, комп'ютерної томографії – підтверджено лімфому середостіння. Для уточнення діагнозу необхідно проведення торакотомії. 26. 12. 13р. була проведена торакотомія праворуч та біопсія пухлини. Патогістологічний висновок від 23. 10. 2014р: морфологічна будова пухлини і імунотип її клітин відповідні класичній лімфомі Ходжкіна без можливості встановлення її підтипу.

Заключний діагноз підтверджений цитологічно: Тімома середостіння. Хвороба Ходжкіна, не уточненого ґенезу, лімфогранулематоз, ІІБ стадія, клінічна група ІІ.

Хвороба належить до групи захворювань, що відносяться до злоякісних лімфом. Основна причина їх виникнення не зовсім ясна, але деякі епідеміологічні дані говорять про інфекційну природу хвороби, а точніше вірусної (вірус Епштейна-Барр) [4].

Ген вірусу виявляється при спеціальних дослідженнях в 20-60% біопсій. Лімфогранулематоз може виникнути в будь-якому віці, однак існують два піка захворюваності: у віці 20-29 років і старше 55 років. Основним критерієм для постановки діагнозу є обнаружение гігантських клітин Рід Березовського – Штернберга або клітин Ходжкіна в біоптаті, який вилучений із лімфатичних вузлів.

Конкретний клінічний випадок в черговий раз нагадує про те. Що з метою визначення причини кожного симптому і призначення адекватної і ефективної терапії слід проводити вичерпне обстеження.

### Література

1. Власов В. В. Медицина в условиях дефицита ресурсов / В. В. Власов. – М., 2006. – 365 с.
2. Вороненко Ю. В. Реформування системи медичної освіти в світлі концепції «суспільство знань» / Ю. В. Вороненко, О. П. Міпцер // Український медичний часопис. – 2006. – № 1 (51). – С. 6-13.
3. Казаков Ю. М. Особливості організації амбулаторної терапевтичної допомоги в практиці сімейного лікаря / Ю. М. Казаков, С. В. Шуть, Т. А. Трибрат, Н. І. Чекаліна. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2012. – 245 с.
4. <http://ru.wikipedia.org/> // Лимфогранулематоз.

УДК 61:614. 25

#### ВИПАДОК З ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Шуть С. В.

**Резюме.** У своїй щоденній практиці лікар загальної практики (сімейної медицини) безумовно постає перед великою різноманітністю патологій, проведення ретельної диференційної діагностики захворювань. У статті наведено клінічний приклад діагностики тімоми середостіння, хвороби Ходжкіна, пацієнта М., 24 роки, який звернувся на консультацію. Конкретний клінічний випадок в черговий раз нагадує про те, що з метою визначення причини кожного симптому і призначення адекватної і ефективної терапії слід проводити вичерпне обстеження.

**Ключові слова:** загальна практика – сімейна медицина, клінічний випадок, обстеження.

УДК 61:614. 25

#### СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА

Шуть С. В.

**Резюме.** В своей повседневной работе врач общей практики (семейной медицины) безусловно стоит перед большим разнообразием патологий, проведением дифференциальной диагностики заболеваний. В статье приведен клинический пример диагностики тимомы средостения, болезни Ходжкина, пациента М., 24 лет, который обратился за консультацией. Конкретный клинический случай в очередной раз напоминает о том, что с целью определения причины каждого симптома и назначения адекватной и эффективной терапии следует проводить исчерпывающее обследование.

**Ключевые слова:** семейная медицина, клинический случай, обследование.

UDC 61:614. 25

### The Case of the Practical Work of the Family Doctor

Shut S. V.

**Abstract.** The patient M, 24 years old, engineer 12. 12. 2013 appealed to the consultation to the Chair of Internal Diseases Propaedeutics and General Practice-Family Medicine with nursing and complained about weakness, periodic fever up to 37.4°C, sweating at night.

From an anamnesis of illness it is known that from December 5 to 13 December 2013 were treated for acute bronchitis. After treatment continued to bother periodic increase of body temperature to 37, 4<sup>0</sup> C, weakness, body weight has decreased for 15 kg. In the reason of there is no any positive effects from treatment he asked for a consultation.

From life anamnesis – in 2008 he suffered a sore throat and DNA of virus Epstein-Barr was indentified.

An objective examination showed the general condition of the patient is satisfactory and consciousness is. The body structure is correct, hyperstenics, body weight is 69 kg, height is 180 centimeter, body temperature is 37, 2<sup>0</sup> C.

Skin color is normal. The subcutaneous fat layer is moderately developed; the lymph nodes are not enlarged. Muscles are evenly developed, their tone is saved, and there is no any pain during palpation. Chest is of normostenik form; both parts of chest are symmetric. Auxiliary muscles do not take part in the act of breathing. The number of breaths is 15/min. On palpation the chest is resistant; there is no pain in different areas. A voice tremor has not changed. At comparative percussion of the lungs the light clear pulmonary sound is indentified. At auscultation of the lungs on symmetric chest the strengthened vesicular breath is heard. Active and passive excursion (the distance at which the low edge displaces) is within norm. Creditarii, noise of pleural friction is not detected. Bronchophony on symmetric parts of the chest is saved.

The pulse is the same on both hands, 76 beats for a minute, rhythmical and satisfactory filling. Blood pressure is 110/70 mm of mercury column on both hands. At Percussion of the heart the borders of relative and absolute dullness are indentified. Borders of relative and absolute dullness of heart are not changed. The width of a vascular bundle is 5 centimeters. Configuration is ordinary. At auscultation of the heart the cardiac sounds are rhythmical and sonorous. The noise is absent.

The tongue is of normal size, moist, pink color, yellow-tinged, the tonsils are not enlarged. At examination of the abdomen in the supine and standing positions its configuration is standard; at palpation it is soft and painless. The pancreas is not palpated. The dimensions of the liver under Kulov are 8 x 7 x 6 centimeters, the dimensions of the spleen are 9 x 6 centimeters. At palpation of the lower liver edge at the edge of a costal arch is painless. The edge of the spleen is not defined.

The kidneys are not palpated, the Pasternatsky symptom is negative. At pressing on the suprapubic area the pain is not noticed.

The general blood analysis shows: hemoglobin – 126 gram for a liter, erythrocytes – 4. 39 410<sup>12</sup> for a liter, leucocytes – 5.0 x 10<sup>9</sup> for a liter, ESR – 53 mm for an hour. The blood analysis on blood glucose, general urine analysis, biochemical blood analysis is without features. On fluorogram from 25.10.2013 the heart and lungs are without pathological changes.

On electrocardiogram: sinus rhythm, heart rate is 66 beats per 1 min., electrical axis of heart is of S<sub>1</sub> –S<sub>2</sub> –S<sub>3</sub>, there is focal bundle branch block. The ultrasonic examination of abdominal cavity organs shows within norm.

Under the examination data the x-ray of lungs and consultation of phthisiatrician were prescribed. On review x-ray from 30. 11. 13 there is the mediastinal tumor. In the reason at examination the massive process in the lungs was indentified, the patient was directed to the Regional Oncology center for further consultation. After the carried inspection, examination, computer tomography it was found out the mediastinum thymoma, Hodgkin lymphoma that shows the need of thoracotomy to clarify the diagnosis. On 26. 13. 13 the thoracotomy and biopsy of the tumor was carried out on the right and. The final diagnosis is confirmed: Toma mediastinum. Hodgkin lymphoma of unspecified Genesis, limfogradulematose, II B stage, II clinical group.

The disease belongs to the group of diseases related to malignant lymphomas. The main cause of its occurrence is not clear enough, but some epidemiological data suggest the infectious nature of this disease, namely a virus (the Epstein-Barr virus). A gene of the mentioned virus is detected by special research of 20-60% biopsies. Hodgkin lymphoma disease can occur at any age, however, there are two peaks of incidence: at the age of 20-29 years old and older than 55 years. The main criterion for diagnosis is the detecting the giant Berezovsky – Sternberg cells or Hodgkin cells in the biopsy, which are removed from the lymph nodes. Patient was told to go through chemotherapy. Specific clinical case remains us again that with the purpose of indentifying each symptom and to carry out adequate therapy you should do really full study of it.

**Key words:** family doctor, clinical case, examination.

*Рецензент – проф. Катеренчук І. П.*

*Стаття надійшла 25. 03. 2014 р.*