# **PNEUMONIA**

Pacjentką jest 12-letnia dziewczynka (Laura Ruskin), do lekarza przyprowadza ją matka.

Trzy dni temu dziewczynka dostała silnego kataru, miała kaszel wynikający z podrażnienia gardła przez obfitą wydzielinę z nosa. Matka zmierzyła dziecku temperaturę – 38.3oC, poza tym dziecko czuło się zmęczone i ogólnie rozbite, więc matka kazała córce leżeć w łóżku i podała leki przeciwwirusowe (Groprinosin) oraz przeciwgorączkowe (Panadol). Matka zauważyła, że córka dobrze przyjmuje płyny (podawała wodę z miodem i cytryną oraz herbatę z sokiem malinowym), ale ma zdecydowanie gorszy apetyt i odmawia jedzenia. Temperatura utrzymywała się przez kolejne dwa dni, pomimo regularnego podawania leków. Wczoraj wieczorem gorączka wzrosła do 39oC, a suchy, męczący kaszel nasilił się, występując zarówno w dzień, jak i w nocy. Ponadto matka zauważyła szybsze i utrudnione oddychanie.

Z wywiadu wynika, że pacjentka jest ogólnie zdrowa, przyjęła szczepienia zgodnie z kalendarzem szczepień. Nie przyjmuje na stałe żadnych leków, nie ma alergii. W wieku 5 lat przeszła zabieg usunięcia migdałków z powodu powtarzających się zapaleń gardła i ucha. Od czasu zabiegu, choruje sporadycznie. Dziewczynka chodzi do szkoły, ostatnio w klasie było kilka przypadków infekcji oddechowych. Pozostali członkowie rodziny są zdrowi.

# BADANIE FIZYKALNE

Temperatura zmierzona w gabinecie 39.3oC, oddech przyspieszony, kaszel suchy bez odksztuszania wydzieliny.

Śluzówka nosa zaczerwieniona, z żółtawą wydzieliną. Usta i śluzówki jamy ustnej suche. Zaczerwienione gardło.

Osłuchowo - świsty po prawej stronie. W pozostałych narządach nie stwierdzono odchyleń od normy.

# DALSZE POSTĘPOWANIE

Podejrzewasz zapalenie płuc. Przepisujesz doustny antybiotyk, nebulizacje z mukolitykiem (leki powodujące upłynnienie i zmniejszenie lepkości śluzu w drogach oddechowych) oraz syrop łagodzący kaszel (np. prawoślazowy), powlekający śluzówki. Przeciwgorączkowo, dziecko powinno przyjmować na przemian preparaty z ibuprofenem i paracetamolem (500 mg co 4 godziny). Wystawiasz skierowanie na następujące badania:

- prześwietlenie rentgenowskie klatki piersiowej,

- badania krwi – morfologię oraz białko ostrej fazy (CRP), OB.

Jeśli po 2 dniach objawy będą utrzymywać się, rodzice powinni zgłosić się do poradni po skierowanie dziecka do szpitala w celu dalszej diagnostyki.

# **OBESITY**

Do gabinetu zgłasza się 49-letni pacjent (Peter Robinson), pracujący jako agent ubezpieczeniowy.

Pacjent zgłasza się do poradni z powodu złego samopoczucia utrzymującego się od kilku miesięcy (uczucie ciągłego zmęczenia, okresowe bóle głowy ustępujące po przyjęciu paracetamolu). Ostatnia wizyta lekarska odbyła się ok. 2 lata temu z powodu badań okresowych. Według pacjenta w wynikach laboratoryjnych nie odnotowano nieprawidłowości, a wartości ciśnienia tętniczego chory nie pamiętał. Pacjent nie zaobserwował u siebie zwiększonego pragnienia ani częstszego oddawania moczu. Nie zgłaszał dolegliwości zamostkowych, natomiast wieczorami obserwował niewielkie obrzęki wokół kostek; w nocy oddaje mocz 2-3 razy. Wydolność fizyczną określa jako dobrą (wchodzi bez odpoczynku na drugie piętro). Pacjent bardzo głośno chrapie, wybudza się w nocy, a w ciągu dnia często zasypia przed telewizorem.

Nie zgłasza dolegliwości z zakresu innych układów. W wywiadzie rodzinnym zanotowano, że ojciec pacjenta chorował na nadciśnienie tętnicze i cukrzycę, był otyły, zmarł z powodu udaru mózgu w wieku 72 lat. Pacjent pracuje zawodowo jako agent ubezpieczeniowy (insurance agent) 8-10 godzin dziennie. Spożywa alkohol wieczorami do kolacji (1–2 piwa), nie pali tytoniu od 15 lat, przyznaje, że od tego czasu przytył ok. 15 kg. Aktywność fizyczną uprawia sporadycznie. Leki przyjmował ostatnio tylko doraźnie (paracetamol).

# BADANIE FIZYKALNE

Masa ciała pacjenta wynosi 113 kg, wzrost — 177 cm, wskaźnik masy ciała (BMI) — 36,1 kg/m2, obwód pasa — 124 cm (otyłość brzuszna). Ciśnienie tętnicze podczas wizyty wynosiło 169/90 mm Hg.

W osłuchiwaniu płuc – bez zmian, akcja serca 84 uderzeń /min. W badaniu kończyn dolnych, w okolicy kostek stwierdzono niewielkie obrzęki, poza tym w badaniu fizykalnym bez odchyleń od stanu prawidłowego.

# DALSZE POSTĘPOWANIE

Diagnoza: otyłość, nadciśnienie tętnicze, możliwy bezdech senny powodujący uczucie zmęczenia. Zlecasz następujące badania:

- badania laboratoryjne: morfologia krwi, badanie ogólne moczu, glukoza, badanie poziomu cholesterolu i trójglicerydów (lipidogram), doustny test obciążenia glukozą (glucose challenge test),

- Holter,

- EKG serca,

- USG jamy brzusznej.

Wyznaczasz termin kolejnej wizyty na za 2 tygodnie. Pacjent powinien stawić się z wynikami badań. Ponadto kierujesz pacjenta na wizytę u dietetyka i zalecasz redukcję wagi oraz stopniowe zwiększenie aktywności fizycznej. Wydajesz również skierowanie do kardiologa, który powinien dalej prowadzić pacjenta oraz zlecić badanie wykluczające / potwierdzające bezdech senny.

# **DEEP VEIN THROMBOSIS**

36-letnia kobieta (Kate Ross), matka dwójki dzieci, obecnie nie pracująca zawodowo

Pacjentka skarży się na ból w okolicy lewego podudzia, nasilający się przy ucisku lub zgięciu lewej stopy. Ból nasila się przy chodzeniu i staniu. Ponadto pacjentka zauważyła zaczerwienienie i wzrost ciepłoty fragmentu podudzia. Dwa dni temu pacjentka wróciła z wakacji na Bali (trwająca 11 godzin podróż samolotem). Podczas lotu, pacjentka zauważyła spory obrzęk obydwu nóg w okolicy kostek. W tej chwili pacjentka ma stan podgorączkowy (37.2oC), czuje się osłabiona i zmęczona. Nie zauważa u siebie duszności, nie było omdlenia.

Pacjentka jest ogólnie zdrowa. Przeszła dwie ciąże, zakończone porodami przez cesarskie cięcie z powodu niewłaściwego ułożenia płodu (1 poród – 8 lat temu, 2 poród – 5 lat temu). Obecnie pacjentka stosuje doustną antykoncepcję (minipigułka (pigułka jednoskładnikowa) – mini pill). Oprócz tego, pacjentka przyjmuje preparat witaminowy (VitaFemin) z kofeiną i żeń-szeniem. Z wywiadu wynika, że nikt w rodzinie pacjentki nie chorował na zakrzepicę, ale matka pacjentki choruje na żylaki (varicose veins).

# BADANIE FIZYKALNE

Temperatura ciała mierzona w gabinecie: 37oC, ciśnienie 125/70

Lewe podudzie zaczerwienione w okolicy łydki, obrzęknięte, obwód goleni większy o 3 cm w porównaniu do drugiej nogi. Podczas badania dotykowego, pacjentka skarży się na bolesność. Stwierdzasz obrzęk ciastowaty (pitting oedema) – po silnym naciśnięciu palcem, na skórze pozostaje „dołek”, który powoli znika. Na skórze widoczne są żyły powierzchowne krążenia obocznego (peripheral circulation) (nie żylakowe – non-varicose veins).

# DALSZE POSTĘPOWANIE

Podejrzewasz zakrzepicę żył głębokich. Zlecasz następujące badania:

- USG dopplerowskie – w trybie pilnym (emergency)

- badania laboratoryjne – badanie krzepliwości krwi (koagulogram - coagulation tests)

Zlecasz pacjentce konsultację z ginekologiem w celu wycofania doustnej antykoncepcji i zmiany na inną metodę.

Ponadto przepisujesz zastrzyk przeciwzakrzepowy (heparyna). Zalecasz odpoczynek i picie dużej ilości wody. W przypadku duszności lub omdlenia, pacjentka powinna natychmiast udać się na ostry dyżur do szpitala.

# **CONJUNCTIVITIS (PINK EYE)**

35-letni pracownik korporacji (James Rankin).

Po nocy spędzonej przed komputerem, pacjent obudził się rano z silnie zaczerwienionymi oczami. Otwarcie oczu sprawiało mu trudność nie tylko z powodu niewyspania, ale przede wszystkim dlatego, że powieki były sklejone, a między rzęsami widoczne były żółte "skorupki" zaschniętej wydzieliny. Miał też wrażenie, że nieco gorzej widzi, zwłaszcza prawym okiem. Pamiętając o poradach swojej matki, zrobił sobie okład z torebek herbaty, co nie przyniosło jednak poprawy – oczy nadal były zaczerwienione, powieki spuchnięte. Wyraźne zaczerwienienie oczu pojawiło się rano, jednak już poprzedniego dnia wieczorem "coś się działo z oczami". Po przebudzeniu pacjent miał problemy z otwarciem oczu, lepką, żółtawą wydzielinę na brzegach powiek (eyelid rim) i wrażenie nieostrego widzenia, które jednak po kilkakrotnym mrugnięciu ustąpiło.

Pacjent czuł się dobrze, nie przebył w ostatnim czasie zakażenia ani nie miał kontaktu z osobą chorą. Na pytanie o soczewki kontaktowe odpowiedział, że kiedyś je nosił, ale od dłuższego czasu ich nie używa, przez ostatnich kilka miesięcy nosił okulary.

# BADANIE FIZYKALNE

W swoich okularach pacjent ma pełną ostrość wzroku. Między rzęsami i w worku spojówkowym widoczna zaschnięta wydzielina ropna. Zaczerwienienie oka ma charakter powierzchowny. Przeprowadzasz wypłukanie ropnej wydzieliny z worka spojówkowego roztworem soli fizjologicznej. Źrenice równe, okrągłe i prawidłowo reagowały na światło i akomodację. W badaniu palpacyjnym nie stwierdzasz powiększenia regionalnych węzłów chłonnych.

# DALSZE POSTĘPOWANIE

Podejrzewasz bakteryjne zapalenie spojówek. Zalecasz:

- płukanie worka spojówkowego roztworem soli fizjologicznej przed każdym podaniem leków, w celu mechanicznego usunięcia wydzieliny ropnej (przecieranie wacikiem od zewnętrznego kącika oka do wewnątrz)

- stosowanie antybiotyku w kroplach – w 1. dobie co 2 godziny, w 2. dobie co 4 godziny, a następnie co 6 godzin, łącznie przez 7 dni

- zachowanie ostrożności, aby nie przenosić zakażenia dalej: częste mycie rąk (zwłaszcza po kontakcie z wydzieliną z oczu), nieużywanie tych samych ręczników co domownicy oraz niekąpanie się w basenach.

Chory ma się stawić na badanie kontrolne za 7 dni. W razie znacznego nasilenia się objawów, a zwłaszcza pogorszenia ostrości wzroku, pojawienia się wyraźnego światłowstrętu lub silnego bólu, pacjent powinien udać się na ostry dyżur okulistyczny. Na wszelki wypadek przypominasz pacjentowi, że w trakcie zakażeń oczu zabronione jest stosowanie soczewek kontaktowych.

# **RECURRENT UTIs**

40-letnia urzędniczka bankowa (Mary Briggs)

Pacjentka zgłasza się do lekarza z powodu bólu podczas oddawania moczu, który odczuwa od 3 dni. Dzień przed rozpoczęciem się dolegliwości, pacjentka wzięła udział w koncercie na świeżym powietrzu, podczas którego zmarzła (była nieodpowiednio ubrana, a temperatura powietrza wynosiła jedynie 10oC). Pacjentka próbowała sama się leczyć, przyjmując leki ziołowe (Urosept) oraz pijąc duże ilości soku z żurawiny (cranberry juice). Niestety ból nie minął, a od wczoraj pacjentka odczuwa również częstą potrzebę oddawania moczu (parcie na pęcherz), ale oddaje jedynie niewielkie ilości. Ma również gorączkę (38.5oC) i dziś rano zaczęły ją boleć plecy. Odczuwa również mdłości, godzinę temu wymiotowała.

Z wywiadu wynika, że pacjentka ma podobne dolegliwości już trzeci raz w ciągu roku. Poprzednie infekcje były leczone antybiotykami doustnymi. Pacjentka prowadzi aktywne życie seksualne, jest matką dwójki dzieci (2 ciąże, 2 porody siłami natury). Przyjmuje na stałe leki na niedoczynność tarczycy (hypothyroidism; Letrox 75 mg). Okresowo, przyjmuje również leki na alergię (Allertec) – cierpi na katar sienny – alergia na pyłki traw. Nie zgłasza dolegliwości ze strony innych układów.

# BADANIE FIZYKALNE

Pacjentka ogólnie w stanie dobrym. Przy badaniu dotykowym odczuwa lekką bolesność w okolicach lewej nerki.

# DALSZE POSTĘPOWANIE

Zlecasz pacjentce pilne wykonanie badania ogólnego moczu z posiewem oraz antybiogram (culture and sensitivity test). Ponieważ infekcja ma charakter nawracający, wydajesz skierowanie do nefrologa, który powinien skierować pacjentkę na dalsze badania, takie jak: USG nerek i dróg moczowych lub tomografia komputerowa.

Poleć pacjentce, aby jak najszybciej zjawiła się w gabinecie z wynikami badań, tak aby można było dobrać odpowiedni antybiotyk. Na razie przepisujesz antybiotyk o szerokim spektrum oraz leki przeciwbólowe. Polecasz stosowanie ciepłych okładów na podbrzusze oraz picie dużej ilości płynów.

Informujesz pacjentkę, że powinna również udać się na konsultację ginekologiczną.

Poinformuj pacjentkę, że jeśli ból w okolicy nerki nasili się lub jeśli wystąpi nagle wysoka gorączka, pacjentka powinna udać się do szpitala.

# **MENINGITIS**

4-letni chłopiec (Tommy Jones), przywieziony na Szpitalny Oddział Ratunkowy przez rodziców – lekarz przeprowadza wywiad z jednym z opiekunów.

Chłopiec został przyniesiony do SOR-u przez rodziców z powodu pogorszenia stanu ogólnego i pojawienia się silnych bólów głowy i wymiotów w przebiegu utrzymującej się od trzech dni gorączki > 39°C. Trzy dni wcześniej pojawiły się: ból ucha, stan podgorączkowy do 38°C i pogorszenie samopoczucia. W kolejnej dobie narastało osłabienie, chłopiec gorączkował do 39,6°C. Dzień przed przyjęciem do szpitala, oprócz utrzymującej się gorączki, pojawiły się senność i apatia. Chłopiec był badany przez laryngologa, który rozpoznał zapalenie ucha środkowego, włączono do leczenia antybiotyk - augmentin. W nocy poprzedzającej przyjęcie do szpitala chłopiec nieustająco skarżył się na silny ból głowy, trzy razy zwymiotował. Przy przyjęciu był w stanie ogólnym ciężkim, podsypiający, z utrudnionym kontaktem. Temperatura ciała 37,7°C.

Z wywiadu wynika, że dziecko nie zostało poddane wszystkim obowiązującym szczepieniom (brak szczepienia MMR, DTP 2 dawki oraz p/ko pneumokokom), dziecko nie było także szczepione przeciwko meningokokom. Dziecko nie chodzi do przedszkola, ale ma starszego brata (7 lat), który chodzi do szkoły i w ciągu ostatnich dwóch tygodni przechodził infekcję wirusową. Rodzice zdrowi.

# BADANIE FIZYKALNE

Bladość powłok skórnych, tachykardia 160/min, podsychające śluzówki, rozpulchnione, zaczerwienione gardło, matowa, pogrubiała błona bębenkowa ucha lewego, brzuch tkliwy przy palpacji, dodatnie wszystkie objawy oponowe (sztywność karku, problemy z dotknięciem podbródkiem klatki piersiowej). Pozostałe narządy bez odchyleń.

# DALSZE POSTĘPOWANIE

Podejrzewasz zapalenie opon mózgowych. Zlecasz następujące badania:

- morfologia krwi z rozmazem, białko ostrej fazy (CRP), gazometria

- badanie płynu mózgowo-rdzeniowego (punkcja lędźwiowa)

Poinformuj rodziców, że w przypadku potwierdzenia diagnozy, chłopiec zostanie przyjęty na oddział chorób zakaźnych, gdzie zostanie poddany leczeniu antybiotykiem w formie dożylnej. Profilaktycznemu leczeniu musi poddać się także cała rodzina, a przypadek musi zostać zgłoszony służbom epidemiologicznym (brak szczepień u dziecka, możliwe lokalne ognisko epidemiologicznie – zależnie od etiologii zakażenia).

# **FOOD POISONING - BOTULISM**

Do lekarza zgłasza się 45-letni mężczyzna, pracownik budowy (Kevin Richardson). Mężczyzna skarży się na nasilające się wymioty i biegunkę oraz ból brzucha. Dodatkowo niepokoi się problemami ze wzrokiem (widzi podwójnie, czasami niewyraźnie), opadaniem powiek oraz trudnościami przy połykaniu. Mężczyzna nie zauważył krwi ani śluzu w stolcu. Trudno mu określić charakter bólu brzucha, czuje ogólny dyskomfort i skurcze przed oddaniem stolca i wymiotami. Martwi się, że jest odwodniony ponieważ odczuwa ciągłą suchość w gardle.

Objawy zaczęły się przedwczoraj wieczorem i cały czas przybierają na sile. Pacjent brał leki przeciwbólowe oraz zatrzymujące biegunkę, okazały się bezskuteczne. Kąpiele w ciepłej wodzie przynosiły mu ulgę, ale tylko na początku. Pacjent do tej pory był zdrowy, nigdy nie miał problemów gastrycznych.

W wieku 8 lat miał usunięty wyrostek robaczkowy. Zawsze dopisywał mu apetyt (ma lekką nadwagę), szczególnie lubi potrawy mięsne i wędliny. W rodzinie nikt nie skarżył się na podobne dolegliwości. Pacjent jest rozwiedziony i mieszka sam, lubi spotykać się z kolegami i oglądać mecze, łowić ryby. 3 dni temu wybrał się nad jezioro, jadł chleb i konserwę mięsną.

BADANIE FIZYKALNE

Lekarz przeprowadza pomiar ciśnienia (wyjaśnij pacjentowi na czym polega to badanie). Ciśnienie jest niskie 110/70. Następnie lekarz przeprowadza badanie osłuchowe klatki piersiowej i jamy brzusznej, a także badanie palpacyjne brzucha. Akcja serca jest przyspieszona.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Lekarz podejrzewa zatrucie jadem kiełbasianym i kieruje pacjenta do szpitala. Uprzedza go, że diagnozę muszą potwierdzić badania krwi oraz stolca. Pacjent jest bardzo zdenerwowany i nie chce iść do szpitala ze względu na obowiązki w pracy. Lekarz uspokaja pacjenta i tłumaczy jak poważne powikłania mogą wystąpić w przypadku zatrucia jadem kiełbasianym – niewydolność oddechowa, zachłystowe zapalenie płuc (przedostanie się treści pokarmowej i soku żołądkowego do płuc).

# **ASTHMA**

Do lekarza zgłasza się 31-letnia nauczycielka nauczania początkowego w szkole podstawowej (Christine Applegate). Męczy ją suchy kaszel, któremu towarzyszy utrata tchu. Cztery miesiące temu pacjentka przeszła zapalenie oskrzeli i od tego czasu nie może sobie poradzić z kaszlem. Początkowo dolegliwości pojawiały się co kilka dni nad ranem. W ciągu ostatnich trzech tygodni objawy te nasiliły się i średnio 3 razy w tygodniu budzą chorą około piątej nad ranem. Ponadto pacjentka zauważyła, że gdy wychodzi z domu lub pracy na zimne powietrze, kaszel przybiera na sile. Od kilku tygodni po podbiegnięciu do tramwaju pacjentka odczuwa brak tchu i słyszy „świszczenie” w klatce piersiowej. Dolegliwości wpływają negatywnie nie tylko na sen pacjentki, ale również utrudniają jej pracę zawodową gdyż musi prowadzić z dziećmi zajęcia ruchowe, a wszelki wysiłek fizyczny wywołuje kaszel i zadyszkę.

Pacjentka próbowała złagodzić kaszel preparatami na kaszel suchy nabytymi w aptece bez recepty, ale okazały się bezskuteczne. Jako dziecko, pacjentka cierpiała na alergię objawiającą się swędzącą wysypką, czasami pokrzywką. Była na diecie bezmlecznej do 15-tego roku życia. Nie była hospitalizowana, nigdy nie paliła papierosów, ani nie nadużywała alkoholu. Lubi długie spacery i wypady w góry. Jej matka leczy się z powodu astmy. Siostra ma zdiagnozowaną alergię na sierść zwierząt.

BADANIE FIZYKALNE

W badaniu osłuchowym klatki piersiowej lekarz nie stwierdza żadnych nieprawidłowości. Gardło i drogi oddechowe drożne, bez zmian.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Lekarz podejrzewa astmę. Zaleca konsultację w poradni pneumologicznej oraz wypisuje skierowanie na radiogram klatki piersiowej i spirometrię (wyjaśnij, na czym polega spirometria).

# **OTITIS EXTERNA**

Do lekarza zgłasza się matka z dwuletnim synem (Davy Fraser) ponieważ niepokoi ją, że dziecko od dwóch dni ciągnie się i bezustannie dotyka prawego ucha. Ponadto od pięciu dni chłopiec kaszle i ma katar, początkowo wodnisty, od dwóch dni żółty i gęsty. Od dwóch dni ma też niewielką gorączkę około 37,5-38⁰C. Matka zauważyła, że chłopiec ma gorszy apetyt, jest rozdrażniony i płaczliwy, śpi płytko i niespokojnie. Tydzień temu chłopiec uczestniczył w przyjęciu urodzinowym zorganizowanym na basenie. Oboje rodziców pracuje i chłopiec codziennie uczęszcza do żłobka (nursery). Od trzech dni przebywa w domu pod opieką babci.

W celu złagodzenia dolegliwości związanych z zapchanym nosem rodzice nabyli w aptece krople do nosa bez recepty i nawilżali powietrze w sypialni. Rodzice oraz babcia palą papierosy, w miarę możliwości starają się nie robić tego przy dziecku i często wietrzą mieszkanie. Rodzina zajmuje dwupokojowe mieszkanie w bloku, mają dużego psa. W przeszłości chłopiec przebył już kilka infekcji górnych dróg oddechowych i uszu, ostatnie zapalenie ucha środkowego miał 5 miesięcy temu i był leczony antybiotykiem (mama nie pamięta nazwy). Chłopiec jest szczepiony, ma prawidłową wagę i wzrost na swój wiek. Rodzice nie chorują. Rodzina prowadzi spokojny tryb życia, aktywność fizyczna ogranicza się do spacerów z psem i sporadycznych wyjść na basen – chłopiec bardzo lubi zabawę w wodzie. Dziecko nie było dotąd hospitalizowane, nie cierpi na alergie.

BADANIE FIZYKALNE

Lekarz prosi matkę o rozebranie dziecka do pasa i osłuchuje dziecko, nie stwierdzając żadnych zmian. Następnie prosi by chłopiec otworzył szeroko buzię i powiedział „aaa” – gardło chłopca jest pokryte białym nalotem, a język obłożony. Matka jest poproszona o ubranie dziecka. Lekarz bada ucho chłopca otoskopem i stwierdza obecność wydzieliny, ucho jest zaczerwienione.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Lekarz diagnozuje zapalenie ucha zewnętrznego, przepisuje stosowny antybiotyk. Zaleca również by dziecko unikało moczenia uszu w czasie kąpieli i korzystało ze specjalnych kropli utrzymujących odpowiedni poziom wilgoci w uchu w czasie zabaw na basenie. Matka niechętnie przyjmuje informację o konieczności leczenia antybiotykiem, lekarz wyjaśnia jej, że choroba ma charakter bakteryjny i pozostawiona bez leczenia może doprowadzić do komplikacji. Informuje również o konieczności podania leków osłonowych.

# **HYPERTENSION**

Do lekarza zgłasza się 54-letni mężczyzna (Mark Parker) z powodu złego samopoczucia utrzymującego się od kilku miesięcy. Pacjent uskarża się na uczucie ciągłego zmęczenia, okresowe bóle głowy, które mijają po przyjęciu paracetamolu. Ponadto zauważył niewielkie obrzęki wokół kostek pojawiające się wieczorami. Ostatnia wizyta u lekarza odbyła się ok. 2 lat temu z powodu badań okresowych. Pacjent miał pobieraną krew. Jedynym odchyleniem od normy był podwyższony cholesterol. Wyniki laboratoryjne badania moczu i stolca były prawidłowe. Pacjent nie pamiętał wartości ciśnienia tętniczego.

Przed kilkoma laty rozpoznano u niego kamicę nerkową (nie zgłaszał żadnych dolegliwości ze strony układu moczowo-płciowego w chwili badania). Poza tym nie leczył się dotąd przewlekle, nie przyjmował ostatnio leków, jedynie doraźnie paracetamol. Mężczyzna pracuje jako agent ubezpieczeniowy (wykształcenie średnie), 9-10 godzin dziennie, 6 dni w tygodniu. Od 30 lat pali papierosy (ostatnio ograniczył palenie do pół paczki dziennie, rekompensuje to słodyczami), wypija 2–3 lampki wina lub 1 szklankę whisky 1–2 razy w tygodniu. Nie przestrzega zasad zdrowego stylu życia (dosala pokarmy, jego aktywność fizyczna jest niewielka i nieregularna, choć wydolność fizyczną określa jako dobrą „wchodzę bez odpoczynku na drugie piętro”).

W wywiadzie rodzinnym zanotowano, że ojciec pacjenta chorował na nadciśnienie tętnicze i cukrzycę, był otyły, zmarł z powodu udaru mózgu w wieku 72 lat. Matka pacjenta również jest otyła. Jedyny brat pacjenta jest zdrowy, ma dwójkę dzieci. Pacjent jest kawalerem, często pomieszkuje u matki.

BADANIE FIZYKALNE

Lekarz Prosi pacjenta o zdjęcie butów i stanięcie na wadze, stwierdza znaczną nadwagę (110 kg, 175 cm). Następnie prosi by pacjent rozpiął koszulę, oddychał głęboko, osłuchowo pacjent jest czysty. Lekarz prosi by pacjent usiadł i rozpiął mankiet koszuli oraz podwinął rękaw. Ciśnienie tętnicze jest znacznie podwyższone i wynosi 170/90. Prosi by pacjent się ubrał.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Lekarz podejrzewa u pacjenta nadciśnienie tętnicze. Informuje pacjenta, że ma się zgłosić na wizytę kontrolną za dwa tygodnie. Do tej pory ma brać przepisane leki na nadciśnienie i prowadzić regularne pomiary ciśnienia w domu oraz zapisywać wyniki w dzienniczku pomiaru ciśnienia (run a blood pressure tracker/log). Ciśnienie powinno być mierzone o określonej porze dnia (rano i wieczorem) oraz w przypadku wystąpienia objawów takich jak zawroty głowy, osłabienia. W dzienniku należy odnotować również takie informacje jak aktywność fizyczna, stres, dieta (napoje z kofeiną wpływają na poziom ciśnienia). Lekarz radzi by pacjent przestał palić i zmienił dietę.

# **SCARLET FEVER**

Do lekarza zgłasza się ojciec z czteroletnim synkiem (Teddy Branson) – rozmowa przeprowadzana jest z ojcem. Chłopiec od trzech dni gorączkuje, temperatura waha się od 37,5-39 stopni. Ponadto skarży się na ból gardła, niechętnie przyjmuje płyny, do wczoraj język miał pokryty białym nalotem. Dziś rano na szyi i piersiach dziecka pojawiła się czerwona, swędząca wysypka, która wydaje się rozprzestrzeniać w dość szybkim tempie na całym ciele. Język chłopca stał się mocno czerwony. Chłopiec jest niewyraźny, stracił apetyt i skarży się od czasu do czasu na bóle brzucha. W celu kontrolowania gorączki rodzice podawali mu paracetamol i ibuprofen, a ból gardła łagodzili ziołowym preparatem do ssania, który nabyli w aptece bez recepty. Chłopiec chodzi do przedszkola i choruje bardzo często. Trzy miesiące temu przeszedł zapalenie oskrzeli leczone antybiotykiem, a miesiąc temu cierpiał na wirusową infekcję. Mama chłopca jest w szóstym miesiącu ciąży i od tygodnia zażywa antybiotyk z powodu zdiagnozowanej anginy. Chłopiec jest uczulony na nabiał i pyłki. Rodzice nie palą, w domu nie ma zwierząt. Chłopiec jest na diecie mającej wzmocnić jego układ odpornościowy, nie je słodyczy, jego dieta jest bogata w warzywa i owoce.

BADANIE FIZYKALNE

Lekarz prosi, by chłopiec otworzył szeroko buzię i powiedział „aaa”, stwierdzając powiększone oraz rozpulchnione migdałki. Prosi ojca o rozebranie dziecka do bielizny i na ciele chłopca zauważa rozległą wysypkę. Następnie prosi by chłopiec zdjął podkoszulek, uprzedza, że stetoskop jest zimny i osłuchuje chłopca, nie stwierdza żadnych zmian osłuchowych. Prosi ojca o ubranie dziecka.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Lekarz diagnozuje szkarlatynę i zaleca antybiotyk. Ojciec niepokoi się czy choroba dziecka może zaszkodzić ciężarnej żonie. Poinformuj ojca, że nawet jeżeli żona zarazi się od syna, po 20. tygodniu ciąży, zagrożenie zarówno dla płodu i ciężarnej praktycznie nie istnieje. Ponadto kobieta przyjmuje już antybiotyk o szerokim spektrum, co może działać ochronnie.

# **MONONUCLEOSIS**

Do lekarza zgłasza się 24-letnia kobieta (Amanda Briggs) z powodu nieustępującej gorączki i bólu gardła. Gorączka utrzymuje się od tygodnia, od trzech dni na poziomie 39 stopni. Ponadto pacjentka skarży się na silny ból gardła, trudności z przełykaniem, a na szyi wyczuwa twardą i wrażliwą na dotyk grudkę. Zwróciła też uwagę na nieprzyjemny, mdły zapach wydobywający się z jej ust. Pacjentka odczuwa również bóle w plecach, ma ogólnie złe samopoczucie i jest przekonana, że zaraziła się grypą. Przyznaje, że już od dwóch miesięcy nie może sobie poradzić z objawami przypominającymi przeziębienie i grypę, męczył ją suchy kaszel, zapchany nos, ogólne osłabienie.

Próbowała bezskutecznie leczyć się domowymi sposobami, sięgnęła również po leki bez recepty oraz antybiotyk, które nie przyniosły spodziewanej poprawy. Po antybiotyku pacjentka zauważyła wysypkę na dłoniach. Naprzemiennie stosuje również paracetamol i ibuprofen jako leki przeciwgorączkowe – bez skutku. Od dwóch dni pobolewa ją brzuch w górnej części i po lewej stronie.

Pacjentka dotąd nie chorowała przewlekle, nie była hospitalizowana, nie ma alergii. Studiuje i prowadzi bardzo aktywny tryb życia, dużo jeździ na koncerty i festiwale. Utrzymuje, że pali papierosy i pije alkohol tylko w trakcie spotkań towarzyskich. Jej młodszy brat i starsza siostra są zdrowi. Rodzice również cieszą się dobrym zdrowiem, są aktywni fizycznie. W rodzinie nikt nie miał dolegliwości żołądkowych.

BADANIE FIZYKALNE

Lekarz prosi, by pacjentka poluzowała kołnierz i bada palpacyjnie węzły chłonne na szyi i pod żuchwą. Stwierdza, że są one powiększone. Prosi, by pacjentka rozebrała się do bielizny i sprawdza węzły w pachwinach, które również są powiększone. Następnie prosi by pacjentka położyła się wygodnie na kozetce i w badaniu palpacyjnym odnotowuje powiększoną wątrobę. Następnie prosi by pacjentka usiadła i otworzyła usta – stwierdza powiększone, rozpulchnione i pokryte nalotem migdałki. Prosi by pacjentka się ubrała.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Lekarz podejrzewa mononukleozę i z takim rozpoznaniem kieruje pacjentkę do szpitala chorób zakaźnych.

# **MYOCARDIAL INFARCTION**

Mężczyzna (John Thompson), 52 lata, z zawodu rolnik, pracujący okresowo do 12-14 godzin na dobę, zgłosił się do lekarza rodzinnego z bólem w klatce piersiowej. Pacjent uskarża się na silny, nagły ból zlokalizowany na środku klatki piersiowej (za mostkiem). Początkowo (około 2 tygodni temu) ból pojawiał się tylko po wysiłku fizycznym i trwał około pół godziny, ustępował samoistnie w spoczynku. Obecnie pojawia się spoczynkowo i trwa około 90 minut. Pacjent odczuwa także dyskomfort trawienny oraz nudności, objawom towarzyszy jednoczesny brak apetytu.

Pacjent dotychczas w poczuciu zdrowia, palący papierosy od około 20. roku życia — 20 szt./dobę, często sięgający po alkohol (spożycie około 4-6 piw dziennie). Podczas poprzedniej hospitalizacji 2 miesiące temu z powodu bezobjawowego zapalenia płuc (diagnoza na podstawie zdjęcia RTG), stwierdzono podwyższony cholesterol oraz poziom cukru na czczo. Pacjent miał zgłosić się do poradni cukrzycowej, czego jednak nie uczynił. Pacjent zakończył przyjmowanie antybiotyków po zapaleniu płuc, obecnie nie przyjmuje żadnych leków oprócz witamin. Brak alergii pokarmowej i lekowej.

Wywiad rodzinny: matka przeszła zawał w wieku 50 lat, ojciec zmarł na udar w wieku lat 60. Cukrzyca w rodzinie matki i ojca, łuszczyca u matki.

BADANIE FIZYKALNE

W badaniu przedmiotowym stwierdzono otyłość brzuszną (masa ciała — 115 kg, wzrost — 180 cm; BMI 36, obwód pasa — 112 cm), podwyższone ciśnienie tętnicze — 160/110 mm Hg. Osłuchowo bez zmian. Wyczuwalne palpacyjnie powiększenie wątroby.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Wykonane badanie EKG wskazuje na zawał mięśnia sercowego.

Badania dodatkowe: pilna koronarografia oraz angiografia, badanie krwi, USG wątroby.

Skierowanie: jak najszybsza hospitalizacja.

Wstępne rozpoznanie: zawał mięśnia sercowego

# **PERTUSSIS**

25-letnia pacjentka (Daisy Edwards), z zawodu architekt, zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu infekcji górnych dróg oddechowych, trudności w nabraniu powietrza i bezdechu trwającego kilkadziesiąt sekund.

Przed 4 tygodniami pacjentka zaobserwowała silny, mokry kaszel z dużą ilością wydzieliny, bez gorączki. Od około 2 tygodni po epizodach kaszlu występującego głównie w godzinach nocnych pojawiły się trudności z nabraniem powietrza (trwały kilkanaście do kilkudziesięciu sekund), czemu towarzyszyło zaczerwienienie twarzy oraz uczucie duszenia się i obecności ciała obcego w gardle. Pacjentka zauważyła także nadmierną potliwość szczególnie w czasie snu. Dolegliwości ustępowały samoistnie. Objawy nasilały się po intensywnym wysiłku fizycznym lub nagłej zmianie temperatury.

Pacjentka jest pod stałą opieką alergologa z powodu astmy rozpoznanej 12 lat temu, w tamtym okresie przewlekle otrzymywała sterydy wziewne przez komorę inhalacyjną. Pacjentka uczulona jest na sierść kota oraz pyłki traw. Jedyna interwencja chirurgiczna, to usunięcie migdałów 2 lata temu. W wywiadzie rodzinnym stwierdzono astmę na tle alergicznym u matki i rodzeństwa oraz nadciśnienie od strony ojca

BADANIE FIZYKALNE

W badaniu fizykalnym stwierdzono węzły chłonne niepowiększone, śluzówki jamy ustnej różowe, gardło czyste, nozdrza drożne. Badania osłuchowe nie wykazało zmian. Ciśnienie krwi w normie.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Zlecenie badań dodatkowych: podstawowe badania laboratoryjne oraz dodatkowo IgG przeciw Bordetella pertussis oraz zdjęcie RTG klatki piersiowej.

Konsultacja pulmonologiczna.

Wstępne rozpoznanie: wstępnie rozpoznano krztusiec.

# **CYSTITIS**

Kobieta (Catherine Powell), 38 lat, manager w dużej firmie, zgłosiła się do lekarza rodzinnego z powodu problemów z pęcherzem moczowym. Około 5 dni temu, oddawaniu moczu zaczęło towarzyszyć pieczenie, swędzenie, a około 2 dni temu pojawił się ból. Dziś pacjentka zauważyła podwyższoną temperaturę wynoszącą 37.5’C oraz nudności i zawroty głowy. Cały czas towarzyszy jej uczucie pełnego pęcherza.

Pacjentka próbowała domowych sposobów: zwiększyła ilość spożywanych płynów, piła herbatę ziołową, stosowała Urosal – bez rezultatu. Po wystąpieniu stanu podgorączkowego nie zażyła środków przeciwgorączkowych. 6 miesięcy temu pacjentka miała podobne objawy, wówczas lekarz przepisał kurację antybiotykami z powodu pojawienia się ropy.

Pacjentka od 20 roku życia cierpi na cukrzycę i przyjmuje insulinę. Obecnie pacjentka przyjmuje także doustne środki antykoncepcyjne.

Zabiegi chirurgiczne: poród poprzez cesarskie cięcie w wieku 31 lat w 41 tygodniu ciąży.

Wywiad rodzinny: rak odbytu ze strony ojca.

Pacjentka jest uczulona na gluten, dlatego stosuje dietę bezglutenową.

BADANIE FIZYKALNE

Badanie fizykalne ujawniło ból w okolicy nerek oraz tkliwość uciskową jamy brzusznej i miedniczej. Osłuchowo bez zmian, ciśnienie w normie (125/75).

DALSZE POSTĘPOWANIE

Zlecone badania: ogólne badanie moczu i krwi. Wizyta kontrolna jutro w celu omówienia wyników i przepisania odpowiedniej terapii. Wskazana konsultacja nefrologa i urologa.

Wstępne rozpoznanie: wstępnie rozpoznano zapalenie pęcherza.

# **ACNE**

Pacjent w wieku 19 lat (Anthony Adams), student farmacji, zgłosił się do przychodni z powodu trądziku. Pacjent leczy trądzik od 6 lat, ale obecnie zauważył duże pogorszenie. Od 3 miesięcy zmiany pojawiają się nie tylko na twarzy, ale także na plecach, klatce piersiowej oraz pośladkach, często też pojawiają się na owłosionej skórze głowy. Są to wypełnione ropą bolesne torbiele, które pozostawiają po sobie głębokie blizny. Pacjent zauważył, że obecnie zmiany występują częściej po zjedzeniu pikantnych potraw lub zawierających ocet, a także, kiedy zwiększy ilość wypijanej kawy.

Pacjent przyjmował antybiotyki od listopada poprzedniego roku przez 6 miesięcy, ale po konsultacji z lekarzem odstawił je, ponieważ uskarżał się na podrażnienia żołądka oraz nadkwaśność i zgagę. W tej chwili przyjmuje leki osłonowe na żołądek (IPP), Ortanol 1 x dziennie 40mg.

W wywiadzie rodzinnym u pacjenta stwierdzono wrzody żołądka i dwunastnicy u matki, natomiast u ojca cukrzycę i wynikającą z niej chorobę wieńcową (leczoną).

Pacjent jest uczulony na Augmentin i aspirynę, jak dziecko miał astmę oskrzelową, która ustąpiła w wieku 11 lat.

Interwencje chirurgiczne: usunięcie wyrostka robaczkowego w wieku 15 lat oraz operacja po złamaniu kości lewego przedramienia i lewego obojczyka w wieku lat 12, którego pacjent doznał w wyniku wypadku samochodowego.

BADANIE FIZYKALNE

Badanie fizykalne ujawniło liczne ropne i bolesne zmiany skórne na twarzy, głowie i tułowiu. Brak powiększenia narządów wewnętrznych w obrębie jamy brzusznej, osłuchowo bez zmian.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Zlecone badania: ogólne badanie moczu i krwi, antybiogram na podstawie wysięku z ropnych zmian chorobowych.

Konsultacja dermatologiczna i endokrynologiczna.

Wstępne rozpoznanie: trądzik

# **IRRITABLE BOWEL DISEASE**

28-letnia kobieta (Eve Black), nauczycielka w liceum, zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu z powodu utrzymujących się od roku bólów brzucha i zaparć. Pacjentka zgłasza występowanie okresowych bólów o charakterze skurczowym w dolnej części brzucha i wzdęć, związanych z uczuciem parcia na stolec. Jako zaparcie rozumie ona bolesne oddawanie twardego stolca, trudności w jego ewakuacji oraz towarzyszące temu uczucie silnego dyskomfortu i niepełnego wypróżnienia. Do wypróżnienia dochodzi co 2-3 dni. Bóle brzucha i wzdęcia ustępują po wypróżnieniu.

Podobne objawy zdarzały się już wcześniej, mniej więcej od 19 roku życia, kiedy rozpoczęła studia – pacjenta uważa, że związane one były ze stresem, lecz miały zdecydowanie mniejsze nasilenie i pacjentka nigdy nie szukała z tego powodu pomocy lekarskiej.

W chwili obecnej objawy te, a szczególnie bóle brzucha i wzdęcia, powodują, że trudno jej skoncentrować się na pracy, co prowadzi do częstej absencji w pracy. Często zaburza to także jej sen, głownie gdy objawy się nasilają, co jest przyczyną uczucia zmęczenia w ciągu dnia.

Pacjentka stara się przyjmować więcej płynów oraz rożnych środków przeczyszczających i preparatów błonnika, a także zwiększyła ilość warzyw i owoców w diecie. Często spożywa także jogurty naturalne. Chociaż preparaty te częściowo pomagają w wypróżnieniach, jednak pacjentka niechętnie je przyjmuje, ponieważ nie ma apetytu. Uczucie dyskomfortu i naglącego wypróżnienia powodowane przez środki przeczyszczające są bardzo kłopotliwe, pacjentka wciąż odczuwa bóle brzucha i wzdęcia, które czasami nasilają się po lekach lub infekcjach. Od kilku tygodni pacjentce towarzyszą także silne bóle głowy oraz bóle mięśniowe.

Pacjentka nie zauważyła utraty masy ciała, ani domieszki krwi w stolcu. Jednakże w stolcu pojawia się duża ilość śluzu.

Brak rodzinnego obciążenie rakiem jelita grubego lub innego nowotworu.

BADANIE FIZYKALNE

Badanie fizykalne prawidłowe, poza nieznacznie rozdętą dolną częścią brzucha, tkliwą palpacyjnie, bez objawów otrzewnowych, perystaltyka osłuchowo prawidłowa.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Zlecone badania: USG jamy brzusznej. Konsultacja gastroenterologiczna. Wstępne rozpoznanie: zespół jelita nadwrażliwego

# **PSORIASIS**

27-letni mężczyzna (Vernon Larkins), pracujący jako informatyk, skarży się na zmiany skórne zaobserwowane na łokciach i przedniej części podudzi. Skóra w tych miejscach jest zaczerwieniona i wyraźnie się łuszczy w formie przypominającej łuski. Zmiany wystąpiły po raz pierwszy około 7 lat temu i zniknęły po krótkiej terapii miejscowymi lekami sterydowymi. Pojawiły się ponownie ok. 4 miesiące i tym razem nie ustępują. Wg. obserwacji pacjenta, zmiany skórne nasilają się po spożyciu pieczywa i słodyczy. Pacjent był już u lekarza, który zalecił lek przeciwgrzybiczy – brak rezultatu.

Pacjent twierdzi, że zmiany na łokciach i podudziach są bezbolesne. Towarzyszy im jedynie uczucie swędzenia. Niedawno, około 8 dni temu, pojawił się także obrzęk i ból w prawym kolanie uniemożliwiający poruszanie się, który nasilał się w nocy i nad ranem. Pacjent zażywał przez 7 dni NLPZ dostępne bez recepty, ale zauważył jedynie lekką poprawę w nasileniu bólu. Ponieważ zmiany wyglądają nieestetycznie, pacjent zaczyna mieć obawy związane z wychodzeniem z domu i spotkaniem się z innymi ludźmi.

Pacjent w tej chwili przyjmuje leki przeciwhistaminowe związane z alergią na pyłki roślin, na którą cierpi od 12 roku życia, oraz suplementy diety (witamina C i wapno). Brak uczulenia na inne leki.

W wywiadzie rodzinnym stwierdzono cukrzycę typu II i łuszczycę u obojga rodziców. Zabiegi chirurgiczne: operacja po złamaniu nogi 2 lata temu oraz usunięcie rozległego niezłośliwego znamienia na skórze pleców 6 miesięcy temu.

BADANIE FIZYKALNE

Badanie fizykalne ujawniło rozległe zmiany o charakterze łuszczycowym na tylnej stronie łokci i przedniej części podudzi, a także opuchliznę i bolesność prawego stawu kolanowego. Poza tym osłuchowo i palpacyjnie bez zmian.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Dodatkowe badania: pełna morfologia krwi (łącznie z oznaczeniem OB i CRP), RTG kolana. Konsultacja dermatologiczna i ortopedyczna (lekarz wystawia skierowanie). Wstępne rozpoznanie: łuszczyca

# **HERPES SIMPLEX**

22-letni mężczyzna (Charles Perkins), student informatyki. Pacjent zgłasza zmiany na błonie śluzowej policzków, wargi górnej i dolnej, które nie goją się mimo poleconej przez farmaceutę doustnej terapii przeciwwirusowej (Heviran) oraz miejscowej preparatem Sachol; chory cierpi również na lekki ból gardła.

Pacjent zgłasza również stan podgorączkowy oraz jadłowstręt od 7 dni. Wystąpienie zmian w jamie ustnej poprzedziła około 2 tygodnie wcześniej obecność opryszczki na górnej wardze. W przeszłości podobny epizod nie miał miejsca. Pacjent przechodził ospę w wieku lat 10.

Z uwagi na długość trwania choroby pacjent schudł kilka kilogramów i był osłabiony

BADANIE FIZYKALNE

Powiększone i bolesne węzły chłonne po stronie prawej i lewej żuchwy, obrzęk warg ze strupami krwotocznymi.

W jamie ustnej zaobserwowano liczne nadżerki.

Z powodu utrudnionej higieny jamy ustnej, u pacjenta stwierdzono stan zapalny dziąseł (gingivitis)

Zapalenie gardła i migdałków– ropne wykwity i pęcherzyki na tylnej ścianie gardła.

Dodatkowo na skórze tułowia zaobserwowano owalne czerwone plamy.

DALSZE POSTEPOWANIE

Podejrzewasz rumień wysiękowy wielopostaciowy (erythema exudativum multiforme -EM) –którego główną przyczyną jest zakażenie wirusem HSV (herpes simplex virus)

Zalecasz do stosowania ogólnego preparat antyhistaminowy (Telfast 180 mg), kwas askorbinowy (Ascorutical), miejscowo preparat sterydowy ze środkiem przeciwbakteryjnym (Dexapolcort) oraz preparat do płukania jamy ustnej (Eludril)

Doustne przyjmowanie leku przeciwwirusowego i antybiotyku na bakteryjne zapalenie gardła.

Zalecasz wykonanie badania laboratoryjnego krwi

Wyznaczasz termin wizyty kontrolnej po 7 dniach

# **ANGINA PECTORIS**

57-letni mężczyzna (Andrew Hopkins), urzędnik zgłasza się na Szpitalny Oddział Ratunkowy, uskarżając się na nawracające dolegliwości bólowe w klatce piersiowej o charakterze ucisku za mostkiem po szybkim przejściu 150-300 metrów lub po wejściu na 2 piętro, ustępujące po około minutowym odpoczynku. Zgłasza kłucie za mostkiem pojawiające się przy zmianie pozycji ciała, czasem też w trakcie wysiłku.

Dolegliwości pojawiły się przed 4 miesiącami; lekarz rodzinny zlecił wówczas do przyjmowania regularnego kwas acetylosalicylowy (75mg 1xdz), ale pacjent nie stosuje się do terapii (jak twierdzi – zapomina przyjmować leki).

Pacjent pali – 10 papierosów dziennie; okazjonalnie pije alkohol; prowadzi siedzący tryb życia. Od 12 lat choruje na nadciśnienie tętnicze – leczony; leków nie przyjmuje regularnie. 4 lata temu – lekki zawał; leczony zachowawczo.

BADANIE FIZYKALNE

Wzrost 170 cm

Masa ciała 92 kg; BMI 31,8kg /m2, obwód talii 102 cm

Ciśnienie tętnicze 170 /90 mmHg

Częstotliwość rytmu serca 78 / min

EKG spoczynkowy – liczne nieprawidłowości

DALSZE POSTEPOWANIE

Podejrzewasz dusznicę bolesną /dławicę piersiową

Kierujesz pacjenta na oddział kardiologiczny i zalecasz wykonanie koronarografii oraz badan laboratoryjnych, które pozwolą stwierdzić zaburzenia gospodarki lipidowej, podwyższone ciśnienie tętnicze.

Zalecasz zmodyfikowanie trybu życia –zwiększenia aktywności fizycznej, ograniczenie spożycia soli kuchennej i tłuszczów zwierzęcych, zaprzestania palenia papierosów.

Informujesz, że pacjent zostanie wypisany najwcześniej po tygodniu.

# **REFLUX DISEASE**

48-letnia kobieta (Edith Barton), urzędniczka, zgłasza ‘suchy kaszel’ utrzymujący się ok. 6 miesięcy. Kaszel jest umiarkowanie nasilony, występuje od kilku do kilkunastu razy w ciągu dnia – głównie w pozycji pionowej; zdarzały się kilkudniowe okresy bezobjawowe; kaszel pojawił się po raz pierwszy po infekcji górnych dróg oddechowych.

Pacjentka nigdy nie paliła papierosów, nie stosowała leków z powodów kardiologicznych, występowały natomiast sporadycznie łagodne objawy uczulenia na kurz domowy pod postacią zwiększonej ilości wydzieliny z nosa.

Ponad rok temu pacjentka miała problemy z żołądkiem – choroba refluksowa z typowymi objawami: zgaga, regurgitacja, odbijania i bóle w nadbrzuszu. Wykonano gastroskopię, która wykazała obecność nadżerek w dolnym odcinku przełyku.

Badanie radiologiczne klatki piersiowej, wykonanego dwukrotnie w odstępie 3 miesięcy, był prawidłowy.

Chora została skierowana do pulmonologa, który zasugerował refluksowe pochodzenie kaszlu, ponieważ nie stwierdził innej, jednoznacznej jego przyczyny.

Chora w ostatnich dwóch latach miała dużo obowiązków zawodowych, a siedzący charakter pracy (sedentary job) i brak aktywności fizycznej spowodowały, ze przybrała na wadze ok. 10 kg. Chora w młodości cierpiała na bulimię i nawet teraz czasami, w sytuacjach stresowych, powoduje wymioty. Pacjentka prowadzi mało aktywny i stresujący styl życia, nieregularne posiłki.

BADANIE FIZYKALNE

Wskaźnik masy ciała BMI (body mass index) – 25,2 kg / m2. Brak jakichkolwiek nieprawidłowości w badaniu przedmiotowym. Ciśnienie tętnicze – w normie (120 / 70).

DALSZE POSTEPOWANIE

Podejrzewasz refluksowy charakter kaszlu i zalecasz próbne leczenie inhibitorem pompy protonowej (proton pump inhibitor –IPP), wybierając omeprazol w dawce 2x po 20 mg przez 4 tygodnie.

Powinien spowodować szybkie ustąpienie zgagi oraz zmniejszenie nasilenia kaszlu.

Kierujesz pacjentkę do gastroenterologa.

# **MUMPS**

32-letnia kobieta (Maria Cortez), przedszkolanka, zgłasza się z bólem w okolicy lewego ucha (pacjentka twierdzi, że wyczuwa w tym miejscu guzek) i stanem podgorączkowym (około 37o). 3 tygodnie wcześniej pacjentka zauważyła guzek w okolicy lewej ślinianki przyusznej (parotid gland). Jego pojawieniu się nie towarzyszyły żadne szczególne okoliczności. Kobieta nie ma apetytu i cierpli lekkie bóle głowy, ustępujące po zażyciu środka przeciwbólowego. Kobieta nie uskarża się na bóle zębów; regularnie leczona stomatologicznie.

Pacjentka nie miała szczepień przypominających na choroby wieku dziecięcego; w wieku 17 lat chorowała na różyczkę. Matka dwójki dzieci – 2 i 3 lata – dzieci szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień. 3 – 4 tygodnie wcześniej w przedszkolu wystąpiły dwa przypadki świnki u dzieci, których rodzice nie uznawali kalendarza szczepień. Pacjentka nie choruje na inne choroby.

BADANIE FIZYKALNE

W badaniu palpacyjnym lewej okolicy przyusznej stwierdzono obecność tkliwego guza o wymiarze 3 x2 cm, zlokalizowanego w obrębie lewej przyusznicy; guz był twardy, nieprzesuwalny (immovable). Bolesność powoduje, że pacjentka ma problem z przełykaniem jak również otwarciem ust.

Stan podgorączkowy – 37,6’C

Okoliczne węzły chłonne nie były powiększone

DALSZE POSTĘPOWANIE

Ze względu na wywiad podejrzewasz świnkę. Zalecasz wypoczynek i izolację (zwolnienie lekarskie – 2 tygodnie). Sugerujesz rozgrzewanie opuchlizny – przykładanie ciepłych kompresów, maść rozgrzewającą i szalik. Informujesz również o konieczności obserwowania domowników, zwłaszcza dzieci , które nie przyjęły jeszcze wszystkich dawek szczepionki.

# **APPENDICITIS**

68-letnia kobieta (Dorothea McKinley), wdowa, przywieziona na SOR przez karetkę pogotowia z bólem brzucha po prawej stronie. Ból prawej strony brzucha trwał od ok.2 tygodni – w okresie tym bóle ustępowały po stosowaniu leków rozkurczających, a 2 dni przed wezwaniem pogotowia, ból znacznie się nasilił i obejmował całą jamę brzuszną – pacjentka wskazuje na okolicę okołopępkową i nadbrzusze; ból zmniejszał się przy leżeniu na prawym boku i podczas chodzenia; ból nie ustępował po lekach przeciwbólowych i rozkurczowych. Obecnie pacjentka ocenia ból na 8 w skali 10-stopniowej. Pacjentka nie gorączkuje; zgłasza również uczucie wzdęcia i gazy.

Pacjentka mieszka sama i pracuje w małym gospodarstwie; od 20 lat leczy się z powodu miażdżycy tętnic obu kończyn dolnych. Kobieta nie ma żadnych uczuleń. Prosi o powiadomienie syna.

Pacjentka zgłasza nieregularne wypróżnianie; dwa razy w tygodniu przyjmuje środki przeczyszczające aby usunąć zaparcie.

BADANIE FIZYKALNE

Pacjentka w stanie ogólnym średnim, otyła, cierpiąca przy każdej zmianie pozycji ciała

Brzuch napięty (tense), lekko wzdęty, bolesny przy badaniu na całej powierzchni; podczas osłuchiwania brak słyszalnej perystaltyki. Pacjentka ma problem i bolesność przy przyciąganiu podkurczonych kończyn dolnych do tułowia.

Badania dodatkowe wykonanie na SOR:

Badania biochemiczne wykazały podwyższone parametry stanu zapalnego (liczba leukocytów 11 G/l,

CRP -320 mg /l); USG wskazuje na ostre zapalenie wyrostka robaczkowego.

DALSZE POSTEPOWANIE

Podejrzewasz powikłanie ostrego zapalenia wyrostka robaczkowego.

Wobec takiej sytuacji nie zlecasz wykonania innych badań; kierujesz chorą na oddział chirurgiczny i planujesz pilną laparotomię. Przed operacją podajesz chorej profilaktycznie antybiotyk.

# **SINUSITIS**

32-letni mężczyzna (Peter O’Brien) zgłasza się do lekarza rodzinnego na wizytę kontrolną. 7 dni wcześniej pacjent zgłosił się do innego lekarza z utrzymującym się od kilku dni bólem głowy strony prawej koncentrujący się w okolicy oczodołu prawego, nieżytem ropnym nosa, podwyższoną temperaturę ciała (38.2⁰C) oraz uczuciem ogólnego rozbicia. Ból o charakterze tępym nasilał się przy schylaniu i kaszlu. Pacjent ocenia ból na 6 w skali 10-stopniowej.

Na poprzedniej wizycie pacjentowi przepisano antybiotyk (augmentin), który stosował przez ubiegły tydzień oraz lek przeciwzapalny (ibuprom).

Po kilku dniach leczenia uzyskano poprawę stanu ogólnego z miernym efektem terapeutycznym stanu miejscowego – objawy zapalenia zatok nie ustąpiły. Pacjent uskarża się również na zaburzenie węchu i uczucia zatkania prawego ucha.

Pacjent cierpi również na ból zębów – konsultacja stomatologiczna wykluczyła jakikolwiek stan chorobowy.

BADANIE FIZYKALNE

Utrzymująca się tkliwość przy badaniu palpacyjnym w okolicy zatoki szczękowej prawej, obrzęk błony śluzowej jamy nosowej z obecnością ropnej wydzieliny w przewodzie nosowym prawym z zaciekaniem wydzieliny po tylnej ścianie gardła. Podwyższona temperatura ciała (38⁰C)

DALSZE POSTĘPOWANIE

Podejrzewasz zapalenie zatok przynosowych i kierujesz pacjenta do specjalisty.

Informujesz pacjenta, że zastosowanie antybiotykoterapii wraz z podaniem leku przeciwzapalnego przy podejrzeniu zapalenia zatoki przynosowej powinno być uzupełnione podaniem preparatów obkurczających błonę śluzową. Przepisujesz kolejny antybiotyk i zalecasz przyjmowanie probiotyku 2 – 3 godziny po zażyciu antybiotyku.

Poinformuj pacjenta, że brak możliwości pozbycia się zalegającej wydzieliny zapalnej z przestrzeni zatok przynosowych doprowadziło do konieczności nakłucia (puncture) i opróżnienia zatoki szczękowej przez laryngologa lub chirurga szczękowego.

# **COMMON COLD**

12-letni chłopiec (Aron Rosenberg), jedynak, na wizytę zgłasza się z mamą, skarżąc się na ogólne złe samopoczucie. Kilka dni temu wystąpiło u pacjenta drapanie w gardle. W kolejnych dniach drapanie oraz ból gardła nasiliły się. Następnie pojawiło się kichanie, katar i łzawienie oczu. Wydzielina z nosa początkowo była wodnista i miał uczucie ‘’lania się z nosa” . Po kilku dniach wydzielina stała się bardziej gęsta i miała kolor żółtawy. Katarowi towarzyszy ból głowy i uczucie zapychania się nosa, zatok oraz trudności z oddychaniem, szczególnie nocą. Chory skarży się na chrypkę. Od paru dni również uskarża się na kaszel, który początkowo był suchy i urywany, a następnie mokry z odksztuszaniem żółto-zielonej flegmy. Pacjent narzeka na ogólne złe samopoczucie, brak apetytu, zmęczenie. Mówi że ‘’cały jest obolały’’. Zgłasza również łagodną biegunkę i ból brzucha.

BADANIE FIZYKALNE

Podwyższona temperatura, 37,7⁰C. Powiększone szyjne węzły chłonne. Śluzowo-ropna wydzielina z nosa – zapchany nos, problemy z wyczyszczeniem nosa. Mokry kaszel – chłopiec odkrztusza wydzielinę. Przekrwione gardło, bez jakichkolwiek wykwitów. Podwyższone tętno.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Zaleca się pacjentowi: Dużo wypoczynku; Picie dużej ilości płynów; Stosowanie leków przeciwzapalnych i przeciwgorączkowych; chłopiec nie powinien przyjmować aspiryny; Płukanie gardła rumiankiem lub szałwią; Stosowanie kropli do nosa; Stosowanie leków wykrztuśnych na kaszel – syrop podawany do godziny 17:00; Lekkie posiłki oraz inhalacje.

# **RUBELLA (GERMAN MEASLES)**

30-letnia kobieta (Agatha MacDonald), recepcjonistka w hotelu. Pacjentka zgłasza obolałe węzły chłonne na szyi oraz wysypkę na całym ciele. Pacjentka 3 dni wcześniej poczuła się słabo i miała podwyższoną temperaturę. Wystąpiło również uczucie ‘zatkanego nosa’. Na twarzy i całym ciele pojawiła się drobna różowo-czerwona wysypka w postaci grudek, która po kilku godzinach nasiliła się i stała się lekko swędząca. Po 3 dniach nastąpiło łuszczenie się skóry. Pojawiły się bóle stawów i ich lekkie opuchnięcie. Ból i pieczenie wystąpiły również w jamie ustnej.

Pacjentka jest mężatką, ma dwójkę małych dzieci - 8 miesięcy i 2 lata – bez aktualnych szczepień; obecnie przebywa na urlopie macierzyńskim. Nie jest w ciąży.

BADANIE FIZYKALNE

Powiększone węzły chłonne karkowe i szyjne, zwłaszcza za uszami. Bolesność węzłów chłonnych za uszami i na potylicy. Wysypka na całym ciele zmieniająca kolor z bladoróżowego na różowo-czerwony. W badaniu palpacyjnym stwierdzasz powiększoną śledzionę. Zapalenie błony śluzowej jamy ustnej oraz pojawienie się charakterystycznej wysypki na podniebieniu. Temperatura ciała 39⁰C.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Podejrzewasz różyczkę i wprowadzasz leczenie objawowe. Poinformuj pacjentkę, że w związku z brakiem przestrzegania kalendarza szczepień, cała rodzina powinna przebywać w izolacji ok. 3 tygodni. Jeżeli objawy wystąpią u któregokolwiek członka rodziny, izolacja będzie musiała zostać przedłużona. Pacjentka powinna pozostać w łóżku. W razie wystąpienia gorączki, powyżej 38⁰C, pacjentka powinna zażyć leki przeciwgorączkowe.

# **ATOPIC DERMATITIS**

Na izbę przyjęć zgłasza się razem z mamą 7-letnia dziewczynka (Pam Wickers), od 6 miesiąca życia leczona na atopowe zapalenie skóry. Chora przyjmowana na oddział z powodu nasilenia się objawów (wywiad przeprowadzasz z matką).

Zgłoszenie do szpitala z powodu zaostrzenia procesu chorobowego. Matka dziecka jako główne objawy podaje zaczerwienienie, suchość oraz łuszczenie się skóry; dziecko ma skłonność do nawracających zakażeń bakteryjnych. Zmianom skórnym towarzyszy dokuczliwy świąd, zwłaszcza w nocy, co powoduje bezsenność, zmęczenie i drażliwość. Cała powierzchnia skóry jest dotknięta zmianami, ale głównie występują na łokciach, kolanach, twarzy i szyi.

Dziewczynka od roku ma zdiagnozowane stany depresyjne – znaczne obniżenie nastroju. U dziecka przewlekle stosowano leki antyhistaminowe, miejscowo preparaty sterydowe oraz antybiotykoterapię miejscową, z krótkotrwałą poprawą. Bez obciążenia innymi schorzeniami przewlekłymi; bez nawracających zakażeń układu oddechowego.

Wywiad rodzinny w kierunku alergii obciążony – u starszego brata pacjentki rozpoznano astmę.

Dziewczynka mieszka w gospodarstwie rolnym i jest stale narażona na ekspozycję różnorodnych alergenów. Jest to drugie zgłoszenie na oddział w przeciągu trzech miesięcy. Poprzednio rodzice dziecka otrzymali zalecenia dietetyczne – restrykcyjna dieta eliminacyjna (bez produktów nabiałowych, kakao i produktów je zawierających), leki antyhistaminowe oraz maść sterydowo-antybiotykowa miejscowo.

BADANIE FIZYKALNE

Stan ogólny dobry. Nasilone, rumieniowe zmiany o charakterze wyprysku zlokalizowane na skórze kończyn oraz tułowia. Na skórze widoczne drobne linie i pęknięcia. Istniejące zmiany skórne z bakteryjnym nadkażeniem. Zaczerwienienie skóry, grudki, pęcherzyki, niekiedy sączące, niegojące się ranki. Skóra jest pogrubiona, bardzo sucha. Pogorszone widzenie.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Pacjentka przyjęta na oddział wewnętrzny do dalszej diagnostyki.

# **RHEUMATOID ARTHRITIS**

70-letnia emerytowana sekretarka, mężatka (Cressida Williams) – mąż 78 lat. Pacjentka zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu ze stanem podgorączkowym i bólem stawów, objawy te trwają od czterech dni. Skarży się również na trwające od dłuższego czasu obrzęki stawów i ich zesztywnienie. Od kilku miesięcy cierpi na brak apetytu, zauważyła utratę wagi, łatwo męczy się. Ze względu na sztywność stawów pacjentka ma problemy z rannym wstawaniem. Pacjentka zauważyła opuchnięcie i zaczerwienienie stawów. Chora zgłasza częste występowanie zwichnięć stawów – staw skokowy 3 w ciągu ostatniego roku. Skarży się na pojawienie się guzków pod skórą – bezbolesne, przesuwalne zmiany. Cierpi na suchość oka i odczuwanie piasku w oczach lub ciała obcego. Mówi o wrzodach na skórze i opuszkach palców. Ze względu na problemy z poruszaniem się pacjentka dużo przebywa w łóżku – obawia się odleżyn. Pacjentka relacjonuje ogólne osłabienie i nietolerancję na wysiłek.

Pierwsze objawy choroby pacjentka zaczęła zauważać w wieku 44 lat – ból nadgarstków oraz stawów w palcach i dłoniach, stawów łokciowych oraz ból kręgosłupa szyjnego. W ciągu następnych 4 lat – bóle stawów kolanowych, a w wieku 60 lat – nasilenie bólu w odcinku szyjnym kręgosłupa. Chora ma problemy kardiologiczne i gastryczne.

Ze względu na pogarszający się stan zdrowia – mieszkają z córką i jej rodziną. Kobieta przedstawia wyniki badań mówiące o utracie gęstości kości – stwierdzona osteoporoza

BADANIE FIZYKALNE

Zniekształcenie stawów kończyn górnych i dolnych oraz odcinka szyjnego kręgosłupa. Zaniki mięśniowe. Zniszczenie chrząstek i powierzchni stawowych – chrzęszczenie i uczucie „jakby staw miał się zablokować”; ograniczony zakres ruchu. Guzki reumatoidalne, żylaki i zapalenie naczyń kończyn dolnych, obrzęki tkanek miękkich

DALSZE POSTĘPOWANIE

Podtrzymujesz diagnozę pogłębiającego się reumatoidalnego zapalenia stawów i kierujesz pacjenta na:

- badania laboratoryjne (OB, CRP, morfologia krwi)

- badania obrazowe (rentgen, USG, tomografia komputerowa)

Przepisujesz silne środki przeciwbólowe. Zalecasz aktywność fizyczną (jazda na rowerze, pływanie, spacerowanie), odpowiednią dietę – unikanie nadwagi i otyłości. Zalecasz przyjmowanie witaminy D oraz wapnia Rekomendujesz lecznicze kąpiele.

# **SHINGLES**

Pacjent – 58 lat (Fergus McKenzie), po przeszczepie płuca – z obniżoną odpornością, w trakcie kuracji farmakologicznej.

Zgłasza ból po prawej stronie tułowia trwający od 9 dni, nasilający się od 4 dni, chwilami wywołujący wrażenie miejscowego paraliżu – jak po ukąszeniu przez pająka lub piekącego bólu – jak w przypadku oparzenia. Od 3 dni widoczne coraz liczniejsze pęcherze na brzuchu, w okolicach żeber, pod pachą i w okolicy lędźwiowej; towarzysząca wysypka – zmiany skórne pojawiły się ok. 10 dni przed zgłoszeniem i miały postać zaczerwienionych plam. Pacjent odczuwa także przeszywający ból w okolicy prawej nerki; mrowienie – od barku po opuszki palców. Od 2 dni ma nadwrażliwość na światło, gorączkę i odczuwa zmęczenie – zarówno przy wysiłku, jak i w spoczynku. Pacjent odczuwa również silny ból w klatce piersiowej i duszność.

Pacjent jako dziecko przeszedł ospę wietrzną; w momentach przemęczenia i osłabienia organizmu ma opryszczkę na ustach i w nosie.

BADANIE FIZYKALNE

Tkliwość na dotyk, w obszarze brzusznym bolesność przy próbie badania dotykowego; niektóre obszary noszą znamiona odrętwienia, widoczne liczne pęcherze (z tendencją do pękania) wypełnione przeźroczystym płynem. Delikatna wysypka widoczna wokół prawego oka – górna powieka bardziej zaczerwieniona.

Wykonaj badanie EKG – wynik bez zmian

DALSZE POSTĘPOWANIE

Podejrzewasz półpasiec. Sprawdzasz historię chorób wieku dziecięcego pacjenta; ewentualne szczepienia przeciw ospie wietrznej. Pytasz o kontakt z osobami chorującymi obecnie na ospę. Zlecasz badanie laboratoryjne płynu wypełniającego pęcherze. Poinformuj pacjenta, że pęcherze utworzą krosty, a następnie strupy. Świeże pęcherze zaschną po 3 – 5 dniach, a wysypka zniknie całkowicie po ok. 2 – 4 tyg.

Zapisujesz leki antywirusowe, aby zminimalizować ryzyko komplikacji oraz przeciwbólowe. W przypadku nasilenia się swędzącej wysypki pacjent może stosować miejscowe środki łagodzące w postaci kremu lub żelu. Leki osłonowe na żołądek oraz leki antyhistaminowe na złagodzenie swędzenia

Kontrola za tydzień, jeśli objawy nie nasilą się.

Poinformuj o możliwych powikłaniach, wynikających z obniżonej odporności – przewlekłe stany zapalne, zaburzenia słuchu, pogorszenie ostrości widzenia.

# **BRONCHITIS**

Pacjent – chłopiec lat 4,5; przedszkolak (Adam Michaels), do lekarza przyprowadzają go rodzice (wywiad przeprowadzasz z jednym z rodziców dziecka).

Od ponad tygodnia apatyczny, nie ma apetytu, często zasypia podczas dnia. Choroba rozpoczęła się nieżytem nosa i stanem podgorączkowym, do 38o. Kaszel, początkowo sporadyczny i wilgotny, od 2 dni głęboki, mokry z żółto-zieloną plwociną - bez śladów krwi. Trudności z oddychaniem nasilające się w nocy. Od wczoraj gorączka około 39,2o. Chłopiec uskarża się również na ból brzucha i wymioty – 2 razy dziennie; pogorszenie łaknienia.

Początkowo rodzice stosowali leczenie objawowe – paracetamol przeciwgorączkowo. Krople do nosa redukujące obrzęk śluzówki, przeciwkaszlowo – syrop z cebuli z miodem.

Chłopiec jest szczepiony zgodnie z kalendarzem szczepień, nie cierpi na żadne inne choroby. Ojciec jako dziecko chorował na astmę, matka ma alergię na pyłki i katar sienny. Chłopiec chodzi do przedszkola, nie ma rodzeństwa, ale spędza dużo czasu z kuzynami.

BADANIE FIZYKALNE

Ocena ogólna – widoczne zmęczenie, zwolnione reakcje na bodźce. Badanie dotykowe – narządy wewnętrzne, węzły - bez zmian. Wyczuwalna zwiększona ciepłota jamy brzusznej. Osłuchowo – świsty w górnych i środkowych partiach oskrzeli, zstępujące. Gardło i język pokryte białawym nalotem; rozpalone policzki i dłonie. Świszczący, szybki i płytki oddech; duszność

DALSZE POSTĘPOWANIE

Podejrzewasz bakteryjne zapalenie oskrzeli; przepisujesz antybiotyk, syrop ułatwiający odksztuszanie. Zalecasz nawilżanie powietrza w domu. Dajesz skierowanie do pulmonologa – z karty pacjenta wynika, że jest to trzecie zapalenie oskrzeli w okresie 5 miesięcy.

# **BROKEN ARM**

Na SOR przywieziony zostaje pacjent – chłopiec (11 lat) – Jack McRae; bramkarz – próbował złapać piłkę, upadając przygniótł ciałem lewą rękę; upadł na przedramię i grzbietową stronę dłoni. Uraz wydarzył się godzinę temu, do szpitala przywozi chłopca trener, który usiłuje skontaktować się z rodzicami dziecka.

Chłopiec zgłasza ból powyżej nadgarstka, promieniujący, nasilający się przy próbie zgięcia ręki. Kompresy chłodzące ani maści łagodzące ból nie przynoszą ulgi. Pacjent narzeka na nasilające się nudności i zawroty głowy. Kończyna została unieruchomiona na prowizorycznym temblaku.

BADANIE FIZYKALNE

Badanie dotykowe – chłopiec wykazuje tkliwość na dotyk, odczuwa przeszywający ból przy próbie zgięcia ręki w nadgarstku do przodu lub do tyłu. Widoczna opuchlizna w obrębie nadgarstka i powyżej; palce lewej ręki opuchnięte. Brak siniaków.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Kierujesz pacjenta na RTG lewej ręki w celu sprawdzenie czy kończyna jest złamana czy tylko skręcona i poobijana. Wynik potwierdza złamanie obydwu kości przedramienia. Ze względu na opuchliznę zalecasz ortezę (orthosis / brace) na okres 3-4 dni. Potem wizyta kontrolna i założenie gipsu. Przepisujesz środki przeciwbólowe – rozpuszczalne (szybsze działanie); czopki – na wypadek ostrego bólu. Poinformuj opiekuna, że jeśli zauważy opuchliznę, zasinienie palców, a dziecko będzie zgłaszało mrowienie i odczucie zimna w palcach, należy natychmiast zgłosić się do lekarza.

# **MELANOMA**

Pacjent – zawodniczka, 23 lata (Martina Griggs), w zawodowej drużynie siatkówki plażowej; zgłasza widoczną zmianę struktury, rozmiaru i zabarwienia pieprzyka na lewym ramieniu od około 2 miesięcy i powiększone węzły chłonne pachowe i nadobojczykowe po lewej stronie, które pacjentka zaobserwowała po raz pierwszy dwa tygodnie temu. Chora nie zgłasza jakichkolwiek objawów towarzyszących – brak dolegliwości bólowych, zmęczenia, nudności, utraty masy, bólów głowy, kaszlu czy duszności.

Z racji wykonywanego zawodu większość czasu pacjentka spędza na dworze; tylko czasami używa kremów z filtrami; kilka razy cierpiała na poparzenie słoneczne w okolicy barków, nosa, czoła i policzków.

W wywiadzie rodzinnym pacjentka podaje chorobę wieńcową i nadciśnienie u ojca; nikt w rodzinie nie choruje na nowotwory złośliwe. Brak uczuleń.

BADANIE FIZYKALNE

Ocena skóry całego ciała (od głowy po stopy) – jasna karnacja, tendencja do licznych zmian skórnych, tzw. pieprzyków – w liczbie powyżej 50 oraz tworzenia się piegów

Żadna zmiana, oprócz tej wskazanej przez pacjentkę, nie wzbudza podejrzeń.

Opisywana zmiana może wskazywać na wczesną postać czerniaka – asymetryczny kształt, nieregularny obrys zewnętrzny; nie jest jednolita w kolorze. Średnica pieprzyka zwiększyła się do ponad 10 mm; odczuwalne objawy swędzenia w obszarze zmiany.

Wyczuwalne węzły chłonne pachowe i nadobojczykowe po lewej stronie; węzły podżuchwowe i szyjne - niewyczuwalne

Ciśnienie tętnicze – 120/65

DALSZE POSTĘPOWANIE

Dajesz skierowanie na biopsję zmiany skórnej. Kontrola i dalsze zalecenia za 4 dni, po zapoznaniu się z opisem badania histopatologicznego.

# **RUBEOLA / MEASLES**

Pacjenci – rodzeństwo, dziewczynki 3 i 5 lat (Cleo i Helen George); na badanie przyprowadzają je rodzice i wywiad przeprowadzasz z jednym z nich. Rodzice podejrzewają odrę, ponieważ spotkali się ze znajomymi, których dziecko ma podobne objawy i zostało już zdiagnozowane.

Rodzice zgłaszają gwałtowny wzrost temperatury ciała u córek, trwający od wczorajszego wieczora. Wcześniejsze objawy - kilkudniowy, uporczywy katar; suchy kaszel i towarzyszący ból gardła. Wysypka, pierwotnie na twarzy, rozprzestrzenia się na pozostałe części ciała. Wyraźna senność – dziewczynki przesypiają większość dnia.

Według rodziców wysypka pierwotnie miała charakter niewielkich, rozsianych plamek koloru ciemnoróżowego.

Przez 10 dni dziewczynki przed wystąpieniem gorączki zgłaszały złe samopoczucie i ogólne osłabienie.

Rodzice są przeciwni kalendarzowi szczepień – obowiązkowych i dodatkowych. Dzieci nie chodzą do przedszkola.

BADANIE FIZYKALNE

Poproś rodzica o rozebranie dzieci. Dzieci są niespokojne; zakatarzone; mają spuchnięte oczy – stan zapalny spojówek. Twarze, tułowia, ręce pokryte wysypką – schodzącą w okolice pachwin i ud. Obecnie wysypka przybrała formę zlewających się grudek, tworzących plamy. Błona śluzowa policzków pokryta białymi plamkami z czerwoną obwódką. Dziewczynki mają krótki, płytki oddech – duszność. Przyspieszone tętno.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Celem potwierdzenia odry, którą podejrzewasz, zlecasz badanie krwi oraz badanie poziomu witaminy A.

Poinformuj rodziców, że gdyby przyszli zaraz po kontakcie córek z zarażonym dzieckiem, można by było im podać zastrzyk z przeciwciał. Spowodowałoby to łagodniejsze objawy. Leczenie odry jest objawowe, zalecasz leki bez recepty na obniżenie temperatury i złagodzenie kataru. Ważne aby lek nie zawierał aspiryny, ponieważ w przypadku choroby wirusowej może to doprowadzić do wystąpienia zespołu Reye’a. Dziewczynki musza dużo odpoczywać. Dieta – lekkostrawna i łatwa do przełknięcie; suplementacja witaminą A.

Ze względu na zakaźny charakter choroby rodzeństwo musi być odizolowane od pozostałych członków rodziny.

# **GASTRIC ULCERS**

Pacjent – mężczyzna lat 57 (James Richardson), zgłasza się z bólem okolicy żołądka.

„Tępy” ból żołądka pojawiający się od 2 lat – pacjent wskazuje ból w nadbrzuszu i środkowej części brzucha; ostatnio intensywnie palący, wzmagający się w okresie wiosenno-jesiennym; objawy towarzyszące - zgaga i nudności po spożyciu posiłku – po spożyciu posiłku pacjent musi pozostać w pozycji pionowej (najczęściej siedzącej), inaczej treść pokarmowa z żołądka przechodzi do przełyku. Pacjent zgłasza niską tolerancję tłustych pokarmów; chwilową ulgę przynoszą tabletki łagodzące powyższe dolegliwości. Podaje utratę wagi ok. 5 kg w ostatnich 5 miesiącach. Miewa smoliste stolce.

Pacjent pali papierosy; spożywa dużą ilość alkoholu; w związku z częstym bólem zębów pacjent przyjmuje leki przeciwbólowe.

W wywiadzie rodzinnym, występowanie choroby wrzodowej o ciężkim przebiegu z perforacją u ojca oraz matki.

BADANIE FIZYKALNE

Pacjent z widocznym spadkiem masy ciała; nieświeży, kwaskowy oddech; okolice żołądka i dwunastnicy tkliwe na dotyk; obniżone ciśnienie; osłuchowo – skrócony oddech.

W jamie ustnej liczne nadżerki i drobne owrzodzenia.

Wykonujesz USG brzucha, opisując kolejne kroki – bez zmian.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Wystawiasz skierowanie na spirometrię oraz wziernikowanie przewodu pokarmowego, żołądka i dwunastnicy; poinformuj pacjenta o przebiegu gastroskopii.

Skieruj pacjenta również na kolonoskopię.

Tymczasowo przepisujesz silny lek neutralizujący kwas żołądkowy – uprzedź o skutkach ubocznych, takich jak zaparcia lub biegunka. Dalsze leczenie w oparciu o wyniki badań laboratoryjnych i obrazowych.

# **STREP THROAT**

Pacjent – dziewczynka lat 9 (Kate Nichols). Do lekarza dziecko przychodzi z babcią, z którą lekarz przeprowadza wywiad. 2 dni przed zgłoszeniem do lekarza wystąpił u niej nagły, ostry, uporczywy ból gardła, obecnie trwający od ponad 48 godzin; dziecko ma trudności z przełykaniem. Skarży się na silny, pulsujący ból głowy. Ma nudności i wymiotuje (około 3 razy w ciągu ostatniej doby); gorączka – 38,9o,, brak kaszlu; od wczoraj również brak apetytu i łaknienia. W celu obniżenia temperatury rodzice podawali naprzemiennie paracetamol i ibuprofen.

Brak informacji o alergiach na leki; dziecko szczepione zgodnie z kalendarzem szczepień, chodzi do szkoły, a także na treningi pływania, 3 razy w tygodniu.

BADANIE FIZYKALNE

Gardło rozpulchnione i pokryte plamkami przypominającymi wysypkę; język obłożony; węzły chłonne szyjne tkliwe na dotyk, opuchnięte, powiększone; trudności z przełykaniem śliny; dziecko słabe, senne; Dziecko rozgrzane, zaognione policzki; skóra ciepła i wilgotna; Przyspieszone tętno

DALSZE POSTĘPOWANIE

Zlecenie wymazu z gardła na posiew i antybiogramu. Do czasu otrzymania wyników zalecasz leki bez recepty w formie czopków na złagodzenie bólu gardła i gorączki; w przypadku utrzymującego się bólu – aerozol z lidokainą do spryskania gardła i migdałków.

Wizyta kontrolna za 3 dni w celu przepisania odpowiedniego antybiotyku na podstawie wyników laboratoryjnych. Uprzedź, że należy wziąć całą serię antybiotyków, ponieważ przerwanie przyjmowania leku może spowodować nawrót choroby lub poważne komplikacje, takie jak zapalenie nerek. Poinformuj, że należy również przyjmować probiotyki, najlepiej 2 -3 godziny po przyjęciu antybiotyku. Zaleć pozostawanie w łóżku, dużo płynów i lekkie posiłki.

# **HAY FEVER**

Kobieta, 23 lata (Barbara Wilder), studentka marketingu, pracująca w sklepie, zgłasza się do lekarza rodzinnego z trwającymi od tygodnia bólami głowy, katarem i częstym kichaniem. W obrębie nosa pacjentka odczuwa wyraźne swędzenie i podrażnienie. Katar jest wodnisty, bez śladów infekcji bakteryjnej. Pacjentka skarży się ponadto na obustronnie zatkany nos i problem z jego oczyszczeniem. Oprócz powyższych objawów u pacjentki widoczne były podrażnione, opuchnięte, łzawiące i zaczerwienione oczy, które pacjentka odruchowo pocierała. Ponadto pacjentka zgłaszała uczucie ciała obcego w oku, uczucie kłucia w oku, pieczenia i swędzenia. Powyższym objawom towarzyszył światłowstręt. Kobieta uskarża się również na swędzenie skóry szyi i dłoni. Pacjentka czuje się ogólnie osłabiona i rozbita. Ma problem ze spaniem i funkcjonowaniem w pracy jak i na uczelni.

Około dwóch miesięcy wcześniej pacjentka zamieszkała ze swoim partnerem, który ma dwie świnki morskie (guinea pigs) i psa. W dzieciństwie pacjentka była uczulona na pyłki roślin, ale objawy ustąpiły po okresie dojrzewania.

W wieku dziecięcym kobieta była zaszczepiona szczepionką przeciwko odrze, śwince i śwince. Podano dawkę przypominającą. Nigdy nie chorowała na choroby wieku dziecięcego.

BADANIE FIZYKALNE

W badaniu wykryto zaczerwienione spojówki, obrzęk powiek oraz zaczerwienienie skóry szyi i dłoni, z nielicznymi pęknięciami. Węzły chłonne w obrębie żuchwy – bez zmian. Osłuchowo klatka piersiowa bez zmian. Wypróżnianie – bez zmian.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Poinformuj pacjentkę, że najprawdopodobniej jest to reakcja alergiczna na sierść zwierząt oraz, że gdy katar alergiczny jest nieleczony może doprowadzić do astmy.

Przepisujesz leki antyhistaminowe i przeciwzapalne bez recepty. Wystawiasz skierowanie do alergologa na dalszą diagnostykę.

# **STYE**

Kobieta, 35 lat (Vera Hayes), pracownik biurowy, zgłasza się do okulisty skierowana przez lekarza pierwszego kontaktu, który nie mógł poradzić sobie z bakteryjnym zakażeniem powieki górnej prawej. Od dwóch tygodni na prawej górnej powiece utrzymuje się guzek, nie reagujący na leczenie maścią antybiotykową zapisana przez lekarza pierwszego kontaktu.

Dwa tygodnie przed wizytą pacjentka zaczęła odczuwać dotkliwe swędzenie na brzegu powieki, następnie po dwóch dniach pojawiło się czerwienienie powieki oraz oka, jak i obrzęk całej powieki. Kobieta miała problem z otwarciem oka. Pacjentka przykładała ciepłe okłady (torebki herbaty), co ograniczyło obrzęk, ale nie zlikwidowało guzka. Zmiana stała się ropnym guzkiem. Po kilku dniach kobieta zgłosiła się do lekarza pierwszego kontaktu, który przepisał jej maść antybiotykową. Pacjentka stosowała ją przez tydzień – bez poprawy. Zmiana stawała się coraz większa i bardziej bolesna. Po tygodniu pacjentka zgłosiła się na wizytę kontrolną, podczas której lekarz rodzinny skierował ją do okulisty.

Kobieta ma problemy z tarczycą i jest w trakcie diagnostyki; endokrynolog podejrzewa chorobę autoimmunologiczną. Używa również odżywki do rzęs (eyelash conditioner), nakładając ją każdego wieczoru na linię rzęs, na powiekę górną i dolną oraz wodoodpornego tuszu (waterproof mascara) do rzęs, którego nie może całkowicie usunąć podczas demakijażu. Kobieta pracuje w klimatyzowanym pomieszczeniu ok 10 godz. dziennie.

W przeszłości kobieta miała już jęczmienie. Wdrożono wówczas miejscowe leczenie antybiotykowe.

BADANIE FIZYKALNE

W badaniu stwierdzono obecność ograniczonego obrzęku, zaczerwienienia, tkliwości i guzków, jeden z guzków z widocznym ropnym czopem prześwitującym przez skórę. Badanie palpacyjne wykazało wyraźne 3 masy na powiece górnej.

Brak widocznych cech trądziku różowatego (rosacea). Pacjentka nie gorączkuje. Pacjentka cierpli na bliskowzroczność i nosi szkła kontaktowe.

Pacjentka przynosi ze sobą wyniki badań laboratoryjnych, w których stwierdzasz podwyższony poziom cukru; podejrzenie o insulinooporność. OB – bez zmian. Pacjentka jest w trakcie diagnostyki hormonów tarczycy.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Higiena oka – dokładny demakijaż oka środkami dla alergików.

Codzienne rozgrzewanie powiek za pomocą ciepłych okładów oraz ich masaż (lekkie uciskanie powiek) – usuwanie wydzieliny z gruczołów – 4 razy dziennie przez 10 – 15 minut. Rezygnacja z noszenia soczewek kontaktowych. Krople antybiotykowo-sterydowe – 2 razy dziennie rano i wieczorem. Maść antybiotykowa – 2 razy dziennie, naprzemiennie z kroplami. (jęczmienie powinny pęknąć samoczynnie po ok. 5 – 6 dniach; inaczej niezbędne będzie nacięcie zmian). Zwolnienie lekarskie – 7 dni; wizyta kontrolna – 7 dni.

# **MIGRAINE**

Kobieta, 47 lat (Victoria Banks), pracownica poradni leczenia bólu, zgłasza ból głowy przez większość dni w miesiącu, od dwóch miesięcy. Ból głowy nasila się we wczesnych godzinach porannych i wybudza ja ze snu. Atak bólu trwa ok 6 – 8 godzin. Chora odczuwa również obniżenie nastroju, ogólną niechęć i zmęczenie. Pacjentka zaobserwowała, że bóle nasilają się również w pierwszych dniach cyklu. Miesiączki są regularne, obfite – 7-10dniowe; bardzo bolesne. Kobieta nie przyjmuje żadnych leków hormonalnych.

Bóle głowy są gniotące, pulsujące i zlokalizowane wokół skroni. Bólom towarzyszą nudności, wymioty oraz nadwrażliwość na światło i dźwięk. Kobieta zgłasza również ból oczu oraz zaburzenia pola widzenia (zniekształcenia obrazu). Pacjentka nie nosi okularów i nie wie czy ma jakiekolwiek wady wzroku, chociaż podejrzewa krótkowzroczność.

Od około 30 roku życia występowały u niej raz w miesiącu bóle głowy. Pacjentka łączyła je z miesiączką. Bole pojawiały się 2 dni przed miesiączką i trwały ok. 4 dni. Oprócz tego pacjentka odczuwała je jeszcze ok. 2 razy w innych dniach cyklu. 2 lata temu kobieta miała wykonane badania krwi na hormony płciowe. Wyniki ujawniły spadek poziomu estrogenów. Do tej pory pacjentka stosowała niesteroidowe leki przeciwbólowe, leki przeciwwymiotne oraz od 4 latach stosuje leki przeciwdepresyjne. Od roku uskarża się również na ból żołądka po przyjęciu leków przeciwbólowych. Stosuje również domowe metody na migrenę menstruacyjną – napar z rumianku i imbiru (przeciwwymiotnie) i wciera w skronie Amol, co tymczasowo uśmierza ból. Stosuje również zimne okłady na czoło.

BADANIE FIZYKALNE

Ciśnienie krwi – 135/80; Puls – 82; osłuchowo bez zmian.

ZALECENIA

Badanie krwi ogólne (morfologia) i na poziom hormonów płciowych – możliwe wprowadzenie terapii hormonalnej (doustna antykoncepcja hormonalna lub hormonalna terapia zastępcza) (pacjentka niechętnie zgadza się na antykoncepcje hormonalną ze względu na raka piersi w wywiadzie rodzinnym). Leki na migrenę na receptę oraz po otrzymaniu wyników badań hormonalnych - suplementację estrogenów w ustalonej dawce – maksymalnie do 7. dnia cyklu.

Skierowanie do okulisty i neurologa.

# **STROKE**

Do lekarza zgłasza się 59 letni mężczyzna, policjant (George Wakefield). Mężczyzna uskarża się na problemy z poruszaniem prawej ręki oraz prawej nogi. Ma wrażenie, że kończyny drętwieją i ma problem z wykonywaniem najprostszych czynności (nie może otworzyć drzwi, chwycić kluczy).

Od kilku tygodni cierpi na bóle głowy, bóle pojawiają się niespodziewanie, trwają do kilu godzin i żadne środki przeciwbólowe na nie działają. Od wczoraj mężczyzna zauważył, że trudno mu jest się wysłowić, co potęguje jego niepokój i zdenerwowanie. Twierdzi, że jego język „jest ciężki i oporny”. Mężczyzna ma również wrażenie, że coś dzieje się z jego lewym okiem, które „drży” i mężczyzna widzi na nie podwójnie. Żona pacjenta zauważyła, że od kilku dni mężczyzna dużo się potyka i upuszcza różne przedmioty, a on samo boi się prowadzić samochód bo ma wrażenie że traci równowagę od czasu do czasu. Kilka godzin temu ból głowy był nie do zniesienia, mężczyzna upadł i nie mógł się podnieść przez kilka minut.

Mężczyzna jest bardzo rozdrażniony, dotąd nie chorował przewlekle i fakt utraty kontroli nad ciałem wyprowadza go z równowagi. Pacjent pali papierosy od 30 lat (około 20 dziennie) i nie widzi w tym nic złego. Kilka razy w tygodniu spożywa alkohol i regularnie upija się na spotkaniach towarzyskich („w wojsku każdy pije”), ale twierdzi, że ma pełną kontrolę nad ilością i częstotliwością picia. Mężczyzna jest otyły, podstawą jego diety jest mięso, lubi wędliny, kiełbasy, tłuste sery oraz ciasta. Nie przestrzega żadnych diet bo uważa że są one jedynie wymysłem ludzi, którzy chcą zarobić na naiwności konsumentów. Nie uprawia sportów, a zdrowy tryb życia uważa za wymysł. Mężczyzna ma nadciśnienie („od zawsze, taki się urodziłem”), ale nie uważa tego za niepokojący sygnał. Matka pacjenta zmarła w wieku 62 lat na atak serca, leczyła się na nadciśnienie tętnicze i chorobę niedokrwienna serca. Rodzice pacjenta rozwiedli się wcześnie i mężczyzna nie wie czy jego ojciec chorował ponieważ nie utrzymywał z nim kontaktu. Matka matki miała cukrzycę.

BADANIE FIZYKALNE

lekarz stwierdza niedowład prawych kończyn pacjenta oraz ograniczoną sterowność ciałem, oraz znacznie podwyższone ciśnienie (160/100).

DALSZE POSTĘPOWANIE

Lekarz stwierdza konieczność wykonania badań EKG i tomografii komputerowej i natychmiast kieruje pacjenta do szpitala na badania diagnostyczne i podjęcie leczenia.

# **CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE**

Na SOR zgłasza się 68-letnia pacjentka (Monica Claus) z powodu nasilonej duszności oraz uczucia braku powietrza. Dodatkowo męczy ją nieustępujący kaszel z odksztuszaniem niewielkiej ilości żółtej wydzieliny. Dolegliwości te narastały stopniowo od ok. 14 dni, rozpoczęły się suchym uciążliwym kaszlem. Kobieta zauważyła, że czynności, które dotychczas nie sprawiały jej większych kłopotów takie jak wejście na pierwsze piętro czy spacer po parku, wymagają teraz ogromnego wysiłku i częstych przerw. Pacjentka odczuwa ucisk w klatce piersiowej i słyszy „swoje świsty”. Przed tygodniem zgłosiła się do lekarza rodzinnego, który ją dokładnie osłuchał, ale nie zauważył nic niepokojącego. Zapisał jej osłonowo antybiotyk, którego ostatnią dawkę pacjentka przyjęła rano. Ponadto kobieta uskarża się również na bóle kręgosłupa, kolan oraz lewego uda i łydki.

Pacjentka do tej pory była leczona z powodu nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca, przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP), a 28 lat wcześniej przeszła zabieg usunięcia mięśniaków macicy. Przyjmuje dziennie kilka leków (nie pamięta ich nazw). Nie zgłaszała reakcji alergicznych, nigdy nie paliła papierosów, nie pije alkoholu. Bardzo lubi spacery, pracę w swoim ogródku oraz spotkania z koleżankami. Jest miłośniczką muzyki poważnej i raz w tygodniu chodzi na koncerty. Regularnie bywa w teatrze i kinie. Wcześniej przez 20 lat pracowała jako kucharka. POChP rozpoznano u niej 2 lata temu, po tym jak zaczęła się skarżyć na okresowe występowanie duszności. W dokumentacji medycznej nie było wyniku badania spirometrycznego. W rodzinie pacjentki występowały choroby nerek, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca. Mąż pacjentki nie żyje od 5 lat, zmarł w wieku 70 lat z powodu rozległego ataku serca. Przez ponad 40 lat palił papierosy. Kobieta twierdzi, że mąż palił „tylko na balkonie”, a ona zawsze wietrzyła starannie mieszkanie i nie wiąże swoich dolegliwości z paleniem męża.

BADANIE FIZYKALNE

W badaniu osłuchowym lekarz stwierdza miarową akcję serca, a nad płucami obustronne słyszalne świsty.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Lekarz kieruje pacjentkę do poradni pulmonologicznej, zaleca badanie spirometryczne. Informuje pacjentkę, że ze względu na zwiększoną liczbę zachorowań na grypę powinna ona na jakiś unikać miejsc publicznych oraz ograniczyć spacery gdy stan powietrza jest zły.

# **DIABETES**

16-letni pacjent (Luke Peters) zgłasza się z rodzicem do pediatry na badania kontrolne; u pacjenta występuje podejrzenie cukrzycy typu I. Pacjent przynosi na wizytę wyniki badania krwi.

Od dwóch tygodni u pacjenta wystąpiły polidypsja (patologicznie wzmożone pragnienie) i poliuria oraz niewielka utrata masy ciała; wzmożone pragnienie oraz pocenie, niezwiązane ze zwiększonym wysiłkiem.

Wywiad rodzinny pacjenta był obciążony w kierunku cukrzycy typu 2, dyslipidemii (zaburzenia gospodarki lipidowe) i nadwagi. Tendencja do nadwagi występowała u pacjenta od wczesnego dzieciństwa, natomiast w ciągu ostatniego roku stwierdzono wzrost masy ciała o około 15 kilogramów. Pacjent wykazywał niewielką aktywność́ fizyczną, prowadził siedzący tryb życia oraz miał złe nawyki żywieniowe.

BADANIE FIZYKALNE

Waga – 120 kg (BMI 34,8). Na skórze brzucha i ramion zauważono blade rozstępy, na skórze szyi i w okolicach pachowych – fałdy zgrubiałej skóry o ciemniejszym zabarwieniu. Na piszczeli trudno gojące się zadrapanie – rana sączy się i nie chce się zagoić (5/7); uczucie stałego zmęczenia. Rozwój cech płciowych – zgodny z wiekiem. EKG – bez zmian.

OMÓWIENIE WYNIKÓW BADAŃ KRWI

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  | Wartości prawidłowe |
| Masa ciała [kg] 120 (> 97 pc) |  |
| BMI [kg/m2] 34,8 |  |
| Ciśnienie tętnicze [mm Hg] 150/90, 140/85 | 122/79 (u dzieci) |
| Glikemia na czczo [mg/dl] 360 | Od 70 do 99 mg/dL ( |
| Cholesterol całkowity [mg/dl] 141 | Do 190 mg/dl |
| Cholesterol frakcji LDL [mg/dl] 94 | Do 115 mg/dl |
| Cholesterol frakcji HDL [mg/dl] 29 | Do 40 mg/dl |
| Trójglicerydy [mg/dl] 88 | Poniżej 150 mg/dl |
| AspAT/AlAT [j./l] 31/92 | AspAT 5-40 j/l AlAT 5-40 j/l |
| Kwas moczowy [mg/dl] 5,4 | Mniej niż 6 mg/dl |
| TSH [j./ml] 1,45 | 0.5-5.0 mlU/L |
| FT4 [pmol/l] 16,98 | 10 - 25 pmol/l (8 - 20 ng/l) |

DALSZE POSTĘPOWANIE

Podejrzenie cukrzycy. Zalecasz modyfikację stylu życia w zakresie diety i aktywności fizycznej; wystawiasz skierowanie do poradni diabetologicznej dla dzieci i młodzieży.

# **FLU**

Lekarz przychodzi na wizytę domową. Pacjentem jest 4-letnia dziewczynka (Lexie Wilkins); uczęszcza do przedszkola – 6 miesięcy; przed pójściem do przedszkola nie chorowała; szczepienia – wykonane zgodnie z zaleceniami; dodatkowe szczepienia (w tym przeciwko grypie) - brak

Podwyższona temperatura (38,5 – 39) – od 2 dni; dziecko słabo reaguje na paracetamol i ibuprofen podawane w syropie na zmianę co dwie godziny – rodzice opisują tymczasowe obniżenie temperatury do 37 – 37,5⁰C. Dziewczynka uskarża się również na bóle głowy i ogólne osłabienie (już przed pojawieniem się gorączki). Od kilku dni obolała i tkliwa na dotyk – zaczyna płakać; od tygodnia katar najpierw wodnisty a następnie gęsty; nie może wydmuchać nosa/ zatkany nos; problemy z przełykaniem (po obejrzeniu gardło lekko zaczerwienione i rozpulchnione); kaszel początkowo suchy przeszedł w mokry; od rana plwocina wykrztuśna i świszczący oddech; rano rodzic zauważył płytki oddech – podejrzewa trudności z oddychaniem. Brak uczuleń pokarmowych, astmy.

Uczulenia na leki – brak informacji.

BADANIE FIZYKALNE

Osłuchanie klatki piersiowej – podejrzenie zapalenia oskrzeli; Pomiar temperatury w uchu – 39⁰C.

DALSZE POSTĘPOWANIE

DIAGNOZA: Grypa i wtórne / wynikające z niej zapalenie oskrzeli – najprawdopodobniej wirusowe.

Zalecasz pobyt w domu do ustąpienia objawów. Przyjmowanie preparatów dostępnych bez recepty: przeciwgorączkowe, rozrzedzające wydzielinę i ułatwiające odkrztuszanie; krople do nosa i inhalacje. RTG klatki piersiowej – wykluczenie zapalenia płuc. Wizyta kontrolna – za 1 tydzień jeżeli RTG będzie bez bez zmian.

# **CHICKEN POX**

5-letnia dziewczynka (Maya Thompson) uczęszczająca do przedszkola; rodzice nie przestrzegają kalendarza szczepień; 14 dni wcześniej uczestniczyła w przyjęciu urodzinowym , po którym jeden z chłopców zachorował na ospę. Na badanie dziecko przyprowadza matka, z którą lekarz przeprowadza wywiad.

Od 4 dni dziecko gorączkuje, ze stale rosnącą gorączką obecnie do 39oC. Słabo reaguje na leki przeciwgorączkowe – ibuprofen i paracetamol podawane są naprzemiennie. Od wczoraj uskarża się na silny ból głowy, złe samopoczucie; ogólnie apatyczne.

BADANIE FIZYKALNE

Badanie ujawniło wysypkę na tułowiu i brzuchu oraz w jamie ustnej. Dziewczynka uskarża się na świąd i próbuje rozdrapywać wysypkę.

DALSZE POSTĘPOWANIE

LECZENIE: Leki przeciwwirusowe, leczenie objawowe - przeciwgorączkowe i przeciwbólowe oraz redukujące świąd. Krem do stosowania miejscowego.

Dziecko powinno pozostać w domu/ łóżku do momentu, kiedy wszystkie pęcherzyki przyschną, a strupki odpadną – ok. 10 dni (wtedy przestaje być zakaźne). Należy unikać drapania, które może prowadzić do bakteryjnego nadkażenia wysypki, a w następstwie do blizn.

INFORMACJA DLA PACJENTA: Wirus pozostaje w organizmie i może ujawnić się po wielu latach w postaci półpaśca.

W przypadku kontaktu z dziećmi w przedszkolu lub innymi osobami, które nie były chore na ospę, jeżeli szczepienie zostanie wykonane w ciągu 72 godzin po kontakcie z osobą chorą, może ochronić przed zachorowaniem lub złagodzić przebieg choroby.

# **SCIATICA**

67-leti mężczyzna (Paul Frank); emeryt od 2 lat; rolnik. Od 2 tygodni odczuwa ból w dolnej części pleców promieniujący do lewej stopy; mrowienie w lewym podudziu i stopie podczas dłuższego spoczynku; ból kolana i kostki podczas siedzenia; problemy z chodzeniem; ograniczenia ruchowe. Zgłasza się z objawami lekkiego przeziębienia, niegorączkujący.

Pacjent pochylił się aby podnieść skrzynię z warzywami i poczuł nagły, ostry ból w dolnej części kręgosłupa. Poczuł wtedy również mrowienie przesuwające się wzdłuż lewej i prawej kończyny; upadł; wstał przy pomocy syna i powoli się wyprostował; w tej chwili odczuwa czasami „ostre ukłucie” w dolnej części pleców, a chodzenie, kaszel i kichanie powodują nasilenie objawów bólowych; porusza się bardzo asekuracyjnie i ma problemy ze zginaniem i prostowaniem stopy. Objawy towarzyszące: Ból w lewej pachwinie. Brak problemów z oddawaniem moczu i stolca (rwa kulszowa często utrudnia wypróżnianie na drodze odruchowej) i pacjent musi się wysilać aby oddać mocz lub stolec.

BADANIE FIZYKALNE

Wysunięcie miednicy do przodu (pelvis moved forward), lekka lordoza (lordosis) odcinka lędźwiowego kręgosłupa, głowa wysunięta do przodu. Podczas siedzenia ucisk na pośladki wywołuje ucisk nerwu – ból kolana i kostki oraz mrowienie. Duże napięcie mięśniowe mięśni przykręgosłupowych, zwłaszcza w odcinku lędźwiowym. Ból wzrasta podczas ruchu (obroty i pochylanie się) oraz siedzenia; nasilenie zmniejsza się w pozycji leżącej na prawej stronie *(poproś pacjenta aby wykonał wszystkie czynności wymienione powyżej).*

Płuca i oskrzela osłuchowo bez zmian.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Pozostanie w łóżku w pozycji leżącej na boku, z ugiętymi nogami w stawach kolanowych i biodrowych lub w pozycji na plecach z podłożeniem poduszki pod kolana – 2 – 3 dni. Leki przeciwbólowe, dostępne bez recepty. Żel do stosowania miejscowego ze składnikami przeciwbólowymi lub przeciwzapalnymi; okłady chłodzące. Leki uspokajające, rozluźniające mięśnie – recepta. Prześwietlenie odcinka lędźwiowego kręgosłupa. Wizyta kontrolna za 7 dni.

# **CHOLECYSTITIS**

Kobieta, 56 lat (Angela Dickson), kucharka, przywieziona na SOR w godzinach nocnych. Pacjentka skarży się na kilkugodzinny ból brzucha zlokalizowany w prawej, górnej części. Początkowo ból był kolkowy, a następnie stał się stały i długotrwały. Pacjentka odczuwa także ból w klatce piersiowej w okolicy zamostkowej – ucisk, ściskanie i pieczenie; promieniuje do gardła i górnej części pleców oraz prawego barku; pacjentka odczuwa duszność oraz mdłości; wymiotowała 3 x/5h; odczuwa wzdęcia; odbija i ma gazy. Stan podgorączkowy – 37.8oC.; brak dreszczy. Brak zażółcenia skóry i białek oczu. Ból pojawił się po spożyciu obfitego posiłku.

Pacjentka jest czynna zawodowo, prowadząca własną działalność gospodarczą. Nerwowy i siedzący tryb życia; 10 papierosów/24; okolicznościowo alkohol; dieta wysokotłuszczowa; pokarmy o niskim wskaźniku glikemicznym. Otyła – 31,2 BMI.

W wywiadzie choroba niedokrwienna serca – leczenie podtrzymujące (maintenance treatment). Cukrzyca typu II – leczenie podtrzymujące. Kamica pęcherzyka żółciowego. Pacjentka jest w trakcie hormonalnej terapii zastępczej – estrogeny; przyjmuje leki na chorobę niedokrwienną serca i cukrzycę typu II.

DALSZE POSTĘPOWANIE

Przyjęcie na oddział w celu ustalenia diagnozy – ostre zapalenie woreczka żółciowego i zawału serca; Badania laboratoryjne krwi,

W gabinecie wykonujesz EKG, USG brzucha – woreczek żółciowy i drogi żółciowe (omówienie badania z pacjentką; polecenia przed wykonaniem badaniem).